

Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn. Sykehusinfeksjoner og smitte med resistente mikrober kan reduseres betydelig ved god infeksjonskontroll. Smittevernloven med forskrift om smittevern i sykehus og sykehjem legger vekt på å etablere infeksjonskontrollprogram og å bedre håndhygien. Vår studie kartlegger noen forhold ved kunnskap om infeksjonskontroll og praktisk tilgjengelighet til å kunne gjennomføre god håndhygiene blant pleiepersonalet ved sykehjem i Oslo.

Materiale og metode. Undersøkelsen ble gjennomført blant helsepersonalet ved sykehjem i Oslo i 2006–2007. Spørreskjema med faste svaralternativer ble utarbeidet, og data bearbeidet og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Resultater. Spørreskjema ble utlevert til 324 pleiepersonalet på 42 sykehjem i Oslo. 71 % av skjemaene ble besvart. De fleste respondenter (96 %) kjente til skriftlige prosedyrer for hygiene og smittevern. 89 % svarte at det forelå et infeksjonskontrollprogram og ca. 50 % fikk informasjon via internundervisningen. Tre av fire hadde lest den nasjonale veilederen for håndhygiene, 78 % mente at hånddesinfeksjon var mer effektivt enn håndvask, og 97 % rapporterte håndhygiene etter kontakt med smittepasient. Dispensere for hånddesinfeksjonsmiddel var tilgjengelig sentrale steder.

Fortolkning. Undersøkelsen viser at sykehjem i Oslo har infeksjonskontrollprogram og opplæring som fremmer personalets kunnskaper og oppmerksomhet på håndhygiene. Funnene viser at sykehjem i Oslo har utstyr for håndhygiene, personalet har kunnskaper og utdanning. Undersøkelsen sier imidlertid lite om praksis.

Ingrid Sie

ins@diakonova.no

Margrete Thorstad

Sykepleierutdanningen

Høgskolen Diakonova

0166 Oslo

Björg Marit Andersen

Avdeling for hygiene og smittevern

Ullevål universitetssykehus

og

Høgskolen Diakonova

Kunnskap om rutiner og retningslinjer er vesentlig for godt smittevern. Smittevernloven med forskrift om smittevern i sykehus og sykehjem, revidert i 2005 (1) og *Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006* (2), forsterket ytterligere betydningen av infeksjonskontroll og håndhygiene. *Nasjonal veileder for håndhygiene* var utgangspunkt for den landsomfattende håndhygienekampanjen i 2004 (3).

God håndhygiene er ansett som et viktig infeksjonskontrolltiltak for å redusere den mikrobielle, transitoriske floraen på hendene (4–7). Riktig gjennomført håndhygiene reduserer sykehusinfeksjoner med 30–50 % og forhindrer spredning av resistente mikrober som for eksempel meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) (4, 5).

Forutsetninger for god infeksjonskontroll er kunnskaper, utstyr og praksis. Hensikten med denne studien som er gjennomført på sykehjem i Oslo kommune, var å kartlegge forhold vedrørende pleiepersonalets kunnskaper om infeksjonskontroll og deres muligheter til å utføre håndhygiene.

Materiale og metode

I 2006 var det ca. 50 institusjoner, 33 kommunale og 17 private, med 4 700 døgnplasser (8) som vi definerte som sykehjem ut fra en oversikt fra bydelsadministrasjonene i Oslo kommune. Sykehjemmene i Oslo ble per 1.1. 2007 organisert under Sykehjemsetaten i Oslo. Etaten som administrerer de 33 kommunale sykehjemmene, opplyste at det per 1.1. 2007 var 518 årsverk for sykepleiere besatt av 813 personer. Det var 1 108 årsverk for hjelpepleiere fordelt på 1 869 personer. Det er altså dobbelt så mange årsverk for hjelpepleiere som for sykepleiere. I tillegg kom 283 årsverk for assistenter fordelt på 2 500 personer. Tallene for assistenter gjelder alle typer assistenter, da tittelen pleieassistent er borte. Våre erfaringer tilsier at assistenter vikarierer i hjelpepleierstillinger.

