

Sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne

Mette Christensen

Master of Public Health

MPH 2008:1



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne				
Författare Mette Christensen				
Författarens befattning och adress Sygeplejerske Poppelhaven 8 3500 Værløse, Danmark				
Datum då uppsatsen godkändes 25 januari 2008			Handledare NHV/extern Professor, PhD, MScPharm Cecilia Stålsby Lundborg	
Antal sidor 51	Språk – uppsats Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-7844-743-5

Sammanfattning

Formål – At beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer sygeplejersker oplever, har betydning for om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

Design - Beskrivende og undersøgende undersøgelse med en fænomenografisk forsknings-tilnærmelse. Semi-strukturerede interviews med fokus på sygeplejerskers egen opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne.

Ramme – Hvidovre Hospital.

Informanter – 14 sygeplejersker (12 kvinder, to mænd) fordelt på 11 afdelinger, indenfor kirurgiske specialer, medicinske specialer, kvinde-barn specialer og intensivterapi.

Resultat – Analysen viser, at de interviewede sygeplejersker er af den opfattelse, at de stort set altid efterlever anbefalingerne for håndhygiejne. Endvidere blev der ved analysen identificeret seks forskellige opfattelser af de faktorer, der har indflydelse på, om sygeplejerskerne følger anbefalinger for håndhygiejne: Håndhygiejne er en naturlig handling; Smitterisiko; Akutte situationer, uforudsigelighed og travlhed; Omgivelsernes opmærksomhed; Håndhygiejnefaciliteter; Akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejnekampagne.

Konklusion – Sygeplejerskers oplevelse af, at de udfører håndhygiejne som anbefalet og deres forskellige opfattelser af faktorer, der har betydning for, om de følger anbefalingerne for håndhygiejne bør have indflydelse på de håndhygiejneaktiviteter, der planlægges og iværksættes med henblik på at øge sygeplejerskers efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne.

Nyckelord

Håndhygiejne, fænomenografi (phenomenography), semi-strukturerede interviews



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Nurses` compliance with recommendations for hand hygiene				
Author Mette Christensen				
Author's position and address Nurse Poppelhaven 8 3500 Værløse, Denmark				
Date of approval January 25, 2008			Supervisor NHV/External Professor, PhD, MScPharm Cecilia Stålsby Lundborg	
No of pages 51	Language – essay Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-7844-743-5

Abstract

Aim – To describe variations in nurses' ways of experiencing compliance with recommendations for hand hygiene and factors nurses experience as having influence on their compliance with hand hygiene.

Design – Descriptive and explorative study using a phenomenographic approach. Semi-structured interviews, focusing on the nurses' own experiences regarding compliance with recommendations with hand hygiene.

Setting – Hvidovre Hospital.

Subjects – 14 nurses (12 women, 2 men) from 11 different wards, within the surgical speciality, the medical speciality, the women-child speciality and intensive care.

Results – The analysis shows that the interviewed nurses perceive that they nearly always follow the recommendations for hand hygiene. Furthermore six different perceptions of factors with influence on nurses' compliance with recommendations for hand hygiene were identified in the analysis: Hand hygiene is a natural action; Infection risk; Acute situations, unpredictability and busyness; The attention of the surroundings; Facilities for hand hygiene; Accreditation, hygiene audit and hand hygiene campaign.

Conclusion – Nurses' experiences of compliance with recommendation for hand hygiene and the different perceptions of factors influencing whether they follow recommendations for hand hygiene ought to influence the planning and implementations of hand hygiene activities in order to promote nurses' compliance with recommendation for hand hygiene.

Key words

Hand hygiene, phenomenography, semi-structured interviews

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Definitioner	5
1.3 Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv	6
1.4 Ramme for undersøgelsen	8
1.5 Forforståelse	9
 2. Forskning og teori	 10
2.1 Forskning om efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne	10
2.2 Teoretisk referenceramme - risikooplevelse	12
 3. Formål og forskningsspørgsmål	 13
 4. Materiale og metode	 13
4.1 Fænomenografi	13
4.2 Design af undersøgelsen	15
 5. Resultater	 19
5.1 Efterlever anbefalinger for håndhygiejne	19
5.2 Håndhygiejne er en naturlig handling	20
5.3 Smitterisiko	21
5.4 Akutte situationer, uforudsigelighed og travlhed	22
5.5 Omgivelsernes opmærksomhed	23
5.6 Håndhygiejnefaciliteter	24
5.7 Akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejekampagne	25
 6. Diskussion	 26
6.1 Diskussion af resultater	26
6.2 Diskussion af metode	33
6.3 Konklusion	36
 7. Implikationer	 37
 8. Tak	 37
 9. Referencer	 39
 Bilagsfortegnelse	 43

1. Introduktion

1.1 Baggrund

Mangelfuld håndhygiejne i sundhedsvæsenet kan have alvorlige konsekvenser for patienterne i form af infektioner, øget sygelighed og i værste fald død (1). Desuden er der store samfundsøkonomiske omkostninger forbundet hermed (2).

En af de hyppigst forekommende smitteveje er personalets hænder (3, 4). Denne smittevej kan afbrydes ved korrekt udført håndhygiejne, som er den vigtigste enkeltstående faktor til hindring af kontaktsmitte (5). Det blev allerede slået fast i 1848, da den østrigske fødselslæge Ignaz Philipp Semmelweis påviste, at hygiejnisk hånddesinfektion med karbolvand kunne nedsætte dødeligheden hos barselkvinder. Smitten blev overført af blandt andet læger, som gik direkte fra obduktionsstuerne til fødegangen uden at udføre håndhygiejne (6).

Selv om man i dag ved, at god håndhygiejne kan reducere antallet af sygehus erhvervede infektioner, er sundhedspersonalets efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne lav (7). Undersøgelser viser, at sundhedspersonale ikke udfører håndhygiejne i det omfang, de burde, og at kvaliteten af den udførte håndhygiejne ikke er optimal (7, 8). Med andre ord udgør sygehus erhvervede infektioner og sundhedspersonalets manglende håndhygiejne en stor udfordring for sundhedsvæsenet.

Årsager til sundhedspersonalets, herunder sygeplejerskers, manglende efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne er afdækket ved hjælp af observations- og spørgeskemaundersøgelser (3, 9, 10). Det har ved søgninger i forskellige databaser som blandt andet MEDLINE og SveMed+ ikke været muligt at finde litteratur omhandlende interview-undersøgelser, der fokuserer på de faktorer, som sygeplejersker selv opfatter som vigtige for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Med det formål at beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne og bidrage til en øget forståelse af, hvordan sygeplejerskers håndhygiejne kan forbedres, finder jeg det semi-strukturerede interview som dataindsamlingsmetode og fænomenografi som analysemetode velegnet. Min begrundelse for at vælge den kvalitative analysemetode fænomenografi er, at det i forbindelse med udviklingen af aktiviteter med henblik på at forbedre sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne vil være en stor hjælp at have kendskab til sygeplejerskernes forskellige opfattelser af håndhygiejne med henblik på at sikre, at aktiviteterne lykkes.

1.2 Definitioner

The World Health Organization (WHO) definerer sundhedsfremme som en proces der sætter mennesker i stand til at øge deres kontrol over eget helbred og dets determinanter, og dermed forbedre deres sundhed (11).

Håndhygiejne defineres som ”procedurer, der reducerer transiente og residente flora”. Håndhygiejne kan udføres som hånddesinfektion og/eller håndvask samt suppleres med brug af medicinske engangshandsker (12).

Håndvask defineres som ”mekanisk bearbejdning af hænder med vand og sæbe der reducerer den transiente og residente flora” (12).

Hånddesinfektion defineres som ”indgnidning af alkoholbaseret hånddesinfektionsmiddel på tørre hænder” (12).

Mikrobielle flora defineres som ”udtryk for de mikroorganismer der findes på hud og slimhinder og omfatter bakterier, virus og svampe”. Den mikrobielle flora kan opdeles i henholdsvis den transiente og den residente flora. Den transiente flora er den midlertidige flora, som overføres via hænder og redskaber. Den residente flora er den blivende flora, som findes dybt i huden (12).

Sygehus erhvervede infektioner (nosokomielle infektioner) defineres som ”alle infektioner, som for eksempel patienter, klienter, personale, pårørende og besøgende pådrager sig i forbindelse med diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering eller andre former for ydelser, som tilbydes af organisationen” (13).

Risikooplevelse defineres som ”subjektiv oplevelse af alvorligheden og betydningen af en risiko ud fra ens egen viden og holdninger” (14).

1.3 Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv

I WHO's Bangkok Charter fra 2005 beskrives det, at sundhedsfremme er en hjørnesten for folkesundheden, som bidrager til arbejdet med at takle smitsomme og ikke-smitsomme sygdomme og andre trusler mod sundheden (11). Dette er i tråd med for eksempel den danske regerings folkesundhedsprogram 1999-2008 (15), hvor ét af målene er, at sundhedsvæsenet skal styrke indsatsen i forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på at fremme et sundere og mere sikkert liv for befolkningen. Det fremgår også af programmet, at sundhedsvæsenet skal være sundhedsfremmende for ansatte, patienter og besøgende. Lignende mål for folkesundheden findes i de øvrige nordiske lande (16, 17).

Arbejdet med folkesundhed har en lang tradition bag sig, og nogle af de centrale områder i den forbindelse har været inden for infektionshygiejnen i form af vaccinationsprogrammer, klassisk hygiejne (kloakering og vandforsyning), hygiejne i offentlige institutioner samt smitteopsporing og smittebekæmpelse (18).

Behovet for fortsat at have fokus på folkesundhed i offentlige institutioner i relation til infektionshygiejne er til stede, idet patienter, personale og besøgende, der opholder sig på sygehus, plejehjem med videre er udsat for at pådrage sig infektioner.

Opgørelser fra de nordiske lande viser, at mellem seks og ti procent af de indlagte patienter pådrager sig en infektion under indlæggelsen (19, 20, 21). I Danmark svarer det til, at cirka 80.000 patienter årligt pådrager sig en infektion i forbindelse med et hospitalsophold (2), og beregninger viser, at 3.265 af disse dør (1). Desuden er der store samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med sygehuserhvervede infektioner, og beregninger foretaget af Statens Serum Institut viser en årlig ekstra omkostning i Danmark i størrelsesordenen 950 millioner kroner (1990 niveau) (2).

I sundhedsvæsenet er der en større risiko for spredning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer end i det omgivende samfund. Det skyldes, at der er flere patienter med aktive infektioner samtidig med at der er flere patienter, som har svigtende immunforsvar og dermed er modtagelige for infektioner. Specielt inden for specialer som for eksempel intensivterapi, nefrologi (nyresygdomme) og hæmatologi (blodsygdomme), hvor patienterne er kritisk syge og svækkede, kan brist i de hygiejniske foranstaltninger, herunder manglende håndhygiejne medføre, at patienterne påføres alvorlige sygehuserhvervede infektioner som for eksempel sårinfektioner, lungebetændelse, urinvejsinfektioner og blodforgiftning (22, 23, 24). Spredning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer sker ved kontaktsmitte, luftbåren smitte og vehikelbåren smitte (for eksempel smitte gennem blod). Håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående procedure til afskæring af smitteveje ved kontaktsmitte, og undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem sundhedspersonalets håndhygiejne og antallet af sygehuserhvervede infektioner (5).

Et andet væsentligt problem som følge af hospitalsinfektionerne er udvikling af resistente mikroorganismer som følge af højt forbrug af antibiotika på hospitalerne og i det omgivende samfund. Det betyder, at mikroorganismerne kan være modstandsdygtige overfor enkelte eller flere typer af antibiotika og er vanskeligere at behandle end infektioner forårsaget af mikroorganismer, som er følsomme for antibiotika.

Specielt infektioner forårsaget af meticillin-resistente stafylokokker (MRSA) udgør et stigende problem på verdensplan. Internationalt er MRSA en væsentlig årsag til infektioner i og uden for sygehuse og udgør en alvorlig trussel for folkesundheden (25). Hidtil har MRSA-forekomsten været lav i de nordiske lande, men også her ser man nu en stigning både i og uden for hospitalerne. MRSA kan hos svækkede og alvorligt syge mennesker give anledning til infektioner, der kan være vanskelige og kostbare at behandle på grund af antibiotikaresistens. I Danmark er der rapporteret om en hændelse med spredning af MRSA til tre patienter på en ortopædkirurgisk afdeling. Det antages, at spredningen er sket via sygeplejerskernes hænder eller forurenede udstyr genbrugt i pleje og behandling (26).

Der er således behov for at have fokus på folkesundhed på hospitaler i relation til infektionshygiejne, idet patienter, personale og besøgende der opholder sig her, er udsat for at pådrage sig sygehuserhvervede infektioner blandt andet som følge af sundhedspersonalets manglende håndhygiejne. Sygehuserhvervede infektioner har ofte alvorlige konsekvenser for patienterne i form af øget sygelighed eller død.

1.4 Ramme for undersøgelsen

1.4.1 Hvidovre Hospital

Hvidovre Hospital er et universitetshospital, der behandler 42.000 indlagte patienter og har 216.000 ambulante besøg hvert år. Det er blandt de største hospitaler i Danmark og varetager både kirurgiske og medicinske funktioner samt akutfunktioner. Endvidere varetages en række specialfunktioner inden for blandt andet mave-tarmsygdomme og børnesygdomme (pædiatri). Hospitalets infektionsmedicinske afdeling varetager den østdanske beredskabsfunktion for behandling og isolation af patienter med smitsomme sygdomme. Hospitalet har i alt 35 afdelinger, herunder en intensiv- og neonatalafdeling, hvis primære opgaver er undersøgelse, behandling og pleje af patienter. På en almindelig hverdag er cirka 2.000 patienter i kontakt med Hvidovre Hospital. Omkring 70 mennesker bliver dagligt opereret i hospitalets operationsafsnit, og der fødes i gennemsnit 14 børn i døgnet. Hospitalet er arbejdsplads for 3.500 ansatte, heraf cirka 1.200 sygeplejersker (27).

1.4.2 Akkreditering

Hvidovre Hospital har fokus på kvalitetsforbedringer og blev for første gang i 2001 akkrediteret af Joint Commission on Accreditation of Healthcare. Som led i akkrediteringen gennemfører hygiejneorganisationen på hospitalet årlige hygiejneaudit på afdelingerne. Hygiejneaudit er en kombination af observation, test og undervisning af sundhedspersonalet, og der auditeres blandt andet i, hvordan korrekt håndhygiejne udføres. Resultaterne fra audit anvendes som led i kvalitetsforbedringer (28).

På Hvidovre Hospital findes skriftlige retningslinjer for håndhygiejne. Retningslinjerne er vedlagt som bilag 1. Retningslinjerne tager udgangspunkt i de nationale retningslinjer for håndhygiejne, som er baseret på videnskabelig dokumentation og god klinisk praksis. Retningslinjerne findes på intranettet sammen med hospitalets øvrige kliniske retningslinjer. Alt nyansat personale introduceres til retningslinjerne i håndhygiejne i forbindelse med hospitalets introduktionskursus, hvor hygiejnesygeplejerskerne underviser i håndhygiejne.

