



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BASALA HYGIENRUTINER VID SÅROMLÄGGNING

- En observationsstudie vid ett Vietnamesiskt barnsjukhus

Ek, Julia & Pousette, Johanna

Uppsats/Examensarbete:	15 Hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2015
Handledare:	Monica Kolvered och Hua Dong
Examinator:	Annette Erichsen Andersson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Bakgrund	4
Hudens uppbyggnad	4
Sårläkningsprocessen.....	4
Patientsäkerhet.....	4
Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	5
VRI hos nyfödda och barn.....	6
Basala hygienrutiner (BHR).....	6
Attityder till basala hygienrutiner	7
Hållbar utveckling.....	8
Aktuell forskning kring följsamhet.....	8
Vietnam	10
Hälsostatus i Vietnam.....	10
The National Hospital of Pediatrics (NHP).....	10
Syfte och problemformulering	11
Metod	12
Design.....	12
Instrument	12
Analys av data.....	13
Etiska överväganden	14
Resultat	15
Kvantitativa resultat	15
Kvalitativa resultat.....	17
Diskussion.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats	22
Kliniska implikationer.....	22
Fortsatt forskning.....	22
Referenslista	23
Bilaga 1	26
Bilaga 2	28

Förord

Vi vill tacka alla personer som har gjort denna uppsats möjlig. Den hade inte varit genomförbar utan dessa personer: Monica Kelvered och Hua Dong, våra handledare, Thúy Chu Thi, Bach Thu Phuong och Vu Thi Mai Anh som hjälpte oss under vår vistelse på NHP i Hanoi, all personal på vårdavdelningarna på NHP som ställt upp i denna studie och Anders Pousette, för ett stort engagemang och behjälplighet under uppsatsen.

Sammanfattning

Infektioner är vanligt förekommande inom slutenvården över hela världen. Den mest effektiva åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är att använda sig av de basala hygienrutinerna. Generellt är följsamheten till basala hygienrutiner låg i många länder. Barn är speciellt sårbara och infektionskänsliga individer, det var därför av intresse att undersöka hur följsamheten till basala hygienrutiner ser ut. Därför gjordes en observationsstudie på ett vietnamesiskt barnsjukhus där hygienrutiner vid såromläggning på barn observerades. Resultatet visade att följsamheten på National Hospital of Pediatrics generellt var hög. Resultaten skiljde sig mellan olika avdelningar där intensivvårdsavdelningarna hade den högsta graden av följsamhet. Sjukhuset har de verktyg som krävs för att skapa goda hygienrutiner, detta behöver dock appliceras på alla avdelningar.

Nyckelord: Basala hygienrutiner, såromläggning, vårdrelaterade infektioner, barn & följsamhet.

Inledning

Ett av Förenta Nationernas millenniemål är att minska barnadödligheten (FN, 2015). Barn som bor i utvecklingsländer och är undernärda löper en större infektionsrisk. Enligt World Health Organization, WHO (2015) riskerar 5-30% av patienterna som vårdas inneliggande på sjukhus över hela världen att drabbas av en vårdrelaterad infektion. Detta är något som förvärras av brist på rent vatten, elektricitet och material. Enligt WHO (2015) är det 18-64% av sjukvårdspersonalen i 22 utvecklingsländer som inte tillämpar tillräckliga säkerhetsrutiner kring sjukhusvård. Vietnam är ett av dessa länder, genom bättre tillämpning av basala hygienrutiner kan vårdrelaterade infektioner minskas. Spridning av infektioner på sjukhus i utvecklingsländer är ett mycket stort problem. Detta kan sättas i samband med bristfällig kunskap om basala infektionsförebyggande åtgärder, dåligt fungerande infrastruktur samt ett ofungerande vårdssystem och brist på resurser (Zaidi, Huskins, Thaver, Bhutta, Abbas, & Goldmann, 2005).

I denna uppsats undersöker vi följsamheten till basala hygienrutiner vid ett barnsjukhus i Vietnam. I Vietnam är befolkningstätheten stor, det uppges bo 293 invånare per kvadratkilometer jämfört med Sverige där det bor 24 invånare per kvadratkilometer (Landguiden, 2015). Därmed tror vi vårdbehovet är större och att vårdhygien då har en väldigt stor betydelse. Eftersom det talas mycket om hygien och vårdrelaterade infektioner på vårdutbildningar i Sverige gör detta oss intresserade av hur detta påverkar sårläkningsprocessen. En av de viktigaste uppgifterna vi har som sjuksköterskor är att medverka och främja forskning och förbättra förståelsen för effekterna av hygienrutiner. Det är därav av intresse att undersöka hur följsamheten till basala hygienrutiner ser ut vid ett vietnamesiskt barnsjukhus.

Bakgrund

Infektioner i hud, slemhinnor och mjukdelar är vanligt förekommande inom slutenvården. Frisk hud har ett mycket effektivt försvar mot infektioner och medan skadad hud kan utgöra en inkörsport för bakterier och andra mikroorganismer. Värme och fukt är en gynnsam miljö för bakterier, därmed ökar bakterietillväxten i dessa klimat (Ericson & Ericson, 2009).

Hudens uppbyggnad

Huden är uppbyggd av tre lager, epidermis som är den yttre huden bestående av hornlagret, dermis som innehåller svett och talgkörtlar & subcutis som är underhuden och innehåller fettceller. Infektioner kan ha olika omfattande djup i hudens lager och detta påverkar därmed sårhelingsprocessen (Ericson & Ericson, 2009).

Sårhelingsprocessen

Sårhelingsprocessen är indelad i tre faser. Inflammationsfasen, nybildningsfasen och mognadsfasen. I samma sekund som vävnaden skadas startar sårhelingsprocessen (Lindholm, 2012).

Under inflammationsfasen ses följande tecken på inflammation: Rubor (rodnad) en vasodilatation sker vilket leder till att mer blod kan nå sårområdet och därmed vita blodkroppar och makrofager som frigör helingsstimulerande faktorer, Calor (värmökning) som beror på den kraftiga metabola processen som sker i såret, Dolor (smärta) på grund av vävnadsvätska som trycker på nociceptorer alltså nervändar och Tumor (svullnad), vävnadsvätska som trängt ut från kapillärerna bildar ödem kring såret. Det är kroppens naturliga reaktion på vävnadsskada alltså inte ett tecken på infektion, denna fas pågår vanligtvis i ca 3-4 dagar. Såret är vid denna fas något vätskande och en gul fibrinbeläggning kan ses i botten av såret (Lindholm, 2012).

Nybildningsfasen är nästa fas som brukar pågå i ca tre-fyra veckor. Under denna fas bildas ny vävnad som ger såret stadga. En angiogenes alltså en nybildning av blodkärlen sker, granulationsvävnad och epitelceller täcker sårytan och fibrinoblaster bildas som stimulerar bildningen av tillväxtfaktorer och kollagen (Lindholm, 2012).

Under mognadsfasen lagras kollagenet in och omarrangeras till fibrer som sedan ger stadga och hållfasthet till den nya vävnaden. Detta är en långsam process och den nya vävnaden är svag och ömtålig då den aldrig riktigt får tillbaka sin ursprungliga hållfasthet (Lindholm, 2012).

Patientsäkerhet

Redan på 1800-talet visade man att en god hygien är en av de viktigaste faktorerna för att bedriva säker vård.

"the greater part of nursing consists in preserving cleanliness."

