



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Vårdvetenskap

# **Handdesinfektion- hinder och följsamhet**

Författare:

Lucas Bothin

Rebecca Brudfors

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

2014

Handledare:

Mariann Hedström

Examinator:

Barbro Wadensten

# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Ett flertal studier visar på att följsamhet i handhygien bland sjukvårdspersonal är låg.

## **Syfte**

Den föreliggande studien syftade till att identifiera vilka hinder som försvårar följsamheten i handdesinfektion för sjuksköterskor och undersköterskor.

## **Metod**

Undersökningen utfördes på tre slumpmässigt utvalda vårdavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige i mars 2014. Sjuksköterskor och undersköterskor besvarade en enkät som konstruerats för studien.

## **Resultat**

Av studiens tilltänkta undersökningsgrupp (n=110) svarade 70 vilket motsvarar en svarsfrekvensen på 64 %. Resultatet visar att det var vanligare att desinfektera händerna efter patientkontakt än före. Det som i störst utsträckning angavs som hinder till att utföra handdesinfektion var tidsbrist och brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel. Sjuksköterskor angav att de utför handdesinfektion i lägre utsträckning till följd av brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel än undersköterskorna. Vidare framkom att de med kortare arbetserfarenhet än genomsnittet (14,3 år) angav i större utsträckning än de med längre arbetserfarenhet att de inte utförde handdesinfektion.

## **Slutsats**

Vårdpersonal uppger att det är vanligare att desinfektera händerna efter patientkontakt än före, liksom att tidsbrist och brist på tillgängliga handdesinfektionsmedel utgör tydliga hinder för god följsamhet i handdesinfektion. Den föreliggande studien medför kunskap kring hinder och kan även utgöra inspiration inför framtida studier som syftar till att identifiera andra hinder, då det visat sig att dessa kan variera mellan olika vårdinrättningar. För att interventioner med syfte att förbättra handhygien ska bli framgångsrika krävs det att de specifika hindren först identifieras.

*Nyckelord: Handhygien, handdesinfektion, vårdrelaterade infektioner, följsamhet*

## **ABSTRACT**

### **Background**

Several previous studies show that compliance with hand disinfection is low among medical staff.

### **Aim**

This study, therefore, aims to investigate what factors make it difficult for registered nurses and certified nursing assistants to comply with use of hand disinfection.

### **Methods**

A survey was carried out at three randomly selected wards at a hospital in Sweden in March 2014. A questionnaire was developed and answered by registered nurses and certified nursing assistants.

### **Results**

The study received 70 replies out of the 110 questionnaires distributed – a response rate of 64%. The results show that it was more common to disinfect after than before contact with a patient. The main reasons for not disinfecting their hands were lack of time and availability of hand disinfection agents. The results also show that it was more prevalent among the registered nurses than the certified nursing assistants to skip the disinfection if the hand disinfection agent was not available. Furthermore the results showed that the senior staff, which had more than 14.3 years of practise, were better at disinfecting their hands than their less experienced colleagues.

### **Conclusions**

Medical staff report that it is more common to disinfect their hands after than before patient contact. The lack of time and availability of hand disinfection are obvious factors that influence compliance. This study highlights the need for awareness and may encourage future studies aiming at identifying other possible factors, since there is variation between wards. Interventions with the purpose to increase compliance with hand disinfection need to be adapted to these specific circumstances.

*Keywords: Hand hygiene, hand disinfection, nosocomial infections, adherence*

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
1.1	Historiskt perspektiv på handhygien.....	1
1.2	Vårdrelaterade infektioner ur ett globalt perspektiv .....	1
1.3	Smittvägar och prevention .....	2
1.3.1	Vårdrelaterade infektioner.....	2
1.3.2	Smitta och smittvägar.....	2
1.3.3	Rutiner.....	3
1.3.4	Produkter .....	3
1.3.5	Antibiotikaanvändning och resistensutveckling.....	3
1.4	Tidigare studier .....	4
1.5	Lagar och författningar .....	5
1.6	Vårdvetenskaplig förankring .....	6
1.7	Problemformulering och syfte .....	6
1.8	Frågeställningar.....	7
<b>2</b>	<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
2.1	Design .....	7
2.2	Urval .....	7
2.3	Datainsamlingsmetod.....	8
2.4	Tillvägagångssätt .....	8
2.5	Forskningsetiska överväganden .....	9
2.6	Bearbetning och analys .....	10
<b>3</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
3.1	Hinder som försvårar följsamhet i handdesinfektion för undersköterskor respektive sjuksköterskor .....	11
3.2	Skillnad mellan sjuksköterskor och undersköterskor avseende hinder som försvårar följsamheten vid handdesinfektion .....	13
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
4.1	Resultatsammanfattning.....	14
4.2	Resultatdiskussion.....	15
4.3	Metoddiskussion .....	17
4.3.1	Styrkor och svagheter.....	17
4.3.2	Forskningsetiska överväganden .....	18
4.3.3	Klinisk relevans utifrån ett vårdperspektiv .....	19
4.3.4	Kliniska implikationer.....	19
<b>5</b>	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Bilaga 1- Enkätundersökning</b> .....	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Bilaga 2- Följebrev</b> .....	<b>26</b>

# 1 BAKGRUND

## 1.1 Historiskt perspektiv på handhygien

Det faktum att smittspridning via vårdpersonalens händer är av betydelse för uppkomsten av infektioner konstaterades redan i mitten på 1800-talet. År 1843 i Boston visade läkaren Oliver Wendell Holmes i en artikel att barnsängsfeber som så många nyförlösta kvinnor drabbades av, troligtvis kunde överföras mellan patienterna via barnmorskor och läkare och att det troligtvis berodde på bristande renlighet. Några år senare, 1847 på ett sjukhus i Wien observerade den ungerske läkaren Ignaz Semmelweis att dödligheten i barnsängsfeber skilde sig mellan två förlossningsavdelningar. Semmelweis som var ovetande om Holmes tidigare arbete drog slutsatsen att det höga antalet infekterade mödrar hade ett samband med att läkarna och läkarkandidaterna inte sällan kom direkt från obduktion för att delta i förlossningsvården på den ena avdelningen. Han införde att händerna skulle skrubbas med en klorlösning efter obduktion och mellan patienter. Hans tes om att det var läkarna som bar ansvaret väckte stort motstånd och han fick aldrig uppleva de erkännande hans förtjänster faktiskt skulle komma att bidra med. En annan person som skulle visa sig ligga bakom en stor del av vårdhygienens uppkomst var Florence Nightingale, den engelska sjuksköterskan som under Krimkriget i mitten på 1800-talet såg till att åtgärda de bristande förhållandena som rådde där de skadade soldaterna vårdades. Hon införde en rad åtgärder som såg till att förbättra miljön och renligheten på sjukhusen vilket bidrog till att minska dödligheten bland patienterna (Melhus, 2013).

## 1.2 Vårdrelaterade infektioner ur ett globalt perspektiv

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är varje infektionstillstånd som uppstår i samband med sjukvård, oavsett om det drabbar vårdtagare eller personal (Socialstyrelsen, 2006). Risken för VRI är universell och präglar alla de verksamheter som arbetar med hälso- och sjukvård världen över. Det uppskattas att det alltid är minst 1,4 miljoner människor världen över som är drabbade. I utvecklade länder uppskattas prevalensen vara mellan 5-15% bland inläggande patienter. I Europa så uppskattas 5 miljoner människor drabbas årligen. Det uppskattas att 1 % av alla dödsfall i Europa är till följd av VRI och att minst 2,7 % av alla dödsfall har VRI som en bidragande orsak. Liknande uppgifter från utvecklingsländer är mycket begränsade. Utöver den komplexitet som diagnostik av VRI innebär tillkommer även ofta bristande tillgång till pålitliga diagnostiska metoder samt otillräcklig

journalföring. Inte sällan ses även bristande hygien, underbemanning och hög patienttäthet. Detta bidrar till en mer omfattande problematik kring risker och förekomst av VRI. I övrigt komplicerande faktorer är att förekomsten av infektionssjukdomar bland befolkningen ofta är hög samt att personer inte sällan är malnutrierade (WHO, 2009).