1.4.3 H:S håndhygiejekampagne 2006

I 2006 gennemførte Hvidovre Hospital sammen med de øvrige hospitaler i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) en håndhygiejekampagne. Formålet med kampagnen var at forbedre håndhygiejnen blandt sundhedspersonale. De to helt centrale elementer i kampagnen var at sikre en bedre tilgængelighed af håndsprit og implementering af et e-learning program for håndhygiejne.

Udgangspunktet for kampagnen var, at sundhedspersonalet var bekendt med vigtigheden af god håndhygiejne, men at de ikke udfører håndhygiejne i alle de tilfælde, hvor det er påkrævet. Kampagnen skulle således ikke adfærdsændre ved at "belære" om

vigtigheden af håndhygiejne. Kampagnen skulle kommunikere budskaber om, at håndhygiejne er vigtig ved at lave en "forstyrrelse" hos målgruppen. Som gennemgående udtryk for kampagnen valgte man et cyklamefarvet aftryk af en hånd med teksten "ren?" (29).

Hvidovre Hospital gennemførte kampagnen i en 3-ugers periode i juni måned. I kampagneperioden gennemførte hospitalet forskellige lokale aktiviteter med henblik på at formidle budskabet om håndhygiejnens vigtighed. Af aktiviteter kan nævnes undervisning, håndhygiejneaudit og observationer af personalets anvendelse af ure og håndsmykker. Desuden var hospitalet i ovennævnte periode udsmykket med plakater, bannere og klistermærker med "hænder".

Evaluerings af håndhygiejekampagnen på Hvidovre Hospital viser en stigning af forbruget af håndsprit på 40 procent fra 2005 til 2006, hvilket tages som udtryk for, at personalets frekvens af håndhygiejne er steget. Det vurderes samlet, at håndhygiejekampagnen har været vellykket (30).

1.5 Forforståelse

1.5.1 Motivation

Jeg finder det bekymrende, at patienter, personale og besøgende der er i kontakt med sundhedsvæsenet, er i risiko for at pådrage sig en sygehuserhvervet infektion. Infektioner der for patienter kan have alvorlige konsekvenser i form af øget sygelighed og død samt store samfundsmæssige omkostninger. Nogle infektioner er endda af en sådan karakter, at de på grund af antibiotikaresistens svært lader sig behandle. Tænk at man under indlæggelse påføres yderligere sygdom i form af infektioner på grund af brist i de infektionshygiejniske foranstaltninger, herunder håndhygiejne. Undersøgelser viser, at mindst 1/3 af alle sygehuserhvervede infektioner kan forebygges, og at en så simpel procedure som korrekt udført håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående faktor til hindring af kontaktsmitte (7). For mig er det svært at forstå, at så enkel en handling som håndhygiejne der kan hindre at for eksempel patienten påføres en sygehuserhvervet infektion, er så svær at efterleve for personalet. Så den væsentligste årsag til at jeg ønsker at beskæftige mig med sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne er at blive klogere på, hvorfor det er så svært for sygeplejerskerne at udføre håndhygiejne, for tænk hvilke positive konsekvenser det vil få for antallet af infektioner, hvis sundhedspersonalet bliver bedre til at udføre håndhygiejne.

1.5.2 Faglige perspektiv

Jeg blev uddannet sygeplejerske i midten af 80'erne og har siden arbejdet som sygeplejerske. Jeg var en af de sygeplejersker i klinikken, som en sjælden gang ikke fik udført håndhygiejne som anbefalet og bar armbåndsur trods talrige opfordringer fra min afdelingssygeplejerske om ikke at gøre det. Hvorfor denne adfærd ved jeg ikke, men umiddelbart oplevede jeg ikke den store risiko for selv at blive smittet eller videreføre smitte til patienterne. Jeg husker ikke håndhygiejne som en del af min uddannelse,

hverken på skolen eller når jeg var i praktik. Desuden har jeg som uddannet sygeplejerske ikke oplevet håndhygiejne som et prioriteret indsatsområde på nogen af de afdelinger, jeg har arbejdet på. Jeg har heller aldrig blandt mine kollegaer eller ledere mødt en god rollemodel i forbindelse med håndhygiejne. Jeg husker ikke, at der på nogen måde var fokus på emnet.

Efter 10 år i klinikken fik jeg nyt job som hygiejnesygeplejerske i Den Centrale Afdeling for Sygehushygiejne (CAS) på Statens Serum Institut. Mine væsentligste arbejdsopgaver her var rådgivning af sundhedssektoren i infektionshygiejne og udarbejdelse af nationale hygiejniske retningslinjer. I 2002 gennemførte jeg specialuddannelsen for sygeplejersker i infektionshygiejne (hygiejnesygeplejersker). Det var først, da jeg blev hygiejnesygeplejerske, at jeg fik den nødvendige indsigt til at forstå vigtigheden af en god håndhygiejne. En viden der nu følger mig og i høj grad præger min adfærd i relation til håndhygiejne både arbejdsmæssigt og privat. Som hygiejnesygeplejerske har jeg i både rådgivnings- og undervisningssituationer altid oplevet, at personalet har udvist stor interesse for emnet og gerne vil gøre en indsats for at følge anbefalinger for håndhygiejne.

Senest har jeg arbejdet i H:S Direktionen, hvor jeg havde en central rolle i forbindelse med planlægningen, gennemførelsen og evalueringen af H:S håndhygiejne-kampagne 2006. I dag arbejder jeg som direktionssekretær for hospitalsdirektionen på Bispebjerg Hospital, og mit arbejde består udelukkende af administrative opgaver.

2. Forskning og teori

2.1 Forskning om efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne

Der findes i dag både internationale og nordiske retningslinjer for håndhygiejne, som er baseret på videnskabelig dokumentation og god klinisk praksis (31, 32, 33, 34). Alligevel viser undersøgelser, at efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne er cirka 50 procent og varierer mellem hospitalsafdelinger, forskellige kategorier af sundhedsfagligt personale og arbejdsforhold (7, 35). En dansk observationsundersøgelse af personalets håndhygiejniske adfærd i to intensivafdelinger viser, at sygeplejerskerne udførte håndhygiejne i henhold til anbefalingerne i henholdsvis 46 procent og 27 procent af de undersøgelses-, pleje- og behandlingsprocedurer, der blev observeret (36). Med hensyn til selve kvaliteten af den udførte håndhygiejne viser en schweizisk undersøgelse, at 31 procent af sundhedspersonalet anvendte korrekt teknik i forbindelse med udførelsen af hånddesinfektion (8).

Årsagen til sundhedspersonales manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne er søgt afdækket ved observationsstudier i sundhedsvæsenet gennem de sidste 20-30 år (7, 37).

Følgende faktorer er observeret som havende indflydelse på manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne:

- Personalets uddannelsesmæssige baggrund (sygeplejersker har højere efterlevelse end læger)
- Køn (mænd har lavere efterlevelse end kvinder)
- Arbejde i intensivterapi
- Bære medicinske engangshandsker og overtrækskittel
- Aktiviteter med høj risiko for smitterisiko
- Arbejde på hverdage (frem for weekender)
- Arbejde i en afdeling hvor man har travlt og mange patientkontakter

Og følgende barrierer angives af personalet som årsag til manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne:

- Lav risiko for at blive smittet af patienten
- Manglende viden om håndhygiejnens effekt på nedbringelse af infektioner
- Vil hellere bruge tid på andre forhold omkring patienten
- Håndhygiejne forstyrrer forholdet mellem patient og personale
- Hudirritation som følge af brug af midler til håndhygiejne
- Manglede håndhygiejnefaciliteter og håndhygiejnemidler
- Kender ikke anbefalingerne
- Manglende rollemodel blandt kollegaer eller ledere
- Travlhed

En undersøgelse viser, at der er forskel mellem, hvornår sygeplejerskerne siger, at de udfører håndhygiejne og den reelle observation af, hvornår det sker. Ved observation efterlevende sygeplejerskerne anbefalingerne for håndhygiejne i 70 procent af tilfældene. I kontrast hertil var den selvrapporterede efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne blandt sygeplejerskerne 82 procent. Sygeplejerskerne havde således selv en oplevelse af, at deres efterlevelse af håndhygiejne er bedre end den observerede efterlevelse (38).

Gennem årene er der gjort mange forsøg på at finde egnede tiltag, der kan forbedre sundhedspersonalets håndhygiejne, uden at disse tiltag har haft en vedvarende effekt (7, 39). Undersøgelser viser dog, at let og øget adgang til dispensere med hånddesinfektionsmiddel øger sundhedspersonalets efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne (40, 41). Desuden har håndhygiejnekampagner bestående af flere elementer, som plakater, øget tilgængelighed af håndsprit, feedback med videre vist at have en god effekt på sundhedspersonales håndhygiejne (3, 35).

Effektiviteten af håndhygiejne har i en del undersøgelser vist sig ved, at når sundhedspersonalets håndhygiejne bedres, så falder antallet af sygehuserhvervede infektioner (3, 4, 42). Blandt andet viser Pittet et al. (3) i deres undersøgelse, at antallet af sygehuserhvervede MRSA-tilfælde faldt fra 2,16 til 0,93 episoder per 10.000 patientdage som resultat af øget efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne blandt sundhedspersonalet.

2.2 Teoretisk referenceramme - risikooplevelse

En af årsagerne til sygeplejerskers manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne kan forklares med deres risikooplevelse i forbindelse med håndhygiejne. Ifølge Grandjean et al. (14) er risikooplevelsen af afgørende betydning for den enkeltes reaktion på konkrete risici og dermed deres handlinger.

For at kunne håndtere fare og usikkerhed har mennesker opfundet begrebet risiko (14). Når mennesker løber en risiko, betyder det almindeligvis, at de bevidst udsætter sig selv for en mulig fare eller et muligt tab for at opnå en gevinst (43).

Risiko er en subjektiv oplevelse, hvilket følgende eksempel illustrerer. I forbindelse med sygdomstilfælde af leukæmi blandt danske soldater udstationeret på Balkan viste det sig, at selvom uran efter forarmning kun er svagt radioaktivt, og der ikke var en øget forekomst af leukæmi, opstod der blandt soldater og pårørende en frygt, der medførte en overvurdering af risikoen.

Der er ikke nødvendigvis nogen enighed om betydningen af forskellige risici. Det hænder, at eksperter kommer med overbevisende dokumentation for en risiko, som af befolkningen afvises, og omvendt sker det, at befolkningen oplever en alvorlig risiko, som af fageksperter eller grundige undersøgelser afvises som værende uden betydning. Befolkningens risikooplevelse ændres ikke nødvendigvis af en faglig påvisning eller afvisning af en risiko, ofte fordi parterne taler forbi hinanden. Forskellen i risikooplevelsen blandt eksperter og befolkningen opstår, fordi oplevelsen af risiko bygger på egne teoretiske eller kulturelle forklaringsmodeller, som igen bygger på antagelser og subjektive vurderinger (14).

Det har stor betydning for oplevelsen af risiko, om risikoen er kendt eller ukendt og om det er en risikofaktor, man er fortrolig med eller ej. Velkendte risici, som man er fortrolig med, opleves som mere acceptable end nye og ukendte risici. Desuden er det afgørende, om risikoen er frivillig eller ufrivillig. Risici, man selv vælger er almindeligvis mere acceptable end risici, der påføres af andre. Dette hænger sammen med følelsen af kontrol, idet risici som er forbundet med situationer, man selv kan kontrollere, opleves som mere acceptable end kvantitativt mindre risici, der kontrolleres af andre (14, 43).

Endvidere betyder det noget for opfattelsen af en risiko, om konsekvenserne indtræffer umiddelbart eller forsinket og om der er tale om en katastrofe eller en mere kronisk og snigende effekt. Det betyder desuden noget, om der er tale om en dødelig eller ikke dødelig trussel, hvor det første opfattes som mere alvorligt end det sidste (43). Endelig har det vist sig at udsættelse for væsentlige risici kan medføre at andre risici til en vis grad negligeres, da de blegner i sammenligning (14).

Relevante aktiviteter inden for risikovurdering og risikokommunikation bør i højere grad inddrages i risikooplevelse. Der skal således tages stilling til, hvordan

dokumentation og anbefalinger formidles, så de opfattes svarende til det ønskede budskab og ikke mistolkes på grund af forskelle i risikoplevelse (14).

3. Formål og forskningsspørgsmål

Formålet med denne undersøgelse er at beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever har betydning for, om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

Dette med henblik på at bidrage til en øget forståelse af, hvorfor det er så svært for sygeplejersker at udføre håndhygiejne som anbefalet og hvordan deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne kan forbedres. Således at antallet af sygehuserhvervede infektioner kan reduceres.

Forskningsspørgsmål

- Hvordan opfatter sygeplejerskernes deres egen efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne?
- Hvilke faktorer oplever sygeplejerskerne har indflydelse på deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne?

4. Materiale og metode

Med det formål at beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne og bidrage til en øget forståelse af, hvorfor sygeplejersker oplever, at det er så svært at udføre håndhygiejne vil det semi-strukturerede interview som dataindsamlingsmetode og fænomenografi som analysemetode være velegnet.

4.1 Fænomenografi

Fænomenografi er en empirisk forskningstradition udviklet i Sverige i 70'erne med det formål at besvare spørgsmål om tænkning og læring specielt indenfor forskning om uddannelse (44). Ordet fænomenografi er sammensat af de to græske ord phenomenon som betyder "det som viser sig", og grafi, som kan oversættes til at "beskrive i ord eller billeder". Sætningsstrukturen af de to ord leder således frem til, at fænomenografi "beskriver det som viser sig" (45). Fænomenografi bygger på teoretiske ideer, der primært er udviklet ud fra en række studier om læring med fokus på "hvad" studerende lærte frem for "hvor meget" de lærte. Efterfølgende er der sket en videreudvikling af fænomenografi i retning af at beskrive, hvordan mennesker opfatter forskellige sider af deres omverden (46).

Ifølge Marton (47) er der to måder at nærme sig spørgsmål om læring: 1) at orientere sig mod verden og komme med udtalelser om den og dens virkelighed (first-order-

perspective) eller 2) at orientere sig mod menneskers idéer eller opfattelse af verden (second-order-perspective). Med andre ord kan man enten vælge at undersøge et givet fænomen, eller man kan vælge at undersøge hvordan mennesker opfatter et givet fænomen. Fænomenografisk forskning tager sit udspring i "second-order-perspektive". Målet med fænomenografi er at beskrive forskelle i, hvordan mennesker opfatter, erfarer, oplever, forstår forskellige aspekter af verden (45). I litteraturen anvendes ordene opfattelse (perceive) og oplevelse (experience) i flæng (44, 46, 48).

Selvom fænomenografi har visse ligheder med fænomenologi for eksempel at målet med forskningen er menneskets oplevelser, er hensigten med forskningen forskellig. En væsentlig forskel er, at man i fænomenologisk forskning søger lighed ved fænomenet, mens man i fænomenografisk forskning har fokus på forskelle i oplevelsen af fænomenet (49). En anden forskel er, at i fænomenologien er det forskeren, som beskriver sine egne opfattelser, oplevelser og tolkninger af fænomenet som "viser sig". I fænomenografi tager forskeren derimod udgangspunkt i, hvordan et andet menneske opfatter et aspekt i verden (45).