(s.133, Nightingale, 1860)

Florence Nightingale, som var en sjuksköterska, gjorde omfattande insatser för en säkrare vård på fältsjukhusen under Krimkriget genom att förbättra hygien samt förändra attityder kring omvårdnad. Detta ledde till att dödligheten av de brittiska soldaterna minskade från ca 50-60% till 2%. (Nationalencyklopedin, 1994). Florence Nightingales teorier och idéer har kommit att bli grunden för dagens forskning kring en god och säker vård. Patientsäkerhet innebär att skydda patienter mot att bli skadad av vården. Ett aktivt patientsäkerhetsarbete innefattar att ha avvikelshantering, analysera händelser som avviker från det normala, analysera risker och att sträva efter en god säkerhetskultur (Öhrn, 2009). En typ av vårdskada som är vanligt förekommande inom slutenvården är vårdrelaterade infektioner.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner definieras som:

“En infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”.

(Socialstyrelsen, 2015)

Enligt Socialstyrelsen (2008) riskerar 10% av de patienter som vårdas inlagda på sjukhus i Sverige att drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Vårdrelaterade infektioner innebär en påfrestning för såväl samhället som för den drabbade patienten. Det kan bli stora kostnader då patienten ska ersättas ekonomiskt för de skador som uppstått till följd av infektionen (Yngström et al., 2011), (Eckmanns, Bessert, Behnke, Gastmeier & Ruden, 2006).

Patienters upplevelse av att drabbas av en vårdrelaterad infektion som MRSA kan vara traumatiska. I studien av Skyman, Thunberg Sjöström & Hellström (2010) beskriver patienter som drabbats av MRSA att de kände sig smittsamma och isolerade från omvärlden. De drog själva slutsatsen att det var vårdpersonalen som hade fört smittan till dem då de vid flera tillfällen observerat dålig handhygien hos personalen. Även omgivningen uttryckte en oro och rädsla för att bli smittade vilket upplevdes som traumatiskt för patienterna.

Internationellt arbetar WHO för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Enligt WHO finns det brister hos länder i Sydostasien när det gäller det förebyggandet arbetet för att förhindra spridning av infektioner. Därför har riktlinjer arbetats fram för att hjälpa dessa länder att stärka sina basala hygienrutiner (WHO, 2004)

VRI hos nyfödda och barn

Barn föds utan endogen microbial flora och kan därför lättare koloniserar av bakterier. Deras immunförsvar är outvecklat och därmed utvecklar de lättare infektioner. Infektioner är den största dödsorsaken hos nyfödda i utvecklingsländer (Zaidi, 2005). Scheithauer et al. (2011) menar att följsamheten till hygienrutiner är ännu viktigare vid vård av nyfödda och barn. Handhygien är den mest effektiva åtgärden för att förebygga VRI hos barn och nyfödda och även för att minska risken för att föra vidare patogena mikroorganismer. Det finns ett tydligt samband mellan orena händer och utbrott av infektioner på neonatalavdelningar. Scheithauer et al. (2011) visar även att följsamhet till handhygien är högre på neonatalavdelningar än på pediatrika avdelningar samt att personalen är bättre på att utföra handhygien innan patientkontakt än efter, detta innefattar båda patientgrupperna. Det skiljde sig även mellan yrkeskategorierna då sjuksköterskor hade en högre grad av följsamhet än läkare. Harbarth et al. (2001) visar också i sin studie att följsamheten till handhygien är högre på neonatalavdelningar i jämförelse med pediatrika avdelningar.

Basala hygienrutiner (BHR)

Basala hygienrutiner innebär tillämpning av åtgärder inom vård och omsorg av patienter för att förhindra direkt och indirekt kontaktsmitta samt att förhindra att mikroorganismer transporteras från en kroppsyta till en annan (Socialstyrelsen, 2015).

Den viktigaste handlingen för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner är att följa de basala hygienrutinerna (Pittet, 2000) (Saba et al., 2005). Detta är något som sedan 2007 också är lagstadgat i Sverige enligt SOSFS 2007:19 (Melhus, 2013).

“2 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska vid undersökning, vård och behandling eller annan direktkontakt med patienter iaktta följande för att begränsa risken för vårdrelaterade infektioner:

- 1. Arbetskläderna ska ha korta ärmar.*
- 2. Arbetskläderna ska bytas dagligen, eller vid behov oftare.*
- 3. Händerna och underarmarna ska vara fria från armbandsur och smycken.*
- 4. Händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje direktkontakt med en patient.*
- 5. Händerna ska desinfekteras både före och efter användning av handskar.*
- 6. Händerna ska, om de är synligt smutsiga, tvättas med vatten och flytande tvål innan de desinfekteras.*
- 7. Vid vård av en patient med gastroenterit ska händerna alltid tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion.*

8. *Händer som har tvättats ska vara torra innan de desinfekteras.*
9. *Ett engångsförkläde av plast eller en skyddsrock ska användas, om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.*
10. *Skyddshandskar för engångsbruk ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.*
11. *Skyddshandskarna ska tas av direkt efter ett arbetsmoment och bytas ut mellan olika arbetsmoment.*”

(Socialstyrelsen, 2007)

Yngström et al. (2011) visar att tillämpning av basala hygienrutiner kan minska VRI avsevärt. Genom interventioner ökades följsamheten till basala hygienrutiner från 72% till 98% och samtidigt sågs en minskning av vårdrelaterade infektioner. Detta är något som även Barnett et al. (2014) styrker i sin studie där de har sett att införandet av nationella direktiv baserade på WHO:s riktlinjer ökar följsamheten till basala hygienrutiner och därmed minskar andelen infektioner. Pittet, Hugonnet, Harbarth, Mourouga, Sauvan, Touveneau & Perneger (2000) visar i sin studie hur specifika interventioner ökade följsamheten, från 48% till 66%. Affischer med instruktioner på hur man ska genomföra handhygien sattes upp. Sedan infördes alcogel som ett alternativ till handtvätt som visade sig vara mer tidseffektivt och därmed öka följsamheten.

WHO har utvecklat ett enkelt program bestående av fem moment. Utför handhygien:

1. Innan kontakt med patient.
2. Innan rena samt sterila moment.
3. Efter eller om risk förekommer vid kontakt med kroppsvätskor.
4. Efter kontakt med patient.
5. Efter kontakt med miljön kring patienten.

(WHO, 2009)

Handhygien innebär en åtgärd för att minska kolonisation av mikroorganismer som sprids via händerna. Detta kan utföras genom antingen handtvätt eller handdesinfektion. Med handtvätt avses att tvätta händerna med tvål och vatten för att avlägsna smuts och mikroorganismer. Handdesinfektion innebär att man använder 2-3 ml antiseptiskt medel till exempel en alkohollösning som är det mest effektiva medlet (Pittet, 2000).

Attityder till basala hygienrutiner

Då följsamhet till basala hygienrutiner är lågt runt om i världen så är frågan varför? Drach-Zahavy och Somech (2010) menar i en studie om sjuksköterskor och personalsäkerhet att det finns ett flertal faktorer som ligger bakom varför sjuksköterskor inte väljer att följa hygienrutiner och säkerhetsföreskrifter. En faktor var att patientens säkerhet går före den egna säkerheten, vid tidsbrist och dålig tillgång på material letade man inte efter skyddsutrustning utan föredrog att lägga den tiden på patienten. Fler faktorer som identifierades var att sjuksköterskor var oroliga för att få patienten att känna sig smutsig och därför väljer sjuksköterskor att inte använda handskar. I studien framkom det även att sjuksköterskor tyckte att handskarna var i vägen i situationer där stor

precision krävdes. *“Det kan inte hända mig”* identifierades som ett tema i studien då sjuksköterskors okunskap tydligt framkom, då många ansåg att deras starka immunförsvar och deras långa erfarenhet var ett tillräckligt starkt skydd för att inte bära handskar. Användandet av skyddsutrustning minskade i kontakt med patienter med hög status där en eventuell blodsmitta inte var trolig. I närvaro av chef eller studenter tillämpades säkerhetsrutiner i en högre utsträckning.