Kontroll och prevention inom detta område är en förutsättning för god patientsäkerhet och bör prioriteras högt hos alla länder. Metoder och verktyg för att åstadkomma en god kontroll och prevention finns, men måste vara tydliga och göras tillgängliga på ställen med bristande resurser (WHO, 2009).

### **1.3 Smittvägar och prevention**

#### *1.3.1 Vårdrelaterade infektioner*

VRI är en av de vanligaste komplikationerna inom hälso- och sjukvården och innefattar bland annat urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner, kärlkateterrelaterade infektioner, pneumonier, gastroenteriter, och blodburen smitta. De vanligaste förekommande VRI är urinvägsinfektioner, följt av postoperativa sårinfektioner och pneumonier (Melhus, 2013). Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2012) drabbas cirka 9 % av patienterna som söker sjukvård av VRI.

#### *1.3.2 Smitta och smittvägar*

Indirekt kontaktsmitta är den vanligaste smittvägen inom vården. Smittan överförs då från en person till en annan via ett mellanled, exempelvis händer, kläder eller föremål som är förorenade med mikroorganismer. Det är framförallt tillfälligt förorenade händer som utgör den största risken för att utveckla VRI (Socialstyrelsen, 2006).

De finns en rad olika faktorer som avgör huruvida en individ drabbas av en infektion eller inte. Smittdos, det vill säga den mängd mikroorganismer som en patient utsätts för vid smittillfället, liksom infektionsdos, den mängd mikroorganismer som behövs för att en patient ska insjukna i en infektion, är av stor betydelse. Infektionsdosen varierar beroende på individens mottaglighet och typ av mikroorganism. Individens mottaglighet har stor betydelse i detta sammanhang vilket förklarar varför VRI väsentligen drabbar individer med nedsatt infektionsförsvar, där ålder, sjukdom, trauma samt många samtidiga behandlingar har en betydande inverkan (Socialstyrelsen, 2006).

### *1.3.3 Rutiner*

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter om basala hygienrutiner (2007) ska hälso- och sjukvårdspersonal desinfektera händerna med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje patientkontakt samt före och efter handskanvändning. Om händerna är synligt smutsiga ska de tvättas med tvål och vatten innan de desinfekteras, händerna ska dessutom vara torra innan handdesinfektion appliceras för att få bäst effekt. Vid vård av en patient med gastroenterit är kravet på handhygien ännu större, händerna ska därför alltid tvättas med tvål och vatten innan de desinfekteras (SOSFS 2007:19).

### *1.3.4 Produkter*

Alkoholbaserade handdesinfektionsmedel är mer effektiva på att avlägsna och förhindra överföring av mikroorganismer än tvål och vatten. Den antimikrobiella effekten utgörs av alkoholens förmåga att förändra proteiners egenskaper vilket bäst åstadkoms med alkohollösningar innehållande 60-80% alkohol. Mer koncentrerade lösningar har mindre effekt då närvaro av vatten krävs för alkoholens påverkan på proteiner. Förutom alkoholkoncentrationen är typ av alkohol, volym och kontaktid betydelsefulla faktorer för den antimikrobiella effekten (WHO, 2009). De alkoholbaserade desinfektionsmedlen har däremot ingen tydlig effekt på sporformer av bakterier, encelliga parasiter och icke-höljebärande virus. Tvål och vatten ska användas då risk för exponering av dessa mikroorganismer förekommer (Socialstyrelsen, 2006; WHO, 2009). Alkoholbaserade handdesinfektionsmedel kräver dessutom mindre tid och irriterar huden mindre än handtvätt med tvål och vatten eller andra antiseptiska medel (WHO, 2009).

### *1.3.5 Antibiotikaanvändning och resistensutveckling*

Enligt Socialstyrelsens handlingsplan mot antibiotikaresistens (2000) framgår det att all typ av antibiotikaanvändning bidrar till den ökande resistensutvecklingen hos mikroorganismer. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det mycket angeläget att motverka antibiotikaresistens (Socialstyrelsen, 2014). För att förebygga denna utveckling är det förutom en optimering av antibiotikaanvändningen, även centralt att motverka uppkomsten av vårdrelaterade infektioner.

#### 1.4 Tidigare studier

Enligt World Health Organizations (WHO) rapport om handhygien (2009) framkommer att följsamheten i handhygien varierar mellan 5 % till 89 % vilket motsvarar ett genomsnitt på 38,7 %. Med andra ord så utförs handhygien mindre än hälften av de tillfällen det är indicerat. I rapporten framhålls att ju oftare handdesinfektion är indicerat desto lägre är följsamheten. Detta framgår även i studier av Pittet (2000; 2001). Dedrick et al. (2007) menar att det finns ett samband mellan längden på patientmötet och följsamheten i handhygien. I deras studie framkom det att ju kortare patientmötet är desto lägre är följsamheten.

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2013) är handhygien efter patientkontakt vanligare än före, detta ses även i en observationsstudie av Saba et al. (2005).

Följsamheten kan även variera beroende på vilken typ av moment som utförs (Alsubaie et al., 2013; Pittet, 2001). Högst följsamhet ses i samband med aseptiska moment. Det har också visats att följsamheten var lägre hos dem som arbetade dagpass jämfört med kvällspass (Alsubaie et al., 2013). Flera studier bekräftar även att läkare är den yrkeskategori som har den lägsta följsamheten (Alsubaie et al., 2013; Dedrick et al., 2007; Pittet, 2000; Pittet 2001). I en kombinerad enkät- och observationsstudie av Pittet et al. (2004) som undersökte handhygien hos läkare visade att de som såg sig själva som potentiella förebilder gentemot annan vårdpersonal tenderade att utföra handhygien i högre utsträckning än andra. Pittet (2001) samt De Wandel et al. (2010) visar att risken för hudirritation vid användandet av antiseptiska preparat kan motverka vårdpersonalens följsamhet. Vidare menar Pittet et al. (2004) samt De Wandel et al. (2010) att positiva attityder medför bättre följsamhet i handhygien. Nobile et al. (2002) visade i sin enkätstudie att de med längre yrkeserfarenhet hade mer positiv attityd till handhygien. Noritomi et al. (2007) visade i sin observationsstudie att erfarenhet inte påverkar graden av följsamhet. Ytterligare faktorer som försvårar följsamheten enligt Pittet (2001) är tidsbrist, brist på tillgängliga resurser och hög arbetsbelastning.

Enligt McLaughlin och Walshs (2012) enkätundersökning påverkas följsamheten i handhygien av interna och situationsbundna faktorer. Situationsbundna faktorer beskrivs som en utifrån kommande händelse eller tillstånd som avgör en persons handlande, exempelvis fysiska hinder eller information som kommer ifrån omgivningen. Att handla utifrån interna faktorer beskrivs som en följd av tidigare erfarenhet, vana eller attityd. Det



var i huvudsak interna faktorer som föranledde att man utförde handdesinfektion medan de externa faktorerna förknippades med låg följsamhet (McLaughlin & Walsh, 2012). McLaughlin och Walsh slutsats är att förbättringsinterventioner bör bygga på denna kunskap.