Spørreskjema med faste svaralternativer

ble utarbeidet på bakgrunn av litteratur om infeksjonskontroll og møter med representanter fra praksisfeltet. Vi valgte spørreskjema fordi vi mente dette kunne gi oss god oversikt over kunnskaper, tilgjengelige ressurser og praksis vedrørende infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo.

Spørsmålene ble prøvd ut i en pilotundersøkelse ved sykehjem utenfor Oslo. Erfaringene herfra var at respondentene var opptatt av å svare riktig og at spørsmålene måtte være enkle å forstå og å svare på, ellers ble de ikke besvart. Resultatet av pilotstudien førte til endringer av spørreskjemaet. Tiltakelse til å gjennomføre undersøkelsen ble innhentet hos bydelsdirektører i Oslo kommune og fra ledelsen ved det enkelte sykehjem. I faste møter som Helse- og velferds-etaten hadde med sykehjemmene i kommunen, møtte vi personal med ansvar for hygiene ved det enkelte sykehjem.

Hygienekontaktene sa seg villig til å finne to respondenter – sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere fra hver post – samt å samle inn skjemaene. Kriterier for å delta i studien var at respondentene var pleiepersonale med yrkesutdanning og at de arbeidet på en sykehjemspost.

Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet november 2006 til januar 2007. Data ble bearbeidet og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 15.0 (SPSS Inc., Illinois).

Resultater og fortolkning

I alt 42 av 50 (84 %) sykehjem i Oslo, hvorav to tredeler var kommunale og en tredel private, deltok i undersøkelsen. Blant dem som ikke ønsket å delta var det både private og kommunale institusjoner av ulik størrelse. Sykehjemmene som representerte alle bydelene, hadde ca. 3 400 døgnplasser, i gjennomsnitt 102 plasser per institusjon (variasjon 20–187) og i gjennomsnitt 26 (varia-

Hovedbudskap

- Sykehjem i Oslo har skriftlige retningslinjer for hygiene og smittevern
- Pleiepersonalet har lest *Nasjonal veileder for håndhygiene*
- Pleiepersonalet vet at hånddesinfeksjon er mer effektivt enn håndvask
- Sykehjem i Oslo har dispensere for håndhygiene på hensiktsmessige steder

sjon 8–72) per avdeling. Av 324 utdelte spørreskjemaer til pleiepersonalet, ble 229 (71 %) besvart. Av respondentene var 51,5 % (118) sykepleiere, 44,5 % (102) hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, og 3,9 % hadde annen bakgrunn. Pleiepersonalet hadde i gjennomsnitt vært ansatt i sju år, de fleste hadde full stilling og alle hadde over 50 % stilling ved sykehjemmet (tab 1).

Personalets kunnskaper

Nesten alle (96 %) svarte at avdelingen hadde skriftlige prosedyrer for hygiene og smittevern. Ca. halvparten av de spurte informerte om at en person arbeidet spesielt med smittevern i deres avdeling. De fleste visste at det fantes et infeksjonskontrollprogram ved sykehjemmet. Personalet oppga å ha fått kjennskap til programmet gjennom internundervisning eller ved å lese prosedyrebok og infeksjonskontrollprogram. Om trent halvparten av pleiepersonalet hadde deltatt på internundervisning i hygiene og smittevern i 2006 (tab 2).

Tilgjengelig utstyr og praksis

Det var mulig å utføre hånddesinfeksjon på sentrale steder i avdelingen. I alt 85 % svarte at dispensere var plassert på pasientrom, 91 % på toalettet og 95 % at de fantes på kjøkken (tab 3). I tillegg opplyste to at de hadde en flaske med hånddesinfeksjon i lomma. Det ble kommentert at «mange av hånddesinfeksjonsstativene er ødelagt eller tomme. Rutiner for å etterfylle svikter. Derfor fungerer lommeflasker best».