Hållbar utveckling

Genom att tillämpa de basala hygienrutinerna kan man också minska de vårdrelaterade infektioner och därmed verka för en hållbar utveckling genom en minskad antibiotikaanvändning (Socialstyrelsen, 2011).

Aktuell forskning kring följsamhet

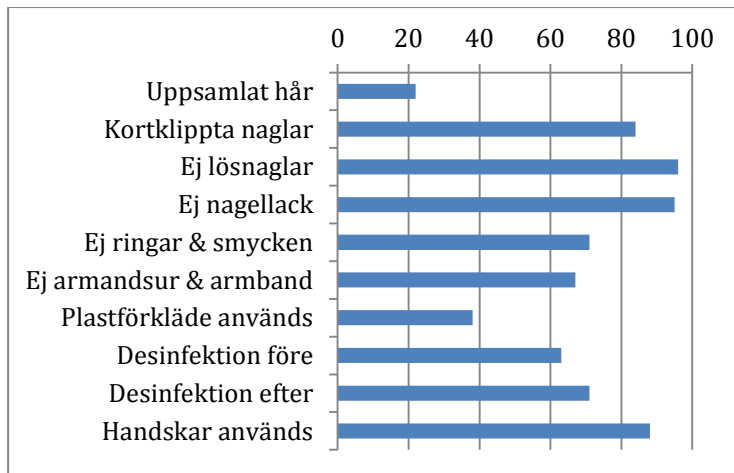
I föreliggande studie menas det att följsamhet och compliance är att följa de riktlinjer och rekommendationer som finns uppsatta. Definitionen liknar MeSH-termen “guideline adherence” som innebär:

“Anpassning till officiella eller vedertagna krav, riktlinjer, rekommendationer, anvisningar osv.”

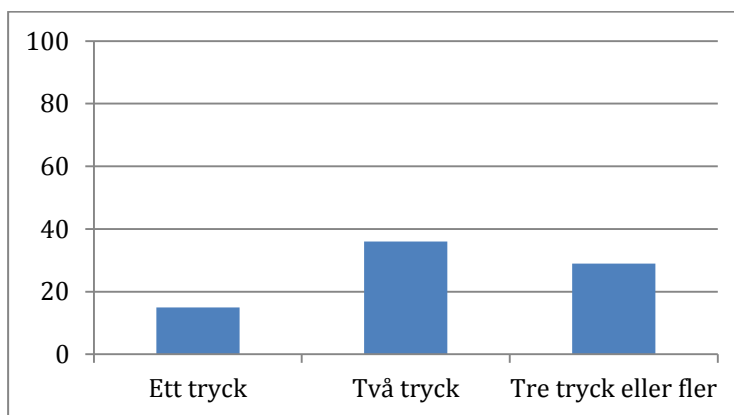
(Karolinska Institutet, 2015).

Pittet (2000) fann i sin övergripande litteraturstudie av basala hygienrutiner att den genomsnittliga följsamheten till hygienrutiner ligger under 50% vilket även stämmer överens med vad McGuckin, Waterman & Govednik (2009) har funnit. Följsamheten visade sig vara så låg som 26%, följsamheten var också lägre innan patientkontakt än efter (Saba, Inan, Seyman, Gül, Şenol, Turhan, Mamıkoğlu, 2005). Följsamheten varierade vid olika typer av arbeten, i studien av Harbarth, Pittet, Grady & Goldmann (2001) var den generella följsamheten 34% medans den var avsevärt högre vid kontakt med sår, 71% och i kontakt med kroppsvätskor, 77%.

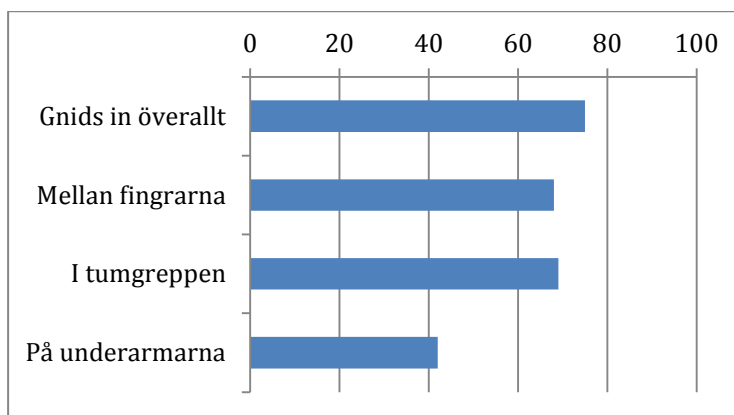
Lindholm, Westergren, Holmström, Axelsson & Ulander (2006) har gjort en kartläggande studie kring basala hygienrutiner i Sverige. Studien innefattade bland annat hygienrutiner vid såromläggningar och data från studien återges i figur 1, 2 och 3.



Figur 1. Följsamhet till basala hygienrutiner i procent (från Lindholm et al., 2006).



Figur 2. Mängd alcogel i procent (från Lindholm et al., 2006).



Figur 3. Teknik för handdesinfektion i procent (från Lindholm et al., 2006).

Figur 1 visar följsamhet till basala hygienrutiner på sjukhus i Sverige. Handdesinfektion före utfördes av 63% och handdesinfektion efter utfördes av 71%.

Figur 2 visar mängden alcogel som användes vid en handdesinfektion. Ett tryck utfördes av 15%, två tryck av 36% och tre tryck av 29%.

Figur 3 visar tekniken för handdesinfektion. Alcogelen gnids in överallt på händerna, 75%, gnids in mellan fingrarna, 68%, gnids in i tumgreppen 69% och på underarmarna 42%.

Vietnam

Vietnam ligger i Sydostasien och huvudstaden är Hanoi. Klimatet är fuktigt och det är väldigt varmt året om. Staten är en republik med kommunistiskt styre. Officiellt språk är vietnamesiska men det talas även ett femtiotal minoritetsspråk. Ungefär hälften av befolkningen är buddister. Läskunnigheten i landet är hög, ca 90 % är läskunniga. Barnen börjar skolan vid sex års ålder och fortsätter i fem år. Denna del är obligatorisk (Nationalencyklopedin, 2015).

Det har varit en god ekonomisk tillväxt i landet de senaste åren vilket har lett till en minskad fattigdom. Fram till år 1986 var sjukvården kostnadsfri. Numera har medborgarna möjlighet att teckna en socialförsäkring, men ungefär halva befolkningen är inte anslutna till försäkringen. Barn upp till sex år och de fattigaste i samhället har dock frikort till sjukvården (Nationalencyklopedin, 2015).

Hälsostatus i Vietnam

Medellivslängden uppskattas till 71 år för män och 80 år för kvinnor. De vanligaste dödsorsakerna är stroke, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, nedre luftvägsinfektioner samt trafikolyckor. Sannolikheten för barn under 15 år att dö är 11 % för pojkar och 8 % för flickor. De vanligaste dödsorsakerna är prematur födsel, medfödda sjukdomar och diarré (WHO, 2015).