Målet med fænomenografisk forskning er at finde og systematisere de tanker, som folk gør sig om et bestemt fænomen, som optræder i deres verden, og beskrive forestillinger, som de bliver opfattet eller erfaret. Forestillingerne er abstraktioner af virkeligheden og er afhængige af konteksten omkring oplevelsen (46). Med fænomenografisk tilnærmelse er hensigten derfor at beskrive fænomenet, som det viser sig for folk, det vil sige som personerne opfatter og forstår det. Problemstillingen må derfor være åben og søgende og præget af, at det er opfattelsen af "noget" og ikke dette "noget" selv, som skal beskrives (45).

De data, fænomenografien søger, handler om menneskers opfattelse og indholdet af disse. Et udgangspunkt er, at mennesker er forskellige og har forskellige erfaringer. Dette fører til forskellig kundskab og dermed forskellige opfattelser og tanker om de forskellige dele af den verden menneskene lever i. For at få den rette type data i interviewene må forskeren være opmærksom på at stille spørgsmålene således, at den som skal svare selv definerer indholdet. Det findes ikke rigtige eller forkerte svar og på forhånd definerede svarkategorier. Idéen er, at beskrivelserne skal være som fænomenet optræder for den, som beskriver det (45).

I fænomenografi handler analysen om at bevidstgøre sig ligheder og forskelle i beskrivelser og udsagn, kategorisere beskrivelserne og studere den underliggende struktur af kategorierne. Målet er at identificere interviewpersonernes opfattelse af noget specifikt og afgrænset, vælge de dele ud som med en indbyrdes relation peger frem mod et hele og gennem dette mønster finde kategorier, som beskriver et "udfaldsrum" - resultatet af undersøgelsen. Det er en forudsætning, at de interviewede har en opfattelse af **hvad** "noget" er, men i analyseprocessen er det **hvordan** de tænker om dette "noget", som er væsentlig (45, 46).

Da fænomenografi har en bred forskningstilnærmelse, egner metoden sig godt til forskning omkring læring, patientundervisning, patienters og sundhedspersonalets oplevelser og erfaringer, og udvikling, ledelse og administration i sundhedsvæsenet (46).

Fænomenografi er specielt egnet når målet med forskningen er at skabe viden om personers forståelse af deres oplevelser. I sundhedsvæsenet er det vigtigt at erkende de kvalitativt forskellige måder, fænomener opleves og forstås (50).

4.2 Design af undersøgelsen

4.2.1 Informanter

I fænomenografi handler det om at identificere opfattelser og beskrive variation af opfattelserne. I udvalget af den gruppe, der ønskes undersøgt, gælder det om at skabe forudsætninger for, at der er variation i, hvordan undersøgelsesgruppen for eksempel opfatter et og samme fænomen. Udvalget af informanter kan derfor ske ud fra strategiske overvejelser. Hvis dataindsamlingen koncentrerer sig til en meget homogen gruppe er der risiko for, at nuancer og variationer af interesse ikke fremtræder (46). Et antal på cirka 15 informanter anses som passende til at indfange variationer i opfattelserne uden at være for omfattende i relation til analysen (51).

Et strategisk udvalg af sygeplejersker ansat på Hvidovre Hospital var rekrutteret til at deltage i undersøgelsen. Informanterne var udvalgt strategisk for at få problemstillingen belyst ud fra så mange aspekter som muligt. Jeg har søgt variation i køn, anciennitet, sygeplejerske/leder og speciale/afdeling. Informanterne er udvalgt ved en personlig henvendelse fra hygiejnesygeplejerskerne på Hvidovre Hospital efter aftale med intervieweren. Forud for interviewene havde hospitalsdirektionen skriftligt informeret alle afdelingsledelserne om undersøgelsen. I alt deltog 14 sygeplejersker i undersøgelsen fordelt på 11 afdelinger, indenfor kirurgiske specialer, medicinske specialer, kvinde-barn specialer og intensivterapi. Tabel 1 viser karakteristika om informanter. Alle de sygeplejersker, der blev spurgt, om de ville deltage i undersøgelsen sagde ja.

4.2.2 Semi-struktureret interview

I fænomenografi er den foretrukne metode til at generere data det semi-strukturerede interview (49). Tanken med interviewet er at fokusere på fænomenet som det opleves af informanten og få informanten til at reflektere over hans/hendes erfaringer med objektet for undersøgelsen (46).

Forud for undersøgelsen udarbejdede jeg en semi-struktureret interviewguide, der indeholdt nogle indledende spørgsmål, således at den efterfølgende dialog kunne fortsætte på baggrund af de svar, jeg opnåede (49). Spørgsmålene i interviewguiden var inspireret af spørgeskema- og observationsstudier af de faktorer, der har indflydelse på sundhedspersonales håndhygiejne (52, 53). Interviewguide er vedlagt som bilag 2.

Derefter gennemførte jeg to pilotinterview for at afprøve min interviewteknik og -guide. Jeg foretog ingen ændringer i min interviewguide på baggrund af pilotinterviewene. Da

pilotinterviewene omhandlede samme emne som de øvrige interviews, blev de inkluderet i analysen.

Jeg gennemførte alle interview i vinteren 2006/2007 på Hvidovre Hospital. Selve interviewene blev gennemført på et kontor eller i et personalerum ude i afdelingerne eller på hygiejnesygeplejerskens kontor, alt efter sygeplejerskernes ønske. Efter aftale med ledelsen blev alle interview gennemført i sygeplejerskernes arbejdstid. Gennem interviewene havde jeg fokus på de enkelte sygeplejerskers erfaringer med efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Jeg forsøgte gennem beskrivelser af konkrete situationer at holde fokus på deres erfaringer og ikke hvordan de syntes tingene burde være.

Interviewene blev optaget på bånd og varierede i længde fra 15 til 25 minutter. Ved de sidste to interview kom der ikke noget nyt frem.

Tabel 1. Karakteristika om informanter

	Sygeplejersker N=14
<i>Køn</i>	
Kvinder	12
Mænd	2
<i>Stilling</i>	
Sygeplejerske	10
Afdelingssygeplejerske	2
1. assistent	1
Intensivsygeplejerske	1
<i>Anciennitet</i>	
>6	5
6-10	4
11-15	1
16-20	2
20<	2

4.2.3 Transskribering

Transskribering gennemførte jeg løbende og umiddelbart efter interviewene, således at jeg ved utydelig tale havde mulighed for ved hjælp af hukommelsen at rekonstruere svarene. Transskriberingen blev udført på baggrund af fastlagte kriterier – se bilag 3. Før analysen blev de transskriberede interview verificerede ved, at jeg lyttede til båndene, samtidig med at jeg læste transskriptionen. Denne proces gennemførte jeg to gange. De transskriberede interview er grundlaget for dataanalysen.

4.2.4 Analyse

De beskrivende kategorier der dannes ved analysen af data, er primært resultatet af den fænomenografiske forskning (48). Kategorierne belyses med citater fra informanterne med henblik på at underbygge beskrivelsen (44). Der ligger altid en tolkning i at formulere kategorier og udvælge citater, men i fænomenografien er intentionen at være så tekstnær som mulig og gengive og beskrive det, informanterne har formidlet (44, 50).

I analysearbejdet anvendes de fire faser for analyse og tolkning af interview som beskrevet af Alexandersson (45). De fire faser er 1) at blive kendt med sine data og få et helhedsindtryk, 2) at bevidstgøre sig om ligheder og forskelle i de udsagn, som beskriver, hvordan deltagerne opfatter, det som skal belyses i undersøgelsen, 3) at kategorisere de beskrivende udsagn og 4) til slut at studere den underliggende struktur i kategorisystemet.

Inspireret af Sjöström et al. (49) blev interviewene analyseret i følgende trin:

Først læste jeg alle de transskriberede interview grundigt igennem, for at blive kendt med mine data og få et helhedsindtryk af materialet. Allerede i forbindelse med transskriberingen af interviewene fik jeg et godt indblik i mit materiale, som var en stor hjælp for mig i analysefasen. Et samlet indtryk af alt mit datamateriale fik jeg dog først i forbindelse med analysen.

Dernæst gennemgik jeg interviewene med henblik på at identificere de udsagn, der beskrev informanternes opfattelse af, hvad der havde betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Alle identificerede udsagn blev kodet. Denne proces blev gentaget flere gange for at sikre, at alle relevante udsagn blev identificeret.

Herefter samlede jeg udsagn med ens karakteristika i nogle foreløbige grupper/kategorier. Det var tydeligt for mig i processen at se, hvilke udsagn i mit materiale der var indbyrdes forbundet og kunne samles i disse foreløbige grupper/kategorier.

Næste trin i processen var en sammenligning af grupperne/kategorierne med henblik på at gøre dem mere entydige. I denne fase af analysearbejdet opstod der nye kategorier, mens andre kategorier blev slået sammen. Efterhånden som de enkelte kategorier blev mere tydelige, som følge af analysen, blev enkelte udsagn fjernet og andre flyttet rundt imellem kategorierne. Herefter blev hver kategori navngivet således, at navnet afspejlede indholdet i kategorierne.

Til slut blev hver kategori beskrevet. Analysen resulterede i en kategori, der beskriver sygeplejerskernes opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, og seks kategorier, der beskriver forskellige opfattelser af faktorer, der har betydning for, om der udføres håndhygiejne som anbefalet. Beskrivelser af informanternes opfattelser er illustreret med citater fra interviewene, der dog ikke kan omfatte al information fra et

interview. Et opdigtet navn i en parentes efter hvert citat repræsenterer hver informant. Information tilføjet af forfatteren er i citaterne skrevet i en parentes.

Alle de identificerede udsagn blev således samlet i kategorier. Denne dekontekstualisering førte min opmærksomhed fra de individuelle udsagn i de enkelte interview over til ”pool of meanings discovered in the data”, som det beskrives af Marton (44). Alle udsagn blev således tolket og analyseret i relation til det enkelte interview og i den ”pool of meanings” de hørte til.

Alle interview er analyseret ved hjælp af det kvalitative dataanalyseprogram NVivo 2.0 (54).

4.2.5 Validitet og reliabilitet

Ifølge Kvale (55) skal man allerede fra undersøgelsens begyndelse være opmærksom på spørgsmålet om validitet. Det søgte jeg at efterleve gennem alle undersøgelsens faser. I min interviewguide benyttede jeg således åbne spørgsmål, som gav sygeplejerskerne mulighed for selv at definere svarene, og jeg fulgte op på deres svar med spørgsmål for at sikre mig, at jeg havde forstået, hvad de havde sagt eller for at få uddybet uklarheder. Endvidere transskriberede jeg selv alle interviewene ordret, og alle udskrifterne blev kontrolleret gentagne gange ved at lytte til båndene.

Spørgsmålet om validitet og reliabilitet i fænomenografiske undersøgelser kan ifølge Lepp og Ringsberg (46) ses som et spørgsmål om, hvor ”sande” de i analysen fundne kategorier er – om de svarer til virkeligheden. Det er et spørgsmål om, hvor godt kategorierne repræsenterer informanternes opfattelse og ikke bare er forskerens konstruktion. Flere af kategorierne i min undersøgelse er derfor benævnt med ord som sygeplejerskerne brugte i deres udtalelser. Ligesom alle kategorier er belyst med citater fra sygeplejerskerne med henblik på at underbygge beskrivelserne og give andre mulighed for at evaluere validiteten af mine resultater.

Desuden har jeg i hele processen sikret mig en høj grad af troværdighed ved at beskrive og forklare, hvad jeg har gjort og hvorfor på en åben og ærlig måde (56).

4.2.6 Ethiske overvejelser

Projektet er godkendt af hospitalsdirektionen på Hvidovre Hospital.

Ifølge ”Vejledning om anmeldelse m.v. af et biomedicinsk forskningsprojekt til det videnskabsetiske komitésystem” skal interviewundersøgelser af denne type ikke anmeldes til komitésystemet, da der ikke indgår menneskeligt biologisk materiale i projektet (57). Denne undersøgelse skal således ikke anmeldes til videnskabsetisk komité, hvilket er skriftligt bekræftet af De Videnskabsetiske Komitéer for Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Jeg har i hele processen fra begyndelsen af undersøgelsen til den endelige rapport foreligget medtænkt det etiske aspekt (55). Et vigtigt princip i forskning er fortrolighed, så informanten ikke skades som resultat af deltagelse i undersøgelser (58). Jeg har derfor forud for interviewene informeret informanterne om deres ret til fortrolighed og forsikret dem om, at båndene, de transskriberede interview og andre data med personlig information vil blive opbevaret sikkert. I transskriptionen af interviewene har jeg sikret, at alle personlige oplysninger er anonyme ved hjælp af koder.

Et andet vigtigt etisk aspekt er at opnå informeret samtykke fra informanterne med henblik på deltagelse i undersøgelsen (55, 58). Efter at have informeret informanterne om formålet med undersøgelsen, hvad deltagelsen krævede af dem, fortrolighed og anonymitet og at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen har jeg bedt om deres samtykke. Alle informanter valgte at deltage i undersøgelsen og gennemføre interviewet.

5. Resultater

Analysen viser, at de interviewede sygeplejersker er af den opfattelse, at de stort set altid efterlever anbefalingerne for håndhygiejne. Endvidere blev der ved analysen identificeret seks forskellige opfattelser af de faktorer, der har indflydelse på, om sygeplejerskerne følger anbefalinger for håndhygiejne – se tabel 2. Mindst 10 sygeplejersker kunne relateres til hver kategori. Desuden viser analysen, at der er en sammenhæng mellem sygeplejerskernes opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne og de seks forskellige opfattelser af faktorer, der har indflydelse på sygeplejerskernes håndhygiejne, idet de enten virker fremmende (kategori 2, 3 & 7), hæmmende (kategori 4) eller begge dele (kategori 5 & 6) på efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. Ingen nye synspunkter blev identificeret i de to sidste interview. Tallene rapporteret i tabel 2 indikerer synspunkter, der er mere eller mindre almindelige blandt sygeplejersker på Hvidovre Hospital, men tallene kan med ingen sikkerhed siges at reflektere den aktuelle distribution.

5.1 Efterlever anbefalinger for håndhygiejne

Sygeplejerskerne er af den opfattelse, at både de og deres kollegaer stort set følger anbefalingerne for håndhygiejne som de skal, hvilket følgende citater belyser.

Jeg synes faktisk, at jeg følger dem (anbefalingerne) i 99 % af tilfældene (Clara).

Jeg tænker ikke, der er nogen her, som ikke gør det rigtigt. Jeg synes egentlig, vi har en meget god kultur for det også, fordi vi har de dårlige patienter (Fie).

Desuden er sygeplejerskerne af den opfattelse, at de kender de generelle anbefalinger for håndhygiejne. Sygeplejerskerne ved, at der findes lokale retningslinjer på området, men de ved ikke rigtig, hvor de finder dem. Når håndhygiejneprocedurerne først er

indarbejdet for eksempel i forbindelse med oplæring i en ny afdeling, opleves der ikke at være behov for at checke retningslinjerne.