Tre av fire (76 %) opplyste å ha lest *Nasjonal veileder for håndhygiene*. I alt 78 % mente at hånddesinfeksjon var mer effektivt enn håndvask med såpe og vann. Nesten alle (97 %) rapporterte at de vasket hendene etter kontakt med smittepasient.

Diskusjon

Utvalget i denne undersøkelsen var alle sykehjem i Oslo kommune. Alle er blitt spurt om å være med og det var høy svarprosent. Sykehjem fra alle bydeler i Oslo – kommunale og/eller private – er med. Vi valgte to respondenter fra hver sykehjemspost for å sikre bred representasjon fra både store og små sykehjem. Det var en noe høyere andel kommunale sykehjem. Dette kan ha påvirket svarene i positiv eller negativ retning ut ifra eventuelle ulikheter i ressurser, personalets kunnskaper og utdanning. Undersøkelsen var anonym og eventuelle forskjeller mellom institusjonene kommer derfor ikke frem.

Vi valgte å spørre de med helsefaglig utdanning, fordi vi ville finne ut hvordan deres kunnskaper og praksis var på dette området. Samtidig mener vi det er rimelig å forvente at de med fagutdanning leder arbeidet og fungerer som rollemodeller i den daglige praksis. Rollemodeller er avgjørende for god håndhygiene (9).

Alle våre respondenter har helsefaglig utdanning, mens 45 % av personalet i den

kommunale pleie- og omsorgstjenesten i Oslo er ufaglærte. Videre viser tall fra Sosial- og helsedirektoratet at av de 45 % har 24 % annen ikke-helsefaglig utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Det er 52 % som kun har fullført videregående skole, 12 % har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere, mens 12 % ikke har oppgitt utdanning. I Oslo er over 34 % av de ufaglærte studenter, mange av disse innen helse- og sosialfag (10).

Vi registrerer at nesten halvparten av dem som jobber i sykehjem i Oslo er uten helsefaglig utdanning, mens våre respondenter har fagutdanning. Denne kartleggingen representerer den delen av sykehjemspersonalet som har helsefaglig utdanning. Tallene fra Sosial- og helsedirektoratet viser at studentandelen blant de ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er overraskende stor (10). Respondentene har gjennomsnittlig lang ansettelsestid, 7,4 år, og over tre firedeler var i 100 % stilling. Dette kan tyde på at sykehjem i Oslo er gode arbeidsplasser. Stabilitet i arbeidsforholdet og store stillingsbrøker er i seg selv et gode for infeksjonsforebygging.

Personalets kunnskaper

Det er positivt at 89 % visste at institusjonen hadde infeksjonskontrollprogram, noe som har stor betydning i forebygging av infeksjoner (11). Hele 96 % svarte at avdelingen hadde skriftlige prosedyrer for hygiene og smittevern. Dette tyder på at infeksjons-

Tabell 1 Demografiske data for pleiepersonell

	N = 229
Andel sykepleiere	51,5 %
Andel hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	44,5 %
Annet pleiepersonell	3,9 %
Menn	10 %
Kvinner	90 %
Alder i gjennomsnitt (år)	40,6
Variasjon i alder (år)	20–78
Ansettelsestid i gjennomsnitt	7,4 år
100 % stilling	76 %
50 % stilling eller mer	100 %

kontrollprogrammet er operasjonalisert og i bruk (4, 11).

Pleiepersonalet har hatt tilgang på ny kunnskap ved at de har lest *Nasjonal veileder for håndhygiene*, og nesten halvparten hadde deltatt på internundervisning i hygiene og smittevern i 2006. Pleiepersonalet visste at hånddesinfeksjon var mer effektivt enn håndvask. Det fantes altså kunnskap tilgjengelig på posten. Det er imidlertid ingen automatikk i at denne anvendes når praktiske problemer skal løses.

Tilgjengelig utstyr og praksis

I denne studien rapporterte 97 % at de vasket hendene etter kontakt med smittepasient.

Tabell 2 Personalets kunnskaper om sykehjemmets infeksjonskontrollprogram og håndhygiene

	N	Ja [%]	Nei [%]	Vet ikke [%]
Avdelingen har skriftlige rutiner for hygiene og smittevern	225	215 (95,6)	3 (1,3)	7 (3,1)
Arbeider med smittevern i avdelingen	226	111 (49,1)	97 (42,9)	18 (8,0)
Kjent med internkontrollprogram:				
Vet det finnes	218	193 (88,5)	15 (6,9)	10 (4,6)
Bedt om å lese	206	160 (77,7)	33 (16,0)	13 (6,3)
I prosedyrebok	218	199 (91,3)	3 (1,4)	16 (7,3)
Internundervisning	201	104 (51,7)	45 (22,4)	52 (25,9)
Beskjed fra ledelsen	197	136 (69,0)	19 (9,6)	42 (21,3)
Deltatt på internundervisning i hygiene og smittevern i 2006	226	109 (48,2)	115 (50,9)	2 (0,9)
Håndvask er mer effektivt enn hånddesinfeksjon	227	40 (17,6)	176 (77,5)	11 (4,8)
Lest nasjonal veileder for håndhygiene	217	164 (75,6)	46 (21,2)	7 (3,2)

Tabell 3 Tilgjengelig utstyr og praksis vedrørende håndhygiene ved sykehjem i Oslo

	N	Ja [%]	Nei [%]	Vet ikke [%]
Dispensere for håndhygiene finnes:				
på pasientens rom	222	188 (84,7)	34 (15,3)	0
på kjøkkenet	224	213 (95,1)	11 (4,9)	0
på toalettene	220	201 (91,4)	19 (8,6)	0
Håndhygiene etter kontakt med smitte	202	196 (97,0)	3 (1,5)	3 (1,5)

Dette svaret var mer positivt enn forventet. Resultatet kunne vært en følge av den nasjonale håndhygienekampanjen fra 2004 (2). Effekten av kampanjer og andre tiltak avtar etter kort tid, og det er vist at etter seks måneder er utføringen av håndhygiene på samme nivå som før kampanjen (5, 12). Resultatet kan forklares med at respondentene har helsefaglig utdanning. Det er vist at helsepersonalet utfører håndhygiene i mindre enn halvparten av de situasjonene de bør, men de blir bedre når deres viten om håndhygiene er basert på evidens (4). Imidlertid er det vist at sykepleiere utfører håndhygiene i større grad enn leger og hjelpepleiere (5). Mangel på kunnskaper, blant annet om hvordan hud reagerer på de ulike rengjøringsmetodene, kan være et hinder for håndhygiene (4, 5, 13).

Når det er en hygienekontakt i posten, noe 50 % svarte at de hadde, vil skriftlige retningslinjer for hygiene og smittevern i større grad reflekteres i det daglige arbeidet. I tillegg til å øke oppmerksomheten på hygiene kan det forventes at hygienekontakten arbeider med å forebygge infeksjoner og gi råd om smittevern (13). Dersom håndvasker mangler, er upraktisk plassert eller at det er fritt for desinfeksjonsmidler, kan det være et hinder for god håndhygiene (4, 5, 14).

Rengjøringsmuligheter nær pleiepersonalets arbeidssituasjon skulle gi økt bruk og dermed bedre håndhygiene. Sykehjem i Oslo hadde dispensere for hånddesinfeksjon på de fleste pasientrom, kjøkken og toalett. At utstyret for håndhygiene fungerer slik det skal med desinfeksjonsmidler, såpe og liknende, er en systemutfordring. Dette ble kommentert fra en av våre respondenter. Men tilgjengelighet er ingen garanti for god praksis.

Håndhygiene fremholdes som det viktigste enkelttiltaket i smitteforebygging (3, 4, 9). Forskning viser at antallet nosokomiale infeksjoner går ned når håndhygienens bedres i en institusjon (15).

