

“De glemte hender”

- Håndhygieniske tiltak blant pasienter



Prosjektoppgave i faget KLoK
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2012

Gruppe K-9, V07
Hanne Isaksen
Per Øystein Heiberg Pedersen
Sigrid Børte
Halvor Gjestland
Sarah Wenstrand Nausthaug
Sigurd Mordal
Nils Christian Tvedt Karlsen

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1. TEMA/PROBLEMSTILLING	4
INTRODUKSJON	4
STATUS PRESENS	5
<i>Praksis for håndhygiene nasjonalt</i>	<i>5</i>
<i>Gjeldende praksis ved Oslo Universitetssykehus (OUS)</i>	<i>5</i>
2. KUNNSKAPSGRUNNLAG	7
3. DAGENS PRAKSIS, TILTAK OG INDIKATOR	9
DAGENS PRAKSIS	9
<i>Praksis ved en eksempelavdeling - illustrert ved flytskjema</i>	<i>9</i>
<i>Oppsummering etter samtaler med personalet ved urologisk avdeling:</i>	<i>10</i>
<i>Oppsummering etter samtaler med pasienter ved urologisk avdeling:</i>	<i>10</i>
<i>Videre kartlegging av årsakssammenhenger - illustrert ved fiskebeinsdiagram</i>	<i>11</i>
VALG AV TILTAK	12
1. Økt tilgjengelighet av håndsprit	12
2. Bedre pasientinformasjon	12
VALG AV KVALITETSINDIKATORER	13
Indikator 1 – Prevalens av sykehusinfeksjoner	13
Indikator 2 – Spørreskjema til kartlegging av endring	14
Alternative indikatorer vi valgte bort	15
4. PROSESS, LEDELSE OG ORGANISERING	16
DEL 1 - FORBEREDELSESFASEN	16
<i>Forankring og organisering av prosjektarbeidet</i>	<i>16</i>
<i>Organiseringen av forbedringsarbeidet</i>	<i>17</i>
<i>Forventet motsand</i>	<i>17</i>
DEL 2 - PDSA SIRKELEN	19
Plan	20
Do	21
Study	22
Act	23
5. DISKUSJON/KONKLUSJON	24
6. REFERANSER	26

Sammendrag

Tema/problemstilling

I dag er nosokomiale infeksjoner et stort problem ved norske sykehus. Det fører til unødvendige liggedøgn og økt morbiditet blant pasienter. Tiltak som kan få ned antallet av slike infeksjoner vil derfor være nyttige. Dette gjelder helsemessig for den enkelte pasient, og økonomisk for helseforetaket. I dagens praksis er helsepersonell målet for de fleste håndhygienekampanjer, og det finnes ingen klare retningslinjer som omhandler pasienter. Vi har utformet et prosjekt som tar sikte på å bedre pasienters rutiner for håndhygiene gjennom å øke deres kunnskap om håndhygiene, samt å øke tilgjengelighet for sprit slik at antallet sykehusinfeksjoner reduseres.

Kunnskapsgrunnlag

Etter systematiske søk i McMaster+ har vi funnet at håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å forhindre smitteoverføring ved nosokomiale infeksjoner. Vi har ikke funnet artikler som omhandler smitteoverføring blant pasienter, og det er ingen etablerte søkeord i MeSH-registerert som omhandler dette. Vi mener man kan overføre kunnskapen om smitte blant helsepersonell, til nettopp pasienter. I de senere år har dette blitt gjort i en rekke andre land, og vi har latt oss inspirere av Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA. De har gjennomført en pasientrettet håndhygienekampanje med gode resultater.

Tiltak/kvalitetsindikator

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, egen erfaring og samtaler med pasienter og ansatte ved urologisk avdeling på Aker har vi valgt å innføre tiltak som øker tilgjengeligheten av håndsprit på en avdeling, samt øker kunnskapen om håndhygiene blant pasientene. Tilgjengeligheten økes ved at hver pasient får en personlig spritflaske ved innleggelse og at en spritansvarlig hjelpepleier sørger for påfylte spritdispensere. Kunnskapen blant pasientene økes ved at det henges opp plakater og at pasienten får en brosjyre i tillegg til muntlig informasjon sammen med spritflasken. På pasientrom og venterom kan det vises en informasjonsvideo, dersom fasilitetene tillater dette. Som mål på om tiltakene har effekt har vi valgt en prosessindikator og en resultatindikator, henholdsvis spørreundersøkelse blant pasienter og prevalens av sykehusinfeksjoner.

Ledelse og organisering

Vi har basert organiseringen av prosjektet på PDSA-sirkelen. Det bør opprettes en tverrfaglig prosjektgruppe som har mye av ansvaret for forberedelse av tiltak, herunder informasjonsvideo, plakater og brosjyrer og gjennomføring. Prosjektgruppa starter med å måle baseline ved hjelp av spørreundersøkelse blant pasientene og en punktprevalensmåling av sykehusinfeksjoner. Det må videre avholdes informasjonsmøter i de enkelte faggrupper der man instruerer om de spesifikke tiltakene for de enkelte faggruppene før tiltakene implementeres. Etter tre måneder måles ny baseline og prosjektet evalueres.

Konklusjon

Vi mener dette prosjektet lar seg gjennomføre og kan bidra til å bedre håndhygiene blant pasienter og på den måten få antallet sykehusinfeksjoner ned. Det krever en engasjert prosjektgruppe og infrastruktur/teknologi som gjør avspilling av video mulig på pasientrom og venterom.

1. Tema/problemstilling

Introduksjon

Viktigheten av håndhygiene blir første gang et tema i vitenskapen på midten av 1800-tallet gjennom Semmelweis sin banebrytende studie fra Wien, hvor han beskriver sammenhengen mellom overføring av "kadaverpartikler" fra obduserte pasienter til fødende kvinner, og økt mødredødelighet (1). Til tross for at mødredødeligheten falt fra 16% til 3 % etter hans intervensjon, møtte han stor motstand fra sine kolleger som hadde vanskelig for å akseptere at de selv kunne være en kilde til dødelighet. Semmelweis døde før hans ideer ble allment aksepterte, men kunnskapsgrunnlaget som omhandler smitteoverføring og håndhygiene har heldigvis bedret seg i siden den gang, og i dag regnes håndhygiene for å være det viktigste tiltaket en kan gjøre for å få ned sykehusinfeksjoner (2, 3). Det var imidlertid ikke før på 1980-tallet at de første retningslinjer for håndhygiene ble innført på sykehus i Norge (4). Håndspriten vi kjenner fra dispensere på alle norske sykehus i dag er også et relativt nytt fenomen, og ble første gang implementert som førstevalg i standard retningslinjer fra og med 2002 (5).

Ser man på kunnskapsgrunnlaget, samt tidligere kampanjer viser dette at håndhygiene til nå stort sett har fokusert mot helsepersonell. Vi mener dog at håndhygiene blant pasienter er minst like viktig. Sykehusinfeksjoner er fortsatt et problem i norske sykehus. Vi tror vårt prosjekt kan være et bidrag til å senke prevalensratene nærmere en nullvisjon. Derfor valgte vi å kalle prosjektet "De glemte hender".

I det følgende vil vi gjøre rede for dagens praksis når det gjelder håndhygiene hos pasienter ved norske sykehus. Videre vil vi argumentere for hvorfor dette er et viktig tema, samt foreslå tiltak for å forbedre dagens praksis. Til slutt vil vi komme med et forslag til praktisk gjennomføring av et prosjekt.

Status presens

Praksis for håndhygiene nasjonalt

Det foreligger i dag ingen konkrete felles nasjonale retningslinjer når det gjelder håndhygiene ved landets helseforetak. Folkehelseinstituttet kom i 2004 med en nasjonal veileder for håndhygiene. Mange helseforetak bruker denne som grunnlag for sine retningslinjer og rutiner når det gjelder håndhygiene.

Det generelle smittevernarbeidet er regulert av flere lover og forskrifter (6-9). De fleste av disse omhandler helsepersonell, arbeidstakere og helsetjenesten generelt. Sentrale myndigheter har hele tiden hatt som mål å redusere og kontrollere sykehusinfeksjoner som oppstår i tilknytning til helsetjenesten. Som nevnt tidligere er håndhygiene det mest effektive tiltak helsetjenesten kan iverksette for å hindre smittespredning og dermed forebygge sykehusinfeksjoner. Helsemyndighetene anser derfor fokus på håndhygiene som et meget sentralt tiltak (10). Håndhygiene omtales spesielt i forskrift om smittevern i helsetjenesten. Denne forskriften pålegger blant annet alle helseinstitusjoner å ha et infeksjonskontrollprogram. Ledelsen for institusjonen har ansvar for at dette programmet utformes, settes i verk og vedlikeholdes (11).

Nasjonal veileder for håndhygiene har et særlig fokus på håndhygiene hos helsearbeidere og rutiner ved helseinstitusjoner. I tillegg er det beskrevet at avsnitt som omtaler håndhygiene hos pasienter og pårørende. Dette avsnittet beskriver blant annet at pasienter lever tett på andre syke, samtidig som de er en gruppe med svekket motstand mot infeksjoner. Videre omtaler de viktigheten av god håndhygiene hos pasienter og pårørende. Veilederen kommer med konkrete råd og tiltak for hvordan man skal oppnå dette på en best mulig måte (12).

