

Håndhygiejne – hvor svært kan det være!

Hygiejnesygeplejerske Jette Holt, professor Helle Ploug Hansen & ledende overlæge Jens Otto Jarløv

Statens Serum Institut, Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne, Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Forskningsenheden: Helbred, menneske og samfund, og Herlev Hospital, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling

Håndhygiejne anses for at være en af grundpillerne i forebyggelse af nosokomielle infektioner. Man har i flere undersøgelser påvist, at læger og andet sundhedspersonale har en lav efterlevelse af eksisterende retningslinjer for håndhygiejne i det daglige arbejde. Årsagerne til den lave efterlevelse er multifaktorielle og kræver derfor en bred indsigt i og forståelse for, hvad der påvirker menneskets handlinger [1-3]. Under en udbrudslignende stigning i incidensen af f.eks. methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er det tydeligt, at efterlevelse af retningslinjerne om håndhygiejne stiger markant [4]. Et pludseligt opstået udbrud/spredning af mikroorganismer synes at feje såvel ledelsesmæssige, som kulturelle og andre kendte barrierer for efterlevelse af bordet. Et udbrud er derfor et godt udgangspunkt for at undersøge mekanismerne bag efterlevelsen af håndhygiejne for at forstå, hvordan sundhedsprofessionelle reagerer, når smittespredning bliver synlig. Dermed kan der opnås en forståelse for, hvilke områder der skal fokuseres på i dagligdagen, når der ingen trussel er.

Det spørgsmål, der søges svar på i denne artikel, er: »Hvorfor gør man ikke altid, som man har lært, og som retningslinjerne foreskriver?«

Metode

Gennemgang af teorier for adfærd, egne arbejder og en kort litteraturgennemgang ligger til grund for denne artikel. Den aktuelle MRSA-problematik er anvendt som eksemplarisk case.

Når udbruddet er en kendsgerning

MRSA er – trods en aktuell kraftig stigning på grund af introduktion af nye kloner – fortsat sjældent i Danmark. Spredning af »almindelige« *S. aureus* sker gennem kontaktsmitte via hænder og udstyr mellem patienter og personale. Spredning af MRSA sker på fuldstændig samme vis, men spredningen er til forskel fra den »almindelige« *S. aureus* meget synlig i organisationen. Dette skyldes, at et udbrud med MRSA i langt højere grad belaster såvel patienter og personale som økonomien i forbindelse med screeningsprocedurer, isolation og behandling. MRSA-spredning er altså en synlig markør for mangelfuld efterlevelse af generelle infektionshygiejniske retningslinjer, herunder håndhygiejne [4].

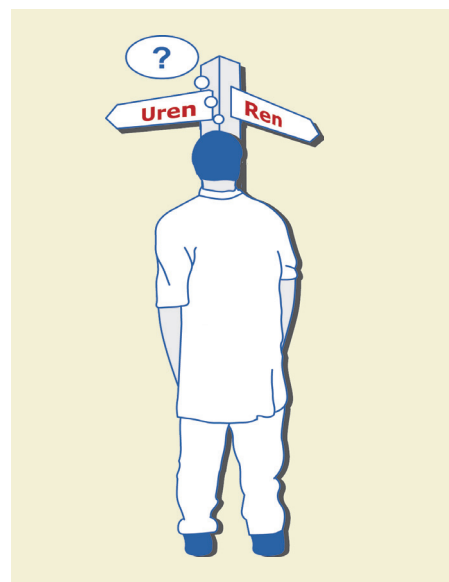
Ved påvisning af MRSA-spredning er et af de første skridt fra det hygiejniske team at intensivere håndhygiejnen i hele organisationen. En bred organisatorisk indsats med håndhygiejne i fokus er velbeskrevet i litteraturen som havende en markant reducerende effekt på spredning af MRSA, men generelt er erfaringen, at kampagner ikke giver en varig effekt [1].

Viden, holdninger og handling

Vil man hæve efterlevelsen af de hygiejniske retningslinjer også uden for udbrudssituationer, er det nødvendigt at rette blikket mod, hvordan viden, følelser, intentioner, motiver osv. hænger sammen med vore handlinger.