The National Hospital of Pediatrics (NHP)

The National Hospital of Pediatrics tidigare kallat Olof Palmes barnsjukhus startades 1969. Det utsattes för ett bombattentat men kunde senare byggas upp igen med hjälp från svenska frivilliga medborgare och den vietnamesiska regeringen. NHP är idag det ledande barnsjukhuset i Vietnam och har 1023 anställda. Sjukhuset erbjuder vård inom de flesta specialiteter för barn och samarbetar med universitetet i Hanoi samt har goda internationella kontakter (NHP, 2015).

Syfte och problemformulering

Syftet med denna studie är att undersöka hur följsamheten till basala hygienrutiner ser ut vid ett vietnamesiskt barnsjukhus. Förekommer det skillnader mellan olika avdelningar och hur ser möjligheterna till följsamhet ut?

Då barn och ungdomar är samhällets framtid är det av stor betydelse att de får de förutsättningar som krävs för att vara en del av dagens komplicerade samhällsstruktur. Vårdrelaterade infektioner kan ge stora konsekvenser, både ekonomiskt för samhället och för individen själv. Basala hygienrutiner är en enkel profylaktisk åtgärd för att förbygga skador hos barn och möjliggöra för dem att leva ett fullt och gott liv. Barn är sårbara individer och står i beroendeställning till de vuxna i samhället, eftersom att de är beroende av vår kunskap. Barn besitter ingen kunskap om hygienrutiner därav är det extra viktigt att vårdpersonalens kännedom kring basala hygienrutiner sitter i ryggmärgen.

Metod

Design

Studien var utformad som en observationsstudie med hög grad av struktur (Einarsson & Hammar Chiriak, 2002). Datainsamlingen utfördes på National Hospital of Pediatrics i Hanoi, Vietnam med hjälp av två observatörer som observerade när vårdpersonal genomförde såromläggningar på barn 0-18 år. Deltagarna i studien bestod av sjuksköterskor, läkare och övrig personal.

Observationen ägde rum på följande enheter:

- Surgical department, allmänkirurgisk avdelning.
- SICU (Surgical intensive care unit), en kirurgisk intensivvårdsavdelning.
- Orthopedic department, en allmänortopedisk avdelning.
- NICU (Neonatal intensive care unit), en intensivvårdsavdelning som behandlar för tidigt födda barn.
- Plastic Surgery unit, en plastikkirurgisk enhet.

Enheterna besöktes ett flertal gånger under två veckors tid, måndag till fredag såväl för- som eftermiddag.

Ett informationsblad översatt på både engelska och vietnamesiska (bilaga 2) lämnades till deltagarna i studien som underlag för att erhålla informerat samtycke. Därefter observerades hela proceduren från start till slut. Observatörerna tittade båda på samma såromläggning. Den ena observatören fyllde i schemat och den andra skrev fältanteckningar. Observatörerna bytte sedan arbetsuppgift med varandra varannan gång. För att en observationspunkt skulle fyllas i skulle båda vara överens vilket innebar att observatörerna pratade med varandra under observationen för att säkerställa detta.

Instrument

Studien genomfördes med hjälp av ett observationsschema (bilaga 1) som utformades baserat på befintlig forskning (Lindholm et al., 2006) samt med anpassning utifrån förhållandena i Vietnam.

Det som exkluderades från det befintliga observationsschemat var:

- Ort, då studien kommer genomföras på samma ort hela tiden.
- Vilket skift som observerades, då observationen kommer ske dagtid.
- Antal år i vårddyrket då detta ej ansågs vara observerbart utan istället behöver kommuniceras och språksvårigheter var ett möjligt hinder.
- Antal patienter/vårdtagare och antal patienter/vårdtagare som kräver såromläggning, då systemet är annorlunda uppbyggt i vietnam.
- Infekterade sår hos personalen, ansågs ej observerbart.
- Används skyddsrock, slogs samman med fråga 14 (bilaga 1).

Det befintliga observationsschemat utökades med följande observationspunkter:

- Tvättas händerna med tvål och vatten före/efter såromläggning, då detta är en punkt i de basala hygienrutinerna så som de definieras av Socialstyrelsen (2007).
- Byts handskar mellan smutsigt och rent arbete, då detta är en punkt i de basala hygienrutinerna.
- Är arbetsdräkten kortärmad, då detta är en punkt i de basala hygienrutinerna.
- Fältanteckningar, för att kunna identifiera avvikande händelser och eventuella mönster i beteende samt observera möjligheterna till följsamhet av basala hygienrutiner.
- En extra ruta för informerat samtycke, för etiska principer.

Layouten av observationsschemat anpassades för att minska risken för misstag. En kodning infördes i observationsschemat för lättare inmatning av data i SPSS.

Analys av data

Innan avresa till Vietnam utformades en fil med alla variabler från observationsschemat i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 21. Efter varje observationsdag lades data in i programmet och därefter granskades datan för eventuella fel. Fältanteckningarna lästes systematiskt igenom enligt metoden kvalitativ innehållsanalys och sammanfattades efter datainsamlingens slut (Graneheim & Lundman, 2004). Den slutgiltiga analysen skedde i Microsoft Office Excel 2013 där diagram skapades för att presentera data med en procentuell frekvensfördelning.

Etiska överväganden

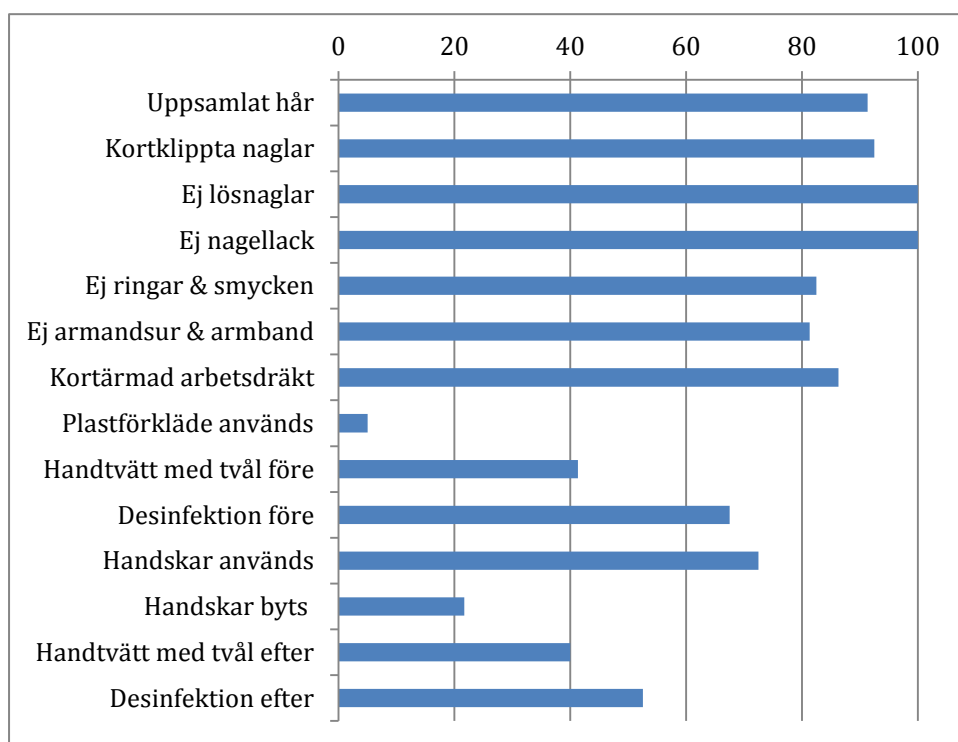
Det finns alltid en risk för integritetskränkning när man utför forskning kring människor. Därför är det mycket viktigt att beakta människors integritet och självbestämmande. Innan observationerna informerades sjukvårdspersonalen som skulle observeras om studiens syfte och därefter inhämtades samtycke om medverkan. Vi informerade om att de hade rätt att avbryta sin medverkan om de så önskade. När det gäller barn är det ett ytterligare etiskt dilemma då de inte kan uttrycka sin vilja på samma sätt som vuxna. Därför bad vi om tillstånd från föräldrar samt klargjorde att vi endast skulle observera sjuksköterskans arbete. Vi hanterade inte heller några personuppgifter och allt råmaterial hanterades konfidentiellt. All redovisning var anonymiserad och all forskning utfördes med respekt för människovärde och mänskliga rättigheter (Einarsson & Hammar Chiriatic, 2002)