Gjeldende praksis ved Oslo Universitetssykehus (OUS)

I følge smittevernoverlege ved Ullevål sykehus, Egil Lingaas, finnes det per i dag ingen felles retningslinjer for håndhygiene ved OUS. OUS er i en omstillingsperiode, der prosedyrer og retningslinjer for alle de ulike sykehusenhetene nå samles i en felles brukerhåndbok. Dette gjelder også retningslinjer for generelt smittevern, inkludert håndhygiene. Det foreligger ingen planer som omhandler konkrete retningslinjer som omtaler pasient/pårørende-situasjonen. Per i dag foreligger det heller ingen skriv om håndhygiene til pasienter og pårørende før innleggelse ved OUS. Dette er noe som er praktisert blant annet ved helseinstitusjoner i USA.

Vi vil i det følgende kort se nærmere på hvilke retningslinjer som har vært brukt ved de ulike sykehusenhetene, før fusjonsprosessen.

Ullevål

For Ullevåldelen av OUS har det blitt brukt retningslinjer hentet fra boken "Håndbok i hygiene og smittevern ved sykehus". I likhet med Nasjonal veileder for håndhygiene, omtaler også denne boken håndvask som det vesentligste bidrag til generell god hygiene og hindring av smitte (13). Videre beskriver denne fremgangsmåte for best mulig håndvask (14). Under håndhygienekapittelet finner man også et avsnitt som omhandler pasient og pårørende. Dette innebærer informasjon om håndhygiene og tilgjengelighet av midler til å opprettholde god håndhygiene. Konkret nevnes det også at det bør

utleveres våtservietter, samt synlige beskjeder om god håndhygiene til besøkende og pasienter (15).

Rikshospitalet/Radiumhospitalet

Rikshospitalet/Radiumhospitalet har hatt egne retningslinjer gyldig fra mai 2008. I forordet er det beskrevet at god håndhygiene er av stor betydning for å forebygge infeksjoner. Dette oppnås med håndvask eller hånddesinfeksjon (16).

Rikshospitalet/Radiumhospitalet har ingen kapitler som omtaler håndhygiene blant pasienter og pårørende.

2. Kunnskapsgrunnlag

I dag er det et solid kunnskapsgrunnlag som underbygger viktigheten av hygienetiltak på sykehus som ledd i å hindre overføring av smitte. Søk på "infection control" i McMaster+ gir treff på alle nivåer i kunnskapspyramiden, og UpToDate (øverste nivå) gir en god oppsummering av generelle tiltak. Dette forteller oss også at kunnskapen er hentet fra evidensbaserte lærebøker for praksis og retningslinjer. Det har de siste tiår også vært bred enighet om at håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å forhindre smitteoverføring og sykehusinfeksjoner (2, 3). Smitteoverføring mellom pasienter er imidlertid ikke diskutert i studier som trekker denne konklusjonen. De fleste vestlige sykehus har i dag verken problemer med tilgjengelighet på kunnskap eller ressurser, og det viser seg at hovedutfordringen i dag er etterlevelse hos helsepersonell (17).

Etter en grundig gjennomgang av både oppsummert kunnskap, enkeltstudier og retningslinjer som omhandler håndhygiene virker det som om forskningen inntil nylig har fokusert utelukkende på smitte som overføres via helsepersonellens hender. Vi har ikke lykkes i å finne enkeltstudier som primært omhandler smitte mellom pasienthender på sykehus. Dette gjenspeiles i MeSH-registeret, hvor man finner et stort antall søkeord som relaterer seg til smitte mellom pasienter og helsepersonell (patient-to-professional), men ingen etablerte søkeord som omhandler smitte mellom pasienter (patient-to-patient).

Det er først de siste årene at oppmerksomheten også blitt rettet mot pasienters og besøkendes håndhygiene i flere store håndhygienekampanjer (18 - 21). Det virker som man tillater seg å ekstrapolere kunnskapsgrunnlaget fra alle studier som omhandler helsearbeideres hender til pasienters hender. Dette virker ikke urimelig tatt i betraktning av at Sanderson & Weisslers studie fant lik forekomst av coliforme bakterier under neglene til henholdsvis sykepleiere og pasienter ved en ortopedisk avdeling (22). Amerikanske helsemyndigheter, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), gjennomfører nå en ny type pasientrettet håndhygienekampanje for å redusere antall sykehusinfeksjoner. Denne kampanjen kan betegnes som banebrytende i kraft av å ha primærfokus på håndhygiene hos pasienter og besøkende. CDC har pasientinformasjon, plakater og pasientrettede videoer på sine nettsider, som er i bruk ved flere amerikanske sykehus. Et relativt nytt begrep i denne sammenheng er "patient empowerment", hvor man gjennom aktiv involvering av pasienten forsøker å øke compliance hos helsepersonell når det gjelder håndhygiene (23). Å senke terskelen for å minne helsearbeidere på håndhygiene er et sentralt fokus i CDC sitt opplæringsmateriale. I så måte er de ovennevnte pasientrettede kampanjer også indirekte viktig for å bedre helsearbeidernes etterlevelse når det gjelder håndvask.

Det foreligger, som vi har sett, god dokumentasjon på viktigheten av overføring av sykdomsfremkallende mikrober fra helsepersonellens hender. Det er imidlertid grunn til å tro at man bør utvide fokus. Harrison et al. viste for eksempel i en studie at smitte ble overført fra kontaminerte papirdispensere i mellom 12% og 13% av berøringene (24). Barker et al. viste at norovirus kan overføres sekvensielt fra kontaminerte fingre til opp til syv rene overflater, og i tillegg fra kontaminerte kluter til hender og overflater (25). WHO har utgitt en plakat som siteres hyppig og er inkorporert i de fleste håndhygienekampanjer (figur 1, "My five moments for hand hygiene"). Dersom man forutsetter at pasienten på bildet er mobil, bor på seksmannsrom og har pårørende

rundt sengen sin er det påfallende at det ikke er gjort studier som primært ser på effekt av håndhygienetiltak blant pasienter og pårørende.

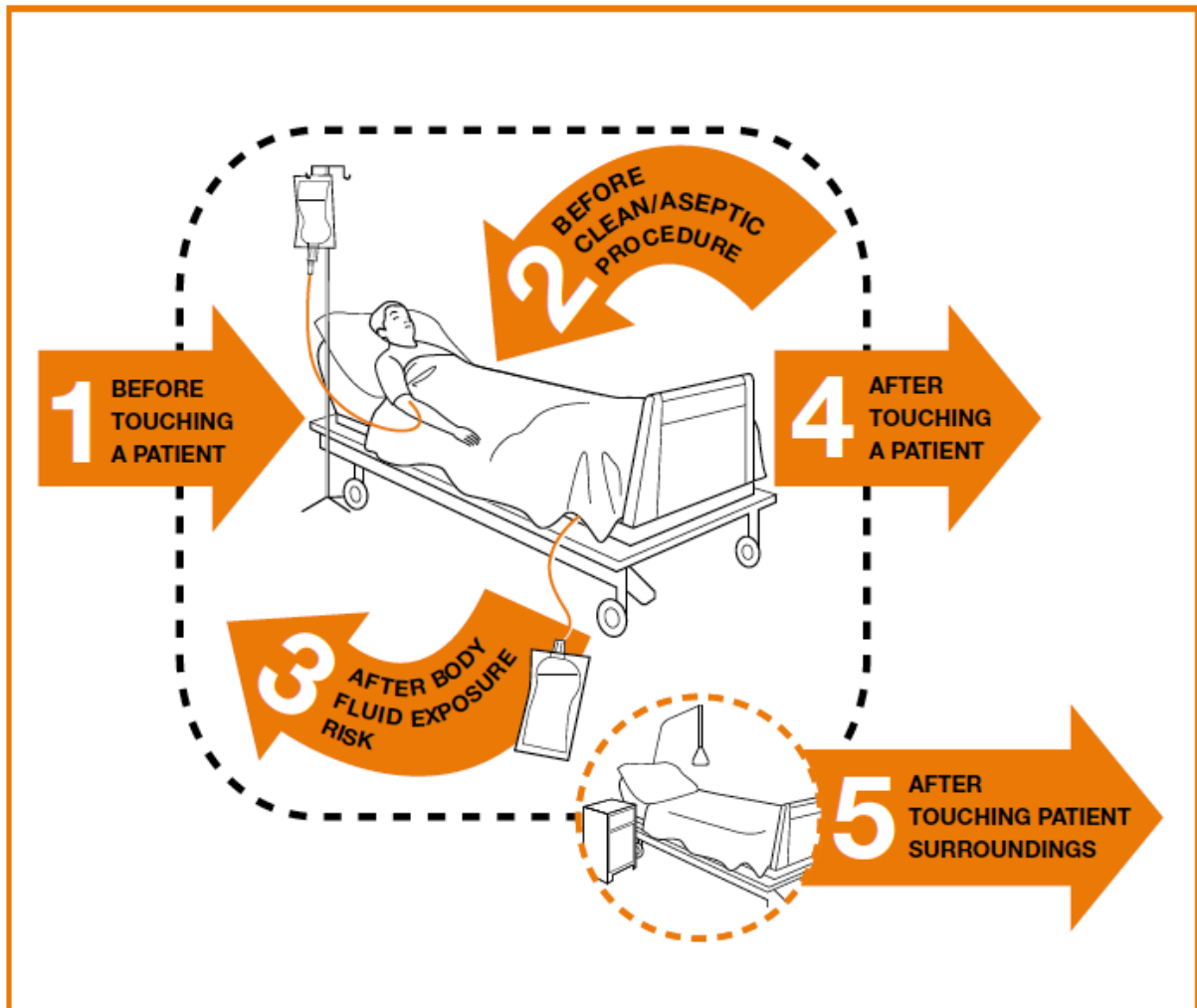


Fig 1. "My five moments for hand hygiene"

Selv om kunnskapsgrunnet for pasient-til-pasientsmitte virker å være begrenset, inkorporeres dette perspektivet likevel i Folkehelseinstituttets (FHI) nasjonale veileder for håndhygiene (26). FHI problematiserer at informasjon om håndhygiene til pårørende ofte blir glemt. Veilederen gir flere konkrete råd om håndhygiene generelt, og inneholder også en mindre del om håndhygiene mellom pasienter. I 2006 gjennomførte FHI kampanjen "Ren omsorg". Etter implementering økte andelen sengeliggende pasienter som fikk tilbud om håndhygiene fra 27% til 60% (27).