Det er en misforståelse, at viden alene kan ændre vore holdninger og dermed påvirke vore handlinger. Handlinger er ikke kun styret af teoretisk viden og abstrakt fornuft. Håndhygiejne er i denne sammenhæng en af de længst kendte og bedst beskrevne handlinger, man kan foretage for at forebygge nosokomielle infektioner. Hvis viden alene styrede handlinger, ville vi næppe opleve en så lav efterlevelse som under 50% af retningslinjerne om håndhygiejne [1]. *Semmelweis* gjorde som bekendt opmærksom på effekten af hånddesinfektion allerede i 1847!

De situationer, som indebærer en risiko for smitteoverførsel, og hvor håndhygiejne skal udføres, er beskrevet som »for alle rene opgaver, efter alle urene opgaver og efter brug af handsker« [5]. Opfattelsen af og dermed holdningen til, hvad der er en risiko, og hvad der betragtes som rent og urent i den konkrete situation, er udslagsgivende for, om den enkelte vælger at udføre handlingen. Urent vil for de fleste forbindes



VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

med noget, man kan se, føle eller lugte. Handlinger indeholder altså såvel kognitive som emotionelle elementer.

Handlinger er endvidere intentionelle og bevidste. De foregår på baggrund af en refleksion over den aktuelle situations muligheder, dvs. de er baseret på såvel teoretisk viden som på den erfaringsbaserede viden, man har med handlinger, der virker i lignende situationer. Viden kan således opdeles i en autoritativ og en autentisk viden [6]. Den autoritative viden er lærebogsviden – en abstrakt og teoretisk viden, som andre har produceret og formuleret på baggrund af egen eller andres forskning og/eller erfaring. Der er tale om en forståelse af viden, som noget, man har, og som kan akkumuleres [7]. Den autentiske viden er situationsbestemt og baseret på den enkeltes erfaring. Vi lærer af det, vi kan se, mærke, høre eller på anden måde registrere – synlige resultater gør indtryk. I nyere psykologiske teorier argumenteres der for, at vi oftest handler ud fra den autentiske viden snarere end ud fra den autoritative viden [6].

Mange af vore dagligdags handlinger udfører vi helt selvfølgelig. Handlinger bliver til vaner og indeholder hermed tidligere personlig refleksion og risikovurdering. Vi vasker f.eks. hænder, når de er synligt snavsede, uden at reflektere nærmere over nødvendigheden. Vaner er også tæt forbundet med oplevelsen af, hvad de andre f.eks. familie og kolleger gør – og vi skaber og genskaber dermed egne og fælles vaner gennem vores opvækst, uddannelse, erhverv osv. Vaner er dermed funderet i en autentisk viden og ud fra en såvel personlig som fælles kulturel risikovurdering [6, 8].

Hygiejniske retningslinjer er et udtryk for en autoritativ viden. De kan beskrives som organisationens styringsredskab af den »gode hygiejniske vane«, man ønsker personalet skal have. Retningslinjerne er baseret på grader af evidens og udformet med henblik på at sikre kvaliteten af den kliniske praksis, en opgave, der i sin natur er særdeles vanskelig. Klinisk praksis er jo netop karakteriseret ved at være kompleks, foranderlig og uforudsigelig, og retningslinjerne og de handlinger, der knytter sig til dem, er dermed i deres praktiske efterlevelse afhængige af den enkeltes kliniske skøn og dermed dennes såvel autentiske som autoritative viden.

Barrierer for efterlevelse af retningslinjer

Med ønsket om at forstå den lave efterlevelse i sundhedsvæsenet udførte Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne, Statens Serum Institut, i 2002-2003 på sygehuse en kvalitativ og kvantitativ afdækning af, hvilke barrierer der kunne ligge til hinder for efterlevelsen af retningslinjerne [3]. Undersøgelsen afdækkede ikke overraskende, at alle personalegrupper med patientkontakt havde en autoritativ viden om vigtigheden af håndhygiejne – »Vi ved det godt, men ...« var det hyppigste kvalitative udsagn, men personalet forklarede også, at denne viden ikke var drivkraften bag deres handlinger. Undersøgelsens resultater bekræftede endvidere, at det kliniske skøn, som den enkelte lægger til grund for sin vurdering af den ak-

tuelle situation og handlemulighederne i overvejende grad var påvirket af den autentiske viden. Udsagnene i undersøgelsen pegede på, at drivkraften bag efterlevelsen af retningslinjen var knyttet til en tydelig og synlig sammenhæng mellem handling (håndhygiejne) og effekt (nedsætte smitten). Undersøgelsens resultater viste også, at såfremt den autoritative viden om, hvornår håndhygiejne skulle udføres, blev tilsidesat, var det på baggrund af såvel psykologiske som sociologiske forhold i relationerne til patienten og kollegaerne [3].

Håndhygiejnehandlingerne gentages eller skærpes altså, hvis effekten af handlingen er synlig. Det skal give mening at handle anderledes. I ønsket om at bevare efterlevelse af retningslinjerne bør fokus således ikke kun rettes mod de to vidensformer, men også mod personalets oplevelse af sammenhæng, dvs. oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed [9]. Viden bidrager til at styrke oplevelse af begribelighed og styrker måske også oplevelse af håndterbarhed. Men oplevelse af meningsfuldhed er den afgørende motivationskomponent. *Pittet* understøttede netop oplevelsen af sammenhæng ved en synlig tilbagemelding af resultater, der viste en sammenhæng mellem et fald i registrerede MRSA-tilfælde og en stigning i forbruget af hånddesinfektionsmiddel [4]. Meningsfuldheden styrkes yderligere, når efterlevelsen af retningslinjerne i f.eks. en udbrudssituation bliver et fælles projekt på tværs af faggrænser og specialer, hvor presset på den enkelte læge, sygeplejerske osv. kommer fra alle samarbejdspartnere og en meget synlig ledelse, og når alle er inddraget og forventes at deltage.

Diskussion/konklusion

Et nærliggende svar på det indledende spørgsmål i denne artikel kunne være, at når vi som menneske bliver »truet på livet« som ved en epidemi, ja, så gør vi det, vi skal og kan gøre. Ovenstående peger altså på, at drivkraften bag den autentiske viden og dermed efterlevelsen af retningslinjen er dybt rodfæstet i, at handlinger kun bliver til vaner, når man kontinuerligt oplever en sammenhæng mellem handling (håndhygiejne) og effekt (nedsætte smitten). Ved en håndhygiejnisk indsats i forbindelse med et udbrud bliver retningslinjerne meningsfulde, sammenhængen mellem håndhygiejne og smitte med MRSA bliver åbenbar, og virkningen bliver åbenlys, idet antallet af syge daler.

Håndhygiejniske handlinger må hermed forstås som den enkeltes og fællesskabets holdning til handlingen og ikke alene som en overordnet holdning som angivet i retningslinjen. Handlinger skabes og genskabes i praksis i samspil med kolleger, ledelse med videre, når efterlevelse af retningslinjerne giver oplevelse af sammenhæng, herunder meningsfuldhed.

Begreberne autoritær viden og autentisk viden samt oplevelsen af sammenhæng kommer hermed i fokus, hvis man vil arbejde målrettet mod en varig efterlevelse af retningslinjerne for håndhygiejne. Retningslinjer skal optimalt udformes, så

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

de både kan danne baggrund for det kliniske skøn, der skal ligge bag beslutningen for den konkrete handling, og for klinikernes praktiske udførelse af handlingen. Hermed bliver de læreprocesser og de deraf afledte erfaringer, der ligger til grund for den autentiske viden, centrale [3, 6]. Undervisningen i håndhygiejne skal tage udgangspunkt i aktuelle problematikker i den enkeltes daglige arbejde og dermed danne udgangspunkt for en dialog om og refleksion over vilkårene for handlingen håndhygiejne. Ledelse og den enkelte hygiejneorganisation har en vigtig rolle i at facilitere et konstruktiv læringsrum, hvor disse processer kan finde sted. Dette læringsrum kan bl.a. findes i Statens Serum Instituts interaktive håndhygiejneprogram [10]. Målet i den kontinuerlige undervisning er at få personalet til aktivt at tage ejerskab til retningslinjerne – såvel i en truet situation som i en dagligdags situation.

Korrespondance: *Jette Holt*, Statens Serum Institut, Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne, DK-2300 København S. E-mail: jho@ssi.dk

Antaget: 11. juni 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis* 2001;7:234-40.
2. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws ML et al: Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Infect* 2007;65: 1-8.
3. Holt J. Håndhygiejne. En handling mellem anstændighed og krænkelse. Speciale i almen pædagogik. Danmarks Pædagogiske Universitet, 2004.
4. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000;9238: 1307-12.
5. Dansk Standard: Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 2: Krav til håndhygiejne. København: Dansk standard DS 2451-2, 2001.
6. Saugstad T, Mach-Zagal R. Sundhedspædagogik for praktikere. Gyldendals Akademiske Bogklubber, 2. udgave. København: Gyldendal, 2003:81-94.
7. Hansen HP. Evidence-based nursing: must or mantra? I: Kristiansen IS, Sønbø I, Gavin M, red. Evidence-Based Medicine In its place. New York: Routledge, 2004:33-49.
8. Hansen HP. Renlighed i sygeplejen. I: Hansen HP, red. Omsorg, krop og død – en bog om sygepleje. København: Gyldendal 1998:118-35.
9. Antonovsky A. Halsens Mysterium. Stockholm, Bokforlaget Natur og Kultur, 1991.
10. Værd at vide om håndhygiejne. www.ssi.dk/hygiejne/juli 2007.

Håndhygiejne i sundhedsvæsenet – anno 2007

Projektleder Sussie Laustsen & overlæge Brian Kristensen

Århus Universitetshospital, Skejby,
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling

Håndhygiejne er en vigtig faktor til at forebygge, at mikroorganismer overføres fra sundhedspersonalets hænder til patienter/klienter og omgivelser. Håndhygiejne består af enkle procedurer, der er en væsentlig del af den samlede infektionsprofylakse. I talrige observationsstudier er det påvist, at sundhedspersoners efterlevelse af retningslinjer for håndhygiejne er mindre end 50% [1, 2]. Håndhygiejne er valgt som indsatsområde (standard) i Den Danske Kvalitetsmodel, og WHO har med Global Patient Safety Challenge 2005-2006 satset på at fremme håndhygiejne globalt, bl.a. ved udarbejdelse af evidensbaserede retningslinjer herfor [1].

Artiklen har fokus på dokumentationen af korrekt udført hånddesinfektion og henvender sig til alle sundhedsfaglige professioner. Kirurgisk håndhygiejne er ikke inddraget.

Håndhygiejne omfatter de procedurer, der knytter sig til at fjerne eller reducere forurening af hænderne. Håndhygiejne dækker hånddesinfektion, håndvask, brug af engangshandsker og forebyggende pleje af hænderne. Formålet med hånd-

hygiejne er at inaktivere den skiftende (transiente) mikrobiologiske flora på hænderne. Håndhygiejne skal udføres før og efter alle patient/klientrelaterede procedurer, men skal også praktiseres af personale uden direkte patient/klientkontakt, f.eks. på apoteker, depoter, service- og forsyningsafdelinger samt laboratorier [1].

Hånddesinfektion

Hånddesinfektion er desinfektion af hænderne med håndsprit med henblik på elimination af den påførte (transiente) mikrobiologiske hudflora. Håndsprit har en hurtig antimikrobiel effekt på huden, men ingen vedvarende (residual) effekt.

I laboratorieundersøgelser og klinisk kontrollerede under-

Faktaboks

Hånddesinfektion er den hurtigste og mest effektive form for håndhygiejne

Hånddesinfektionsmiddel tilsat et hudplejemiddel er mindre udtørrende for huden end håndvask

Hånddesinfektion kan foretages overalt