Resultat

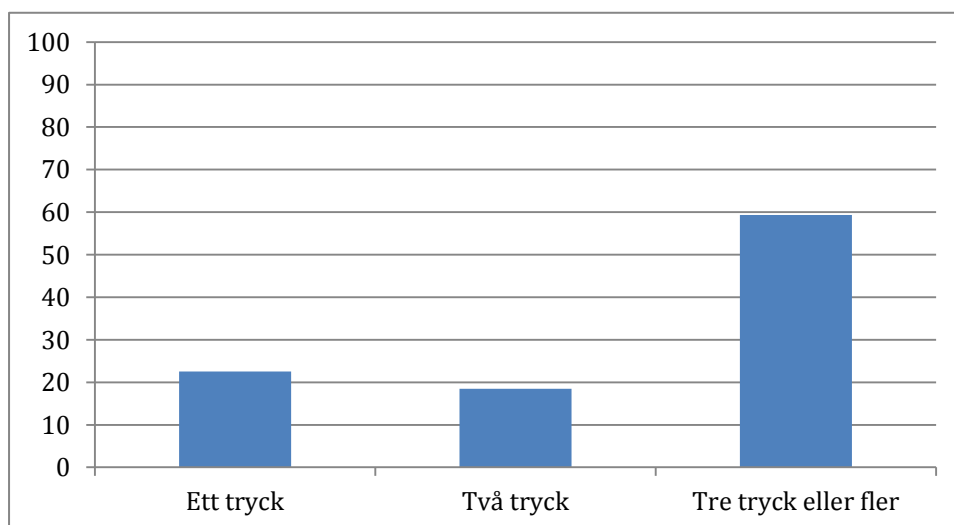
Totalt genomfördes 80 observationer mellan den femte oktober 2015 och femtonde oktober 2015. Dessa genomfördes på olika avdelningar, NICU 7,5%, Plastic surgery 15%, Orthopedic department 20%, SICU 26,3%, Surgical department 31,3%. Av den observerade personalen var 83,8% sjuksköterskor, 7,5% läkare och 8,8% övrig personal. Övrig personal innebar tekniker, studenter och undersköterskor. 80% av de som observerades var kvinnor och 20% var män.

Resultaten från observationerna på NHP presenteras nedan i figur 4, 5 och 6.

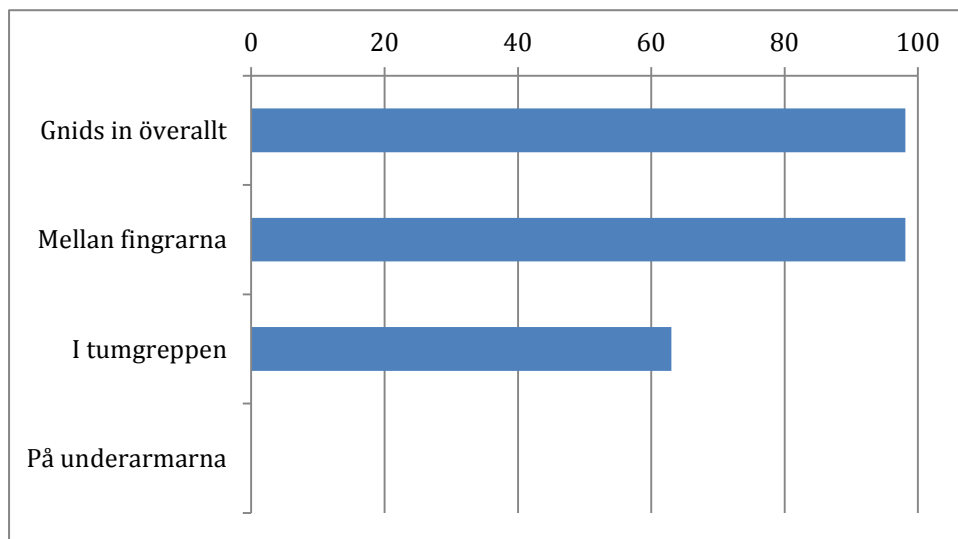
Kvantitativa resultat



Figur 4. Följsamhet till basala hygienrutiner på NHP i procent på alla avdelningar.



Figur 5. Mängd alcogel på NHP i procent på alla avdelningar.



Figur 6. Teknik för handdesinfektion på NHP i procent på alla avdelningar.

Figur 4 visar resultaten från observationerna på alla avdelningar som besöktes på NHP. Handtvätt före såromläggning hade en följsamhet på 41,3% och handdesinfektion före utfördes av 67,5%. Handtvätt efter såromläggning hade en följsamhet på 40% och handdesinfektion efter utfördes av 52,5%.

Figur 5 visar mängden alcogel som användes vid en handdesinfektion. Ett tryck utfördes av 22,5%, två tryck av 18,5% och tre tryck av 59,3%.

Figur 6 visar tekniken för handdesinfektion. Alkogelen gnids in överallt på händerna, 98,1%. Gnids in mellan fingrarna, 98,1%. Gnids in i tumgreppen 63%. Underarmarna desinfekterades inte av någon.

Total följsamhet till handhygien var 87,5% före såromläggning och 78,8% efter såromläggning. Total följsamhet innebär att händerna har tvättats med tvål och vatten eller desinfekterats med alcogel i samband med såromläggning.

Resultaten delas även upp avdelning för avdelning. Före såromläggning var följsamheten följande: NICU 100%, SICU 100%, Surgical department 88%, Plastic surgery 83,3%, Orthopedic department 68,8%. Efter såromläggning var resultaten följande: NICU 100%, SICU 95,2%, Surgical department 80%, Plastic surgery 66,7%, Orthopedic department 56,3%.

Resultaten delas även upp på olika yrkesgrupper. Före såromläggning var följsamheten följande: sjuksköterskor 91%, läkare 66,7% och övrig personal 71,4%. Efter såromläggning var följsamheten följande: sjuksköterskor 85,1%, läkare 66,7% och övrig personal 28,6%.

Kvalitativa resultat

Nedan presenteras resultatet från observatörernas fältanteckningar, de har delats upp i tre teman.