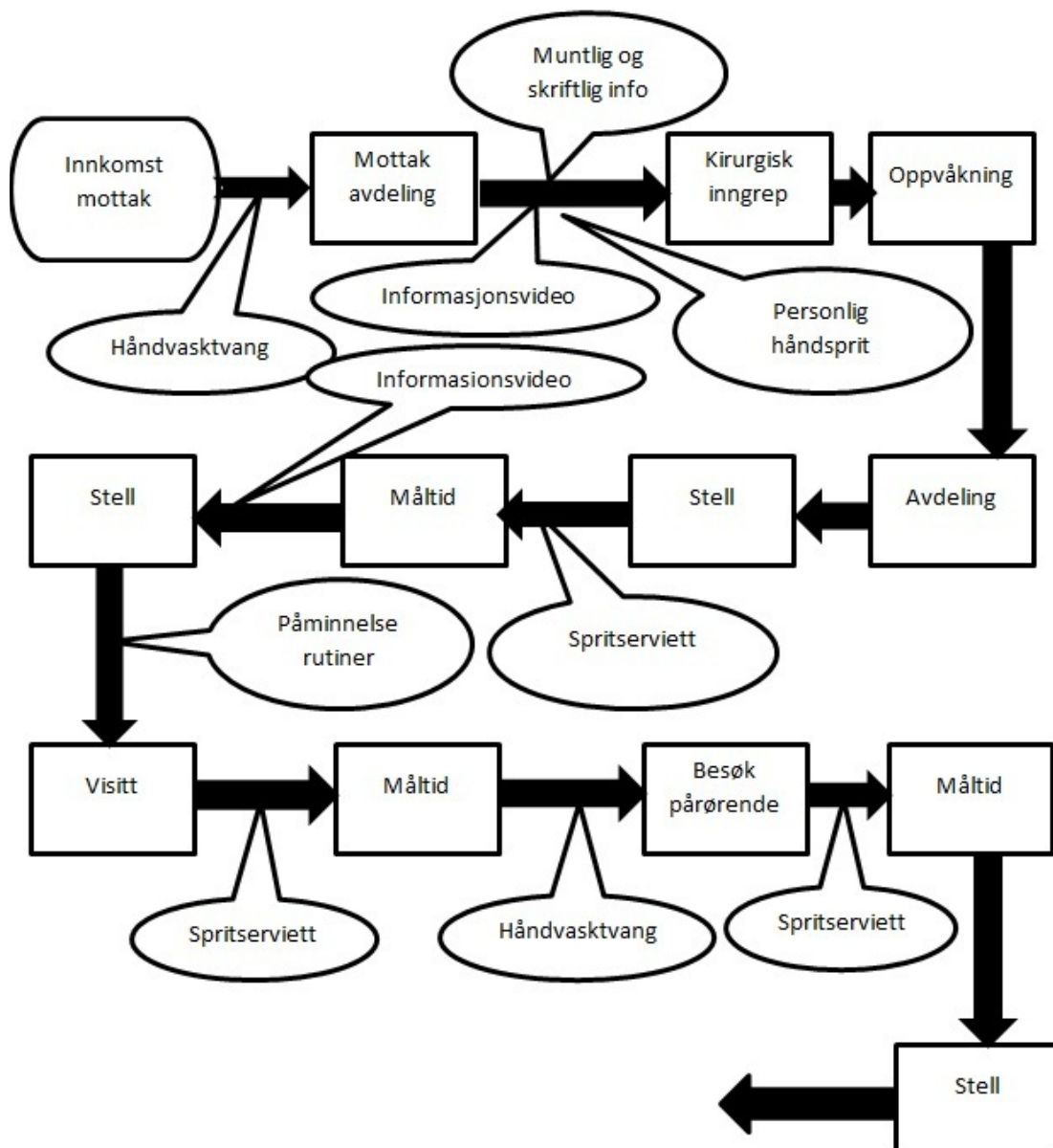
Punktprevalens for de fire hyppigste sykehusinfeksjonene i Norge lå mellom 5,3% og 8,3% ved våre regionale helseforetak ved måling i 2. kvartal 2011 (28). Dette er relativt stabilt sett i forhold til målinger gjort mellom 1999 og 2000 (29). Når om lag hver 20. pasient ved norske sykehus fremdeles pådrar seg en sykehusinfeksjon, er det fortsatt stort rom for kvalitetsforbedring og nytenkning. Basert på kunnskapsgrunnet som foreligger og internasjonale trender, mener vi det er rimelig at håndhygienetiltak rettet spesifikt mot pasienter og pårørende implementeres også ved norske sykehus. Vi har derfor tillatt oss å introdusere begrepet "de glemte hender".

3. Dagens praksis, tiltak og indikator

Dagens praksis

Praksis ved en eksempelavdeling - illustrert ved flytskjema

Som et ledd i arbeidet med oppgaven har vi sett på gjeldende praksis for håndhygiene blant pasienter. Vi har innledningsvis redegjort for gjeldende retningslinjer nasjonalt og ved OUS. For å bedre kunne beskrive og vurdere konkrete kvalitetsforbedringstiltak oppsøkte vi urologisk avdeling ved Aker sykehus, og bruker dette som en eksempelavdeling. Vi gjennomførte samtaler med personalet og et tilfeldig utvalg inneliggende pasienter ved avdelingen tidlig i prosessen. Med bakgrunn i erfaringer og observasjoner i dette praksisfeltet har vi skissert et typisk pasientforløp de to første døgn etter innleggelse for elektiv kirurgi ved urologisk avdeling. Det følgende flytskjema illustrerer pasientforløpet gjennom de to første døgn etter innleggelse. Her er rektangel med avrundede hjørner symbol for startpunkt, rektangel er ledd i prosessen, mens snakkebobler er symbol for forslag til endring.



Oppsummering etter samtaler med personalet ved urologisk avdeling:

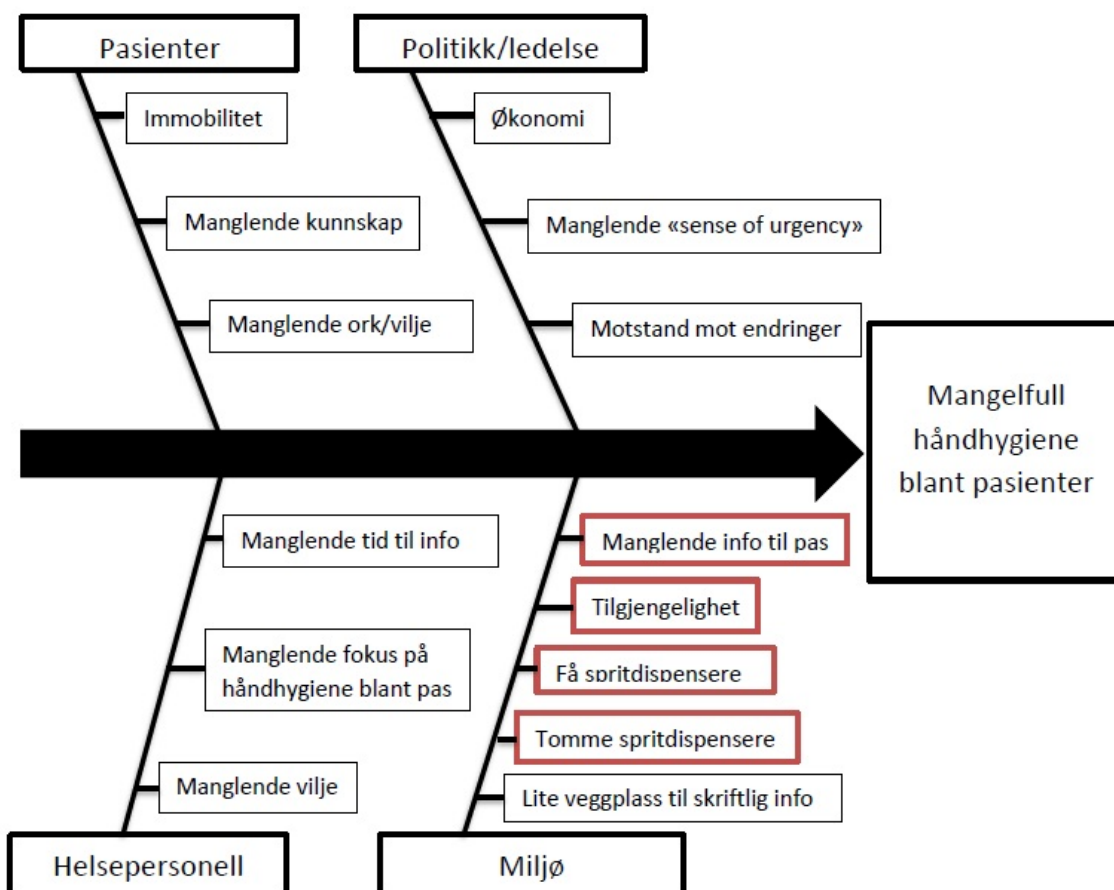
- Det finnes ingen form for registrering av sykehusinfeksjoner foruten de to obligatoriske og to frivillige punktprevalensmålingene som gjøres årlig på gitte tidspunkter på hele sykehuset.
- Det foreligger ingen rutine for informasjon til pasienter og pårørende om bruk av hånddesinfeksjonsmidler. Ved utbrudd av forskjellige epidemier og hos noen pasientgrupper (kateteriserte) er det mer fokus på bruk av hånddesinfeksjon, men det finnes ikke en egen rutine.
- Majoriteten av sykepleierne mente det var viktig med fokus på hånddesinfeksjon hos pasienter/pårørende og at dette er et problem i dag.
- Avdelingen var godt utstyrt med desinfeksjonsdispensere (bad, rommene, utenfor kjøkkenet) og det ble delt ut småflasker til de som var sengeliggende.
- Forslag på tiltak fra helsepersonellet: dispensere i gangen utenfor hvert rom, skilt, muntlig informasjon når pasienten kommer på post, infoskriv ved innleggelse, muntlig påminnelse i løpet av innleggelsen.
- Forslag på indikator: anonyme spørreundersøkelser før og etter innsetting av tiltak

Oppsummering etter samtaler med pasienter ved urologisk avdeling:

Som nevnt gjennomførte vi også samtaler med noen av de inneliggende pasientene. Samtalene tok utgangspunkt i et spørreskjema som vi utarbeidet, men dette ble ikke fulgt rigid. Antallet pasienter vi snakket med var seks, og de lå på tre- og tomannsrom. Dette er selvsagt ikke et stort nok materiale til å konkludere med noe, men vi tenker like fullt man kan se enkelte tendenser i svarene fra de inneliggende. Det mest påfallende er at ingen av de spurte har mottatt noen form for personlig informasjon angående håndhygiene, hverken i forkant av eller under innleggelse. Videre kan det se ut som håndhilsing ikke er en særlig aktuell smittevei mellom pasienter, da ingen av de spurte hadde håndhilst på andre pasienter. Dette gjaldt også besøkende, som heller ikke hadde håndhilst på andre pasienter enn vedkommende de besøkte. Man kan imidlertid ikke utelukke at dette er et vanligere fenomen på større pasientrom. Et annet aspekt som kanskje er verdt å ta med seg er at ingen av de spurte mente deres besøkende hadde gjennomført håndvask på sykehuset.

Videre kartlegging av årsakssammenhenger - illustrert ved fiskebeinsdiagram

I tillegg til ovenstående flytskjema, har vi også laget et fiskebeinsdiagram for å få en visuell oversikt over mulige årsaker som kan tenkes å bidra til vårt endepunkt som er manglende håndhygiene hos pasienter, som igjen kan tenkes å resultere i sykehusinfeksjoner. Fiskebensdiagrammet er et godt verktøy for å kartlegge mulige årsaker til et sammensatt problem som pasienthåndhygiene. Hensikten er blant annet å synliggjøre sammenhenger mellom årsak og virkning. Ideelt sett hadde det vært spennende å ta utgangspunkt i en eller flere påviste sykehusinfeksjoner og undersøkt det forutgående hendelsesforløp med fokus på pasienthåndhygiene. Vårt diagram er basert på observasjoner i vår eksempelavdeling. Enkelte underpunkter er også tilført med bakgrunn i observasjoner gjort generelt på avdelinger i løpet av medisinstudiet. Vi har delt mulige årsaker i fire hovedkategorier, med underpunkter som beskriver flere ulike medvirkende årsaker. De viktigste medvirkende årsakene står nærmet ryggraden. Årsakene som er enklest målbare og pålitelige er i tillegg farget røde. Tanken er å gi et mest mulig fullstendig bilde av mulige hygieniske faktorer som kan bidra til sykehusinfeksjoner.



Valg av tiltak

Basert på kunnskapsgrunnlaget som foreligger ønsket vi å innføre tiltak som bedrer håndhygiene hos pasienter innlagt på sykehus ved å øke bruk av hånddesinfeksjon hos pasientene selv. En slik atferd mener vi på sikt vil kunne resultere i et redusert antall sykehusinfeksjoner. Når det gjelder håndhygiene, antas det at pasientens egne holdninger og oppfatninger vil påvirke atferd omkring dette temaet (30). I en artikkel skrevet av Kretzer (31) anbefales det at man styrker troen hos pasientene på at tiltakene som innføres har noen hensikt. Det er viktig at pasienten oppfatter at tiltaket reduserer egen helsetrussel og at pasienten opplever at man selv har en kontroll over ønsket atferd. Ulike potensielle angrepspunkter og mulige kvalitetsforbedringstiltak illustreres i flytdiagrammet og fiskebeinsdiagrammet ovenfor. Etter en grundig diskusjon i gruppen valgte vi følgende tiltak:

1. Øke tilgjengeligheten av håndsprit
 - a. Personlig spritflaske til hver pasient ved innleggelse
 - b. Spritansvarlig hjelpepleier som sørger for påfylte spritbeholdere
2. Bedre pasientinformasjon
 - a. Strategisk plasserte plakater
 - b. Brosjyrer samt muntlig informasjon til pasientene ved innleggelse.
 - c. Informasjonsvideo til å vises på pasientrom og venterom.

Man kan innvende at dette er mange tiltak på en gang, men som vi kommer inn på i det følgende er flere av tiltakene "engangstiltak", som kun vil kreve ressurser ved oppstart av prosjektet. Vi mener videre at man må angripe pasientenes håndhygiene fra flere innfallsvinkler samtidig dersom man skal lykkes i å endre kunnskap og holdninger til håndhygiene.

1. Økt tilgjengelighet av håndsprit

For at pasienten skal få en bedre egenkontroll på bruk av hånddesinfeksjonsmidler vil vi ved innleggelse dele ut en egen hånddesinfeksjonsflaske som pasienten kan hå stående på nattbordet. Dette vil gi lettere tilgang på hånddesinfeksjon for alle pasientgrupper, men spesielt for pasienter som ikke kommer seg ut av sengen på egenhånd. Pasienten vil ha desinfeksjonsmiddelet lett tilgjengelig ved matservering og den vil stå lett synlig til stadig påminnelse. Av egen erfaring på sykehus, ser vi at det også er vesentlig at spritdispensere er fylt på til enhver tid. Vi vil derfor innføre en spritansvarlig hjelpepleier som har ansvar for påfyll av alle spritbeholdere.

2. Bedre pasientinformasjon

Når det gjelder bedring i pasientinformasjon har vi valgt tre underordnede tiltak. Ett av disse tiltakene er å henge opp lett synlige plakater for stadig vekk å minne pasienten på det med viktigheten av håndhygiene. Dette er et tiltak som kun trengs å utføres en gang i oppstarten av prosjektet og dermed ikke koster noe i bruk av ressurser i forhold til de daglige rutinene. I tillegg ønsker vi å dele ut en informasjonsbrosjyre ved innleggelse på post. Et slik tiltak kan lett implementeres i sykepleiers rutine ved mottak av nye pasienter på post og krever heller ikke mye ekstra ressurser. I denne informasjonsbrosjyren vil pasientene få god informasjon om hvor viktig det er med god håndhygiene for å hindre spredning av smitte. De vil også få informasjon om hvordan de skal utføre håndhygieniske tiltak og når det er viktig å utføre dem. Her vil i tillegg sykepleier som gir ut brosjyren kunne påpeke viktigheten av god håndhygiene både hos

helsepersonell og pasienter og dermed skape en allianse i kampen mot bakteriene. Under oppholdet på avdelingen vil vi også vise pasientene en informasjonsvideo om viktigheten av god håndhygiene. Dette tiltaket vil være mest relevant ved moderne sykehus hvor man kan sørge for at videoen blir vist på pasientens skjerm uten at det krever ressurser fra helsepersonellet. Bakgrunnen for dette er at ulike pasienter tilegner seg kunnskap på ulik måte, og en mer visuell informasjon vil kunne treffe flere pasienter.

Valg av kvalitetsindikatorer

I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan kvalitetsindikatorer defineres som indirekte mål på kvalitet innen et område og er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten(32). Ved valg av indikatorer er det her lagt vekt på hensynet til hvem indikatorsystemet er ment for. Skal indikatoren gi informasjon til ledelsen ved helseinstitusjonen eller er det ment som informasjon i pasientens valg av helsehjelp? I dette kvalitetsforbedringsarbeidet har vi valgt ut indikatorer med tanke på mål på kvalitetsforbedring for ledelsen på en sykehusavdeling.

Donabedian deler kvalitetsindikatorerne inn i struktur-, prosess- og resultatmål hvor hver indikator har direkte påvirkning på neste (33). En struktur (utstyr, kapasitet, oppbygning og organisering) vil kunne påvirke prosessen (forebygging, utredning, diagnostisering, intervensjon) som igjen vil påvirke resultatet (symptomer, livskvalitet, funksjon eller overlevelse). Vi har valgt en resultatindikator og en prosessindikator:

1. Prevalens av sykehusinfeksjoner.
2. Spørreskjema til pasienter for kartlegging av endring

Indikator 1 – Prevalens av sykehusinfeksjoner

Vårt mål med oppgaven er å øke bruken av hånddesinfeksjonsmidler hos pasienter for dermed å kunne redusere antall sykehusinfeksjoner. Når gruppen diskuterte hvilke indikatorer som ville egne seg for vårt kvalitetsforbedringsprosjektet var det derfor naturlig å tenke seg at sykehusinfeksjoner ville kunne være et mål på om tiltakene vi ønsker å innføre har en effekt.

Hva er en sykehusinfeksjon?

En sykehusinfeksjon kalles også helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Det er definert som en infeksjon som oppstår under eller etter, og som følge av opphold på en helseinstitusjon (34).

Registrering av sykehusinfeksjoner

Folkehelseinstituttet utfører årlig fire prevalensregistreringer blant helseinstitusjoner over hele landet. To av registreringene er obligatoriske, mens to er frivillige. Ved disse registreringene beregnes andelen pasienter som har en helsetjenesteassosiert infeksjon av det totale antallet pasienter innlagt på utvalgte dager (34). Prevalensregistreringene omfatter de fire vanligste sykehusinfeksjonene; urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og laboratoriebekreftede blodbaneinfeksjoner.

Oslo Universitetssykehus gjennomfører, i følge Lingaas, årlig alle fire registreringer. I tillegg opererer de med egne tall som inkluderer alle typer HAI, i tillegg til de nevnte fire vanligste infeksjonene.

Relevans og gyldighet

Vi mener at forekomsten av sykehusinfeksjoner uttrykker viktige forhold ved tjenestekvaliteten på et sykehus. Den sier direkte noe om hvordan det kan gå med en gruppe pasienter. Indikatoren er derfor et relevant mål og representerer en større helhet når det gjelder pasientens trygghet for ikke å bli belastet med unødvendig sykdom og lidelse. Imidlertid er det knyttet statistisk usikkerhet til målte prevalensrater. Prevalensrate er en lite valid indikator på kvalitet og risiko for HAI. Det gir dog en god oversikt over kostnader og ressurser knyttet til dette. OUS har som målsetting å lage andre verktøy for registrering av HAI, blant annet insidensregistrering. Dette vil på sikt kunne gi et mye bedre bilde av risiko og kvalitet på smittevernområdet (35).

Tilgjengelighet og målbarhet

Ved bruk av sykehusinfeksjon som indikator er det enkelt å ta utgangspunkt i en baseline. Det foreligger målinger fra tilbake til 1979. Og fra 2002 er det foretatt 2 målinger av punktprevalensen på sykehusinfeksjoner årlig. En annen fordel med bruk av denne indikatoren, er at det allerede foreligger en rutine og en plan for registrering av indikatoren.

Pålitelighet

Ved Oslo Universitetssykehus samles dataene for kartlegging av sykehusinfeksjoner inn 4 ganger i året. Dataene samles inn systematisk på et gitt tidspunkt bestemt av Helsetilsynet. En svakhet ved dette kan være at pasientgrunnlaget ved de ulike innsamlingene kan være ulikt. Man kan også tenke seg at forekomsten av sykehusinfeksjoner kan variere ved ulike tidspunkter på grunn av variasjon av sesong for ulike agens og dermed påvirke resultatene avhengig av når målingen gjøres. En svakhet kan også være at indikatoren er for "grov" og dermed ikke klarer å fange opp endringer av ett enkelt tiltak som bedring av håndhygiene hos pasienter.

Indikator 2 – Spørreskjema til kartlegging av endring

Som en tilleggsindikator har vi valgt å måle en eventuell økning av kunnskap, endring av holdninger og økning av bruk av hånddesinfeksjonsmidler hos pasientene ved at vi utfører en anonym spørreundersøkelse før og etter at vi har satt i gang tiltakene våre. Dette blir da en prosessindikator som måler om tiltakene våre har en effekt.

Relevans og gyldighet

Denne indikatoren er valid da man vet at håndhygiene med bruk av hånddesinfeksjonsmidler er god forebygging mot smittespredning og dermed forebygging av sykehusinfeksjoner (26).

Tilgjengelighet og målbarhet

En anonym spørreundersøkelse er et relativt enkelt tiltak å utføre. Spørreundersøkelsen utføres kun to ganger i prosessen og ved å utføre spørsmålene med målbare svar vil man

lett kunne sammenligne mot en baseline. Det kreves noen ekstra ressurser til å registrere svarene og til å sammenligne resultatene før og etter at tiltakene er innført.

Pålitelighet

Faren ved en slik spørreundersøkelse er at svarene ikke er i overensstemmelse med virkeligheten og at pasientene overdriver bruken av hånddesinfeksjon. Vi håper å kunne øke påliteligheten ved at vi har gjort undersøkelsen anonym og ved at teksten i undersøkelsen understreker viktigheten av pålitelige svar.

Anvendbarhet

Svarene fra både en anonym spørreundersøkelse og en prevalensmåling er anvendbare da svarene kan fremstilles både numerisk og grafisk og dermed gi en god fremstilling på om tiltaket har ønsket effekt.

Alternative indikatorer vi valgte bort

Vi diskuterte i tillegg 4 alternative indikatorer, mortalitet, liggedøgn, dyrking av bakterier fra hender til pasienter og forbruk av hånddesinfeksjonsmidler. Disse indikatorene ble forkastet av ulike grunner. Mortaliteten tenkte vi ville være for lav til at en mulig endring vil være statistisk signifikant. Både mortalitet og liggedøgn på sykehus vil sannsynligvis også ha for mange andre bakenforliggende årsaker til at vi vil kunne utelukke confounding. Dyrking av bakteriefloraen på hender til pasienten tenkte vi ville gi et for negativt fokus. Dette vil også være en ressurskrevende indikator. En økning på forbruk av hånddesinfeksjonsmidler kunne vært en god indikator. Men, et økt forbruk sier oss ikke noe om det er personalet eller pasientene som har økt forbruket sitt. Vi valgte derfor å gå bort fra denne indikatoren. For å øke bruken av hånddesinfeksjon hos pasienter tror vi man må fokusere på bevissthet, tilrettelegging og holdninger hos pasientene. Indikatoren bør derfor også bære preg av det positive man oppnår ved bruk av de ulike tiltakene.

4. Prosess, ledelse og organisering

Langley/Nolan modellen og PDSA-sirkelen

Langley og Nolan har utviklet den kanskje mest kjente og brukte metoden for kvalitetsforbedring. Denne modellen består av to deler. Del 1 består av tre grunnleggende spørsmål som man må stille seg før man starter med et forbedringstiltak. Del 2 er en forbedringssirkel - PDSA-sirkelen.

Sirkelen brukes slik at når man har funnet et forbedringsområde, starter man utprøvingen i liten skala. Dette evalueres og analyseres før ytterligere endringer eventuelt gjøres.

Denne modellen er anbefalt som verktøy i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring for sosial- og helsetjenesten, og vi følte det var naturlig å legge vårt prosjekt opp mot denne (36, 37).

Del 1 - Forberedelsesfasen

Her er de grunnleggende spørsmålene vi vil se på i forbindelse med vårt prosjekt:

1. **Hva er det vi ønsker å oppnå (målet):**
 - a. Færre sykehusinfeksjoner blant pasienter, økt kunnskap og økt bruk av håndsprit blant pasienter.
2. **Hvordan kan vi vite at en endring er en forbedring (måling):**
 - a. Færre registrerte sykehusinfeksjoner på avdelingen
 - b. Pasientene rapporterer økt kunnskap om håndhygiene
 - c. Pasientene rapporterer at de får økt informasjon om håndhygiene
 - d. Pasientene rapporterer at de spriter seg hyppigere
3. **Hvilke endringer må vi gjøre for å oppnå ønsket forbedring?**
 - a. Øke tilgjengeligheten
 - i. Personlig spritflaske til hver pasient ved innleggelse
 - ii. Spritansvarlig hjelpepleier som sørger for påfylte spritbeholdere
 - b. Informasjon – pasienter og pårørende
 - i. Strategisk plasserte plakater
 - ii. Brosjyrer samt muntlig informasjon til pasientene ved innleggelse.
Brosjyrer på venterommet
 - iii. Informasjonsvideo som vises på pasientrom og venterom.

Forankring og organisering av prosjektarbeidet

Forankring av arbeidet i ledelse, fagmiljøet og andre involverte parter er avgjørende for at prosjektet skal ha effekt, og det er viktig at arbeidet er i tråd med visjon og mål (38, 39).

Ledelsen har en avgjørende rolle for å starte opp og legge til rette for forbedringsarbeid. Aktiv støtte og engasjement er av stor betydning. De må også sørge for at det settes av tid og ressurser til arbeidet (39, 40).

Vi må derfor få med oss ledelsen på avdelingen på prosjektet. Det er avgjørende at de ser på prosjektet som kostnadseffektivt, og finner ressursene som trengs for gjennomføringen. En representant for ledelsen vil også sitte i prosjektgruppa for at samarbeidet skal bli best mulig.

Organiseringen av forbedringsarbeidet

Den mest hensiktsmessige måten å organisere vårt forbedringsarbeid på vil være å opprette en tverrfaglig prosjektgruppe som har ansvar for gjennomføring av prosjektet. Gruppen bør bestå av alle involverte faggrupper, samt ledelsen. Som et forslag bør vi ha med en sykepleier, en hjelpepleier, en lege, en representant for avdelingsledelsen, og smittevernoverlege. Det er viktig at alle faggruppene i avdelingen er klar over prosjektet og støtter opp mot dette, selv om ikke alle faggruppene er like tungt involvert i selve tiltakene.

Prosjektgruppa har ansvar for både planleggingsfasen, gjennomføringsfasen, evalueringen og videre gang i prosjektet. Noe av det første prosjektgruppa vil gjøre er å måle en baseline for å se om man har et forbedringspotensiale. De må deretter legge prosjektet frem for avdelingen, organisere og gjennomføre tiltak, samt evaluere etter fastsatt tidsramme. De vil også ha ansvar for å eventuelt modifisere valgte indikatorer og tiltak, fastsette varighet av prosjektet og bestemme viktige milepæler.

Som et forslag ser vi for oss en prosjektvarighet på tre måneder. Da tror vi at alle tiltak bør ha vært på plass lenge nok til at det vil kunne måles, samt at punktprevalens for sykehusinfeksjoner fra før av måles hver tredje måned.

Forventet motsand

Ledelsen

Hvorvidt ledelsen er "fornøyd" med sine prevalenstall for sykehusinfeksjoner vil variere betydelig mellom ulike avdelinger og helseforetak. Man kan tenke seg at dette virker direkte på "sense of urgency" og dermed motivasjon for kvalitetsforbedring. Dette vil trolig igjen påvirke ressursene ledelsen er villige til å tilgjengeliggjøre for i gangsetting og vedlikehold av prosjektet. Vi mener imidlertid kostnadene ved å gjennomføre de skisserte tiltakene er relativt små, særlig når man ser dette i sammenheng med de relativt høye kostnadene som ofte tilkommer ved nyoppståtte sykehusinfeksjoner. Man må tydeliggjøre at man kan kjøpe mye håndsprit til prisen av ett enkelt liggedøgn. Hva angår ressursbruk er det viktig å informere ledelsen om at flere av tiltakene er engangstiltak (plakater, brosjyrer og video), og når disse er laget kan de også enkelt adapteres av andre avdelinger og sykehus. Dette er altså tiltak man kan ha glede av i et lengre tidsperspektiv og uten at dette behøver å ta bort fokus fra daglige gjøremål.

Ledelsen på Urologisk avd. på Aker sykehus og smittevernoverlege ved OUS var positive til våre "glemte hender", hvilket kan indikere at eventuell motstand mot prosjektet fra ledelsen er mulig å overvinne.

Pasienter og pårørende

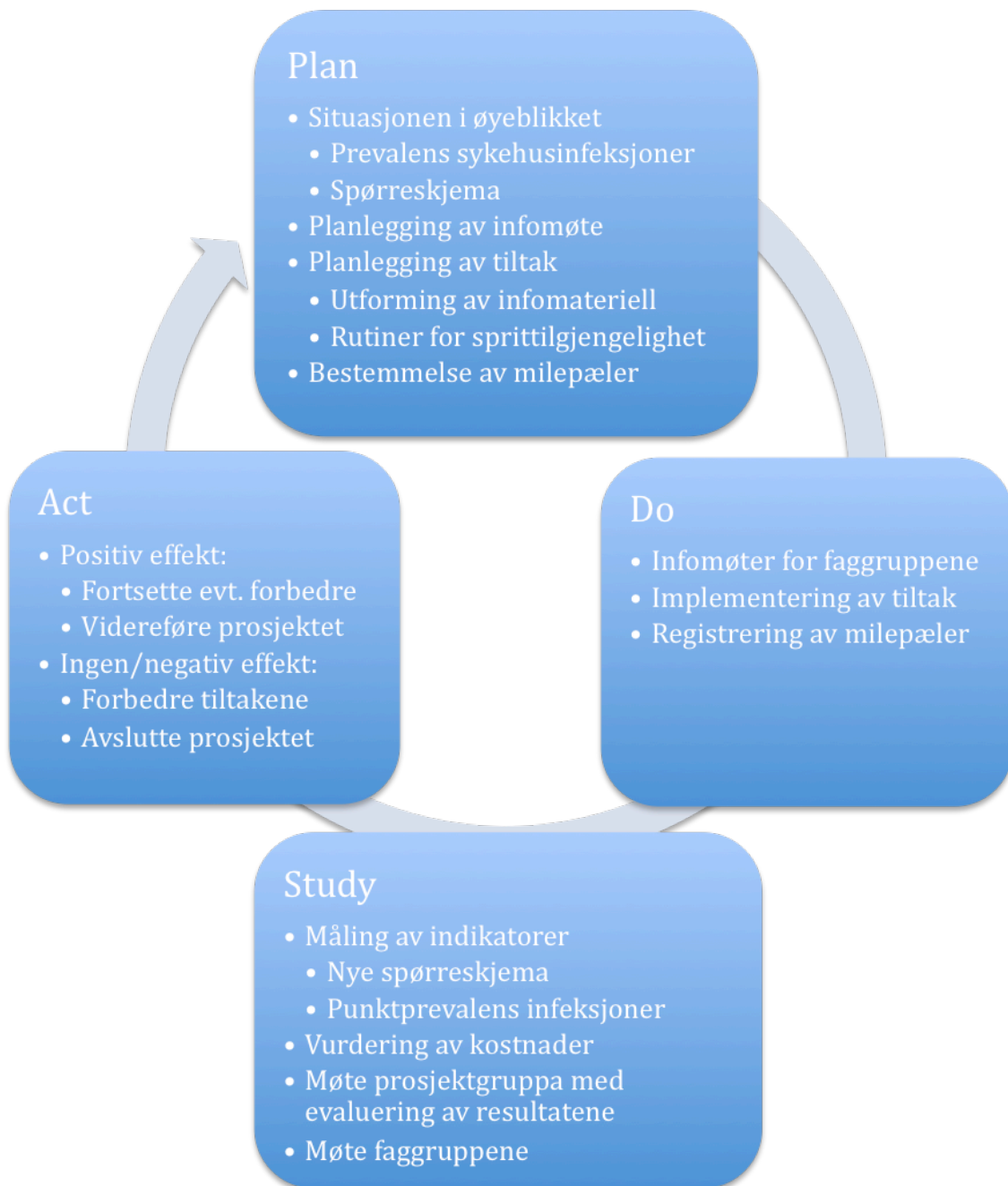
Vi kan også møte motstand/manglende etterlevelse fra pasienter og pårørende. For å unngå dette er det viktig med god informasjon som gir forståelse av viktigheten av god håndhygiene. Hovedbudskapet bør være å gi pasienten medansvar for å ivareta egen

helse og pårørende medansvar for å ivareta helsen til sine nærmeste. Det er også viktig at det føles som et minst mulig "tiltak" for pasienten å sprite seg. Sentralt er da lett tilgjengelige spritdispensere og personlige spritflasker.

Helsearbeidere

Man vil også kunne møte motsand blant helsearbeidere og andre som vil tillegges eventuelt merarbeid ved å gjennomføre tiltakene. For å minimere motstanden er det viktig med god informasjon og opplæring i form av gode informasjonsmøter. Man må gi forståelse av en situasjon som må forbedres, og å skape motivasjon for at endring gir resultater. Det er viktig å skape en ansvarsfølelse, samt å gi tilbakemeldinger på at tiltakene som gjøres faktisk fungerer.

Del 2 - PDSA sirkelen



Plan

I "Plan" fasen vil prosjektgruppa først foreta en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, dagens praksis og tydeliggjøre målene innad i gruppa. Som et utgangspunkt har vi målene og tiltakene som nevnt i forberedelsesfasens tre spørsmål. Baseline må måles, og alt forarbeid til prosjektet må utføres.

Situasjonen i øyeblikket – måling av baseline

Spørreskjema

Vi vil benytte oss av spørreskjemaer som deles ut til alle pasienter på en avdeling på en gitt dag for å se dagens status på flere faktorer som inngår i vår indikator. De skal deles ut i forkant av implementering av tiltakene, fylles ut anonymt av pasientene for så å samles inn og registreres i et system. Vi vil ved å gradere svarene og bruke så mange standardiserte svaralternativer som mulig gjøre det enklest mulig å kunne sammenligne før og etter. Vi vil i størst mulig grad holde spørreskjema kort og konsist for å gjøre arbeidet med datainnsamlingen enkelt og oversiktlig. Dette for å begrense tiden dette tar under administrasjon/utfylling og særlig under prosjektgruppens etterarbeid med skjema.

Spørreskjemaene skal inneholde elementer som skal gi svar på følgende:

- Føler pasientene at de har god kunnskap om håndhygiene?
- Har pasientene fått informasjon om håndhygiene før/ved/etter ankomst sykehuset, eventuelt hva slags type informasjon har de fått (muntlig, skriftlig). Føler pasienten at evt. informasjon har vært nyttig?
- Er det god tilgjengelighet av håndsprit?
- Når og hvor ofte spriter/vasker pasientene seg?

Svarene brukes som baseline måling av vår prosessindikator og vil også deles ut under "Study" fasen for å se om tiltakene våre har hatt effekt.

Registrering av sykehusinfeksjoner

Den andre baseline faktoren vi ser på er punktprevalensen av sykehusinfeksjoner. Denne måles rutinemessig fire ganger i året, og vi vil da bruke siste tilgjengelige måling som baseline, eventuelt kan man bruke et snitt fra de siste målingene.

Planlegging og forberedelse av tiltak

Utforming av plakater, brosjyrer og videoer

I forbindelse med brosjyrer, plakater og video vil vi kontakte Helsedirektoratet for å prøve og få til et samarbeid med tanke på nasjonal implementering av tiltakene. Vi må finne et firma som kan lage en norsk versjon av plakater og brosjyrer, basert på brosjyrene og plakatene fra CDC og gjøre en tilpasning til Norge og norske sykehus. Det samme vil gjøres med håndhygienevideoen.

Vi vil legge vekt på informasjonsmateriellet skal være iøynefallende, informative, kortfattede samt enkle å lese og forstå. Det essensielle bør være at pasientene selv må bidra til egen helse ved utføre god håndhygiene slik at man unngår ekstra sykdom, flere liggedøgn samt risiko for komplikasjoner og død. Vi vil forsøke å skape en ansvarsfølelse hos pasienten for egen helse. Det vil også være viktig å fokusere på det positive med god

håndhygiene, slik at det ikke fremstår som farlig og skremmende å bli innlagt på sykehus.

I tillegg må man planlegge hvordan informasjonsmateriellet skal distribueres.

Lage rutiner for sprittilgjengelighet

Vi vil bestille spritflasker som skal deles ut til pasientene. I tillegg må vi lage rutiner for hvordan man skal sørge for at spritdispenserne så langt som mulig alltid skal være fylt opp. Her vil man diskutere utnevning av spritansvarlig hjelpepleier. Spritflaskene deles ut av sykepleierne ved første samtale med pasienten, i tillegg til brosjyren og kort muntlig informasjon. Det bør også ligge brosjyrer tilgjengelig på venterommet.

Planlegging av informasjonsmøte på avdelingen

Prosjektet skal presenteres for hver av faggruppene på morgenmøte/fagdag etc. Deltagerne i prosjektgruppa har ansvar for gjennomføring av informasjonsmøte i sin faggruppe.

Bestemmelse av viktige milepæler

Prosjektgruppa vil registrere milepæler underveis i prosjektet for å måle fremgangen i prosjektet og motivere de ansatte til videre arbeid ved å annonsere milepælene på avdelingen etter hvert som de blir nådd.

Våre forslag til milepæler er:

- Baseline spørreundersøkelse gjennomført.
- Informasjonsmøte for alle faggrupper avholdt.
- Alle plakater hengt opp og brosjyrer lagt ut.
- Brosjyrer og spritflasker blir gitt ut til pasienter ved innleggelse.
- Håndhygienevideo vises på pasientrom og venterom.
- Gjennomføring av andre spørreundersøkelse.

Do

Vi vil starte med prosjektet i én avdeling og evaluere det her før vi eventuelt implementerer tiltakene på andre avdelinger og andre sykehus, dersom vi ser effekt av dem.

Informasjonsmøter

Det vil underveis bli avholdt informasjonsmøter for alle faggrupper. Det blir prosjektgruppens ansvar å bestemme nøyaktig innhold, og hver fagperson må i tillegg informere om de spesifikke tiltak som skal gjøres i hans/hennes faggruppe.

Informasjonsmøtene skal alle inneholde bakgrunnen for prosjektet og hvorfor man har valgt å sette i gang med de tiltakene man har planlagt. Hensikten er å få alle på avdelingen oppmerksom på problemet med håndhygiene blant pasienter ("sense of urgency"), samt viktigheten av god håndhygiene også her for best mulig å forhindre sykehusinfeksjoner. Ved å skape en forståelse av hvorfor tiltakene er viktig, tror vi at det er enklere å få avdelingen med på tiltakene som skal settes i verk. Bakgrunnen er all kunnskapen om at god håndhygiene er det viktigste tiltaket for å forebygge sykehusinfeksjoner, men at pasientene har lite kunnskap om dette og derfor er en

oversett målgruppe. Det skal presenteres andre organisasjoner som har satt fokus på håndhygiene blant pasienter og påførende, som CDC i USA, og vise til at man har "lånt" elementer herfra. Vi vil informere om de spesifikke tiltakene som vil gjøres på avdelingen og bakgrunnen for at nettopp disse er valgt. Man forklarer også indikatorene som er valgt, presenterer dagens tilstand, hvilke mål man ønsker å oppnå, og når man vil foreta nye målinger, samt sammenligne og presentere disse.

I tillegg skal hver faggruppe informeres om, og instrueres i, de spesifikke tiltak for deres faggruppe. Hjelpepleiere instrueres i oppfylning av spritdispensere inkludert utnevnelse av spritansvarlige hjelpepleier på hvert skift. Sykepleierne instrueres i utdeling av brosjyre og spritflaske ved første samtale med pasient.

Implementering av tiltak

Plakater, brosjyrer og video må distribueres. Prosjektgruppa har ansvar for å henge opp plakater på strategiske steder på avdelingen. De bør være lett synlige, som over vasker, ved inngangspartiet til pasientrommene etc. Brosjyrene deles ut av sykepleierne ved første samtale med pasienten, sammen med en personlig spritflaske og kort informasjon om viktigheten av håndhygiene. Pasienten blir bedt om å lese brosjyren så snart som mulig og om å bruke den utdelte spritflasken. Brosjyrene legges også ut på venterommet, lett synlig for pasienter og pårørende. Spritansvarlig hjelpepleier sørger for at alle spritdispensere til enhver tid er fylt opp.

Videoen skal spilles av på fjernsyn på pasientrom og venterom, men dette avhenger mye av fasilitetene på sykehusene, og vil kanskje ikke være like aktuelt ved alle avdelinger. Da studien fra CDC ikke sier noe om hvilken gjennomføringsmåte som har best effekt (41), vil dette være litt opp til prosjektgruppa og hva som synes hensiktsmessig på den aktuelle avdelingen. Vi regner med at det må litt prøving og feiling til for finne den beste metoden, men vi tenker oss at den kan gå regelmessig på alle pasientfjernsyn på avdelingen, samt noe hyppigere på venterommet. Det kan også diskuteres om pasienter bør ha en "obligatorisk" visning av videoen i starten av oppholdet.

Study

Måling av indikatorer

Ved å dele ut nye spørreskjemaer til pasientene vil vi undersøke om kunnskapen har økt og om de spriter seg mer. Vi vil også se på om tilgjengeligheten på sprit er bedre og om hva pasientene mener om tiltakene som er gjennomført; er plakaten synlige og tilgjengelige og virker de til sin hensikt? Er brosjyrene tiltalende og informative? Er videoene som er vist informative og forstår pasientene bedre hvorfor god håndhygiene er viktig? Vil de anbefale andre pasienter å lese brosjyren og å se videoen? Spørreskjemaene som utdeles vil i hovedsak være det samme som spørreskjemaet som ble delt ut i "Plan" fasen, men noe modifisert ved at det legges til spørsmål for spesifikk evaluering av våre tiltak.

Prosjektgruppen vil så gjennomgå og sammenligne sykehusinfeksjoner ved å se på baselinemålingene i forhold til de nye målingene som er gjort etter tre måneder. Har prevalensen av sykehusinfeksjoner gått ned?

Kostnader

Vi vil evaluere kostnader prosjektet vårt har hatt. Er de overkommelige? Og sett i forhold til indikatorene våre, er prosjektet vårt kostnadseffektivt?

Evalueringsmøte i prosjektgruppa

Prosjektgruppa vil ha et møte der de gjennomgår resultatene og gjennomføringen av prosjektet. Man må se om resultatene (indikatorene) er forbedret, uendret eller forverret. Ble milepælene nådd etter planen? Er det andre momenter ved gjennomføringen som har vært av betydning?

Kostnader vs. gevinst - er det lønnsomt å fortsette prosjektet?

Evalueringsmøte i faggruppene

Prosjektgruppa vil her presentere resultatene som de har kommet frem til. Det må også komme fram hva de ansatte mener om tiltakene. Ble det mye ekstraarbeid og ekstra belastning etc. Er de ansatte innstilt på å fortsette forbedringstiltakene?

Act

Hvis evalueringen av prosjektet er positiv vil vi vurdere å fortsette med tiltakene. Eventuelt vil man foreta noen endringer/forbedringer av disse (omplussing av plakater, nye rutiner for utdeling av informasjonsskriv og brosjyrer etc.) og man vil kunne legge til nye elementer som kan ytterligere øke etterlevelsen.