Jamen, de retningslinjer jeg følger, det er jo nogle, jeg har samlet op over mange år. Så det er ikke nogen sådan hvad hedder det er ikke en retningslinje jeg følger, det er bare sådan, hvad jeg har samlet op undervejs. Så det er egentlig ikke særligt struktureret, men alle de anbefalinger jeg har hørt gennem årene bliver jo brugt nu, ikke? (Bo).

De ligger vel i kvalitetshåndbogen et eller andet sted, men jeg har det sådan, det er et eller andet sted for mig noget, man lærer, når man starter og hvis man ligesom får det indarbejdet jamen, så er det ikke noget, jeg har brug for at checke (Clara).

Tabel 2. Opfattelser af om anbefalinger for håndhygiejne følges og hvilke forskellige faktorer, der har indflydelse på sygeplejerskes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne blandt 14 sygeplejersker på Hvidovre Hospital

Opfattelser af om anbefalinger for håndhygiejne følges	Antal sygeplejersker
1 Efterlever anbefalinger for håndhygiejne	14 (12 kvinder og 2 mænd)
Opfattelser af forskellige faktorer der har indflydelse på sygeplejerskes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne	
2 Håndhygiejne er en naturlig handling	10 (8 kvinder og 2 mænd)
3 Smitterisiko	10 (8 kvinder og 2 mænd)
4 Akutte situationer, uforudsigelighed og travlhed	12 (10 kvinder og 2 mænd)
5 Omgivelsernes opmærksomhed	12 (10 kvinder og 2 mænd)
6 Håndhygiejnefaciliteter	14 (12 kvinder og 2 mænd)
7 Akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejne-kampagne	12 (11 kvinder og 1 mand)

5.2 Håndhygiejne er en naturlig handling

Håndhygiejne opfattes af sygeplejerskerne som en naturlig handling, der udføres rutinemæssigt. Håndhygiejne er en indarbejdet rutine, der hos de fleste efterhånden bliver til en vane. Sygeplejerskerne tænker stort set ikke over, hvornår de skal udføre håndhygiejne, da det sidder på rygraden. Håndhygiejne opfattes som en integreret del af

en procedure, og sygeplejerskerne tænker ikke på håndhygiejne som en enkeltstående handling.

For mig er det helt naturligt, at man lige bruger håndsprit, ikke? Det er sådan en fast rutine for mig, ligesom jeg havde nær sagt at trække vejret, så jeg tænker ikke over det, men jeg har selvfølgelig også været her længe (Janne).

Jeg synes netop, det er blevet noget, der sådan er meget integreret, så det er heller ikke noget jeg tænker sådan meget over, jeg gør det også bare sådan som en refleks inden jeg går hen til et barn. Jamen så sørger jeg lige for at vaske eller spritte mine hænder. Så jeg tror bare, det er meget refleks, som er indarbejdet nærmest, så det er ikke noget, som jeg tænker så meget på den måde (Hanne).

Sygeplejersker, der som børn er vokset op i hjem, hvor der var fokus på håndhygiejne, oplever at det har haft stor betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne som professionelle. Når man som barn har lært at vaske hænder betyder det, at det grundlæggende er på plads og at det som sygeplejerske falder naturligt at udføre håndhygiejne i forbindelse med ens arbejde.

Jeg er vokset op i et hjem, hvor min mor var operationssygeplejerske, så vi havde nærmest nogle gange kirurgisk håndvask i hjemmet og det du lærer når du er lille det bærer du med og det husker du, ikke? (Dorte).

5.3 Smitterisiko

Sygeplejerskerne opfatter risikoen for både selv at blive smittet og at bringe smitten videre til patienterne som en væsentlig grund til at følge anbefalinger for håndhygiejne. Endvidere har det betydning, at de ved manglede håndhygiejne er i risiko for at bringe smitten med hjem til familien.

...det er i højeste grad for min egen skyld, altså hvis jeg kan føre bakterierne fra en patient til en patient, så kan jeg jo også beholde dem selv, og inden jeg går ned fra afdelingen, vasker jeg da også hænder herop til (viser med fagter op til albuerne). Jeg gider da simpelthen ikke at slæbe noget med hjem, så kan de grine af det. Jeg har også nogen gange joket, jeg har aldrig nogensinde sygemeldt mig med gastroenteritis (mave-tarminfektion) altså (Clara).

Sygeplejerskerne oplever patienterne som potentielle smittefarlige, da deres smittestatus ikke er kendt. Alligevel oplever sygeplejerskerne, at det har betydning for deres efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne, om de er i kontakt med børn eller voksne eller en kendt inficeret patient. Sygeplejerskerne opfatter ikke børn som potentielt smittefarlige i samme grad som voksne, for eksempel opleves børns udskillelser ikke som smittefarlige, hvilket betyder, at de slækker på håndhygiejnen. Derimod er sygeplejerskerne mere opmærksomme på deres håndhygiejne, når de er i kontakt med for eksempel afføring og sekret fra voksne patienter eller er i kontakt med en patient med en kendt infektion. Endvidere oplever sygeplejerskerne det som pinligt,

at de på grund af manglende håndhygiejne kan være mulig årsag til, at både patienter og personale smittes med en mave-tarminfektion.

Det er ikke sådan, at jeg tænker kun hvis der er en der er meget inficeret, eller der er meget sekret eller afføring, så tænker man ekstra meget over det (Fie).

Jeg tror, jeg tror, at folk skelner måske også en lille smule ubevidst imellem hvad er det for nogle patienter, jeg kommer ind til og jeg tror meget her i børneafdelingen kunne det sagtens være jamen, det er jo børn, hvad kan de smitte med, ikke? Det er jo ikke farlige ting, de smitter med, havde jeg nær sagt (Janne).

Det er jo fordi, det er jo dybt pinligt, at det er os der smitter patienterne. Det er jo dybt, dybt pinligt. Vi har jo lige haft gastrit (mave-tarminfektion) her, hvor at vi har folk isoleret, og vi skulle undervise patienterne i hvordan de skulle vaske sig og de pårørende måtte kun komme ind på stuen med forklæde og handsker på og så'n (Grethe).

5.4 Akutte situationer, uforudsigelighed og travlhed

Akutte situationer opleves af sygeplejerskerne som en væsentlig årsag til, at de ikke får udført håndhygiejne som anbefalet. For sygeplejersker handler det om at prioritere mellem at skulle redde liv eller udføre håndhygiejne. I disse akutte situationer er det en bevidst og prioriteret handling at undlade at udføre håndhygiejne.

Altså tit når man måske står i de akutte situationer i børnemodtagelsen, hvor man tager en temperatur og bagefter skal suge eller et eller andet i den proces når man ikke at få vasket fingre, der handler det mere om at redde barnet og få det stabilt (Bente).

Jeg vil sige her nede selvfølgelig kan det smutte, og det er ikke gang en smutter man står jo..... fanden tage en hvis man begynder at spritte hænder, før man banker liv i en patient igen, altså. Så det er rent bevidst, at man springer over, fordi det ikke er det vigtige, ikke? (Inge).

Sygeplejerskerne oplever også, at uventede hændelser betyder, at de må gå på kompromis med anbefalinger for håndhygiejnen, for eksempel hvis en patient pludselig har brug for hjælp i forbindelse med opkastning eller blødning. I disse situationer, der ofte kræver hurtig handling, undlader sygeplejersker at udføre håndhygiejne. I stedet tager de medicinske engangshandsker på som den næstbedste løsning.

Jeg tænker sådan, der hvor det måske nogle gange kan halte, det kan være, hvis der er en akut dårlig patient og man står og suger, at så kan man godt nogle gange bare smide handskerne og så gå videre til noget andet fordi det skal gå tjept, men jeg har altid handsker på, men jeg går ikke hen og vasker hænder før jeg så går i gang med noget andet, kan man sige... (Fie).

Travlhed opfattes også som årsag til, at sygeplejerskerne ikke får udført håndhygiejne som anbefalet. Det at sygeplejerskerne har en travl hverdag og at de ofte har flere ting i hovedet på samme tid betyder, at de ikke prioriterer deres håndhygiejne. Håndhygiejnen bliver sekundær i forhold til alle de mange andre arbejdsopgaver, der skal løses. Desuden har det indflydelse på prioriteringen af håndhygiejne i forhold til andre opgaver, at sygeplejersker oplever håndhygiejne som en procedure, der tager tid.

Dels så tror jeg, det handler om, at vi ofte har en travl hverdag og ikke synes vi har tid til at stå at vaske vores hænder i evigheder, kan det føles som, hvis det skal gøres ordentligt, ikke? Så skal man hele vejen rundt, det tager jo ingen tid i virkeligheden, men derudover så tror jeg også, at når man har en hverdag, som kan være travl, har man ikke nødvendigvis det (håndhygiejne) i hovedet, også fordi man har patienten her der skal til undersøgelse, der skal gøres de og de ting ved den patient, så har vi den patient og den patient, og den patient, og der er masser af bolde i luften på en gang og så er det en af de ting der bliver nedprioriteret (Anders).

5.5 Omgivelsernes opmærksomhed

Sygeplejerskerne opfatter omgivelsernes opmærksomhed på deres håndhygiejne som havende væsentlig betydning for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne, idet denne opmærksomhed eller mangel på samme virker henholdsvis fremmende eller hæmmende på udførelsen af håndhygiejne.

Det har betydning for sygeplejerskernes håndhygiejne, at deres ledere har fokus på håndhygiejne. Endvidere har det betydning, at lederen overfor den enkelte påpeger, når håndhygiejne ikke udføres som anbefalet. Sygeplejerskerne opfatter det som lederens ansvar at påtage sig denne opgave.

Og så tror jeg det er vigtigt, hvis der er en og det skal nok være en afdelingssygeplejerske, som i perioder har det som sin kæphest, hvis man skal have det gennemtruffet i travlheden er det vigtigt, at der er en der siger ”hov vi skal lige huske”Men jeg tror det ligesom skal være en med lidt... om det så er en 1. assistent (leder), men en der kan banke de andre i hovedet indimellem (Bente).

Rollemodeller opleves også af sygeplejerskerne som havende betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Sygeplejerskerne oplever, at der i afdelingerne findes erfarne kollegaer med både god og dårlig håndhygiejne og at begge typer har indflydelse på om sygeplejersker udfører håndhygiejne som anbefalet eller ej. Specielt kollegaer med god håndhygiejne animerer sygeplejersker i afdelingerne til bedre håndhygiejne.

Det er meget op og ned, for det er meget de sådan gamle garvede, som virkelig kan det (håndhygiejne) og man kan se det sidder på rygraden de gør det bare, hvor omvendt er der også nogle af de gamle garvede, som har rigtig mange dårlige vaner, hvor det ikke har sat sig på rygraden, så det er meget forskelligt. Der prøver jeg da at tænke over når

jeg er sammen med en, hvor jeg kan se at alt bare er i orden, så tænker jeg da måske over, åh gør jeg det nu ligeså grundigt, ikke? (Else).

Også patienternes opmærksomhed på sygeplejerskernes håndhygiejne opleves at have betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Sygeplejerskerne fornemmer, at patienterne og deres pårørende er opmærksomme på deres håndhygiejne, uden at de dog giver direkte udtryk for det. Desuden oplever sygeplejerskerne, at nogle patienter kommenterer deres håndhygiejne, for eksempel at de tit vasker hænder.

Patienterne er det engang imellem. Ikke i ord men jeg kan se det på dem, de er opmærksomme på, at hov nu vasker han hænder igen eller et eller andet, men om det er fordi de er generelt opmærksomme på hvad jeg gør og hvad der foregår omkring dem eller om de er specielt opmærksomme på det (håndhygiejne), det kan være lidt svært at vurdere, men jeg har lagt mærke til at de kigger og engang imellem får jeg da også den der med den bemærkning med nå, der bliver godt nok vasket meget eller I bruger mange handsker eller et eller andet (Anders).

Endvidere oplever sygeplejerskerne, at der hos patienterne er en forventning om, at sygeplejerskerne udfører håndhygiejne som anbefalet. Patienterne udviser derfor ikke den store opmærksomhed for sygeplejerskernes håndhygiejne.

Jeg tror ikke engang, at de tænker så meget over, man går vel ud fra at det er i orden når man nu er på et hospital (Else).

5.6 Håndhygiejnefaciliteter

Sygeplejerskerne oplever, at uhygiejniske håndvaskefaciliteter og tilgængelighed af håndsprit har betydning for deres efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne. Når sæbebeholdere ikke er synligt rene og vaskenes afløb ikke fungerer, så animerer det ikke sygeplejerskerne til at udføre håndhygiejne som anbefalet.

Nogen gange så tænker jeg, når jeg for eksempel tager den der ovre med sæbe, den er bare fyldt med undskyld jeg siger det med lort altså. Det indbyder jo heller ikke til at man går hen tre gange i timen og vasker hænder, hvis man har en følelse af, at det er beskidt når man gør det, fordi jeg ved udmærket godt hvad der sidder i sæberester og bakterier under så'n, ikke? (Karen).

Man står med nogle vaske, som altid er stoppede, jamen og hver anden vask ja kommer der kaffegrums op af altså. Det i sig selv indbyder jo heller ikke til at folk gider at gå hen og vaske hænder, er det ikke rigtigt? Det er jo sådan nogle banale ting, hvor man bare tænker, altså det burde jo ikke kunne ske på et hospital. Man det tror jeg altså har kæmpe... nu kan du også bare se hvordan med rengøring hvordan det løber ned, det er en ganske almindelig dag altså (Karen).

Let adgang og en strategisk placering af spritdispenser ved udgangen fra hver stue opleves af sygeplejerskerne at øge efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. Også

antallet af ophængte spritdispensere har betydning for håndhygiejnen. Få eller tomme spritdispensere opleves at nedsætte frekvensen af håndhygiejnen.

Jo, men det er først lige kommet over at sidde ved døren. Før sad de jo kun ved håndvasken, så hvis man havde travlt gik man ikke tilbage til håndvasken, så det hjælper at de er kommet ved døråbningen nu og de er lige som en husker, når man kommer ud og det tror jeg gør meget, at de er kommet der (Else).

Hvis der ikke noget sprit på væggen fordi den er tom eller sådan noget, så er det jo klart en nedsættelse af håndhygiejne, fordi så går man måske ikke lige fordi....men så skal ind på en anden stue eller noget (Bo).

5.7 Akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejekampagne

Sygeplejerskerne opfatter, at aktiviteter med fokus på håndhygiejne fremmer deres efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne. Sygeplejerskerne finder, at akkreditering og hygiejneaudit er med til at øge opmærksomhed og fokus på håndhygiejne. Desuden opfatter sygeplejerskerne hygiejneaudit som en kontrol, hvilket opleves som provokerende, men en nødvendighed for at øge deres bevidsthed om håndhygiejne.

I perioder specielt hvis der har været akkreditering og audit. Nu har der lige været igen og så kommer der fokus på det(håndhygiejne) igen (Bente).

Vi har også fokus på det (håndhygiejne) hver gang, hver gang vi har hygiejneaudit, som vi har en gang om året...(Karen).

Og så tror jeg et check måske engang imellem, som man gør, det tror jeg ikke er helt tosset. Selvom om det kan virke provokerende, men det gør at man er nødt til at tænke over hvad det er man går og gør (Fie).

Sygeplejerskerne oplever desuden, at håndhygiejekampagnen har haft stor betydning for efterlevelsen af anbefalingerne for håndhygiejne. Kampagnen har med dens forskellige elementer været med til at sætte fokus på håndhygiejne og gjort sygeplejerskerne mere bevidste om håndhygiejnes vigtighed. Sygeplejerskerne oplever desuden, at deres håndhygiejne er blevet bedre efter håndhygiejekampagnen og at de har fået mere viden på området. Endvidere oplever sygeplejerskerne, at kampagnen har betydet, at håndhygiejne nu er et prioriteret indsatsområde på hospitalet.

Jeg oplever i hvert tilfælde, at det har gjort noget at der var den kampagne, der var for noget tid siden og vi har stadig de der hænder siddende, og folk har stadigvæk deres spritdunke, så jeg synes, at efter den ligesom var på banen, blev det meget prioriteret (Fie).

Den der kampagne der har kørt herude med ren, hvor har dine hænder været sidst og sådan det har øget fokus for mig, det har gjort, at jeg tror, jeg har bedret min håndhygiejne helt klart (Lone).

For mig var det meget nyt, at sprit var så godt, det var jeg slet ikke opmærksom på, og det har jeg ikke været opmærksom på i mine unge år, kan man sige (Anna).

6. Diskussion

6.1 Diskussion af resultater

Formålet med denne undersøgelse er at beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever der har betydning for, om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne på Hvidovre Hospital er af den opfattelse, at de stort set altid efterlever anbefalingerne for håndhygiejne. Der er således ikke fundet nogen variation i sygeplejerskernes opfattelse af, om de udfører håndhygiejne som anbefalet. Derimod viser undersøgelsen, at der blandt sygeplejerskerne er seks forskellige opfattelser af faktorer, der har betydning for, om de følger anbefalingerne for håndhygiejne. Opfattelser af faktorer, der af sygeplejerskerne opleves fremmende og/eller hæmmende for, om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

6.1.1 Sygeplejerskernes opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne

Kategorien "Efterlever anbefalinger for håndhygiejne" illustrerer, at sygeplejerskerne er af den opfattelse, at de og deres kollegaer så godt som altid udfører håndhygiejne, når de skal. Det stemmer dog ikke overens med observationsundersøgelser af sundhedspersonales, herunder sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, der viser en efterlevelse af anbefalingerne på cirka 50 procent (7, 35). Fra en udenlandsk undersøgelse ved man, at der er forskel på sundhedspersonalets selvrapporterede og observerede efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Undersøgelsen viste, at personalet selv var af den opfattelse, at deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne var bedre end den observerede efterlevelse (38). Om det samme gælder for gruppen af sygeplejersker, der er interviewet i denne undersøgelse, er ikke til at vide, idet der ikke er gennemført en observationsundersøgelse af sygeplejerskernes håndhygiejne på Hvidovre Hospital.

Jeg hæfter mig dog ved, at sygeplejerskerne ikke alene oplever, at de selv følger anbefalinger for håndhygiejne, men at de også har en oplevelse af, at deres kollegaer gør det samme. At sygeplejerskerne inddrager deres kollegaer, kan ses som en måde at styrke deres udsagn på og at de virkelig er af den opfattelse, at de ikke bare selv, men at sygeplejersker generelt efterlever anbefalinger for håndhygiejne.

Årligt gennemføres hygiejneaudits på Hvidovre Hospital i form af stikprøvekontroller af sundhedspersonales håndhygiejne. Resultatet af disse kontroller viser, at knapt 80 procent af sundhedspersonalet, herunder sygeplejersker, udfører korrekt håndhygiejne (59). Dette resultat er bedre end en udenlandsk undersøgelse, der viser, at kun 31 procent af sundhedspersonalet anvendte korrekt teknik i forbindelse med udførelsen af hånddesinfektion (8). Sygeplejerskerne på Hvidovre Hospital er nok af den opfattelse, at de udfører håndhygiejne når de skal, men kvaliteten af den udførte håndhygiejne lever ikke altid op til anbefalingerne.

For at kunne efterleve anbefalingerne for håndhygiejne må det forudsættes, at sygeplejerskerne har kendskab til de nationale og/eller hospitalets retningslinjer. Undersøgelsen viser da også, at sygeplejerskerne kender til generelle anbefalinger for håndhygiejne. De har dog ikke det store kendskab til hospitalets retningslinjer for håndhygiejne. Dette kan undre, når man ved, at alt nyt personale introduceres til retningslinjerne i forbindelse med introduktionen til hospitalet. Ringe kendskab til retningslinjer for håndhygiejne er i litteraturen en af de rapporterede årsager til manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne (7). Det tyder således på, at der er behov for at sikre sig, at sygeplejerskerne kender hospitalets retningslinjer for håndhygiejne med henblik på at fremme efterlevelsen af anbefalingerne. I den forbindelse vil det være relevant at overveje, hvilke aktiviteter og metoder der vil være velegnede til at formidle budskabet om håndhygiejne.

Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne er af den opfattelse, at de og deres kollegaer stort set efterlever anbefalinger for håndhygiejne, men jeg kan være i tvivl om det faktisk forholder sig sådan ovenstående taget i betragtning. At der højst sandsynligt er en forskel mellem den oplevede og observerede efterlevelse af anbefalinger af håndhygiejne, bør have betydning for udviklingen og valg af aktiviteter, der iværksættes med henblik på at sikre, at sygeplejerskers håndhygiejne forbedres. Det er vigtigt, at håndhygiejneaktiviteter gennemføres og formidles, så de opleves af sygeplejerskerne svarende til det ønskede budskab og ikke mistolkes på grund af forskelle i oplevelsen af, om anbefalinger for håndhygiejne efterleves eller ej. Aktiviteter som for eksempel undervisning, der fejlagtigt antager en bestemt måde at forstå et fænomen på eller anser en gruppe som ensartet, vil højst sandsynligt ikke lykkes (51).

6.1.2 Faktorer der har betydning for udførelsen af håndhygiejne

6.1.2.1 Fremmede faktorer for håndhygiejnen

Kategorien ”Håndhygiejne som en naturlig handling” viser, at sygeplejersker opfatter håndhygiejne som en vane, hvilket opleves som fremmede for efterlevelsen af anbefalingerne for håndhygiejne.

Sygeplejersker, der som børn er vokset op i hjem, hvor der var fokus på håndhygiejne oplever, at det har haft stor betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne som professionelle. Når man som barn har lært at vaske hænder betyder

det, at det grundlæggende er på plads og at det som sygeplejerske falder naturligt at udføre håndhygiejne i forbindelse med ens arbejde. Dette stemmer overens med spørgeskemaundersøgelser der viser, at hvis sundhedspersonale som børn har lært at vaske hænder, opleves det som fremmede for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne som professionelle (37, 52).

Det at sygeplejerskerne oplever håndhygiejne som en vane, må betyde, at de er af den overbevisning, at de udfører håndhygiejne som anbefalet. Det stemmer dog ikke overens med de før omtalte observationsundersøgelser, der viser, at efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne er lav (7, 35). Det vil derfor være relevant i forbindelse med aktiviteter, der skal fremme efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne, at fokusere på, at sygeplejerskerne oplever håndhygiejne som en vane og at denne opfattelse ikke nødvendigvis behøver at være ensbetydende med, at sygeplejerskerne får udført håndhygiejne, som de skal.

Kategorien ”Smitterisiko” illustrerer også, at sygeplejerskerne opfatter risikoen for både selv at blive smittet og at bringe smitten videre til patienterne, som fremmede for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. Det stemmer overens med tidligere undersøgelser af rapporterede faktorer, der har indflydelse på sundhedspersonalets håndhygiejne adfærd. Spørgeskemaundersøgelser viser, at den væsentligste faktor for at udføre håndhygiejne er forebyggelse af infektioner (37, 63).

Selvom sygeplejerskerne oplever forebyggelse af infektioner som væsentlig for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne, udfører de ikke nødvendigvis håndhygiejne, når de skal (7, 35). Forskellen mellem sygeplejerskernes egen opfattelse af infektionsrisikoens betydning for udførelsen af håndhygiejne og den observerede manglende håndhygiejne kan blandt andet forklares med sygeplejerskernes oplevelse af risiko. Ifølge Grandjean er sygeplejerskernes oplevelse af risiko subjektiv og bygger på deres egen viden og holdninger (14). Sygeplejerskerne oplever således ikke, at smitterisikoen er af en sådan størrelse, at den nødvendigvis udgør en risiko/trussel, der vil få dem til at udføre håndhygiejne. Selvom risikoen ved manglende håndhygiejne kan bekræftes ved hjælp af faglig viden og dokumentation, påvirker det heller ikke nødvendigvis sygeplejerskernes oplevelse af risiko, hvilket vil afspejle sig i deres handlinger ved manglende håndhygiejne.

Sygeplejerskerne er af den opfattelse, at alle patienter skal plejes som potentielle smittebærere, da deres smittestatus ikke er kendt. Alligevel oplever sygeplejerskerne, at det har indflydelse på deres efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne, om de er i kontakt med børn eller voksne eller en kendt inficeret patient. Sygeplejerskerne i undersøgelsen opfatter ikke børn som potentielt smittefarlige i samme grad som voksne, hvilket betyder at de oplever, at de ved pleje af børn slækker på håndhygiejnen. Derimod er sygeplejersker mere opmærksomme på deres håndhygiejne, når de er i kontakt med for eksempel afføring og sekret fra voksne patienter eller er i kontakt med en patient med en kendt infektion. Denne forskel mellem viden og handling er også set i en observationsundersøgelse, der viser, at personalets efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne var højere for aktiviteter med lille risiko for smitte og var lavere for procedurer forbundet med høj risiko for smitte (60).

Forskellen mellem at være bevidst om at alle patienter skal plejes som potentielle smittebærere og så alligevel skelne mellem forskellige typer af patienter i relation til håndhygiejne, kan forklares med sygeplejerskens risikooplevelse. Ifølge Grandjean har det stor betydning for risikooplevelsen, om risikoen er kendt eller ukendt (14). For sygeplejerskerne er det en kendt risiko, at alle patienter udgør en potentiel smitterisiko. I og med at risikoen er kendt, tør sygeplejerskerne tage større risici end ellers, da de oplever at have kontrol over situationen. I handling betyder det, at sygeplejerskerne i visse situationer ikke udfører håndhygiejne som anbefalet.

I de situationer hvor sygeplejerskerne ikke udfører håndhygiejne som anbefalet, udsætter de sig selv og andre for en smitterisiko. At dette ikke animerer sygeplejerskerne til at følge anbefalingerne for håndhygiejne kan forklares med, at de risici, man selv vælger almindeligvis er mere acceptable end de risici, man påføres af andre. Dette kan hænge sammen med følelsen af kontrol, idet risici, som er forbundet med situationer, man selv kan kontrollere, opleves som mere acceptable end kvantitativt mindre risici, der kontrolleres af andre (14).

Selvom undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem sundhedspersonalets håndhygiejne og antallet af sygehuserhvervede infektioner (5), er det svært i praksis at se konsekvenserne af den manglende håndhygiejne. Når patienter eller personale pådrager sig en infektion, er det ofte vanskeligt at identificere smitekilden og desuden opstår infektion ikke øjeblikkeligt. At sygeplejerskerne ikke umiddelbart oplever konsekvensen af deres manglende håndhygiejne, har betydning for deres risikooplevelse. Ifølge Breck opleves risikoen større eller mindre, alt efter om konsekvenserne indtræffer umiddelbart eller forsinket (43).

Selvom sygeplejerskerne opfatter risikoen for både selv at blive smittet og at bringe smitten videre til patienterne som en væsentlig grund til at følge anbefalinger for håndhygiejne, tyder det alligevel på, at anbefalingerne for håndhygiejnen ikke altid følges. En forklaring på dette kan altså findes i sygeplejerskernes risikooplevelse, der har væsentlig betydning for, om anbefalinger for håndhygiejne følges. Det er derfor vigtigt, at dokumentation og anbefalinger for håndhygiejne formidles, så de opfattes af sygeplejerskerne svarende til det ønskede budskab og ikke mistolkes på grund af forskelle i risikooplevelse.

Desuden illustrerer kategorien ”Akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejne-kampagne”, at udvalgte aktiviteter fremmer sygeplejerskernes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Sygeplejersker oplever, at akkreditering og hygiejneaudit er med til at øge opmærksomhed og fokus på håndhygiejne. At disse aktiviteter i praksis opleves at have betydning for sygeplejerskernes håndhygiejne, støttes af undersøgelser, der viser, at rutineobservation og tilbagemeldinger til personalet øger sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne (3, 61).

Hygiejneaudit, der på Hvidovre Hospital er en kombination af test og undervisning, opfattes af sygeplejerskerne som en kontrol, der er nødvendig for at øge deres bevidsthed om håndhygiejne. Sygeplejerskerne oplever således audit som en faktor, der

motiverer til at udføre håndhygiejne. Dels fordi der er et element af kontrol, dels fordi de bliver gjort opmærksomme på, hvis de ikke udfører korrekt håndhygiejne. Desuden giver den skriftlige feedback fra hygiejneaudit ledelsen i afdelingen mulighed for at følge op på resultaterne. For ledere og sygeplejersker vil det således være muligt at følge udvikling af resultaterne over tid, hvilket stimulerer til forbedringer (62).

Af andre aktiviteter med betydning for efterlevelsen af håndhygiejne oplever sygeplejerskerne, at håndhygiejekampagnen har haft betydning for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. Dette stemmer overens med erfaringer fra udlandet, der viser, at håndhygiejekampagner øger efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne (3, 35). En håndhygiejekampagne gennemført på et hospital i Schweiz resulterede i vedvarende forbedring af personalets efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne og en reduktion i antallet af sygehuserhvervede infektioner, herunder MRSA (3). Sygeplejerskerne oplever, at kampagnen på Hvidovre Hospital med dens forskellige elementer har været med til at sætte fokus på håndhygiejne og har betydet, at deres håndhygiejne er blevet bedre efter kampagnen. Ofte ser man, at de initiativer, der iværksættes for at øge efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne, ikke resulterer i vedvarende forbedringer (3). At sygeplejerskerne et halvt år efter håndhygiejekampagnens gennemførsel fortsat oplever, at deres håndhygiejne er bedre end før kampagnen, må tages som udtryk for en vedvarende forbedring af deres håndhygiejne. Kampagnen har også betydet, at sygeplejerskerne oplever håndhygiejne som et prioriteret indsatsområde på hospitalet. For sygeplejerskerne ses håndhygiejekampagnen som et signal om, at hospitalets ledelse og hygiejneorganisation prioriterer håndhygiejne højt og at det er et af de områder, hospitalet har fokus på.

Det er sygeplejerskernes opfattelse, at aktiviteter som akkreditering, hygiejneaudit og håndhygiejekampagne har positiv betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Dette støttes af internationale anbefalinger om, at der på hospitalsniveau indføres aktiviteter med monitorering af og regelmæssig tilbagemelding på personalets håndhygiejne med henblik på at øge personalets efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne (7).

6.1.2.2 Hæmmende faktorer for håndhygiejnen

Kategorien ”Akutte situationer, uforudsigelighed og travlhed” viser, at disse situationer opleves af sygeplejerskerne som en væsentlig årsag til, at de ikke får udført håndhygiejne som anbefalet.