Avdelningarnas rutiner

Alla avdelningar hade olika rutiner och tillgång till material. Endast en anhörig var tillåten att vara med sitt barn på sjukhuset, detta var oftast mamman. Den anhörige förväntades göra all omvårdnad av sitt barn, sjukvårdspersonalen skötte endast det medicinska. På alla avdelningarna, förutom intensivvårdsavdelningar var föräldrarna alltid med vid procedurer som arbetskraft och höll fast sina barn. Det var restriktivt med besök på avdelningarna i övrigt. Besökare var endast tillåtna att komma när personalen gick på lunch mellan 11.30 - 13.30. På intensivvårdsavdelningarna var inga besökare tillåtna.

SICU var en kirurgisk intensivvårdsavdelning som var låst. Endast sjukvårdspersonal fick komma in och inga anhöriga fick besöka sina barn. I ingången fanns det ett handfat med tvål och instruktioner på hur man skulle tvätta händerna innan man gick in på avdelningen, här fanns det även skoskydd för besökande sjukvårdspersonal. Något som noterades var att tillgången till pappershanddukar var liten. Avdelningen var uppdelad i olika rum där det i det minsta rummet låg en patient och i det största 30 patienter. På avdelningen fanns även isoleringsrum. Utanför samtliga salar och vid varje säng fanns det alcogel. Inne i varje sal fanns det handfat med tvål, alcogel och instruktioner. På hjärtoperationssalen använde de stängda förband och på övriga rum kompresser med tejp som förband. Såromläggningarna utfördes alltid sterilt med hjälp av två sjukvårdspersonal, där en tog bort det smutsiga förband och den andra höll sig steril och skötte själva såromläggningen.

NICU var en låst neonatal intensivvårdsavdelning. NICU fungerade precis som SICU med besök och handhygien vid ingång. Här var tillgången till pappershanddukar bättre. Denna avdelning hade 200 patienter och 100 anställda sjuksköterskor. Salarna var stora med cirka 27 patienter på varje sal. All personal hade mössa och munskydd, det fanns alcogel vid varje kuvös. Såromläggningen var alltid steril med ett uppdukat sterilt bord och drapering av patienten.

Intensivvårdsavdelningarna hade mycket patienter och låg personalstyrka vilket gjorde att de ofta blev avbrutna i sitt arbete.

Surgical department var en allmänkirurgisk avdelning där det alltid fanns en anhörig vid patienten. På salarna låg det allt från 6 till 16 patienter. Här skedde uppdukningen på en omläggingsvagn och instrumenten lades i desinfektion efter användning. Föräldrarna fick ofta hålla fast sina barn under omläggningen. Det fanns tillgång till handfat och alcogel både i salen och utanför varje sal.

Orthopedic department var allmän ortopedisk avdelning. Här fanns det ca 16 patienter på varje sal och en anhörig var alltid på plats. Uppdukningen inför omläggningen skedde på en omläggingsvagn och instrumenten lades i desinfektion efter användning. Föräldrarna var delaktiga i omläggningen på så sätt att de höll fast sina barn. I varje sal fanns handfat och alcogel i ingången.

Plastic surgery var en plastikkirurgisk avdelning där såromläggningen skedde i en speciell sal. Den anhörige fick komma till salen med sitt barn där en omläggingsvagn var uppdukad bredvid en operationsbänk. Även här var omläggningen steril och tillgång till information, handfat och alcogel fanns. Britsen var klädd i ett sterilt lakan som aldrig byttes mellan patienterna alltså kvarstod inte steriliteten.

Såromläggningens genomförande

Såromläggningar skedde alltid vid samma tidpunkt varje dag och varje avdelning hade sin egen tid. Under alla såromläggningar rengjordes såren med betadine som är en antiseptisk jodlösning. Alla avdelningar använde samma såromläggningsmaterial vilket bestod av kompresser och tejp. All rengöring av sår skedde med hjälp av en steril låda som innehöll rondsålar, instrument och bomullstussar. Rengöringen av såren skedde alltid med hjälp av pincett.

Möjligheter till BHR

Överlag var tillgången till tvål, handfat, alcogel och information bra, det fanns dock ingen information om att underarmarna skulle tvättas. Skyltar om att inte besöka sjukhuset vid tecken på infektion fanns uppsatta överallt på sjukhusområdet.

Diskussion

Metoddiskussion

Vid analys av resultat tog vi hänsyn till den effekt vi som observatörer kan haft på de vi observerat, då vi i vår studie har delat med oss av information till deltagarna i studien. Eckmanns et al. (2006) menar att följsamheten till hygienrutiner ökar då personalen har kännedom om att de blir observerade. Följsamheten till hygienrutinerna i studien av Eckmanns et al. (2006) ökade från 28% till 42% då personalen visste om att de skulle bli observerade.

I observationsschemat inkluderades punkten om handskar byts mellan smutsigt och rent arbete. På intensivvårdsavdelningarna användes alltid sterila handskar i samband med omläggning. Detta ledde till att observatörerna fick missing data på den punkten då handskarna inte behövdes bytas eftersom att de behöll det sterila sterilt. Observatörerna fick även missing data vid de tillfällen då sjukvårdspersonalen inte använde sig av handskar under såromläggningen. I resultatet finns det då alltså få valida observationer (n=23) vilket kan sänka tillförlitligheten på just denna punkt.

Styrkor med studien var bland annat att olika avdelningar besöktes vilket gjorde att studien gav en bra övergripande bild över sjukhuset. Två observatörer observerade hela tiden vilket gav en högre reliabilitet i studien. En annan styrka var att antalet observationer var högt.

Något som borde gjorts annorlunda är att sätta ett maxantal observationer per dag, då det vissa dagar gjordes så många som 17 stycken. Det är viktigt att observatörerna inte blir trötta under observationen för att minska risken för misstag.

Personalen på sjukhuset kunde inte prata engelska vilket gjorde det svårt med kommunikation många gånger, det var svårt att förklara vad målet med studien var. Till vår hjälp hade vi ett informationskort med en kort text om syftet med studien översatt till engelska och vietnamesiska. Vid ett fåtal tillfällen var det samma person som genomförde omläggningar dock anpassade observatörerna sig efter omständigheterna och roterade runt på olika avdelningar för att få en större mångfald.

Totalt genomfördes 80 observationer på olika avdelningar. Eftersom endast sex stycken observationer gjordes på NICU är resultaten osäkra. Resultaten hade kunnat vara annorlunda om observationerna varit fler. Däremot stärktes observationerna av de kvalitativa iakttagelserna. Avdelningen hade en bra struktur och alla sjuksköterskor arbetade på samma sätt. Därför hade troligtvis resultatet varit detsamma även med fler observationer.

Andelen läkare och övrig personal som observerades var mindre än andelen sjuksköterskor. Vilket kan innebära att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om samma andel hade observerats inom alla yrkeskategorier. På NHP var det sjuksköterskor som ansvarade för såromläggningarna enligt rutin och endast en liten andel utfördes av övriga yrkeskategorier, därför hade det varit svårt att öka andelen observationer av läkare och övrig personal.

Observatörerna lade under observationerna märke till att många i personalstyrkan blev nervösa och väldigt medvetna om att de blev observerade. Eckmanns et al. (2006) talar om Hawthorneffekten i sin studie. Detta kan ha påverkat resultatet i denna studie, då sjukvårdspersonalen hade kännedom om vad observatörerna tittade efter.