Ved nøytral/negativ effekt må man diskutere mulige årsaker til dette. Kan man endre/forbedre de allerede innsatte tiltak slik at de blir mer hensiktsmessige, jf. diskusjonen over? Skal man satse på andre tiltak? Her må man også vurdere kostnader opp mot effekt.

Om man velger å fortsette med prosjektet med forbedringer eller med nye tiltak vil man gå en ny runde i PDSA sirkelen, med planlegging og gjennomføring av de endrede/nye tiltakene.

Vi vil også vurdere om tiltakene kan overføres til andre avdelinger/andre sykehus.

5. Diskusjon/konklusjon

Vi visste på forhånd at dette var et relativt ambisiøst prosjekt. Det griper inn i de ansattes daglige rutiner, krever utarbeiding av en del informasjonsmateriell og en infrastruktur som muliggjør visning av informasjonsvideo både på pasientrom og venterom. I tillegg krever det motiverte sykepleiere som tror på viktigheten av god håndhygiene blant pasientene, og samtaler om dette ved første pasientmøte, samtidig som de deler ut en spritflaske. I en allerede tidspresset hverdag kan dette møte motstand blant de ansatte. Gjennomføringen krever derfor en engasjert prosjektgruppe som er i stand til å motivere de ulike faggruppene på sin avdeling. At lignende prosjekt har blitt gjennomført i andre land kan være en pådriver for de ansatte ved en norsk avdeling, da de vil føle seg tryggere på at de bruker tid og ressurser på noe som har vist seg å være nyttig.

Det må også lages en del informasjonsmateriell som prosjektgruppa har ansvaret for. De kan støtte seg på materiell fra CDCs kampanje, som vil lette dette arbeidet. Våre tiltak er dessuten ikke ment å være rigide, men kan skreddersys den enkelte avdeling. Også her ligger mye av ansvaret på prosjektgruppa. Når det gjelder gjennomføring og vedlikehold av prosjektet over tid, vil økt kunnskap om håndhygiene og økt spritbruk blant pasientene målt ved spørreundersøkelsene kunne være med på å opprettholde engasjement og gjennomføringsvilje.

Det har vært utenfor vårt mandat å estimere utgiftene dette prosjektet medfører, og enhver avdeling må ta hensyn til sitt budsjett. Mange av tiltakene vil i hovedsak representere en engangsutgift ved oppstart og ikke kreve store ressurser å vedlikeholde. Vi mener derfor at prosjektet vil kunne drives kostnadseffektivt. Det viktige er at de ansatte opprettholder engasjementet og rutinene med pasieninformasjon, samt at nedslitte plakater byttes ut og det sørges for at informasjonsmateriell til enhver tid er tilgjengelig.

En utfordring er at kunnskapsgrunnlaget baserer seg på studier omhandlende helsepersonell og ikke pasienter. Man kan derfor argumentere for at dette prosjektet hviler på et tynt kunnskapsgrunnlag. Viktigheten av hygienetiltak blant helsepersonell er derimot solid dokumentert og finnes i UpToDate, som er øverste nivå i kunnskapspyramiden. Vi mener det ville være dumt å ikke nyttiggjøre seg denne kunnskapen og at man må begynne å involvere pasientene. Ved norske sykehus i dag er de en oversett ressurs som muligens vil være ekstra motivert, da de gis mulighet til å påvirke sin egen helse positivt ved å endre egen atferd. En mulig positiv bieffekt av tiltakene er også at de ansatte ved avdelingen øker fokus på sin egen håndhygiene og bedrer sine egne rutiner.

Vi mener forekomst av sykehusinfeksjoner uttrykker viktige forhold ved tjenestekvaliteten på et sykehus. I dag er prevalensraten ved OUS 7,3%, noe som viser at det er store rom for forbedring. Vi mener utfordringene knyttet til organisering og ressursbruk ikke overgår gevinsten man vil få ved at håndhygienen blant pasientene bedres.

Vår konklusjon er derfor at våre tiltak sannsynligvis vil ha effekt, og føre til bedret håndhygiene blant pasienter. Vi mener det er grunn til å tro at gevinsten av våre tiltak på sikt vil overgå eventuelle merutgifter.

6. Referanser

- (1) Semmelweis I. Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers [The etiology, concept and prophylaxis of childbed fever]. Pest, Wien und Leipzig, C.A.Hartleben's Verlag-Expedition, 1861.
- (2) Pittet D, Allegranzi B, Sax H, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:641.
- (3) Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130:126–130.
- (4) Simmons BP. Guidelines for hospital environmental control. Section 1. Antiseptics, handwashing, and handwashing facilities. In: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ed. CDC Hospital infections program (HIP) guidelines for prevention and control of nosocomial infections. Atlanta, GA, Springfield, 1981: 6–10.
- (5) Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51:1–45.
- (6) Lov om vern mot smittsomme sykdommer (5. august 1994).
- (7) Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005).
- (8) Forskrift om vern av arbeidstakere mot biologiske faktorer (5. juli 1997).
- (9) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984).
- (10) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 11: Nasjonal veileder for håndhygiene. Nydalen: Folkehelseinstituttet; 2004. s. 26.
- (11) Forskrift om smittevern i helsetjenesten. 2005. Forskrift om smittevern i helsetjenesten av 2005-06-17 nr 610.
- (12) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 11: Nasjonal veileder for håndhygiene. Nydalen: Folkehelseinstituttet; 2004. s. 14-15.
- (13) Håndbok i hygiene og smittevern ved sykehus, Bjørg Marit Andersen s. 181-183.
- (14) Håndbok i hygiene og smittevern ved sykehus, Bjørg Marit Andersen s. 203-210.
- (15) Håndbok i hygiene og smittevern ved sykehus, Bjørg Marit Andersen s. 206-207.
- (16) Interndokument. Retningslinjer for håndhygiene, RH/DNR, avd. overlege Egil Lingaas.
- (17) Boyce JM, Pittet D, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in

Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep 2002; 51:1.

(18) Teare EL et al. UK handwashing initiative. *Journal of Hospital Infection*, 1999, 43:1–3.

(19) Cleanyourhands campaign. London: National Patient Safety Agency, 2007.

(20) Five million lives campaign. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2005 (<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>, accessed 26 February 2009).

(21) Hand Hygiene Saves Lives. <http://www.cdc.gov/Features/HandHygiene/> (09.04 2012)

(22) Sanderson, P. J., & Weissler, S. Recovery of coliforms from the hands of nurses and patients: activities leading to contamination. *Journal of Hospital Infection*, 1992, 21, 85–93.

(23) World Health Organization., WHO Patient Safety.: WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization; 2009.

(24) Harrison WA et al. Bacterial transfer and crosscontamination potential associated with paper-towel dispensing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:387–391.

(25) Barker J, Vipond IB, Bloomfield SF. Effects of cleaning and disinfection in reducing the spread of Norovirus contamination via environmental surfaces. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 58:42–49.

(26) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 11: Nasjonal veileder for håndhygiene. Nydalen: Folkehelseinstituttet; 2004. s. 26.

(27) Folkehelseinstituttet. Evaluering ren omsorg: nasjonal håndhygienekampanje gjennomført av Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med landets sykehus og sykehjem. 2006; Report No.: 1.

(28) Folkehelseinstituttet. Kvalitetsindikatorer spesialisthelsetjenesten. Hentet fra: <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/> (26.4.2012)

(29) Eriksen H., Iversen, B. G., Aavitsland, P. Sykehusinfeksjoner i Norge 1999 og 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:2440-3.

(30) E.L. Larson, L. Jacalyn, L.M. Adler, C. Blane, A multifaceted approach to changing healthcare workers behaviors, *Am J Infect Control*, 25 (1997), pp. 3–10

(31) Behavioral interventions to improve infection control practices, Edna K. Kretzer, Elaine L. Larson, Baltimore, Maryland, and Washington, D. *AJ/C Am J Infect Control* 1998;26:245-53

- (32) Rapport fra Kunnskapssenteret nr 6–2008 Metodeutvikling kvalitetsindikatorer, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten www.kunnskapssenteret.no Rapport: ISBN 978-82-8121-196-4 ISSN 1890-1298
- (33) Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press; 1980.
- (34) Folkehelseinstituttets nettsider – Smittevern i helseinstitusjoner. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0 (30.04.2012)
- (35) Interndokument. Prevalensrater av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved OUS 2000 – 2011, Egil Lingaas, s. 4.
- (36) Metoder for verktøy og kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret. Tilgjengelig på: http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Modell_for_forbedring_-_Langley_Nolan (21.04.2012)
- (37) Modell for kvalitetsforbedring. Helsebiblioteket. <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Modell+for+kvalitetsforbedring> (21.04.2012)
- (38) Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Spain: Elsevier Limited; 2005.
- (39) Øvretveit J. Leading improvement effectively. Review of research. The Health Foundation, 2009.
- (40) Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!. Sosial-og helsedirektoratet. 2007
- (41) Brinsley-Rainish K.J, Schillie S.F, Pugliese, G. et al. A Multi-Center Evaluation of the Patient Empowerment Video Hand Hygiene Saves Lives. CDC Fifth Decennial on Healthcare-associated infections 2010.