I den senaste sammanställningen ifrån Cochrane framkommer att kunskapsläget är oklart avseende vilka metoder som är bäst vad gäller att öka följsamheten i handdesinfektion (Gould, Moralejo, Drey, Chudleigh, 2010). De belyser istället kraven på en ökad kvalitet på de interventionsstudier som görs på området. Enligt en systematisk översiktsartikel av Huis et al. (2012) är de vanligaste faktorerna som förbättringsinterventioner kring handhygien avser att påverka kunskap, medvetenhet, handlingskontroll och materialtillgång. Enligt Huis et al. (2012) är detta inte tillräckligt utan ytterligare faktorer av beteendevetenskaplig karaktär, bland annat avseende attityder och sociala aspekter, bör belysas för att strategier ska effektiviseras. Värdet av det beteendevetenskapliga förhållningssättet vid vårdhygienisk forskning betonas även i WHO:s rapport (2009). Vidare framgår det att dåliga förebilder och ointresserad ledning utgör hinder för god följsamhet (Huis et al., 2012). Huis et al. menar på att det inte finns någon universalstrategi utan betonar att interventioner som syftar till att förbättra handhygien måste för att vara framgångsrika, anpassas efter vilka hinder och problem som föreligger och att dessa hinder och problem måste identifieras. En intervention vars strategi fokuseras på förväntade hinder snarare än faktiska hinder är inte optimal (Huis et al., 2012).

### **1.5 Lagar och författningar**

Vårdpersonalens skyldigheter att följa hygienrutiner regleras i smittskyddslagen, hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. I smittskyddslagen framkommer att sjukvårdspersonalen ska medverka till att förhindra spridning av infektioner genom att vara uppmärksamma och tillämpa rimliga försiktighetsåtgärder (SFS 2004:168). Hälso- och sjukvårdslagen belyser vikten av att bedriva god vård av god kvalitet och god hygienisk standard (SFS 1982:763). Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och är därför skyldiga i möjligaste mån att förebygga uppkomst av vårdskador (SFS 2010:659).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) har legitimerade sjuksköterskor ett omvårdnadsansvar i att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta görs bland annat genom

att motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling. Det är även av betydelse att förebygga smitta och smittspridning vilket görs genom att arbeta utifrån hygieniska principer och rutiner (Socialstyrelsen, 2005).

### **1.6 Vårdvetenskaplig förankring**

Inom ämnet omvårdnad finns en rad olika teorier som beskriver och förklarar olika omvårdnadsfenomen. Omvårdnadsteorierna, som utgår ifrån metaparadigmen människa, hälsa, miljö och omvårdnad, utgör en form av ramverk för utövandet av omvårdnad och beskriver sjuksköterskans ansvar- och funktionsområde. Teorierna klargör omvårdnadens fokus och stimulerar vårdvetenskapligt tänkande. De ger även vägledning i vad sjuksköterskan bör vara aktsam på i kliniska situationer vilket kan bidra till att de grundläggande behoven tillgodoses på ett mer effektivt sätt vid sjukdom och ohälsa (Jahren Kristoffersen, 2005; Jahren Kristoffersen, 2006).

I Florence Nightingales behovsteori är utgångspunkten, att de allmänmänskliga och grundläggande behov som är av betydelse för att normala mänskliga funktioner, hälsa och välbefinnande ska kunna upprätthållas. Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion är således att tillgodose människans grundläggande behov vid sjukdom och sviktande hälsa (Jahren Kristoffersen, 2006). Florence Nightingale hävdade att vårdmiljö hade särskilt stor betydelse för patientens hälsa (Melhus, 2013). Hon menade att en av omvårdnadens viktigaste uppgifter var att eftersträva goda miljöförhållanden för att främja läkande och rehabiliteringsprocesser (Jahren, Kristoffersen, 2006; Kirkevold, 2009). Hon belyste även vikten av sanitära förhållanden (Kirkevold, 2009).

### **1.7 Problemformulering och syfte**

Studier inom vårdhygien visar på att brister i följsamhet är mycket vanligt och att smittspridning via vårdpersonalens händer är den mest betydande källan till VRI. Det är också konstaterat att interventionsmetoder i syfte att öka följsamheten bör anpassas specifikt utifrån de lokala hinder och problem som föreligger. Denna studie syftar till att undersöka vilka hinder som kan tänkas försvåra följsamheten i att utföra handdesinfektion, samt undersöka om dessa hinder skiljer sig mellan sjuksköterskor och undersköterskor.

## **1.8 Frågeställningar**

1. Vilka hinder försvårar följsamhet i handdesinfektion för undersköterskor respektive sjuksköterskor?
2. Finns det någon skillnad mellan undersköterskor och sjuksköterskor avseende vilka hinder som försvårar följsamhet i handdesinfektion?

## **2 METOD**

### **2.1 Design**

Studien är en tvärsnittsstudie med kvantitativ design, där undersökningsgruppen studerades vid ett tillfälle med syfte att undersöka vilka hinder som försvårar följsamheten vid handdesinfektion. Denna design valdes då syftet och frågeställningarna bäst besvarades med deskriptiv och jämförande data vilket fås genom att använda sig av en enkätundersökning (Andersson, 2006).

### **2.2 Urval**

Studien förlades till ett sjukhus i Mellansverige och avsåg att studera sjuksköterskor och undersköterskor. De yrkeskategorierna ansågs relevanta ur ett vårdhygieniskt perspektiv på grund av deras patientnära arbete. Studien utfördes på tre vårdavdelningar då detta ansågs ge en tillräckligt stor undersökningsgrupp i förhållande till studiens syfte och omfattning. Anledningen till att avdelningarna valdes inom samma division var av bekvämlighetsskäl.

Ett slumpmässigt urval gjordes i januari 2014 av sjukhusets olika divisioner.

Psykiatridivisionen exkluderades på grund av att handhygien bäst studeras inom den somatiska vården. Av de fem kvarvarande divisionerna (diagnostik-, akut-, anestesi- och teknikdivisionen; kirurgi- och onkologidivisionen; kvinno- och barndivisionen; medicin- och thoraxdivisionen samt neurodivisionen) lottades neurodivisionen ut. Därefter slumpades tre verksamhetsområden inom den aktuella divisionen. Inklusionskriterierna var att det skulle finnas minst en avdelning inom verksamheten som bedrev heltidsvård och som hade minst 15 vårdplatser. Smärtcentrum; länslogoped, sjukgymnastik och arbetsterapi; ögon; rehabiliteringsmedicin samt klinisk neurofysiologi exkluderades. Av de kvarvarande verksamhetsområdena slumpades tre avdelningar ut. En av de tre utsedda avdelningarna ville inte delta i studien varpå en ny avdelning lottades fram.

För att besvara studiens syfte och för att få så representativt resultat som möjligt var det önskvärt att deltagarfrekvensen uppgick till 70 % inom respektive yrkeskategori (Billhult & Gunnarsson, 2012). I samråd med respektive avdelningschef erhöles uppgifter om antalet anställda sjuksköterskor respektive undersköterskor och kunde på så sätt beräkna bortfall efter det att enkäterna sammanstälts. Undersökningsgruppen bestod av undersköterskor (n=56) och sjuksköterskor (n=54).

### **2.3 Datainsamlingsmetod**

Datainsamlingsmetoden baserades på en enkätundersökning innehållande 9 huvudfrågor. Frågornas huvudsakliga innehåll behandlade potentiella hinder som kan försvåra eller försämra följsamheten vid handdesinfektion. Svartalternativen utgjordes av fasta svartalternativ, likertskalor, då dessa är lämpliga vid kvantitativ analys. Frågorna ställdes utifrån att man inte spritar händerna med anledning av de presenterade hindren, se bilaga 1. Fyra respektive sex svartalternativ valdes i syfte att eliminera centraltendensen (Patel & Davidsson, 2011). En öppen fråga användes för att respondenten skulle ha möjlighet att lägga till ytterligare faktorer som upplevdes försvåra följsamheten (Patel & Davidsson, 2011). Enkäten inleddes med frågor avseende bakgrundsinformation och fortsatte därefter med frågor som behandlade frågeställningarna. Då dessa typer av frågor kan anses vara känsliga har frågorna ställts på ett så neutralt sätt som möjligt.