For sygeplejersker handler det om, at de i akutte situationer bevidst undlader at følge anbefalinger for håndhygiejne, da det ofte er situationer hvor patientens helbred og i visse tilfælde liv står på spil. At sygeplejersker ikke udfører håndhygiejne i disse situationer er en bevidst og prioriteret handling. Sygeplejersker oplever også, at de ved uventede hændelser må gå på kompromis med anbefalinger for håndhygiejne, for eksempel hvis en patient pludselig har brug for hjælp i forbindelse med opkastning eller blødning. I disse situationer, der ofte kræver hurtig handling, undlader sygeplejersker at

udføre håndhygiejne. At sygeplejerskerne angiver akutte og uforudsigelige hændelser som en væsentlig faktor, der hindrer håndhygiejne, kan forklares med, at det er en legal og acceptabel årsag til ikke at følge anbefalingerne. Der er ingen, der vil stille spørgsmålstejn ved, at sygeplejersken ikke udfører håndhygiejne, før hun redder liv. I litteraturen er det ikke umiddelbart muligt at finde observations- eller spørgeskemaundersøgelser, der angiver akutte eller uforudsigelige hændelser som årsag til sygeplejerskers manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne.

Travlhed opfattes også som årsag til, at sygeplejersker ikke får udført håndhygiejne som anbefalet. Det at sygeplejersker har en travl hverdag og at de ofte har flere ting i hovedet på samme tid, betyder at de ikke prioriterer deres håndhygiejne. Håndhygiejnen bliver sekundær i forhold til alle de mange andre arbejdsopgaver, der skal løses. Flere undersøgelser viser, at en væsentlig årsag rapporteret blandt sundhedspersonale for ikke at efterleve anbefalinger for håndhygiejne, er travlhed (37, 63). At travlhed angives som årsag til ikke at efterleve anbefalingerne for håndhygiejne kan ses som et udtryk for, at sygeplejersker ikke tillægger håndhygiejne samme værdi/prioritet som andre vigtige sygeplejeopgaver. Fremover kunne det derfor være relevant i forbindelse med håndhygiejneaktiviteter at inddrage emnet travlhed for eksempel ved at spørge sygeplejersker, om de virkelig har travlt til at udføre håndhygiejne.

6.1.2.3 Faktorer der både fremmer og hæmmer håndhygiejnen

Kategorien "Omgivelsernes opmærksomhed" beskriver, at sygeplejerskerne opfatter omgivelsernes opmærksomhed på deres håndhygiejne som både fremmende og hæmmende for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. For sygeplejerskerne har det betydning for deres håndhygiejne, at deres ledere har fokus på området. Endvidere har det betydning, at lederen overfor den enkelte påpeger, når håndhygiejne ikke udføres som anbefalet. Det er sygeplejerskens opfattelse, at det er lederens ansvar at påtage sig denne opgave. Det stemmer også overens med undersøgelser, der viser, at lederens opmærksomhed på håndhygiejne er en fremmende faktor for, om personalet følger anbefalinger for håndhygiejne (7, 63). For at øge sygeplejerskernes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, er det derfor vigtigt, at lederne prioriterer håndhygiejne som indsatsområde i afdelingerne. Til støtte for lederne vil det derfor være en hjælp, hvis hospitalet på det overordnede niveau signalerer, at håndhygiejne fortsat er et indsatsområde på hospitalet, for eksempel ved at følge op på håndhygiejekampagnen.

Rollemodeller opleves også af sygeplejerskerne som havende betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Dette stemmer overens med litteraturen, der beskriver, at manglende rollemodeller blandt nøglepersoner har stor indflydelse på personalets håndhygiejne (7, 63). Sygeplejerskerne oplever, at der i afdelingerne findes erfarne kollegaer med både god og dårlig håndhygiejne og at begge typer har indflydelse på, om sygeplejersker udfører håndhygiejne som anbefalet. Specielt kollegaer med god håndhygiejne animerer sygeplejersker i afdelingerne til bedre håndhygiejne. En observationsundersøgelse af rollemodellers betydning for efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne viser, at sundhedspersonale er mindre

tilbøjelige til at udføre håndhygiejne, når de er i et rum med en overordnet eller højere rangerende person, som ikke følger anbefalingerne for håndhygiejne (64). Det er derfor vigtigt, at ledere og erfarent personale er bevidste om, at de er rollemodeller for kollegaer og derfor skal foregå som et godt eksempel i forhold til håndhygiejne. Desuden er det vigtigt, at afdelingerne får identificeret de gode rollemodeller og støtter dem i overfor afdelingens personale at være gode eksempler på, hvordan og hvornår håndhygiejne udføres. Afdelingsledere bør være dem, der tager initiativ til, at dette sker eventuelt i samarbejde med hospitalets hygiejneorganisation. Hygiejneorganisationen bør i relation til rollemodeller kunne tilbyde aktiviteter som undervisning, vejledning og supervision, der kan understøtte rollemodellens funktion i afdelingen.

Patienternes opmærksomhed på sygeplejerskers håndhygiejne opleves også at have betydning for deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. En spørgeskemaundersøgelse udført blandt sundhedspersonale viser, at patienternes opmærksomhed på personalets håndhygiejne fremmer efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne, mens patienternes manglende interesse for håndhygiejne betyder, at personalet slækker på håndhygiejnen (37). I den forbindelse har det været afprøvet at inddrage patienterne aktivt i personalets håndhygiejne ved at opfordre dem til, via pjecer, plakater og emblemer, at spørge personalet, om de har udført håndhygiejne som anbefalet (65). Hvorvidt det er patientens opgave at minde sygeplejerskerne om, at de skal huske at udføre håndhygiejne, kan diskuteres. Som patient vil mange nok forvente, at en så basal handling som håndhygiejne udføres korrekt og at det derfor ikke skulle være nødvendigt at minde sygeplejerskerne om, at de skal udføre håndhygiejne.

Omgivelserne har således indflydelse på, om sygeplejerskerne følger anbefalinger for håndhygiejne eller ej. Det vil derfor være nyttigt at inddrage ledere og rollemodeller i arbejdet med at sikre at sygeplejerskerne efterlever anbefalingerne for håndhygiejne. Derimod bør det overvejes, om det er relevant at inddrage patienterne og i givet fald på hvilken måde, idet jeg ikke finder, at patienterne kan pålægges et medansvar for sygeplejerskernes efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne.

Kategorien "Håndhygiejnefaciliteter" viser også, at håndhygiejnefaciliteter både kan virke fremmende og hæmmende for sygeplejerskernes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Sygeplejersker oplever, at uhygiejniske håndvaskefaciliteter har betydning for deres efterlevelse af anbefalingerne for håndhygiejne. Når sæbebeholdere ikke er synligt rene og vaskenes afløb ikke fungerer, så animerer det ikke sygeplejersker til at udføre håndhygiejne som anbefalet. Det er selvklart, at uhygiejniske håndhygiejnefaciliteter ikke stimulerer sygeplejersker til at udføre håndhygiejne (66). Erfaringsmæssigt ved man, at hvis der ikke er æstetisk rent og pænt i en hospitalsafdeling, slækker personalet meget let på de hygiejniske principper, og det samme må man forvente vil gøre sig gældende i relation til håndhygiejne.

Desuden oplever sygeplejersker at få eller tomme spritdispensere nedsætter frekvensen af håndhygiejne. Modsat oplever sygeplejersker, at let adgang til spritdispensere øger efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne. Både en strategisk placering af spritdispensere og antallet af ophængte spritdispensere har betydning for håndhygiejnen. Det er indlysende, at let adgang til håndhygiejnefaciliteter som

håndsprit eller håndvask, sæbe med videre har betydning for, om sygeplejersker udfører håndhygiejne som anbefalet. At bede travle sygeplejersker om at bevæge sig væk fra patienten for at nå en dispenser med sprit eller en håndvask inviterer til manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. I flere spørgeskemaundersøgelser angiver personalet manglende håndhygiejnefaciliteter og håndhygiejnemidler som årsag til manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne (37, 52). I forbindelse med H:S håndhygiejekampagne, hvor tilgængeligheden af håndsprit var et af indsatsområderne, valgte man på Hvidovre Hospital at ophænge spritdispensere ved udgangene fra stuerne og andre udvalgte steder. Desuden blev personalet tilbudt lommedispensere med sprit. I den forbindelse så man en stigning af forbruget af håndsprit på Hvidovre Hospital på 40 procent, hvilket tages som udtryk for, at personalets frekvens af håndhygiejne var steget. Selvom håndsprit sædvanligvis introduceres som en af flere interventioner for at forbedre personalets håndhygiejne, er der indikation på, at håndsprit øger personalets efterlevelse af anbefalingerne med cirka 25 procent eller mere (67, 68).

6.2 Diskussion af metode

6.2.1 Undersøgelsens fokus

I denne undersøgelse søges variation i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne undersøgt ved hjælp af en kvalitativ interviewundersøgelse blandt sygeplejersker ansat på Hvidovre Hospital. En begrænsning i denne undersøgelse er, at jeg udelukkende har valgt en faggruppe fra ét hospital til at indgå i undersøgelsen. I litteraturen ses, at der er forskel i efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne i relation til faggrupper, afdelingstyper og hospitaler (7, 35). Da jeg i min undersøgelse har søgt variation i opfattelsen af efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, ville det have været relevant, hvis undersøgelsen havde været gennemført med forskellige faggrupper og på flere forskellige hospitaler og ikke kun blandt sygeplejersker på Hvidovre Hospital.

At jeg på trods af dette udelukkende har valgt sygeplejersker til at deltage i min undersøgelse skal forklares med, at det er en personalegruppe, der har en tæt og hyppig patientkontakt og dermed stor risiko for at overføre smitte ved manglende efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Desuden skal mit valg også forklares med, at jeg følte en større tryk ved i min første interviewundersøgelse at interviewe en personalegruppe, jeg selv er en del af og dermed har et godt kendskab til.

Begrundelsen for at vælge at interviewene skulle gennemføres på ét og ikke flere forskellige hospitaler er, at jeg på forhånd havde kendskab til hospitalsdirektionen og hygiejneorganisationen, der var interesserede i, at jeg gennemførte undersøgelsen på Hvidovre Hospital. Dette gjorde det alt andet lige lettere for mig at planlægge og gennemføre undersøgelsen.

For at sikre, at min undersøgelse på trods af ovenstående, beskriver variation i sygeplejerskernes opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, blev informanterne strategisk udvalgt under hensyn til køn, anciennitet, om de var

almindelige sygeplejersker eller ledere – jævnfør tabel 1. Desuden blev der rekrutteret sygeplejersker fra 11 forskellige afdelinger på hospitalet.

6.2.2 Metode og design

Kvalitative forskningsmetoder egner sig til at beskrive og analysere karaktertræk og egenskaber eller kvaliteter inden for det medicinske område (69). Da det centrale i denne undersøgelse var at få en øget forståelse for, hvilke faktorer der ifølge sygeplejerskerne selv har betydning for deres (manglende) efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, er den kvalitative interviewmetode velegnet. Som dataindsamlings- og analysemetode ville henholdsvis det semi-strukturerede interview og fænomenografi være egnet, idet jeg ønskede at undersøge variationer i sygeplejerskernes egen opfattelse af, om de følger anbefalingerne for håndhygiejne.

Det semi-strukturerede interview som valg af dataindsamlingsmetode i relation til undersøgelsens tema viste sig hensigtsmæssig, idet sygeplejerskerne velvilligt fortalte om deres egen opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Dette stemmer overens med intentionen om, at interviewerens skal fokusere på fænomenet, som det opfattes af informanten (46).

Selve processen med at gennemføre interviewene fandt jeg svær. Det var vanskeligt for mig at have en kritisk rolle til det sagte, med henblik på at følge op med spørgsmål, der opfordrede sygeplejerskerne til at uddybe deres beskrivelser yderligere. Desuden havde jeg indimellem svært ved at slippe min interviewguide. Dette resulterede i forholdsvis korte interview af cirka 15-25 minutters varighed. Allerede fra starten blev jeg opmærksom på ovenstående blandt andet i forbindelse med transskriberingen af mine første interview. Jeg arbejdede derfor løbende med at forbedre mig ved igen og igen at lytte til mine interview med henblik på at finde ud af, hvad der fungerede godt og mindre godt i interviewprocessen. Med den øgede erfaring med interview situationen, lagde jeg mere vægt på, at sygeplejerskerne skulle have lov at tale uden for meget styring, og jeg blev bedre til på baggrund af de svar jeg opnåede, at fortsætte den efterfølgende dialog. Ifølge Lepp og Ringsberg (46) skal interviewerens have en afslappet interviewstil, en accepterende attitude og interesse for, hvad informanten fortæller, for at opnå målet med det fænomenografiske interview. Det synes jeg lykkedes bedre og bedre for mig efterhånden, som jeg blev mere fortrolig med interviewprocessen. Varigheden af mine interview ændredes dog ikke på trods af, at jeg oplevede, at mine interview forløb bedre og bedre jo mere erfaring, jeg fik. Dette kan måske forklares med, at håndhygiejne opleves som et konkret og faktuel emne, der ikke nødvendigvis giver anledning til langvarige samtaler.

Desuden syntes jeg ind imellem, at min baggrund som hygiejnesygeplejerske gjorde det svært for mig at lytte forudsætningsløst til informanterne. Flere gange måtte jeg tage mig selv i ikke at begynde at rådgive om håndhygiejne. Min forforståelse, som er det forskeren bringer ind i projektet, før projektstart, gav mig således indimellem problemer i interviewsituationen (69). Informanterne var forud for undersøgelsen orienteret om, at

jeg er uddannet hygiejnesygeplejerske, men ikke længere arbejder inden for dette område.

Da formålet med denne undersøgelse var at beskrive variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne og hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever, har betydning for, om de udfører håndhygiejne som anbefalet, vurderes fænomenografi som en velegnet metode. Fænomenografi som analysemetode fører til et sæt af beskrivende kategorier, som illustrerer de forskellige opfattelser, mennesket har af fænomenet, der undersøges (44, 45).

Et væsentligt spørgsmål i relation til fænomenografi er ifølge Alexandersson (45), om fænomenografien virkelig beskriver og gengiver virkeligheden, som den opfattes af det enkelte individ. Ved analysen af interviewene sker der en dekontekstualisering, hvor de individuelle udsagn fjernes fra deres sammenhæng og samles i en "pool of meanings" (44). Udsagnet isoleres således fra sin sammenhæng og gives egen status koblet fra det menneske, opfattelsen tilhører og den komplekse virkelighed det indgår i. Kritikken af fænomenografi gælder ofte denne manglende fokusering på individniveau (45).

6.2.3 Validitet

Ifølge Kvale (55) handler validering om, at en metode undersøger det, som er metodens mål at undersøge og at man i alle undersøgelsens faser er opmærksom på spørgsmålet om validitet.

I interviewsituationen så jeg allerede fra undersøgelsens start et validitetsproblem i forhold til, om informanterne vil svare ærligt på spørgsmål om de situationer, hvor de ikke følger anbefalinger for håndhygiejne. Spørgsmålet var, om jeg med min undersøgelse kunne være sikker på at afdække, hvad informanterne virkelig mente om fænomenet. Jeg tog på trods heraf udgangspunkt i de situationer, hvor sygeplejerskerne ikke efterlever anbefalingerne for håndhygiejne, da det er min oplevelse, at sygeplejersker godt tør beskrive de situationer, hvor de selv og deres kollegaer ikke gør, som de skal. Dette ses for eksempel i forbindelse med utilsigtede hændelser, hvor der er sket en stigning i personalets indrapporteringer til Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD) (70).

Det gode interview skal give rum for den flertydighed, som kendetegner de fleste menneskelige fænomener, og interviewerens skal være lydhør over for forandringer (69). Undervejs i interviewene lagde jeg derfor vægt på med opfølgende spørgsmål at sikre mig, at jeg havde forstået, hvad sygeplejerskerne havde sagt eller få uddybet uklarheder. Det sikrede, at de beskrevne kategorier så godt som muligt reflekterede den virkelighed, som sygeplejerskerne udtrykte, at de havde oplevet. For yderligere at sikre troværdighed og nøjagtighed samt give læseren et grundlag for at vurdere dette, er resultaterne illustreret med citater fra interviewene for at konkretisere de forskellige kategorier. Ifølge Leep og Ringsberg (46) er spørgsmålet om validitet i fænomenografi et spørgsmål om, hvor "sande" de fundne kategorier er og om de relaterer sig til virkeligheden.

6.2.4 Overførbarhed

Som ved alle andre kvalitative studier skal man være påpasselig med at generalisere resultaterne, men det kvalitative studie kan være værdifuldt som et bidrag til en dybere forståelse af et fænomen (48). Selvom jeg skal passe på med at generalisere resultaterne for undersøgelsen, vil det undre mig, hvis sygeplejersker og andet sundhedspersonale på andre afdelinger eller hospitaler ikke har tilsvarende opfattelse af efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne og de faktorer, der har indflydelse på, om de følger anbefalingerne for håndhygiejne. Dette underbygges af resultater fra spørgeskemaundersøgelser om personalets oplevelse af faktorer, der hæmmer eller fremmer efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne (37, 63). Jeg vurderer derfor overførbarheden som god.

6.3 Konklusion

Undersøgelsen havde til formål at beskrive variationen i sygeplejerskernes opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever, har betydning for om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

For det første viser undersøgelsen, at sygeplejerskerne er af den opfattelse, at de stort set altid følger anbefalingerne for håndhygiejne. Det tyder dog på, at der er en forskel mellem den oplevede og observerede efterlevelse af anbefalinger af håndhygiejne. Når sygeplejersker er af den opfattelse, at de udfører håndhygiejne som anbefalet, er det derfor vigtigt, at håndhygiejneaktiviteter tilrettelægges og formidles, så de opleves af sygeplejerskerne svarende til det ønskede budskab og ikke mistolkes på grund af forskelle i oplevelsen af, om anbefalinger for håndhygiejne efterleves eller ej.

For det andet viser undersøgelsen, at der blandt sygeplejerskerne er seks forskellige opfattelser af faktorer, der har betydning for, om de følger anbefalingerne for håndhygiejne. De seks opfattelser har forskellig betydning for sygeplejerskernes efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne, idet de enten virker fremmende (kategori 2, 3 & 7), hæmmende (kategori 4) eller begge dele (kategori 5 & 6) for sygeplejerskernes håndhygiejne. Det betyder, at de håndhygiejneaktiviteter der iværksættes, bør tage højde for den variation, der ses i sygeplejerskernes opfattelse af de faktorer, der har betydning for deres håndhygiejne. Det er således vigtigt, at de aktiviteter, der planlægges, tager hensyn til, at der ikke er én men flere forskellige måder at forstå fænomenet ”håndhygiejne” på, hvis de skal lykkes.

Denne undersøgelse har således bidraget til en øget forståelse af sygeplejerskers efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer, der fremmer og/eller hæmmer, at sygeplejersker følger anbefalinger for håndhygiejne.

7. Implikationer

I denne opgave undersøges variationen i sygeplejerskers opfattelse af deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne samt hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever, har betydning for om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

Da denne undersøgelse kun omfatter sygeplejersker på Hvidovre Hospital, vil det være relevant at gennemføre en lignende undersøgelse, der omfatter sundhedspersonale med forskellig faglig baggrund ansat på forskellige institutioner i sundhedssektoren. Dette med henblik på at undersøge, om der er en større variation i opfattelserne af efterlevelsen af anbefalinger for håndhygiejne, når undersøgelsen bredes ud til at omfatte forskellige faggrupper og institutioner.

Desuden vil det for Hvidovre Hospital være relevant at gennemføre en observationsundersøgelse af sundhedspersonalets, herunder sygeplejerskers, efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne. Af hensyn til en endnu mere målrettet indsats på hospitalet i relation til håndhygiejne vil det være af værdi for hospitalsdirektionen og hygiejneorganisationen at have kendskab til, i hvilken grad personalet udfører, håndhygiejne som anbefalet.

Med henblik på fortsat at forbedre personalets, herunder sygeplejerskernes, efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne må hospitalsdirektionen og hygiejneorganisationen i samarbejde planlægge, hvilke håndhygiejneaktiviteter der skal iværksættes på Hvidovre Hospital. I forbindelse med valg af håndhygiejneaktiviteter er det vigtigt at tage højde for, at sygeplejerskerne oplever, at de stort set efterlever anbefalingerne for håndhygiejne og for den variation, der ses i sygeplejerskernes opfattelse af de faktorer der har betydning for deres håndhygiejne. Relevante aktiviteter kunne være en relancering af håndhygiejekampagnen og hyppige stikprøvekontroller af, om håndhygiejne udføres korrekt for eksempel ved hjælp af UV-lysboks.

8. Tak

Mange fortjener en stor tak i forbindelse med gennemførelse af denne undersøgelse og min MPH-uddannelse (Master og Public Health). Det er ikke muligt at fremhæve nogle frem for andre, idet alle på hver deres måde har haft stor betydning for, at det lykkedes for mig at nå så langt. Tak til skiftende arbejdsgivere gennem årene for at give mig frihed til at gennemføre min MPH-uddannelse. Tak til min vejleder Cecilia Stålsby Lundborg for god og udbytterig vejledning. En stor tak til min tidligere kollega læge Dorthe Goldschmidt, som har været en fantastisk støtte og sparringspartner gennem hele processen. Tak til hospitalsdirektør Torben Stentoft for uden tøven at sige ja til at lade mig gennemføre undersøgelsen på Hvidovre Hospital. Tak til hygiejnesygeplejerskerne Kirsten Kristoffersen og Rie Mikkelsen på Hvidovre Hospital for en stor hjælp i forbindelse med rekruttering af sygeplejersker til undersøgelsen. En speciel tak til Kirsten for i den periode, hvor jeg uddannelsesmæssigt var på ”stand by”, vedholdende at spørge til hvor og hvornår jeg skulle i gang med min undersøgelse. Tak til min kollega Bente Bøkmann for med kort varsel at bruge en aften på at læse korrektur på

opgaven. Også en stor tak til min mand Mikael for støtte, opbakning og tålmodighed gennem hele mit uddannelsesforløb. Sidst men ikke mindst tak til de 14 sygeplejersker på Hvidovre Hospital, der tog sig tid til at deltage i min undersøgelse trods en travl hverdag og gav mig en større indsigt i, hvordan de opfatter deres efterlevelse af anbefalinger for håndhygiejne og hvilke faktorer, der har betydning for, om de udfører håndhygiejne som anbefalet.

9. Referencer

1. Kaas L, Asrup L. Sygehusinfektioner dræber 3265 patienter om året. Samvirke 2007 april:9-11.
2. CAS-Nyt Nr. 85. København: Statens Serum Institut, 2000.
3. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000;356:1307-1312.
4. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *Am J Infect Control* 2005;33:392-7.
5. Larson E. A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1988;9:23-36.
6. Simmelweiss IP. Childbed fever. *Rev Infect Diseases* 1981;3:808-811.
7. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis* 2001;7:234-40.
8. Widmer AF, Conzelmann M, Tomic M, Stranden AM. Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:50-54.
9. Zimakoff J. Personalets håndhygiejniske adfærd i intensive afdelinger. *Ugeskr Læger* 1985;48:3946-3949.
10. Zimakoff J, Kjelsberg AB, Larsen SO, Holstein B. A multicenter questionnaire investigation of attitudes toward hand hygiene, assessed by the staff in fifteen hospitals in Denmark and Norway. *AM J Infect Control* 1992;20:58-64.
11. WHO. Bangkok Charter. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. *Health promotion International* 2007;21:10-14.
12. Dansk Standard. DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 2: Krav til håndhygiejne. København: Dansk Standard. Udkast version: 2006-09-22.
13. Dansk Standard. DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 4: Krav til overvågning og udredning af udbrud foretaget af en klinisk mikrobiologisk afdeling. København: Dansk Standard. 1. udgave 2001-10-23.
14. Grandjean P, Albertsen K, Gunnarsen LB, Hendriksen NB, Hultengren E, Keiding L, et al. Oplevelse af risici: Rapport fra en arbejdsgruppe. Miljø og sundhed, supplement nr. 1, maj 2001. Udgivet af Sundhedsministeriets Miljømedicinske Forskningscenter.
15. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet, 1999.
16. Socialstyrelsen. Folkehälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. [Lokaliseret 25. august 2005]. Tilgængelig fra: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/>
17. Folkehelseinstituttet. Fra kunnskab til bedre folkehelse. Nasjonalt folkehelseinstituts strategiplan 2004-2008. Oslo: Folkehelseinstituttet [Lokaliseret 25. august 2005]. Tilgængelig fra: <http://www.fhi.no/dav/7A444B97AE.pdf>
18. Jensen K. Medicinsk mikrobiologi og infektionspatologi. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk, 2000.
19. CAS-NYT Nr. 82. København: Statens Serum Institut, 1999.
20. CAS-NYT Nr. 100. København: Statens Serum Institut, 2004.

-
21. Folkehelseinstituttet. Pervallensundersøkelse av sykehusinfeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2005. [Lokaliseret 25. august 2005]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/tema/smittevern>
 22. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis* 2001;7:174-7.
 23. Leblebiciogul H, Esen S. Hospital-acquired urinary tract infections in Turkey: a nationwide multicenter point prevalence study. *J Hosp Infect* 2003;53:207-210.
 24. Cherifi S, Delmee M, Van Broeck J, Beyer I, Byl B, Mascart G. Management of an outbreak of *Clostridium difficile*-associated disease among geriatric patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;27:1200-1205.
 25. Boyce JM, Cooksson B, Christiansen K, Hori S, Vuopio-Varkila J. Meticillin-resistant staphylococcus aureus. *Lancet Infect Dis* 2005;5:653-63.
 26. Forman B, Holt J, Bergen LK, Pedersen K. Forebyggelse af spredning af resistent staphylococ. *Sygeplejersken* 2003/5. [Lokaliseret 28. oktober 2007]. Tilgjengelig fra: www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=9519
 27. Hvidovre Hospitals [hjemmeside] [Lokaliseret 20. marts 2007]. Tilgjengelig fra: [Hhttp://www.hvidovrehospital.dk/hvidovre.nsf/SkalKategorier/CA0FFCBF6857D1E6C1257100002FD0A9H](http://www.hvidovrehospital.dk/hvidovre.nsf/SkalKategorier/CA0FFCBF6857D1E6C1257100002FD0A9H)
 28. Lundgreen B, Junker L, Duvå H. Må vi se dig spritte hænder? *Sygeplejersken* 2006; 10:32-34.
 29. H:S Direktionen. Notat vedr. håndhygiejnekampagne i H:S; 4. maj 2006.
 30. Region Hovedstaden. Evaluering af H:S håndhygiejnekampagne 2006 på hospitalerne i det tidligere H:S; 13. april 2007.
 31. WHO Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): A summary. Clean hands are safer hands. France: WHO, 2005.
 32. Råd og anvisninger. Desinfektion i Sundhedssektoren. København: Statens Serum Institut; 2004.
 33. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory task force. *Am J Infect Control* 2002;30:S1-S46.
 34. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. *Smittevern* 2004;11. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2004 [Lokaliseret 25. august 2005]. Tilgjengelig fra: http://www.renomsorg.no/pub/config/dir_struc_root/veileder.pdf
 35. Randle J, Clarke M, Stoor J. Hand hygiene compliance in healthcare workers. *J Hosp Infect* 2000;64:205-9.
 36. Zimakoff J. Personalets håndhygiejniske adfærd i intensive afdelinger. *Ugeskr læger* 1985;48:3946-3949.
 37. Zimakoff J, Kjelsberg AB, Larsen SO, Holstein B. A multicenter questionnaire investigation of attitudes toward hand hygiene, assessed by the staff in fifteen hospitals in Denmark and Norway. *Am J Infect Control* 1992;20:58-64.
 38. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: The theory of planned behaviour. *Am J Infect Control* 2001;29:352-60.
 39. Ndawula E, Cutter M. "Road signs" approach to hand hygiene. *J Hosp infect* 2001;48:242-3.

-
40. Rykkje L, Heggelund A, Harthug S. Enkle tiltak gir bedre håndhygiene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:861-3.
 41. Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, Edmond MB, Wenzel RP. Handwashing compliance by health care workers: The impact of introducing an accessible, alcohol-bases hand antiseptic. *Arch Intern Med* 2000;160:1017-21.
 42. King S. Provision of alcohol hand rub at the hospital bedside: A case study. *J Hosp Infect* 2004;56:510-512.
 43. Breck T. Dialog om det usikre – nye veje til risikokommunikation. Viborg: Akademisk Forlag A/S, 2001: 7-77.
 44. Marton F. Phenomenography. A research approach to investigate different understandings of reality. *Journal of Thought* 1986;21:28-49.
 45. Alexandersson M. Den fænomenografiska forskningsansatsens fokus. In: Starrin B, Svensson P.G. editors. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur, 1994.
 46. Lepp M, Ringsberg KC. Phenomenograhya – a qualitative research approach. In: Halberg LRM, editor. *Qualitative methods in public health research – theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
 47. Marton F. Phenomenography. Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 1981;10:177-200.
 48. Ringsberg KC, Lepp M, Finnström B. Experiences by patients with asthma-like symptoms of a problem-based learning health education programme. *Health Education* 2002;19:290-293.
 49. Sjöström B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. *J Adv Nurs* 2002;40:339-345.
 50. Barnard A, McCosker H, Gerber R. Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research* 1999;9:212-226.
 51. Lundborg CS, Wahlström, Dall'Alba G. Ways of experiencing asthma management. Variations among general practitioners in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:226-231.
 52. Larson E, Killien M. Factors influencing hand washing behaviour of patient care personnel. *Am J Infect Control* 1982;10:93-99.
 53. Pittet D. Hand hygiene: improved standards and practice for hospital care. *Curr Opin Infect Dis* 2003;16:327-335.
 54. NVivo qualitative data analysis program, Melbourne, Australia, QSR International Pty Ltd. Version 2.0. 2002.
 55. Kvale S. *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: SAGE Publications Ltd., 1996.
 56. Robson C. *Real world research*. Oxford: Blackwell Publishing, 2003:100-110.
 57. Den centrale videnskabetiske komite. Vejledning om anmeldelse m.v. af et biomedicinsk forskningsprojekt til det videnskabetiske komitésystem. Den centrale videnskabetiske komite 2004. [Lokaliseret 25. august 2005]. Tilgængelig fra: www.cvk.im.dk/visArtikel.asp?artikelID=1612 [2005 august].
 58. Bowling A. *Research methods in health. Investigation health and health services*. Philadelphia: Open University Press Buckingham Philadelphia, 2002.
 59. Hygiejneorganisationen. Årsrapport 2006. Hvidovre Hospital, 2007.

-
60. Pittet D, Mourouga P, Perneger T. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Annals of Internal Medicine* 1999;130:126-130.
 61. Haas JP, Larson EI. Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007;66:6-14.
 62. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard 2001.
 63. Larson E, Kretzer EK. Compliance with handwashing and barrier precautions. *J Hosp Infect* 1995;30:88-106.
 64. Lankford M, Zembower T, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of Role Models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerg Infect Dis* 2003;9:217-223.
 65. Vesterdal A. Hvornår har du sidst vasket hænder? Sygeplejersken 2000/17. [Lokaliseret 29. oktober 2007]. Tilgængelig fra sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=4093&menu=195009
 66. Jumaa PA. Hand hygiene. Simple and complex. *International Journal of Infectious Diseases* 2005;9:3-14.
 67. Bissett L. Can alcohol hand rubs increase compliance with hand hygiene? *Br J Nurs* 2002;11:1074-7.
 68. Stout A, Ritchie K, Macpherson K. Clinical effectiveness of alcohol-based products in increasing hand hygiene compliance and reducing infection rates: a systematic review. *J Hosp Infect* 2007;66:308-312.
 69. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;22:2468-72.
 70. Årsrapport 2006 – DPSD. Dansk Patient-Sikkerheds-Database. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

Bilags fortegnelse

Bilag 1: Hvidovre Hospitals generelle hygiejniske forholdsregler, herunder retningslinjer for håndhygiejne

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Regler for transskriberingen

Bilag 1

Hvidovre Hospitals generelle hygiejniske forholdsregler, herunder retningslinjer for håndhygiejne

Generelle hygiejniske forholdsregler

Instruks	Nr.: 09.01.I
Titel: Generelle hygiejniske forholdsregler	Godkendt af Kvalitetsrådet
Ansvarlig: Hygiejnesygeplejersken	13.januar 2006

Formål

At forebygge spredning af sygdomme til modtagelige patienter eller personale ved at afbryde smittevejene før kontaktsmitte og blodbåren smitte.

Håndhygiejne

Forudsætningen for en god håndhygiejne er:

- At der ikke bæres ringe, armbånd og armbåndsure.
- At negle holdes kortklippede og rene.
- At der ikke anvendes kunstige negle.

Vask hænder

- før alle rene og sterile procedurer
- efter direkte patientkontakt
- efter urent arbejde, herunder fx ved forurening og berøring med blod, vævsvæske, urin, afføring
- efter toiletbesøg
- efter hoste, nys eller næsepudsning
- efter brug af handsker (pga. opformering af bakterier i handsker)
- før måltider eller håndtering af madvarer

Hygiejnisk håndvask

Vejledningen ved håndvasken skal altid følges, og herunder gælder følgende:

- Der anvendes flydende sæbe i engangsbeholder.
- Hænder og håndled fugtes før den flydende sæbe påføres.
- Vask altid hænder under rindende vand.
- Hænder og håndled indsæbes og bearbejdes grundigt i mindst 15 sekunder. Vær særlig opmærksom på fingerspidserne.
- Der skylles grundigt.
- Omhyggelig aftørring i engangshåndklæder.
- Vandhaner med stjernegreb lukkes med det brugte engangshåndklæde.
- Vedligeholdelse af huden på hænderne er vigtig, idet ru, skællende og sprukken hud medfører risiko for infektion og spredning af bakterier. Brug derfor afdelingens håndlotion efter behov.

Hygiejnisk hånddesinfektion

Hånddesinfektion kan erstatte håndvask, når hænderne ikke er synligt forurenet. Dette gælder også, hvis der ikke umiddelbart er håndvaskemuligheder tilgængelige. Ved pleje og behandling af patienter, der er særligt modtagelige for infektioner eller når hænder ved uheld er blevet forurenet med sekreter, ekskretter o.l. skal der foretages håndvask før den hygiejniske hånddesinfektion.

Til dette anvendes håndsprit jf. vejledning ved håndvasken.

- Hænderne indgnides grundigt efter håndvask og tørring i mindst 2 ml. glycerinsprit som indgnides til tørhed. Det svarer til ét pump af den på Hvidovre Hospital ophængte håndsprit af mærket "Sterisol".
- Såfremt hænderne ikke er synligt tilsmudsede, kan håndsprit anvendes uden forudgående håndvask.

Handsker

Handsker er en effektiv beskyttelse for hænderne mod forurening, usterile medicinske engangshandsker anvendes derfor når der er risiko for at komme i kontakt med:

- Blod, sekreter og andre væsvæsker.
- Urin og afføring.
- Spytt og opkast.
- Medicin og kemikalier.
- Hvis der er sår, rifter eller eksem på hænderne.

Handsker skal skiftes, når det urene arbejde er fuldført, fx inden man åbner skabsdøre eller berører rent inventar. Det kan være nødvendigt at skifte handsker mellem flere procedurer hos samme patient.

- Handsker af latex (NRL) yder den bedste beskyttelse.
- Til latex allergikere anbefales handsker af syntetisk latex.
- Handsker af PVC anbefales ikke til de nævnte opgaver, da kvaliteten ikke er tilstrækkelig.

Der skal altid foretages håndvask efter aftagning af handsker, da bakterieantallet på hænderne vil stige i de varme handsker.

Sterile engangshandsker anvendes ved sterile procedurer i forbindelse med undersøgelser og behandling.

Handskerne skiftes mellem hver patient. Handskerne må ikke skylles eller tørres af i sprit og må ikke genbruges.

Arbejdsdragt

- Personalet skal benytte den arbejdsdragt der er anbefalet til arbejdet.
- Arbejdsdragten skiftes hver dag.
- Arbejdsdragten vaskes af arbejdsstedet.

- Forurenes arbejdsdragten under arbejdet, skiftes den.
- Bælter til uniformen skal kunne afvaskes/afsprittes dagligt.
- Brug af plastforklæde eller overtrækskittel begrænser antallet af bakterier, der overføres til personalets uniform.
- Det skal altid anvendes, hvor der er risiko for forurening af uniformen med blod, pus, sekret eller ekskret.
- Da plastforklædet danner en væskebarriere og er hurtigst og nemmest at anvende, er det at foretrække i det daglige frem for overtrækskittel.
- Ved arbejde med børn er kitlerne dog bedre, når børnene tages op og holdes op af uniformen.
- Fodtøj skal kunne rengøres.

Maske og briller

- Ved procedurer, hvor der er risiko for stænk eller sprøjt i ansigtet med blod, pus, sekret eller ekskret, anvendes maske og/eller briller.
- En maske må kun anvendes én gang og skal så kasseres.
- Vask hænder når masken er kasseret.
- Vær opmærksom på aldrig at stå lige hen over patienter, der har hoste og sekret af ukendt årsag.

Patientens udskillelser

- Urin, afføring og flydende materialer (blod, pus, sekret) skylles ud i dekontaminator eller toilet.
- Drænflasker/drænposer kasseres som **klinisk risikoaffald** og må kun tømmes, hvis de er beregnet hertil.
- Undgå sprøjt eller kontakt med indholdet.
- Ekspektorat opsamles i engangsspyttekrus og kasseres som **klinisk risikoaffald**.

Laboratorieprøver

- Alle prøver skal emballeres og transporteres forsvarligt, idet de skal betragtes som mulige smittefarlige.
- Undgå af forurene prøveseddel eller emballage på ydersiden.

Prøvetransport udenfor hospitalet

- Ved postforsendelse af prøver skal kuverten i henhold til Postvæsenets regler, mærkes: **Diagnoseprøve**.

Bækken, urinkolber etc.

- Vaskes i afdelingens skyllerum eller skylledekontaminator uden unødigt manuel håndtering.
- Barbermaskine skal være personlig eller engangs.
- Hvis afdelingen anvender elektrisk barbermaskine til patienterne, skal den renses og desinficeres med hospitalssprit 70% mellem hver patient.
- Øvrigt udstyr sendes til Sterilcentralen.

Kurver, journal m.v.

- Ingen specielle forholdsregler.

Bøger, blade og legetøj

- Ved synlig forurening med blod, pus, sekreter og ekskreter skal det afvaskes og desinficeres.
- Hvor dette ikke lade sig gøre, destrueres det.

Service og bestik

- Vaskes i afdelingens opvaskemaskine eller går retur til Centralkøkkenet.
 - Har afdelingen ikke opvaskemaskine, skal service og bestik skoldes efter håndopvask.
- Se i øvrigt vejledning for Hygiejne i afsnitskøkkener.

Snavsetøj (patienttøj og sengelinned)

- Alt tøj fra patienter skal håndteres forsigtigt for at undgå spredning af bakteriebærende partikler.
- Medtag altid snavsetøjspose på stuen.
- Undgå af holde snavsetøjet op as uniformen.
- Tøj, der er gennemvædet med blod eller vævsvæsker, skal, når det er kommet i snavsetøjsposen emballeres i plastpose.

Affald

- Alt affald emballeres i plastposer, straks efter det er produceret, og bringes til skyllerummet.
- Vær opmærksom på meget vådt affald.
- Overfyld ikke affaldsposerne.
- Spidse og skarpe genstande skal anbringes i brudsikker kanyleboks og bortskaffes som **klinisk risikoaffald**.
- Se i øvrigt vejledningen Affaldsinstruks.

Senge

- Ved udskrivelse eller overflytning bringes sengen til Sengeredningscentralen.
- Den urene senge overdækkes forinden med det plastikovertræk, sengen blev leveret med (ligger under madrassen).
- For afdelinger, der ikke er tilsluttet Sengeredningscentralen, eks. Psykiatrisk afdeling afvaskes sengen på afdelingen.
- Dynner og puder sendes til vask.
- Madrasser kan dækkes af vaskbart overtræk.

Mors

- Ingen specielle forholdsregler.

Pletoptørring:

- Ved spild af forurenet materiale (blod, pus, sekret eller ekskret), optørres dette straks af plejepersonale med cellostof eller køkkenrulle, så der ikke er synlig forurening tilbage.
- Husk at anvende handsker.
- Derefter er almindelig rengøring som regel tilstrækkeligt.
- Ved optørring af blod eller vævsvæsker, kan der efterfølgende pletdesinficeres med hospitalssprit 70% eller klaramin 4%.

Referencer

- JCIA Standarden: FI.4
- Dansk lov: AIDS og forebyggelse af HIV-infektion, At-anvisning nr. 4.9.1.1, Arbejdstilsynet juni 1988.
Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte, Sundhedsstyrelsen, 1992.
Miljø- og Energiministeriets Bekendtgørelse nr. 619 af 27. juni 2000.
Miljøstyrelsens Vejledning nr. 4 1998 om håndtering af klinisk risikoaffald.
- Andre henvisninger: Råd og anvisninger om desinfektion i sundhedssektoren, Statens Serum Institut, Den centrale afdeling for sygehushygiejne. 6. reviderede udgave, 2. oplag 1997.
Råd og anvisninger om forholdsregler ved isolation og pleje af patienter med smitsomme sygdomme, Statens Serum Institut, Den centrale afdeling for sygehushygiejne. 3. udgave 1996.

Bilag 2

Interviewguide

Hovedområde	Introduktionsspørgsmål	Probing-spørgsmål
Introduktion	Begynd venligst med at tænke på en situation med patientkontakt, hvor du ikke fulgte anbefalingerne for håndhygiejne	Hvilken konkret situation tænker du på? Vælg en. Er det en typisk situation?
Indflydelse på dig selv og patienten	Hvad har indflydelse på om du følger anbefalinger for håndhygiejne?	Hvorfor har det indflydelse på din håndhygiejne? Hvordan har det indflydelse på din håndhygiejne?
Kendskab til anbefalinger for håndhygiejne	Kender du hospitalets anbefalingerne for håndhygiejne?	Hvordan følger du dem? Hvorfor?
	Beskriv venligst dine tanker omkring anbefalingerne for håndhygiejne	
Omstændigheder/forhold	Oplever du, at håndhygiejne er et prioriteret indsatsområde på hospitalet/afdelingen?	Kan du beskrive hvordan? Hvad betyder det for din håndhygiejne?
	Oplever du at håndhygiejekampagnen har haft indflydelse på din håndhygiejne?	Kan du beskrive hvordan?
	Oplever du, at omgivelserne (fx patienterne, kollegaer, ledere) er opmærksomme på om <i>du</i> udfører håndhygiejne?	Kan du beskrive hvordan? Hvad betyder det for din håndhygiejne?
Vaner og normer	Hvordan synes du at, dine kollegaer og ledere udfører håndhygiejne i forhold til de retningslinjer/anbefalinger der findes?	Hvad betyder det for din håndhygiejne? Hvorfor?

	Oplever du, at du med <i>din</i> håndhygiejne praksis/adfærd udgør et eksempel for dine kollegaer?	Hvordan?
Afslutning	Hvorfor tror du, at observationsundersøgelser viser, at kun ca. 50 pct. af plejepersonalet udfører håndhygiejne når de skal?	Hvorfor er det så svært at udfører håndhygiejne når man skal?
	Er der mere du vil sige i relation til håndhygiejne?	

Bilag 3

Regler for transskription

- Alle deltagere skal anonymiseres allerede ved transskriptionen. Derfor skal sygeplejerskerne have andre navne – udskrifterne gemmes under nyt navn. Liste med interviewnummer, navn og "gennem-navn" og båndnummer findes.
- Båndene nummereres fortløbende.
- Informantens tale skrives med almindelig skrift, intervieweres tale skrives med *kursiv*.
- Teksten udskrives ordret, bortset fra øh'er o.lign. som ikke har nogen funktion. Ord som "bvadr" osv. skal udskrives.
- Teksten skrives i 'Verdana'.
- 'Støtteord', som fx "ja", "umm", der kun har til formål at tilkendegive at man lytter, udskrives ikke.
- Gentagne ord udskrives ikke.
- Ikke fulde sætninger udskrives ligeledes, de afsluttes med "..."
- Afsnuppede eller ikke færdig udtalte ord angives med "-" i direkte forlængelse af ordet.
- Når deltageren refererer en anden persons direkte tale skrives dette i "gåseøjne".
- Pauser angives ikke.
- Alt, hvad man kan høre på båndet, men som ikke er tale, fx gråd, latter, cigaretter der tændes etc. skrives i firkantet parentes "[]", fx angives gråd som "[græder]".
- Tale, som ikke kan høres, angives med [utydelig tale].
- Ord, hvor der er lagt tryk på understreges.
- Al tekst skrives i 'normal', bortset fra overskriften. Den skrives i 'overskrift 1' uden tvungen ny linie.
- Der skal være dobbelt linieafstand, når der skiftes emne.