Studien er et resultat av selvrapportering, noe som kan ha ført til at svarene er mer positive enn virkeligheten (16). Men i en

anonym undersøkelse er det ingen åpenbare fordeler ved å overdrive positivt. Studien sier lite om praksis, data viser imidlertid at forutsetninger for å kunne utøve god håndhygiene er til stede.

En observasjonsstudie kunne gitt mer nøyaktige objektive data, fordi handlingen ville bli registrert av andre. Samtidig vil en observatør kunne påvirke atferden som skal observeres. Observasjonsstudier er tidkrevende. En observatør må da følge ett og ett personal for å registrere at vedkommende skal utføre eller har utført en prosedyre som krever håndvask/desinfeksjon.

Konklusjon

I undersøkelsen kom det frem gode resultater om personalets kunnskaper om hygiene og smittevern. Dette bidrar til god kvalitet på helsetjenester som tilbys pasienter i sykehjem. Når infeksjoner forebygges, vil pasientene få et tryggere opphold og bedre livskvalitet. De ansatte får tryggere arbeidsforhold. Dette er i tråd med stortingsmelding nr. 25, som fremhever at kvaliteten på helsetjenestene må heves (17). Økte utfordringer med dårligere pasienter i sykehjem som har vært eller er utsatt for infeksjonssykdommer, krever et personale som har kompetanse på smittevern og hygiene (10, 11, 17).

Gjennom undersøkelsen ble det kartlagt at sykehjem i Oslo hadde infeksjonskontrollprogram, opplæring og utstyr som fremmer kunnskaper om og oppmerksomhet på håndhygiene. Det gjør at forholdene ligger til rette for god praksis og for å takle nye hygieneutfordringer i sykehjemmene. Respondentene hadde helsefaglig utdanning og tilegnet seg ny kunnskap. Det kan forklare det gode resultatet. Undersøkelsen sier imidlertid lite om praksis.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner. www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2005/0019/ddd/pdfv/252750-forskrift_til_i-10.pdf [22.4. 2008].

2. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006. www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2004/0002/ddd/pdfv/203934-sykehusinfeksjoner.pdf [22.4.2008].
3. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. Smittevern 2004; 11. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR 2002; 51: 1–45. www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm [22.4.2008].
5. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21: 381–86.
6. Kjølén H, Andersen BM. Handwashing and disinfection of heavily contaminated hands – effective or ineffective? J Hosp Infect 1992; 21: 61–71.
7. Andersen BM, Rasch M. Når vanlig håndvask ikke er tilstrekkelig. Sykepleien 2001; nr. 11: 52–7.
8. Statistisk sentralbyrå 2006. www.ssb.no [5.6. 2007].
9. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE et al. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. Emerg Infect Dis 2003; 9: 217–23.
10. Sosial- og helsedirektoratet. Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Rapport nr. 2. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/IS-1312_5765a.pdf [22.4. 2008].
11. Eriksen HM, Koch AM, Elstrøm P et al. Healthcare associated infection among residents of long-term care facilities: a cohort and nested case-control study. J Hosp Infect 2006; 65: 334–40.
12. Jenner EA, Jones F, Fletcher B et al. Hand hygiene posters: selling the message. J Hosp Infect 2005; 59: 77–82.
13. Eriksen HM, Elstrøm P, Hartug S et al. Smittevern i helseinstitusjoner for eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1835–7.
14. Pittet D, Boyce JM. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infect Dis 2001; 1: 9–20.
15. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Smittevern 2006; 15. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006.
16. Jenner EA, Fletcher B, Watson P et al. Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in healthcare professionals. J Hosp Infect 2006; 63: 418–22.
17. St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Manuskriptet ble mottatt 5.6. 2007 og godkjent 22.4. 2008. Medisinsk redaktør Jens Bjørheim.

ANNONSE

www.felleskatalogen.no