Enkäten utformades i samråd med sektionen för vårdhygien, handledare, med stöd av tidigare studier samt utifrån en enkät som tidigare använts av sektionen för vårdhygien. Enkäten testades med hjälp av 11 personer från sjuksköterskeprogrammet, för att kontrollera att frågorna var tydligt formulerade, icke värderande samt möjliga att besvara. Efter att ha tagit del av dessa synpunkter reviderades enkäten något vad gäller språk innehåll och formuleringar. Enkätens innehållsvaliditet värderades med hjälp av aktuell litteratur samt med hjälp av en expert inom sektionen för vårdhygien (Billhult & Gunnarsson, 2012). I samband med databearbetningen reliabilitetstestades de sju frågorna om upplevda hinder med avseende på den interna konsistensen, Cronbach's alfa (Streiner & Norman, 2008).

### **2.4 Tillvägagångssätt**

Ett samarbete med sektionen för vårdhygien upprättades. Med hjälp av ett slumpmässigt urval valdes undersökningsgruppen. Avdelningscheferna kontaktades och informerades i

korthet om studiens syfte, innehåll samt att resultatet skulle presenteras i ett examensarbete och tillfrågades om deltagande i studien. Efter godkännande från respektive avdelningschef delades enkäter och följebrev (bilaga 2) ut. Enkäterna delades ut vid tre olika tillfällen i samband med avdelningarnas personalmöte. Innan enkäterna delades ut informerades de närvarande muntligen under cirka fem minuter. En kort översikt om aktuell forskning inom området gjordes i syfte att förmedla vikten av den här typen av studier. Denna information syftade till att orientera och motivera undersökningsgruppen till att delta (Patel & Davidsson, 2011). Därefter förklarades varför studien förlades till just deras avdelning. Det slumpmässiga urvalet framhölls tydligt och det förklarades att avdelningen i sig inte hade någon betydelse i sammanhanget. Detta i syfte att få deltagarna att förstå att resultatet skulle diskuteras på en större nivå och undvika eventuella uppfattningar som skulle kunna ha inverkat på deltagandet. Den personal som var närvarande under mötet fick möjlighet att svara på enkäten vid samma tillfälle. Enkäterna lades sedan tillgängliga på avdelningen, där ifylld enkät skulle läggas i en uppsamlingslåda. Under tiden enkäten låg ute gjordes två besök av författarna på varje avdelning för att påminna de tilltänkta studiedeltagarna. Även avdelningscheferna uppmanades att påminna sina medarbetare. Ett mail till varje avdelningschef skickades ett par dagar innan enkäten skulle samlas in, då svarsfrekvensen konstaterats vara tillräcklig. På två avdelningar låg enkäten ute i två veckor och på den tredje avdelningen låg den ute i en vecka.

## **2.5 Forskningsetiska överväganden**

Etiska överväganden som gjorts i denna studie har koncentrerats till undersökningspersonernas samtycke till att medverka. Det har visat sig att information till undersökningspersoner inom forskning ofta är bristfällig i det avseende att information är svårbegriplig eller ospecifik (CODEX, 2013).

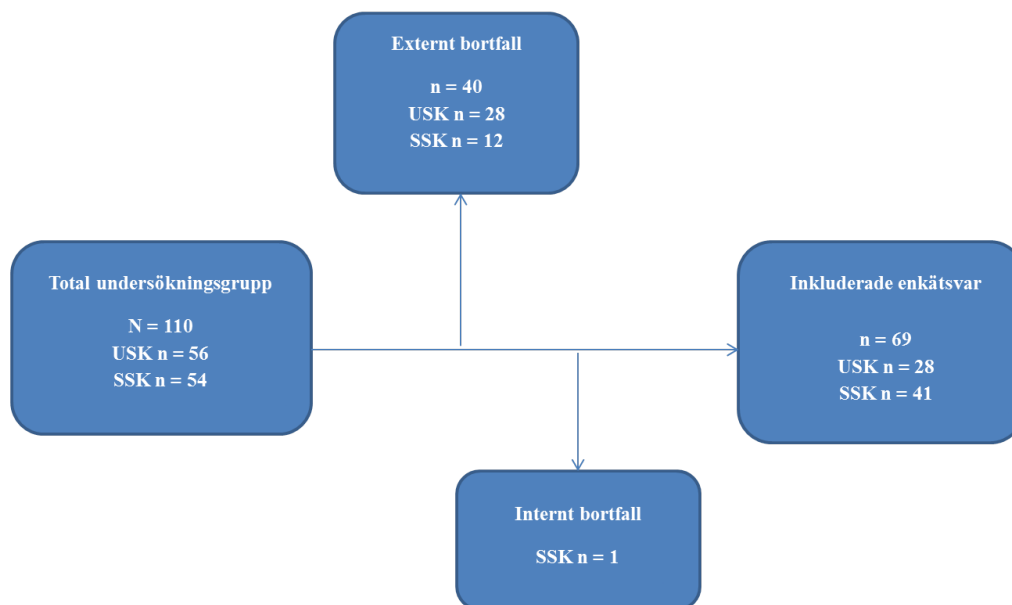
I följebrevet som utgjorde förstasidan på varje enkät, framgick kontaktuppgifter och all information kring studien som kunde tänkas påverka försökspersonernas ställningstagande, bland annat syfte med undersökningen och varför de var utvalda att tillfrågas (CODEX, 2013). Ytterligare information som framgick var att deltagandet var frivilligt och konfidentiellt och att det var möjligt att avbryta påbörjad enkät samt att resultatet skulle presenteras i ett examensarbete. Att enkäten är konfidentiell innebär att respondenterna enbart är kända för forskaren (Patel & Davidsson, 2011).

## 2.6 Bearbetning och analys

Enkätfrågorna kodades och enkäterna tilldelades ett löpnummer för att underlätta inläsning och upptäcka eventuella inläsningsfel (Trost, 2007). Bearbetning och analys av data skedde med hjälp av datorprogrammet Statistical Package of the Social Sciences, SPSS.

Sjuksköterskor och undersköterskors upplevelser av hinder presenterades med deskriptiv statistik och redovisades med tabeller och diagram. För att undersöka skillnad i handdesinfektion före och efter patientkontakt användes Wilcoxon's teckenrangtest. Skillnader mellan yrkesgrupperna och mellan grupper med längre respektive kortare yrkeserfarenhet analyserades med Mann Whitney U-test. Signifikansnivån valdes till  $p = 0,05$ . Svaren på den öppna frågan sorterades i två kategorier.

## 3 RESULTAT



Figur 1- Flödesschema över undersökningsgruppen

Av den tilltänkta undersökningsgruppen (N= 110) valde 64 % (n= 70) att delta i studien, varav 50 % (n= 28) av de tillfrågade undersköterskorna och 78 % (n= 42) av de tillfrågade sjuksköterskorna. Det externa bortfallet motsvarade 36 % (n= 40) av den tilltänkta undersökningsgruppen. Det interna bortfallet utgjordes av en sjuksköterskeenkät, då det var uppenbart att det rörde sig om en missuppfattning av frågorna. Cronbach's alfa för de sju frågorna om upplevda hinder var  $\alpha = 0,63$

Arbetserfarenheten för hela undersökningsgruppen varierade från 1 till 47 år, med en genomsnittlig erfarenhet motsvarande 14,3 år. Den genomsnittliga erfarenheten för undersköterskorna var 18,8 år (SD=15,2), och för sjuksköterskorna 11,2 år (SD=10,7). Andelen undersköterskor som arbetade heltid (n=15), uppgick till 54 % och deltid (n=13), 46 %. För sjuksköterskor motsvarade antalet heltidsanställda (n=30), 73 % och deltidsanställda (n=11), 27 %.

### **3.1 Hinder som försvårar följsamhet i handdesinfektion för undersköterskor respektive sjuksköterskor**

Av respondenterna svarade 91 % (n=63) att de ansåg att handhygien var extremt viktigt, 6 % (n= 4) ansåg att det var viktigt och 2 % (n = 1) ganska viktigt. På frågan om det förekom att man inte utförde handdesinfektion före patientkontakt svarade 14 % (n= 4) av undersköterskorna och 5 % (n=2) av sjuksköterskorna att det aldrig förekom att de inte utförde handdesinfektion före patientkontakt. På frågan om det förekom att man inte utförde handdesinfektion efter patientkontakt svarade 61 % (n=17) av undersköterskorna och 54 % (n=22) av sjuksköterskorna att det aldrig förekom att de inte utförde handdesinfektion efter patientkontakt. Wilcoxon's teckenrangtest visade att både sjuksköterskor och undersköterskor angav att de oftare spritade händerna efter än före patientkontakt (undersköterskor,  $z = -3,947$ ;  $p = 0,000$ ; sjuksköterskor  $z = -4,566$ ;  $p = 0,000$ ).

Det hinder som oftast angavs som skäl till att man avstod från att sprita händerna i hela undersökningsgruppen var tidsbrist medan otydliga rutiner var det hinder som minst bidrog till att man avstod från att sprita händerna, se tabell 1 och 2.

Arbetserfarenheten hos respondenterna påvisade också skillnader. Den grupp som hade längre erfarenhet än, eller lika lång som genomsnittet (14,3 år) svarade att det mer sällan avstår handdesinfektion än de som hade en erfarenhet som låg under genomsnittet. Skillnaden mellan dessa grupper visade på statistisk signifikans på frågorna som rörde handdesinfektion före patientkontakt ( $z = -2,418$ ;  $p = 0,016$ ), efter patientkontakt ( $z = -1,981$ ;  $p = 0,048$ ), om man avstod handdesinfektion för att kollegor gjorde det ( $z = -2,648$ ;  $p = 0,008$ ), om man avstod för att man ansåg att ett kort patientmöte innebar låg risk för smittspridning ( $z = -2,358$ ;  $p = 0,018$ ) samt om man avstod för att man ansåg att ett moment

som skulle genomföras innebar låg risk för smittspridning ( $z = -2,172$ ;  $p = 0,030$ ). Ingen skillnad kunde påvisas mellan de grupper som arbetade heltid respektive deltid.

Av samtliga respondenter svarade 19 på den öppna frågan, varav 8 undersköterskor och 11 sjuksköterskor. Av svaren framkom att akuta situationer och svårigheter att ta på sig handskar efter handdesinfektion försvårar följsamheten.

Tabell 1- Undersköterskors (n= 28) svar på enkätfrågor om handdesinfektion.

	Aldrig n (%)	Sällan n (%)	Ganska sällan n (%)	Ganska ofta n (%)	Ofta n (%)	Alltid n (%)	Totalt n
<b>Händer det att du inte spritar händerna:</b>							
Före patientkontakt	4 (14 %)	15 (54 %)	6 (21 %)	3 (11 %)			28
Efter patientkontakt	17 (61 %)	8 (29 %)	3 (11 %)				28
<b>Händer det att du spritar händerna för att:</b>							
Föregå med gott exempel	15 (54 %)	9 (32 %)	1 (4 %)	2 (7 %)		1 (4 %)	28
<b>Händer det att du inte spritar händerna med anledning av:</b>							
Tidsbrist	12 (43 %)	12 (43 %)	3 (11 %)				27*
Brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel	14 (50 %)	10 (36 %)	2 (7 %)				26**
Hudproblem	25 (89 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	1 (4 %)			28
Otydliga rutiner	26 (93 %)	1 (4 %)					27*
Kollegor avstår	25 (89 %)	2 (7 %)					27*
Kort patientmöte	23 (82 %)	2 (7 %)	1 (4 %)	1 (4 %)			27*
Typ av moment	19 (68 %)	3 (11 %)	3 (11 %)	1 (4 %)	1 (4 %)		27*
* = ett bortfall							
** = två bortfall							



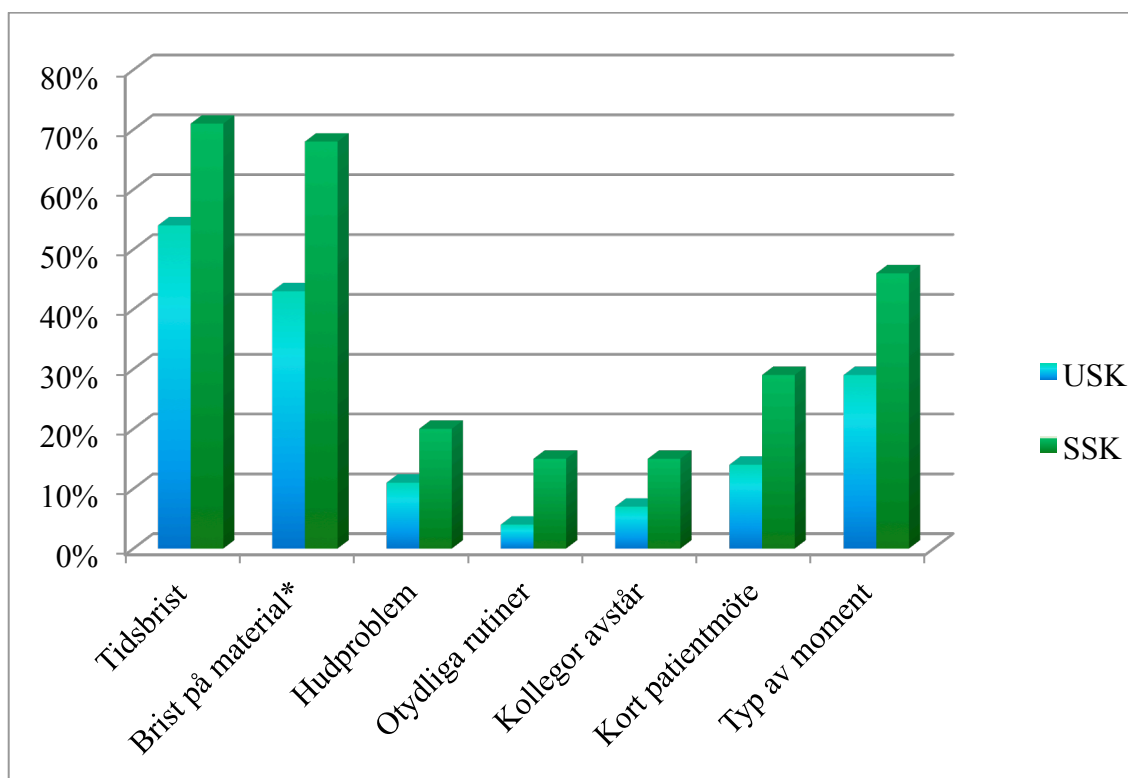
Tabell 2-Sjuksköterskors (n= 41) svar på enkätfrågor om handdesinfektion.

	Aldrig n (%)	Sällan n (%)	Ganska sällan n (%)	Ganska ofta n (%)	Ofta n (%)	Alltid n (%)	Totalt n
<b>Händer det att du inte spritar händerna:</b>							
Före patientkontakt	2 (5 %)	24 (59 %)	6 (15 %)	6 (15 %)	2 (5 %)	1 (2,4 %)	41
Efter patientkontakt	22 (54 %)	18 (44 %)	1 (2 %)				41
<b>Händer det att du spritar händerna för att:</b>							
Föregå med gott exempel	18 (44 %)	16 (39 %)	5 (12 %)	1 (2 %)	1 (2 %)		41
<b>Händer det att du inte spritar händerna med anledning av:</b>							
Tidsbrist	12 (29 %)	20 (49 %)	4 (10 %)	3 (7 %)		2 (5 %)	41
Brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel	13 (32 %)	19 (46 %)	9 (22 %)				41
Hudproblem	33 (81 %)	5 (12 %)	3 (7 %)				41
Otydliga rutiner	35 (85 %)	5 (12 %)	1 (2 %)				41
Kollegor avstår	35 (85 %)	5 (12 %)	1 (2 %)				41
Kort patientmöte	28 (68 %)	9 (22 %)	2 (5 %)	1 (2 %)			40*
Typ av moment	22 (54 %)	12 (29 %)	6 (15 %)	1 (2 %)			41

\*= ett bortfall

### 3.2 Skillnad mellan sjuksköterskor och undersköterskor avseende hinder som försvårar följsamheten vid handdesinfektion

I figur 2 visas andelen sjuksköterskor och undersköterskor som angett att de någon gång (definierat som svarat sällan-alltid) låter bli att desinfektera händerna. För både undersköterskor och sjuksköterskor var tidsbrist och brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel det som oftast angavs som skäl till att man avstod från att utföra handdesinfektion. Det som mest sällan bidrog till att man avstod från att desinfektera händerna för undersköterskor, var att rutiner upplevdes otydliga. För sjuksköterskor var det som mest sällan bidrog till att man avstod från att utföra handdesinfektion att rutiner upplevdes otydliga samt för att kollegor avstod. Sjuksköterskorna angav i högre grad än undersköterskorna att de avstod från handdesinfektion med anledning av brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel ( $z = -2,011$ ;  $p = 0,044$ ). Det förelåg inga andra statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna.



Figur 2- Andel undersköterskor och sjuksköterskor som angett att de någon gång avstår från handdesinfektion med anledning av olika hinder, omfattar samtliga svarsalternativ (sällan-alltid) utöver alternativet aldrig.

\* = brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel.

## 4 DISKUSSION

### 4.1 Resultatsammanfattning

Resultatet visar på att det i båda yrkesgrupperna är vanligare att utföra handdesinfektion efter patientkontakt än före. Det hinder som i störst utsträckning angavs som hinder till handdesinfektion i båda grupperna var tidsbrist och brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel medan det hinder som ansågs ha minst betydelse var att rutiner upplevdes otydliga. De personer med kortare erfarenhet än genomsnittet angav att de oftare avstod från att desinfektera händerna än de med längre erfarenhet än genomsnittet. Detta sågs före patientkontakt, efter patientkontakt samt med anledning av att kollegor avstod och att ett kort patientmöte samt att en typ av moment ansågs innebära låg risk för smittspridning. Det visade sig också att sjuksköterskorna i högre utsträckning angav att de inte desinfekterade händerna till följd av brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel. Det framkom även i den öppna frågan att akuta situationer samt svårigheter att få på sig handskar efter handdesinfektion anses försvåra följsamheten.

## 4.2 Resultatdiskussion

Det faktum att det var vanligare att utföra handdesinfektion efter patientkontakt än före bekräftas även av SKL (2013) och Saba et al. (2005). Detta skulle kunna förklaras av att personal utför handdesinfektion i syfte att skydda sig själv snarare än att skydda patienten vilket även framhålls av Nobile et al. (2002). Det skulle även kunna förklaras av att rutiner kring handdesinfektion är eller upplevs otydliga. Pittet (2000; 2001) menar att bristande kunskap om rutiner för handdesinfektion kan utgöra ett hinder för god följsamhet. Den aktuella studien visar dock på att upplevelse av otydliga rutiner inte utgör något hinder för handdesinfektion.

Tidsbrist visade sig vara det mest betydande hindret för handdesinfektion i båda grupperna vilket även framhålls som ett hinder av Pittet (2001). Brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel visade sig vara det hinder som efter tidsbrist ansågs påverka följsamheten mest i de båda grupperna. En möjlig förklaring till det, skulle kunna ha att göra med bristande rutiner för påfyllning av handdesinfektionsmedel.

Att handdesinfektion gav problem med torra händer eller eksem ansågs inte utgöra något betydande hinder, till skillnad från resultatet som framkommer i studier av Pittet (2001) och De Wandel et al.(2010). Att detta inte sågs vara ett problem i den aktuella studien skulle kunna förklaras av att andra, mer hudvänliga, handdesinfektionsmedel använts. Dedrick et al. (2007) visade på ett samband mellan längden på patientmötet och följsamheten i handdesinfektion, där ett kort patientmöte medförde låg följsamhet. I den aktuella studien upplevde majoriteten av undersökningsgruppen att ett kort patientmöte inte utgjorde något hinder. Alsubaie et al. (2013) och Pittet (2001) visade att följsamheten även kan variera beroende på vilken typ av moment som utförs, där följsamheten är högre i samband med aseptiska moment. I denna studie angav majoriteten av undersökningsgruppen att uppfattningen om att ett moment medförde en låg risk för smittspridning inte påverkar följsamheten.

Följsamheten i handdesinfektion visade sig inte påverkas av andra kollegors följsamhet. Däremot visade det sig att det förekom att personal utförde handdesinfektion i syfte att föregå med gott exempel gentemot nyanställda, studenter eller andra kollegor. Enligt Pittet et al. (2004) inverkar gruppsyck och förebilder på följsamheten. Pittet et al. menade även att de som ansåg sig själva som potentiella förebilder utförde handhygien i högre

utsträckning. Även Huis et al. (2012) framhåller att sociala aspekter är av betydelse för god följsamhet och att dåliga förebilder utgör hinder. Att utföra handdesinfektion i syfte att föregå med gott exempel kan anses vara eftersträvansvärt då följsamheten tycks öka hos dessa personer (Pittet et al., 2004). Däremot är det önskvärt att motivet som föranleder utförandet av handdesinfektion inte är att föregå med gott exempel, utan en vilja att undvika smittspridning.

Denna studie visar att de med längre erfarenhet i lägre grad anger att de avstår från att utföra handdesinfektion jämfört med de som har kortare erfarenhet. Detta skulle kunna innebära att kort erfarenhet i sig utgör ett hinder för god följsamhet. Det bör dock framhållas att den genomsnittliga arbetserfarenheten var relativt hög i undersökningsgruppen. Noritomi et al. (2007) visar på att erfarenhet inte påverkar graden av följsamhet. Nobile et al. (2002) menar dock att de med längre erfarenhet har en mer positiv attityd gentemot handhygien, vilket enligt Pittet et al. (2004) samt De Wandel et al. (2010) i sin tur medför en högre följsamhet. I den föreliggande studien ansåg 91 % att handhygien är extremt viktigt vilket kan tolkas som att majoriteten av undersökningsgruppen hade en positiv attityd till handhygien. Enligt McLaughlin och Walsh (2012) så föranleds god följsamhet i huvudsak av faktorer som tidigare erfarenheter, vana och attityder. Det skulle kunna tänkas att dessa faktorer förvärvas med arbetserfarenhet, vilket delvis styrks av Nobile et al. (2002). Det som i huvudsak försvårar följsamheten enligt McLaughlin och Walsh (2012) är situationsbundna faktorer, som utgörs av fysiska hinder eller information från omgivningen. Således skulle det kunna tänkas att de med kortare erfarenhet saknar de faktorer som enligt McLaughlin och Walsh (2012) föranleder följsamhet, samt att de är mer utsatta för situationsbundna faktorer som enligt McLaughlin och Walsh (2012) försvårar god följsamhet. Den skillnad som påvisades mellan grupperna på frågorna huruvida ett kort patientmöte eller att ett visst moment ansågs innebära en låg risk för smittspridning skulle kunna styrka ovanstående resonemang, då upplevelsen av dessa situationer skulle kunna påverkas av faktorer som förvärvas med erfarenhet. Även den skillnad som påvisades mellan grupperna på frågan huruvida man avstod från att sprita händerna till följd av att kollegor avstod skulle kunna tolkas som att personer med kortare erfarenhet påverkas mer av sociala faktorer, vilket enligt McLaughlin och Walsh (2012) utgör en situationsbunden faktor.

Vilka hinder som är av störst betydelse för både sjuksköterskor och undersköterskor framgår tydligt i resultatet till följd av hur de båda grupperna skattat. Det som också ses är att sjuksköterskorna angav att de i större utsträckning avstår från handdesinfektion till följd av brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel. Varför detta resultat påvisas skulle kunna förklaras av sjuksköterskornas kortare arbetserfarenhet, då det verkar som att arbetserfarenhet kan påverka upplevelsen av olika hinders inverkan på följsamhet. En annan möjlig förklaring skulle kunna tänkas vara att skillnader i ansvar och arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna leder till att hinder upplevs påverka följsamheten i högre utsträckning hos sjuksköterskor än undersköterskor.

### **4.3 Metoddiskussion**

#### *4.3.1 Styrkor och svagheter*

Arbetets styrkor bestod i en relativt god svarsfrekvens samt den tydliga information som gavs till varje deltagare. Målet för deltagarfrekvensen var angivet till 70 %. Det kan inte uteslutas att svarsfrekvensen bland undersköterskorna, 50 %, kan ha haft betydelse för resultatet. De undersköterskor som avstått från att delta i studien skulle kunna representera en andel som inte har lika god följsamhet och således avstått från att svara.

Enkäten utformades i samråd med ämneskunnig expert, tidigare forskning samt en tidigare använd enkät. Enkäten testades dessutom innan datainsamling för att säkerställa att frågorna var tydligt formulerade, icke värderande samt möjliga att besvara. Då hinder kan tänkas variera mellan olika avdelningar (Huis et al., 2012) kan det tänkas att enkäten inte täckt in alla potentiella hinder. För att minimera detta problem innehöll enkäten en öppen fråga där deltagarna kunde ange ytterligare hinder.

Bristande kunskap kring smittspridning och prevention i form av hygienåtgärder kan utgöra ett hinder för god följsamhet i handdesinfektion (Pittet, 2000; Pittet, 2001). Huis et al. (2012) menar dock att följsamheten sällan beror på enbart bristande kunskap. Kunskap är dessutom svårt att undersöka. Utgångspunkten för rekryteringen var därför att samtliga deltagare skulle ha grundläggande kunskap kring smittspridning och prevention, detta var i syfte att undvika att eventuell okunskap skulle påverka hur deltagarna svarade. Detta då undersköterskor och sjuksköterskor förutsätts få kunskap i detta under sin utbildning. Dessutom ges en internutbildning i samband med anställning på sjukhuset (Hygienansvarig läkare, muntlig kommunikation, 9 januari 2014).

Trots att enkäten testats och reviderats så var det en person som missuppfattat frågorna. Det var även en person som missuppfattat frågan avseende erfarenhet varpå det inte togs med i beräkningen av den genomsnittliga erfarenheten.

Frågorna kan ha ansetts känsliga att besvara och undersökningspersonerna kan i viss mån ha känt sig utpekade. Detta skulle ha kunnat påverka svarsfrekvensen samt hur deltagarna svarat. I syfte att förebygga detta användes ett slumpmässigt urval av avdelningar vilket framhölls tydligt i följebrevet samt vid den muntliga informationen. Likaså kan rädsla över att bli identifierad ha påverkat svaren trots att det framhållits tydligt att deltagandet varit konfidentiellt. De personer som svarade på enkäten i samband med den muntliga informationen kan också ha tänkts påverkats till följd av att författarna som delgav informationen var närvarande. Även det faktum att flera kollegor svarade samtidigt kan ha påverkat deltagarnas svar.

Avseende enkätens reliabilitet indikerar ett relativt lågt Cronbach's alfavärde (0.63) att mätinstrumentets interna konsistens inte är helt tillfredsställande. Testet visade att variabeln "tidsbrist" med en korrelationskoefficient på 0,9 inte passar in i strukturen. Om frågan tas bort ökar Cronbach's alfa till 0,72. Det är rimligt att anta att det föreligger ett problem med frågans formulering, vilket behöver tas i beaktning om frågeformuläret som utvecklats i denna studie skulle användas i andra sammanhang (Streiner & Norman, 2008).

Enligt tidigare studier (De Wandel et al., 2010) anses korrekt utförda observationsstudier vara den bästa metoden att mäta handhygien och följsamhet. De Wandel et al. menar även på, att då självskattning används så tenderar man att överskatta sin egen följsamhet. Då föreliggande studie avsåg att studera upplevda hinder ansågs en enkätbaserad metod vara tillförlitligare. Det kan dock tänkas att deltagarna underskattat de olika hindren och dess påverkan på deras följsamhet i handdesinfektion, vilket i sådana fall även innebär att de överskattat sin följsamhet. För att undvika detta skulle det ha varit lämpligt att kombinera enkäten med en observation.

#### *4.3.2 Forskningsetiska överväganden*

Vad gäller forskningsetiska överväganden var målet att alla som valde att delta fattat beslut om medverkan utifrån samma grunder. De skulle ha möjlighet, att efter god skriftlig information ta ställning till huruvida de velat delta eller inte. Trots att all personal på

avdelningarna inte kunde ta del av den muntliga informationen som gavs på varje avdelning anses ovanstående önskan vara uppfylld till följd av ett väl utarbetat och innehållsrikt följebrev. I och med att följebrevet utgjorde första sidan på enkäten bidrog det till att respondenterna alltid hade tillgång till denna information (Trost, 2007).

Vad som skulle kunna anses ha varit etiskt problematiskt under datainsamlingen var att de som deltagit i den muntliga informationen uppmanades att på plats fylla i enkäten. Detta skulle möjligtvis ha kunnat påverka den fria viljan att delta.

#### *4.3.3 Klinisk relevans utifrån ett vårdperspektiv*

VRI orsakar konsekvenser, både i form av lidande för den enskilda individen och som ökade kostnader för sjukvården och samhället. Det är således både av humanitära, medicinska och ekonomiska skäl som detta i största möjliga utsträckning bör förebyggas. Enligt Socialstyrelsen (2014) kan en tredjedel av alla VRI förebyggas. Ur ett kliniskt omvårdnadsperspektiv har man som sjuksköterska ett ansvar att förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2008), vilket i detta fall innebär att förhindra smittspridning och bidra till en hög patientsäkerhet. Enligt Florence Nightingales behovsteori är god vårdmiljö och ett preventivt fokus av största vikt för att upprätthålla grundläggande behov som hälsa och välbefinnande (Jahren Kristoffersen, 2006; Kirkevold, 2009).

#### *4.3.4 Kliniska implikationer*

Den genomförda studien visar på att tidsbrist och brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel utgör uppenbara hinder för god följsamhet. Detta bör tas i beaktande vid interventioner som syftar till att förbättra följsamheten i handdesinfektion. Det bör dock uppmärksammas att hinder som försvårar följsamhet kan variera och att dessa måste identifieras för att en intervention ska bli framgångsrik (Huis et al., 2012). Att de med kortare arbetserfarenhet än genomsnittet angav att det inte utförde handdesinfektion till följd av hinder i högre utsträckning än de med längre erfarenhet bör tas i beaktande och utredas vidare i framtida studier.

## 5 REFERENSLISTA

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare –en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Alsubaie, S., bin Maither, A., Alalmaei, W., Al-Shammari, A., Tashkandi, M., Somily, A., Alaska, A. & BinSaeed, A. (2013). Determinants of hand hygiene noncompliance in intensive care units, *American Journal of Infection Control*. 41, 131-135. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.035

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 318-326). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 151-160). Lund: Studentlitteratur.

CODEX. (2013). *Forskning som involverar människan*. Uppsala: CODEX. Hämtad 17 oktober, 2013, från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>

De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C. & Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units, *American Journal of Critical Care*. 19 (3), 230-239. doi:10.4037/ajcc2010892

Dedrick, R., Sinkowitz-Cochran, R., Cunningham, C., Muder, R., Perreiah, P., Cardo, D. & Jernigan, J. (2007) Hand hygiene practices after brief encounters with patients: an important opportunity for prevention, *Infection control and hospital epidemiology*. 28 (3), 341-345. doi:10.1086/510789



Gould, D.J., Moralejo, D., Drey, N. & Chudleigh, JH. (2010). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *The cochrane collaboration*, 9, 1-34. doi: 10.1002/14651858.CD005186.pub3.

Huis, A., Achterberg, T., de Bruin, M., Grol, R., Schoonhoven, L. & Hulscher, M. (2012). A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. *Implementation science*. 7 (92), 1-14. doi: 10.1186/1748-5908-7-92

Jahren Kristoffersen, N. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. N., Jahren Kristoffersen, F., Nortvedt, E-A., Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad del 4*. (1. uppl., ss. 13-101). Stockholm: Liber.

Jahren Kristoffersen, N. (2005). Omvårdnad- kunskap och kompetens. N., Jahren Kristoffersen, F., Nortvedt, E-A., Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad del 1*. (1. uppl., ss. 215-257). Stockholm: Liber.

Kirkevold, M. (2009). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

McLaughlin, A.C. & Walsh, F. (2012). Self-reported reasons for hand hygiene in 3 groups of health care workers. *American journal of infection control*. 40.653-8 doi: 10.1016/j.ajic.2011.08.014

Melhus, Å. (2013). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur

Nobile, C., Montuon, P., Diaco, E. & Villari, P. (2002). Healthcare personnel and hand decontamination in intensive care units: knowledge, attitudes, and behavior in Italy, *Journal of Hospital Infection*. 51, 226-232. doi:10.1053/jhin.2002.1248

Noritomi, D.T., Chierago, M., Byl, B., Menestrina, N., Carollo, T., Struelens, M. & Vincent, JL. (2007). Is compliance with handhygiene related to work experience, *Infection control and hospital epidemiology*. 28 (3), 262-364.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder- att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals, *Infection control and hospital epidemiology*. 21 (6), 381-386.

Pittet, D. (2001). Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach, *Emerging infectious diseases*. 7 (2), 234-240.

Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa-Silva, C., Sauvan, V. & Perneger, T. (2004). Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions, *Annals of Internal Medicine*. 141 (1), 1-8.

Saba, R., Inan, D., Seyman, D., Gül, G., Senol, YY., Turhan, Ö. & Mamikoglu, L. (2005). Hand hygiene compliance in a hematology unit. *Acta Haematologica*. 113, 190-193. doi: 10.1159/000084449

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner- Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 oktober, 2013, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12\\_200612312.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf)

Socialstyrelsen. (2000). *Förslag till handlingsplan mot antibiotikaresistens*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 24 april, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11713/2000-00-044.pdf>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 13 januari, 2014, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen.(2014). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 april, 2014, från [http://www.dagensmedicin.se/Global/Dagens\\_medicin/Bilder/2014/april/rapport%20patientsakerhet.pdf](http://www.dagensmedicin.se/Global/Dagens_medicin/Bilder/2014/april/rapport%20patientsakerhet.pdf)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 1 april, 2014, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 1 april, 2014, från <https://www.notisum.se/rnp/sls/fakta/a0040168.htm>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 13 januari, 2014, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/#K6](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K6)

SOSFS 2007:19. *Basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 mars, 2014, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8916/2007-10-19\\_2007\\_19.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8916/2007-10-19_2007_19.pdf)

Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svenska sjuksköterskeförening. Hämtad 10 januari, 2014, från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner, Landstingets resultat VT 12*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 13 januari, 2014, från [http://www.skil.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=22588e0e-acd9-4728-b8e1-98b7b426e51c&FileName=PPM-VRI+VT12+Landsting.pdf](http://www.skil.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=22588e0e-acd9-4728-b8e1-98b7b426e51c&FileName=PPM-VRI+VT12+Landsting.pdf)

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner och klädregler – hösten 2013*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 14 januari, 2014, från [http://www.skil.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-](http://www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-)

matningar/resultat-vri-och-bhk/vardrelaterade-infektioner-och-basala-hygienrutiner-och-  
kladregler-hosten-2013

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*.

Schweiz: World Health Organization. Hämtad 13 januari, 2014, från

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)

## 6 Bilaga 1- Enkätundersökning

1. Yrkeskategori	USK <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>				
2. Hur många års yrkeserfarenhet har du inom vården? Ange _____ år						
3. Arbetar du heltid eller deltid?	Heltid <input type="checkbox"/>	Deltid <input type="checkbox"/>				
4. Händer det att du <u>inte</u> spritar händerna före patientkontakt?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aldrig	Sällan	Ganska sällan	Ganska ofta	Ofta	Alltid	
5. Händer det att du <u>inte</u> spritar händerna efter patientkontakt?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aldrig	Sällan	Ganska sällan	Ganska ofta	Ofta	Alltid	
6. Händer det att du <u>spritar</u> händerna för att föregå med gott exempel gentemot nyanställda, studenter eller andra kollegor i situationer där du troligen inte skulle gjort det om du var ensam?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aldrig	Sällan	Ganska sällan	Ganska ofta	Ofta	Alltid	
7. Händer det att du <u>inte</u> spritar händerna med anledning av;						
	Aldrig	Sällan	Ganska sällan	Ganska ofta	Ofta	Alltid
a. Tidsbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Brist på tillgängligt handdesinfektionsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Att det ger problem med torra händer eller eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Att rutiner för när handdesinfektion ska göras upplevs otydliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Att kollegor avstår från att desinfektera händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Att du tänker att ett kort patientmöte innebär en låg risk för smittspridning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Att du tänker att det moment som ska genomföras innebär en låg risk för smittspridning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Finns det några andra hinder som du upplever kan försvåra handdesinfektion?						
_____						
_____						
9. Anser du att det är viktigt med handhygien?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inte alls viktigt	Ganska viktigt	Viktigt	Extremt viktigt			



### Hinder vid handdesinfektion

Många studier inom vårdhygien visar på att brister i följsamhet är mycket vanligt. Denna enkät har till syfte att undersöka vilka hinder vårdpersonal kan uppleva försvåra följsamhet i handhygien. Detta med avsikt att i framtiden kunna utforma effektivare åtgärder för att öka följsamhet och minska smittspridning.

Denna enkätundersökning görs i samarbete med sektionen för vårdhygien och kommer att utgöra data för ett examensarbete som genomförs på Uppsala Universitets sjuksköterskeprogram.

Enkäten har delats ut på tre slumpmässigt utvalda vårdavdelningar och besvaras helt konfidentiellt. I examensarbetet kommer varken individuella deltagare eller de deltagande avdelningarna att kunna identifieras. Deltagandet är frivilligt och påbörjad enkät kan avslutas när som helst. Vi ber dig som är **undersköterska** eller **sjuksköterska** vänligen besvara detta frågeformulär. Ifylld enkät läggs i lådan i personalrummet.

#### Vänligen

Lucas Bothin, sjuksköterskestuderande

Rebecca Brudfors, sjuksköterskestuderande

Mariann Hedström, handledare

#### Kontakt:

lucasbothin@gmail.com, 0733 522 006

rebecca.brudfors@gmail.com, 076 94 10 323

mariann.hedstrom@pubcare.uu.se, 018 421 3538