Resultatdiskussion

Den totala följsamheten till handhygien på NHP var 87,5% före såromläggning och 78,8% efter såromläggning. Detta innebär en mycket högre grad av följsamhet än vad Pittet (2000) & McGuckin et al. (2009) har kommit fram till i sina studier. En förklaring till att resultatet visar hög följsamhet kan vara att många observationer genomfördes på intensivvårdsavdelningar med mycket strukturerade och goda rutiner. Den lägsta graden av följsamhet var på en vanlig ortopedisk vårdavdelning där rutiner och tillgång till material var sämre. Resultaten stämmer även överens med vad Scheithauer et al. (2011) & Harbarth et al. (2011) har kommit fram till. I likhet med deras studie fann vi att neonatalavdelningarna hade högre följsamhet än pediatrika avdelningar, sjuksköterskorna hade bättre handhygien än läkare och att handhygien utfördes oftare innan patientkontakt än efter.

Varför skiljer sig då resultaten så pass mycket mellan olika avdelningar? Något som observerades var att på intensivvårdsavdelningarna fanns det endast kvalificerad personal kring patienterna. På de vanliga avdelningarna var föräldrar med under omläggningen och fick hålla fast sina barn, många blev upprörda vilket kan ha påverkat sjukvårdspersonalen negativt då detta kan upplevas som ett stressmoment.

På SICU och NICU började informationen kring basala hygienrutiner redan vid inträde till vårdavdelning. Redan här fick personal och anhöriga då en påminnelse av vikten av hygien och dess påverkan på de infektiösa patienterna. Sådan information förekom inte på icke-intensivvårdsavdelningar.

På SICU och NICU fanns även alcogel tillgängligt vid varje kuvös till skillnad från de andra avdelningarna där det fanns en för varje sal. Om denna var upptagen förekom det att personalen lät bli att desinfektera sina händer. Tillgången till pappershanddukar vid handfaten var näst intill obefintlig på de vanliga avdelningarna. Detta kan vara en bidragande faktor till att personalen valde att inte tvätta händerna.

Följsamheten till användning av plastförkläde var endast 5%. Detta berodde på att det inte ingick i rutinerna på NHP att använda plastförkläde vid såromläggning på avdelning, utan endast på isolationsrummen.

Om man ser till resultaten från Lindholm et al. (2006), som genomförde sin undersökning i Sverige, så skiljer de sig på flera punkter mot resultaten från NHP i Vietnam. Andelen som hade uppsamlat hår på NHP var 91,3%, I Lindholms et al. (2006) studie hade endast 22% uppsamlat hår. Skillnaden kan bero på att man på NHP ofta använde hårmössa på både intensivvårdsavdelningarna och de vanliga avdelningarna. Desinfektion före såromläggning var nästan samma i båda studierna. Däremot var desinfektion efter såromläggningen lägre på NHP. Detta kan bero på att andelen patienter i relation till andelen vårdpersonal var väldigt hög på NHP, vilket innebar att färre personal fick utföra fler såromläggningar under en begränsad tid. Stress kan då vara en bidragande faktor till sämre följsamhet efter såromläggning.

Sjukvårdspersonalen hade god teknik överlag gällande handhygien. Däremot desinfekterade ingen underarmarna. Detta kan bero på att det inte stod med i instruktionen över hur handhygien skulle gå till.

Andelen sjukvårdspersonal som använde handskar under såromläggningen på Surgical department var så låg som 40% medans det på NICU och SICU var över 90%. Frågan är då varför denna siffra är så låg på denna avdelning då tillgången till handskar var god. Kan det vara så som Drach-Zahavy et al. (2010) menar i sin studie att det handlar om okunskap eller att vårdpersonalen anser att handskarna är i vägen i arbetet. En annan teori kan vara att omläggningen oftast skedde med pincett, kanske ansåg vårdpersonalen då att handskar inte var nödvändigt.

Varje avdelning hade en specifik tidpunkt varje dag då såromläggning utfördes. Detta innebar att sjuksköterskorna arbetade väldigt strukturerat, de dukade upp en vagn med allt det de behövde och behövde då inte avbryta såromläggningen för att hämta material. Detta sätt att arbeta på kan skapa goda möjligheter till att behålla det rena rent och det sterila sterilt.

Eftersom näst intill alla såromläggningar skedde på sjukhussalarna i patienternas säng, som inte rengjordes mellan patienterna, är det en stor risk för infektion. För att öka patientsäkerheten och därmed också minska VRI hade ett omläggningsrum kunnat vara en lösning samt mer utbildning kring patientsäkerhet. Precis som i Sverige (Öhrn, 2009) kunde Vietnam ha avvikelserapporter för att kunna följa upp och upptäcka eventuella säkerhetsbrister i arbetet med patienter eftersom det inte förekom någon uppföljning eller rapport på vad personalen gjort i samband med såromläggning.

Slutsats

På National Hospital of Pediatrics är den totala följsamheten till basala hygienrutiner i samband med såromläggning god. På intensivvårdsavdelningarna var följsamheten 90-100% medans den på övriga avdelningar var avsevärt lägre. Sjukhuset har de verktyg som krävs för att skapa goda hygienrutiner, detta behöver dock appliceras på alla avdelningar. Kunskapen kring basala hygienrutiner finns på intensivvårdsavdelningarna, alltså finns det goda möjligheter för de övriga avdelningarna att ta lärdom om hur de istället kan arbeta för att förbättra basala hygienrutiner vid såromläggning.

Kliniska implikationer

Då vi i vår studie har kommit fram till att basala hygienrutiner är en mycket viktig åtgärd för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner, anser vi att den forskning som görs i området måste nå ut till vårdpersonal över hela världen. Vår uppfattning är att länder har mycket att lära av varandra. På avdelningarna på NHP hade de en mycket god aseptisk teknik under såromläggningarna då de endast arbetade med pincett. Detta är något vi i Sverige skulle kunna dra nytta av. I Sverige och i många andra länder är desinfektion av underarmarna en del av de basala hygienrutinerna, detta fanns inte med i instruktionerna vid handhygien på NHP, detta är något som behöver implementeras på detta sjukhus.

Fortsatt forskning

Då följsamheten till basala hygienrutiner är låg världen över är det uppenbart att det krävs mer forskning inom området. I denna studie undersöker vi hur följsamheten till basala hygienrutiner ser ut. Men för att kunna göra stora förändringar krävs det kunskap kring varför följsamheten är låg. Vi anser att det hade varit av intresse med ytterligare forskning i detta område.

Referenslista

- Barnett, A. G., Page, K., Campbell, M., Brain, D., Martin, E., Winters, S., & ... Graves, N. (2014). Changes in healthcare-associated infections after the introduction of a national hand hygiene initiative. *Healthcare Infection*, 19(4), 128-135. doi:10.1071/HI14033
- Drach-Zahavy, A., & Somech, A. (2010). Implicit as compared with explicit safety procedures: the experiences of Israeli nurses. *Qualitative Health Research*, 20(10), 1406-1417.
- Eckmanns, T., Bessert, J., Behnke, M., Gastmeier, P., & Ruden, H. (2006). Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: the Hawthorne effect. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27(9), 931-934.
- Einarsson, C. & Hammar Chiriach, E. (2002). *Gruppobservationer – Teori och praktik*. Malmö: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. Stockholm: Liber AB.
- FN. (2015). *Milleniemålen*. Hämtad 2015-04-28, från <http://www.fn.se/milleniemalen>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Harbarth, S., Pittet, D., Grady, L., & Goldmann, D. A. (2001). Compliance with hand hygiene practice in pediatric intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 2(4), 311-314. doi:10.1097/00130478-200110000-00004
- Karolinska Institutet. (2015). *Swedish Mesh*. Hämtad 2015-09-20, från http://mesh.kib.ki.se/swemesh/show.swemeshtree.cfm?Mesh_No=N04.761.337&tool=karolinska
- Landguiden, Utrikespolitiska institutet. (2015). *Vietnam*. Hämtad 2015-04-25, från <http://www.landguiden.se/Lander/Asien/Vietnam>
- Landguiden, Utrikespolitiska institutet. (2015). *Sverige*. Hämtad 2015-04-25, från <http://www.landguiden.se/Lander/Europa/Sverige>
- Lindholm, C., Westergren, A., Holmström, B., Axelsson, C., Ulander, K. (2008). *Hygienrutiner, sårbehandling och sår mikrobiologi: Kartlägningsstudie omfattande fem sjukhus, nio vårdcentraler och äldreboenden i sex kommuner, skåne november 2006*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, Institutionen för hälsovetenskaper.

- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur AB.
- McGuckin, M., Waterman, R., & Govednik, J. (2009). Hand hygiene compliance rates in the united States—A one-year multicenter collaboration using Product/Volume usage measurement and feedback. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 205-213.
- Melhus, Å. (2013). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nationalencyklopedin. (2015). *Vietnam*. Hämtad 2015-04-28, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/vietnam#inledning>
- Nationalencyklopedin. (1994). *Florence Nightingale*. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB.
- National Hospital of Pediatrics. (2015). *About NHP*. Hämtad 2015-04-28, från <http://www.nhp.org.vn/list.aspx?cat=001002>
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing – What It Is, and What It Is Not*. Cambridge: Cambridge Library Collection.
- Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 21(6), 381-386.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 356(9238), 1307-1312. doi:10.1016/S0140-6736(00)02814-2
- Saba, R., Inan, D., Seyman, D., Gül, G., Şenol, Y. Y., Turhan, Ö., & Mamikoğlu, L. (2005). Hand Hygiene Compliance in a Hematology Unit. *Acta Haematol*, 113(3), 113:190-193. DOI:10.1159/000084449
- Scheithauer, S., Oude-Aost, J., Heimann, K., Haefner, H., Schwanz, T., Waitschies, B., & ... Lemmen, S. W. (2011). Hand hygiene in pediatric and neonatal intensive care unit patients: Daily opportunities and indication- and profession-specific analyses of compliance. *American Journal Of Infection Control*, 39(9), 732-737. doi:10.1016/j.ajic.2010.12.020
- Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107 7p. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
- Socialstyrelsen. (2015). *Frågor och svar om basal hygien i vård och omsorg*. Hämtad 2015-09-20, från <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/basalhygienivardochoomsorg>
- Socialstyrelsen. (2011). *Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner*. Hämtad 2015-12-09, från

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20409/forslag-till-utveckling-av-strategin-mot-antibiotikaresistens-och-varrelaterade-infektioner-2011-3-14.pdf>

- Socialstyrelsen. (2007). *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Hämtad 2015-04-25, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-19>
- Socialstyrelsen. (2007). *Vårdrelaterade infektioner.* Hämtad 2015-04-25, från <http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/varhygienochantibiotikaresistens/varhygien/varrelateradeinfektioner>
- WHO. (2015). *First global safety challenge: Clean care is safer care.* Hämtad 2015-09-09, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
- WHO. (2015). *Health through safe health care: safe water, basic sanitation and waste management in health-care settings.* Hämtad 2015-04-26, från http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg3/en/
- WHO. (2004). *Practical guidelines for infection control in health care facilities.* Hämtad 2015-04-29, från <http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/infectioncontrolfullmanual.pdf?ua=1>
- WHO. (2015). *WHO statistical profile.* Hämtad 2015-04-26, från <http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>
- Yngström, D., Linström, K., Nyström, K., Nilsson-Marttala, K., Hillblom, L., Hansson, L., & ... Larsson, J. (2011). Healthcare-associated infections must stop: a breakthrough project aimed at reducing healthcare-associated infections in an intensive-care unit. *BMJ Quality & Safety*, 20(7), 631-636. doi:10.1136/bmjqs.2007.023846
- Zaidi, A., Huskins, W., Thaver, D., Bhutta, Z., Abbas, Z., & Goldmann, D. (2005). Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. *Lancet*, 365(9465), 1175-1188.
- Öhrn, A. (2009). *Patientsäkerhet.* I A. Ehrenberg., & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling* (s. 371-400). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1

Nr:.....

Informerat samtycke:

1. Tid:

Observationsschema av basala hygienrutiner vid såromläggning

- Ett protokoll per behandlande personal

2. Datum:

3. Avdelning/enhet: 4. Specialitet:

5. Yrke:

SSK: 1 Läkare: 2 Övrig personal: 3

6. Kön:

Kvinna: 1 Man: 2

Vid långt hår:

7. Är håret uppsatt/uppsamlat?

Ja

1

Nej

2

Basala hygienrutiner i samband med såromläggning:

8. Är naglarna kortklippta?

1

2

9. Förekommer lösnaglar?

1

2

10. Förekommer nagellack?

1

2

11. Förekommer ringar och smycken under såromläggning?

1

2

12. Förekommer armbandsur/armband under såromläggning?

1

2

13. Är arbetsdräkten kortärmad?

1

2

Skyddskläder:

14. Används platsförkläde/motsvarande vid såromläggning?

1

2

Handhygien före såromläggning:

15. Tvättas händerna med tvål och vatten före såromläggning?

1

2

16. Desinfekteras händerna med alkogel/motsvarande före såromläggning?

1

2

Metod för handdesinfektion före såromläggning:

17. Mängd: Ett tryck: 1 Två tryck: 2 Tre eller flera tryck: 3

18. Handspriten gnids in överallt på händerna:

1

2

19. Mellan fingrarna:

1

2

20. I tumgreppen:

1

2

21. På underarmarna:

1

2

Handskar:

22. Används handskar i samband med såromläggningen?

1

2

23. Byts handskar mellan smutsigt och rent arbete?

1

2

Handhygien efter såromläggning:

24. Tvättas händerna med tvål och vatten efter såromläggning?

1

2

25. Desinfekteras händerna med alkogel/motsvarande efter såromläggning?

1

2

Signatur observatör:

Bilaga 2

Information letter to nurses at National Hospital of Pediatrics

Dear personnel!

Our names are Johanna Pousette and Julia Ek, we are studying our last year at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg to become nurses. We are writing our thesis to get our bachelor degree. We will be conducting a study at your hospital about health care hygiene and we will be doing this by observing staff doing wound-dressing procedures.

All data will be confidentially handled and no names will be published. It is completely voluntary to participate in the study.

Thông tin cho các Điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Kính gửi các bạn đồng nghiệp!

Tên chúng tôi là Johanna Pousette và Julia Ek, chúng tôi đang học năm cuối tại trường đại học Sahlgrenska Academy, Gothenburg để trở thành Điều dưỡng. Chúng tôi đang viết luận văn tốt nghiệp để có được bằng cử nhân Điều dưỡng. Chúng tôi sẽ tiến hành một nghiên cứu tại Bệnh viện của bạn về vấn đề vệ sinh (kiểm soát nhiễm khuẩn) trong chăm sóc sức khỏe và chúng tôi sẽ tiến hành đề tài này bằng cách quan sát nhân viên thực hiện thủ thuật thay băng vết thương.

Tất cả các dữ liệu sẽ được bảo mật, xử lý không công bố tên. Đó hoàn toàn là sự tự nguyện của các bạn khi tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi.