



Observation af håndhygiejne – refleksioner over erfaringer og muligheder for fremtidige interventioner

28.04.2011 Foredragssalen, Statens Serum Institut, Artillerivej 5, 2300 København S
Kl. 09.00 – 15.30

Program for dagen

- 09.00 – 09.30 Kaffe og registrering
- 09.30 – 09.45 Velkommen
Baggrund for møde
Jette Holt Hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, SSI
- 09.45 – 10.15 Update on hand hygiene related development on observation of hand hygiene,
Dr. Valentina Hafner, WHO, København
- 10.15 - 10.45 Observationelle metoder - hvad kan man se og hvad skal man være opmærksom på som observatør?
Niels Sandholm Larsen, cand. Scient.soc. phd, Metropol, København
- 10.45 – 11.15 Hvordan kan vi se, hvordan de gør det - erfaringer med observation af håndhygiejnemetode
Hygiejnesygeplejerske Anni Juhl-Jørgensen, Hillerød Hospital, Region Hovedstaden, Hillerød
- 11.15 – 11.45 Hvordan kan vi standardisere observationen af, hvordan de gør det?
Hygiejnesygeplejerske Lisbeth Bergen, Rigshospitalet, Region Hovedstaden, København
- 11.45 – 12.15 Frokost
- 12.15 – 12.45 Hvad ser vi, når vi går ud og ser!?
Adjunkt, Cand.cur phd, Sussie Laustsen, Klinisk institut og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, Århus Universitetshospital, Skejby
- 12.45 – 13.15 Erfaringer fra Norge om observation af håndhygiejne i henhold til WHO´s 5 Moments
Egil Lingaas, Afdelingssjef, Afdeling for sykehushygiene og smittevern, Oslo universitetssykehus HF, Oslo, Norge.
- 13.15 – 14.00 Erfaringer fra region Hovedstaden om observation af håndhygiejne i henhold til WHO´s 5 Moments
Hygiejnesygeplejerske Dorte Buhl, Herlev Hospital, Region Hovedstaden, Herlev
- 14.00 – 14.15 Kaffe
- 14.15 – 14.45 Hvad påvirker øjet, der ser og dermed beslutningen om at vælge handlingen håndhygiejne?
Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, CEI, København
- 14.45 – 15.30 Opsamling, diskussion og fælles refleksioner over muligheder for fremtidige interventioner.



STATENS
SERUM
INSTITUT

Observation af håndhygiejne

Temadag

Central Enhed for Infektionshygiejne

28.04.11



STATENS
SERUM
INSTITUT

Målet med dagen

- Efterlevelsen af håndhygiejne er for lav!
- Hvordan ved vi det?
- Fordi det har vi set?
- Hvordan har vi set det?
- Jaaah.....vi har.....



afholdt d. 28. april 2011



"Gammel vin på nye flasker?"

- Hånddesinfektion efter kontakt med "inficerede tilfælde" *Esmann 1902, Tidsskrift for sygepleje, SSI 1982*
- *Observationsundersøgelse af HH*
 - 1978 Taylor forskellige opfattelser af rent og urent*
 - 1981 Albert & Condie*
 - 38 % efterlevelse "efter kontakt"*
 - Læger (14-28 %) dårligere end sygeplejersker (28 – 43%)*
 - 1984 Zimakoff 28-46 % efter kontakt*
 - 1986 Larsson HH adfærd er nogenlunde konstant hos den enkelte*
- *Zimakoff Ph.D 1993*



Observation af håndhygiejneadfærd i Sundhedsvæsenet – hvorfor?

- Kvalitetssikring
- Patientsikkerhed
- Observationer skal anvendes til at indsætte regulering/korrigerende af adfærd
- Overvågning af håndhygiejneadfærd.....
 - Forbrug (hånddesinfektionsmiddel, sæbe, håndklæder)
 - Selvvurdering/-kontrol
Dagbog eller interviews
 - Observation
direkte observation, video, tekniske løsninger.....

Direkte observation af håndhygiejne – “The golden standard” ...

- CDC Hand Hygiene Guideline for Health Care Settings (2002)
- Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft) og Clean Care is Safer Care WHO October 2005.

Performance indicators

- antal håndhygiejnesituationer og muligheder
- tidspunkt, metode, teknik

Men...

- Ressourcetungt – Tid (uddannelse af observatører, observation, analyse og afrapportering)
- Interobservatørbias (*Larson et al 2004, Boyce 2008*)



"Counting drives us crazy"

E. Larsson 2011



- "Health care has developed a very long leg in measurement and a short leg in managing change, and, therefore, it is walking in circles".
- "We should measure primarily to learn about the actions we take, so that we can take better actions"
- *DM Berwick 1998*

■ Observation af håndhygiejne – refleksioner over erfaringer og muligheder for fremtidige interventioner

- 09.30 – 09.35 Velkommen, *Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, CEI*
- 09.45 – 10.15 Update on hand hygiene related development on observation of hand hygiene, *Dr. Valentina Hafner, WHO, København*
- 10.15 - 10.45 Observationelle metoder - hvad kan man se og hvad skal man være opmærksom på som observatør? *Niels Sandholm Larsen, cand.Scient.soc. phd, Metropol*
- 10.45 – 11.15 Hvordan kan vi se, hvordan de gør det - erfaringer med observation af håndhygiejnemetode *Hygiejnesygeplejerske Anni Juhl-Jørgensen, Hillerød Hospital*
- 11.15 – 11.45 Hvordan kan vi standardisere observationen af, hvordan de gør det? *Hygiejnesygeplejerske Lisbeth Bergen, Rigshospitalet,*
- 11.45 – 12.15 Frokost
- 12.15 – 12.45 Hvad ser vi, når vi går ud og ser!? *Adjunkt, Cand.cur phd, Sussie Laustsen, Klinisk institut og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus Universitetshospital,*
- 12.50 – 13.20 Erfaringer fra Norge om observation af håndhygiejne i henhold til WHO's 5 Moments *Egil Lingaas, Avdelingssjef, Avdeling for sykehushygiene og smittevern, Oslo Universitetssykehus HF, Oslo, Norge.*
- 13.25 – 14.05 Erfaringer fra region Hovedstaden om observation af håndhygiejne i henhold til WHO's 5 Moments
Hygiejnesygeplejerske Dorte Buhl, Herlev Hospital
- 14.10 – 14.25 Kaffe
- 14.25 – 15.05 Hvad påvirker øjet, der ser og dermed beslutningen om at vælge handlingen håndhygiejne?
Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, CEI
- 15.10 – 15.30 Opsamling, diskussion og fælles refleksioner over muligheder for fremtidige **interventioner.**



Håndhygiejne udføres....

- Før alle rene, efter alle urene og efter brug af handsker (*DS 2451-2 og Værd at vide om håndhygiejne*)
- Før patientkontakt, før aseptiske/rene procedurer, efter kontakt med kropsvæsker, efter kontakt med patienten og hans omgivelser (*WHO's My 5 Moments for Handhygiene*)
- Før og efter kontakt med patienten (*Pittet 2011*)
- Før kontakt med patienten (*Pittet 2011*)

Håndhygiejne-kampagner i Danmark

- Vidensdelingsprojekt 2008 (*SST og CAS*)
 - 35 spørgeskemaer til sygehusene
- Kampagner i 30 år
2002- konstant og målrettet indsats

Tabel 1: Typer af initiativer som sygehusene angav, at have gennemført indenfor de sidste 5 år til forbedring af håndhygiejnen (Nr. 1 blev nævnt hyppigst, nr. 8 sjældnest)

1.	Introduktion til nyansat personale om håndhygiejne (undervisning, e-learning og pjecer)
2.	Forbedring af håndhygiejnefaciliteter (fx opsætning af spritdispensere)
3.	Hygiejne-kampagner (fx workshops, plakater og artikler)
4.	Udarbejdelse, revision og implementering af retningslinjer
5.	Gennemførelse af audits på håndhygiejneområdet
6.	Udarbejdelse og implementering af uniformsstandarder
7.	Undervisning af pårørende og patienter
8.	Måling af forbrug af håndsprit

Håndhygiejne er hot!

- 18.600 resultater på 0,11 s i Google på håndhygiejne
- 100 tilmeldte!
- 123.000 resultater på 0,26 sekunder i Google på håndhygiejne-kampagne
- 2005 WHO kampagnen "Clean Care is Safer Care"
- forbedre håndhygiejnen på sygehusene.
- 2007 tilsluttede Danmark sig kampagnen
SST Hygiejneudvalg
- *"..vigtigt bidrag til forbedring af patientsikkerheden"*



Facts om håndhygiejne..

- Bedst dokumenterede handling til forebyggelse af kontaktsmitte
- Betydelige barrierer, der hindrer en optimal håndhygiejne

Kultur

Uddannelse

Arbejdssted

Senioritet

Risikoplevelse

.....



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Preventing health care associated infections

- the key role of hand hygiene -

afholdt d. 28 april 2017

HAI burden in Europe

- **Prevalence: 3.5–14.8% (average: 7.1%)**
- **4 131 000** affected patients
- **4 544 100** episodes of HAI every year
- **16 million** extra days of hospital stay
- **37 000** attributable deaths (and contribution to an additional 110 000)
- **Annual economic impact:** about **EUR 7 billion** per year (including direct costs only)

(Source: ECDC, Comm Dis Report 2008)

Country	N° of cases/year	N° of deaths/year	Costs/year
UK	100,000	5,000	UK£ 1 billion
Scotland	/	/	UK£ 183 mio
Switzerland	70,000	/	CHF 230-300 mio

HAI burden in USA

- Incidence: **5–6%**; **1,7 million** affected patients
 - Urinary Tract Infection: 36%; 561,667 episodes, 13,088 deaths
 - Surgical Site Infection: 20%; 274,098 episodes (1.98%)
 - Catheter Related Bloodstream Infections: 11%; 250,000 episodes, 28,000 deaths
 - Ventilator Associated Pneumonia: 11%; 5.4/1000 ventilator-days
- Attributable mortality: **3.6%**, approximately **99,000 deaths**
- Annual economic impact: about **US\$ 4,5 billion**

Source: Klevens RM, et al. Public Health Reports 2007

HAI burden in developing countries:

- Prevalence of HAI much higher than proportions reported from Europe and the USA :

15.5/ 100 patients

- Pooled overall HAI density in adult ICU 3 times higher than reported from the USA:

47.9/ 1000 patient-days

- Pooled surgical site infection leading in hospitals:

5.6/ 100 surgical procedures

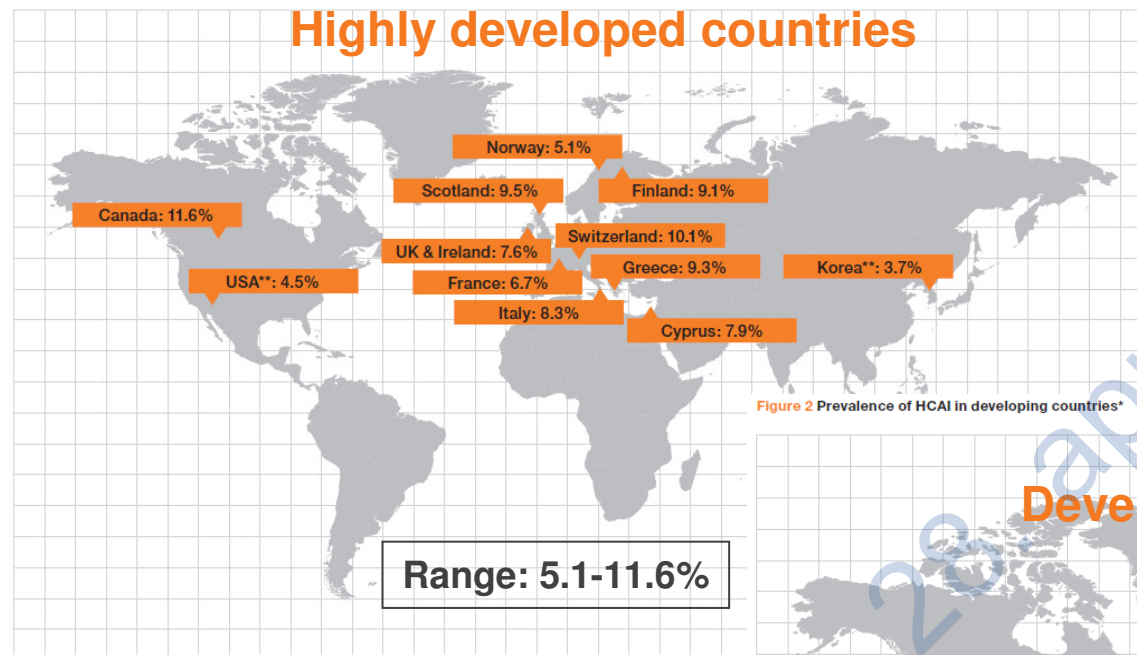
Device associated infection density in adult high-risk patients (38 studies)

- 22.5 -80/1000 patient-days
- 1.7-44.6/100 catheter-days for catheter related blood stream infections
- 1.4-23.0/ 1000 catheter-days for catheter related urinary tract infections
- 3.2-56.9/1000 ventilator-days for ventilator associated pneumonia

Source: Allegranzi B, et al. *The Lancet*, Dec 2010 DOI:10.1016/s0140-6736(10)61458-4

Prevalence of HAI worldwide

Figure 1 Prevalence of HCAI in developed countries*



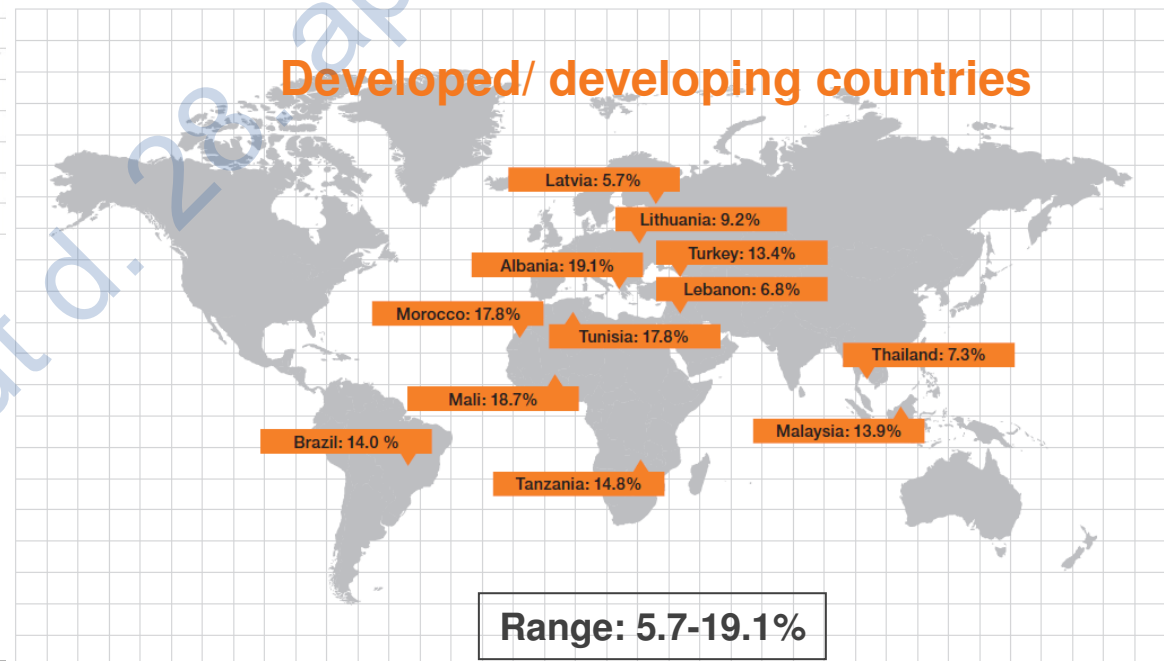
* Systematic review conducted by WHO, 1995-2008

**Incidence

Source: *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide: A Summary - First Global Patient Safety Challenge*

<http://www.who.int/gpsc/>

Figure 2 Prevalence of HCAI in developing countries*



* Systematic review conducted by WHO, 1995-2008

at least X 2

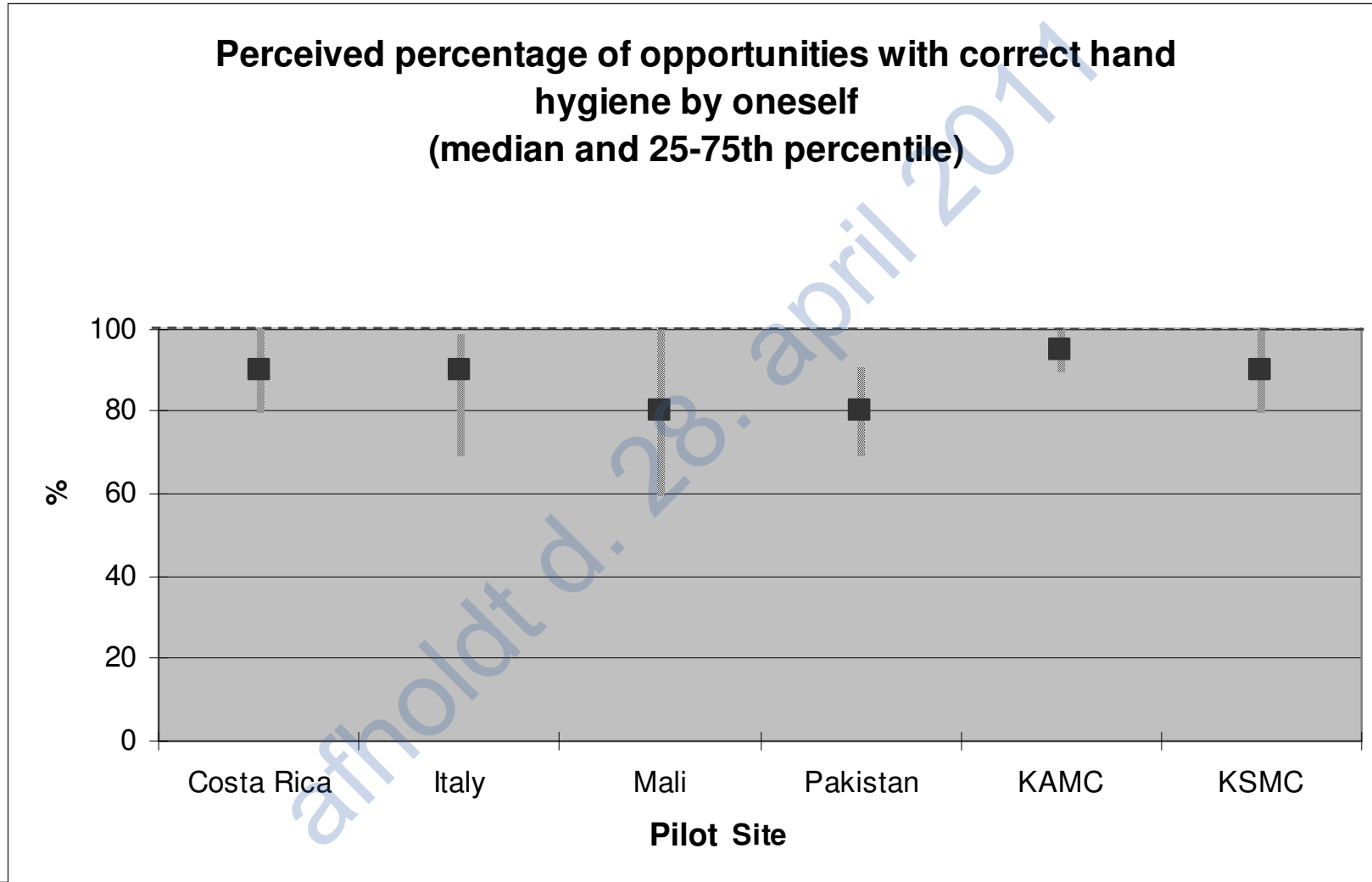
Compliance with hand hygiene in different health-care facilities - Worldwide

Author	Year	Sector	Compliance (%)
Preston	1981	General Wards	16
		ICU	30
Albert	1981	ICU	41
		ICU	28
Larson	1983	Hospital-wide	45
Donowitz	1987	Neonatal ICU	30
Graham	1990	ICU	32
Dubbert	1990	ICU	81
Pettinger	1991	Surgical ICU	51
Larson	1992	Neonatal Unit	29
Doebbeling	1992	ICU	40
Zimakoff	1993	ICU	40
Meengs	1994	Emergency Room	32
Pittet	1999	Hospital-wide	48

Average: 38.7%

Source: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009, Chapter 16

Perceived HH compliance among HCW (2137 respondents)

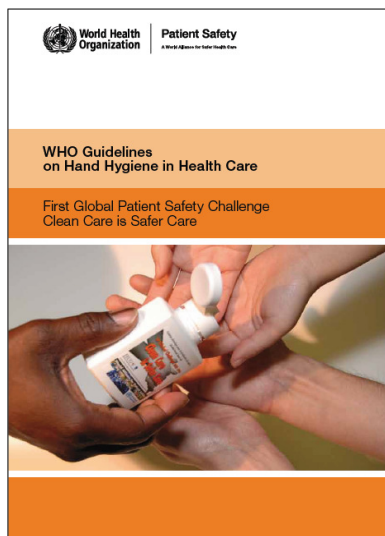


Implementation strategy & toolkit for the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care

Knowledge & evidence

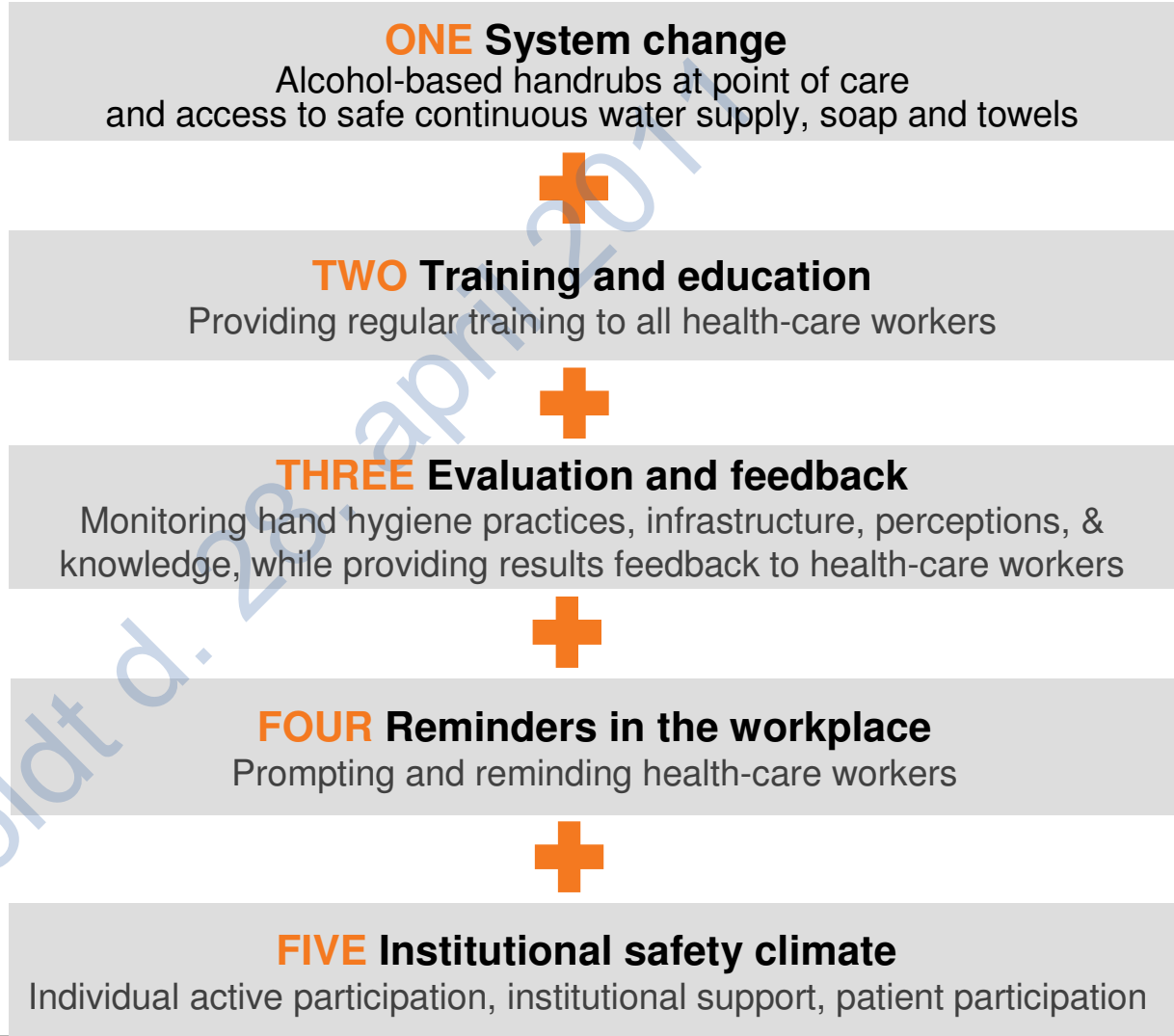


Action

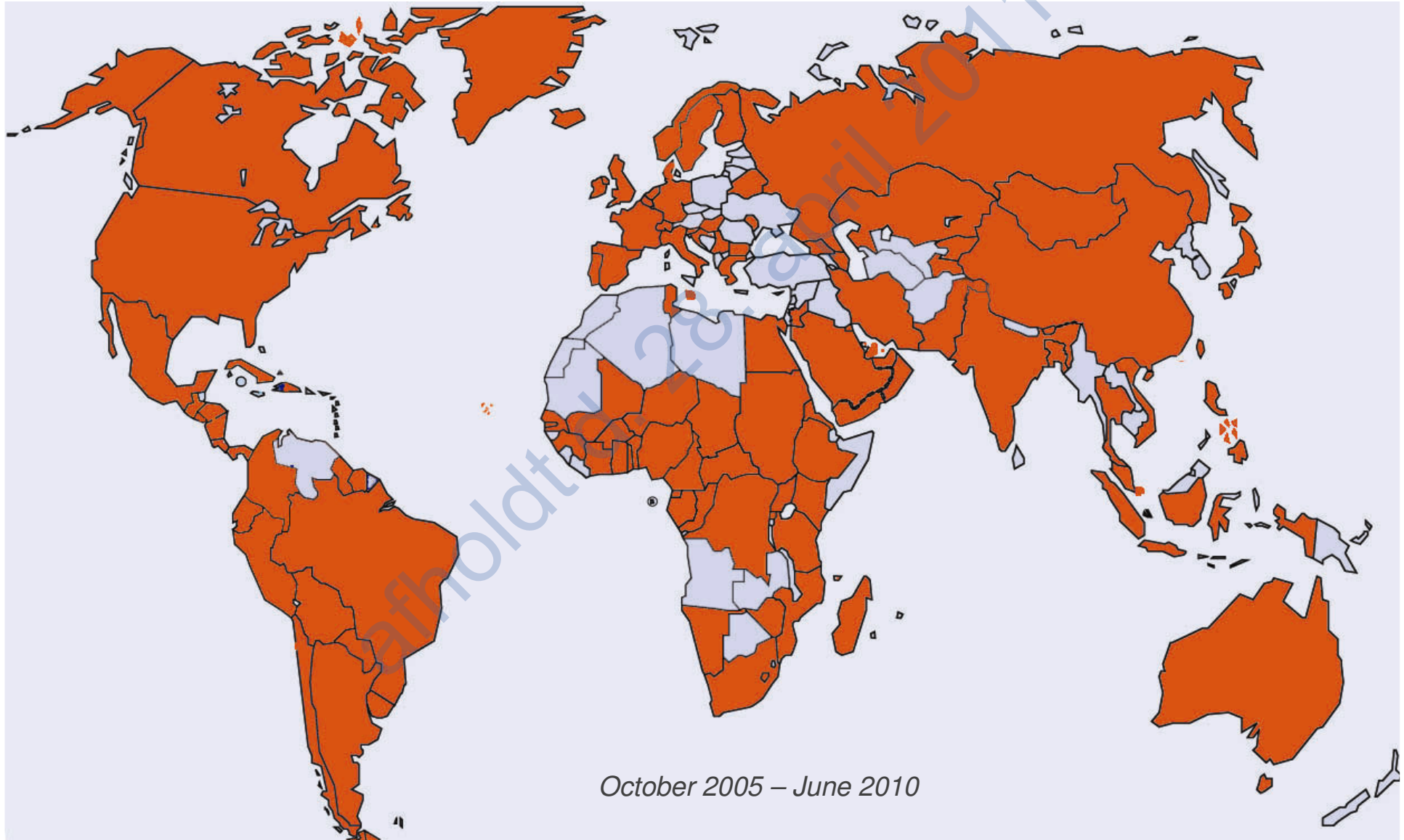


WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy

Based on the evidence and recommendations from the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (2009), made up of **5 core components**, to improve hand hygiene in health-care settings



124 countries committed to address HAI 89.3% world population coverage



Countries/areas running hand hygiene campaigns (August 2010, 41 campaigns)



10 000 hospitals registered as of 4 May 2010...





Implementation tools for Institutional safety climate

- Template Letter to Advocate Hand Hygiene to Managers
- Template Letter to Commit to Hand Hygiene Initiative
- **5 Institutional safety climate**
Individual active participation,
institutional support,
patient participation
- Sustaining Improvement – Additional Activities for Consideration by Health-Care Facilities
- **SAVE LIVES: Clean Your Hands** Promotional DVD

Barriers

- Lack of knowledge and low health literacy

Patients less likely to be involved in decisions requiring medical knowledge and clinical expertise¹

- Stakes

Patients want to participate in major decision-making but not in minor ones²

- As well as disease and comorbidity

Sources:

1) Thompson, S.C. et al. *Patient Educ Couns*, 1993. 22(3): p. 133-40

2) Mansell, D., et al., *Arch Intern Med*, 2000. 160(19): p. 2991-6.

Patients' Beliefs and Perceptions of Their Participation to Increase Healthcare Worker Compliance With Hand Hygiene

Yves Longtin, MD; Hugo Sax, MD; Benedetta Allegranzi, MD; Stéphane Hugonnet, MD; Didier Pittet, MD, MS

BACKGROUND. Research suggests that patients could improve healthcare workers' compliance with hand hygiene recommendations by reminding them to cleanse their hands.

OBJECTIVE. To assess patients' perceptions of a patient-participation program to improve healthcare workers' compliance with hand hygiene.

DESIGN. Cross-sectional survey of patient knowledge and perceptions of healthcare-associated infections, hand hygiene, and patient participation, defined as the active involvement of patients in various aspects of their health care.

SETTING. Large Swiss teaching hospital.

RESULTS. Of 194 patients who participated, most responded that they would not feel comfortable asking a nurse (148 respondents [76%]) or a physician (150 [77%]) to perform hand hygiene, and 57 (29%) believed that this would help prevent healthcare-associated infections. In contrast, an explicit invitation from a healthcare worker to ask about hand hygiene doubled the intention to ask a nurse (from 34% to 83% of respondents; $P < .001$) and to ask a physician (from 30% to 78%; $P < .001$). In multivariate analysis, being nonreligious, having an expansive personality, being concerned about healthcare-associated infections, and believing that patient participation would prevent healthcare-associated infections were associated with the intention to ask a nurse or a physician to perform hand hygiene ($P < .05$). Being of Jewish, Eastern Orthodox, or Buddhist faith was associated also with increased intention to ask a nurse ($P < .05$), compared with being of Christian faith.

CONCLUSIONS. This study identifies several sociodemographic characteristics associated with the intention to ask nurses and physicians about hand hygiene and underscores the importance of a direct invitation from healthcare workers to increase patient participation and foster patient empowerment. These findings could guide the development of future hand hygiene-promotion strategies.

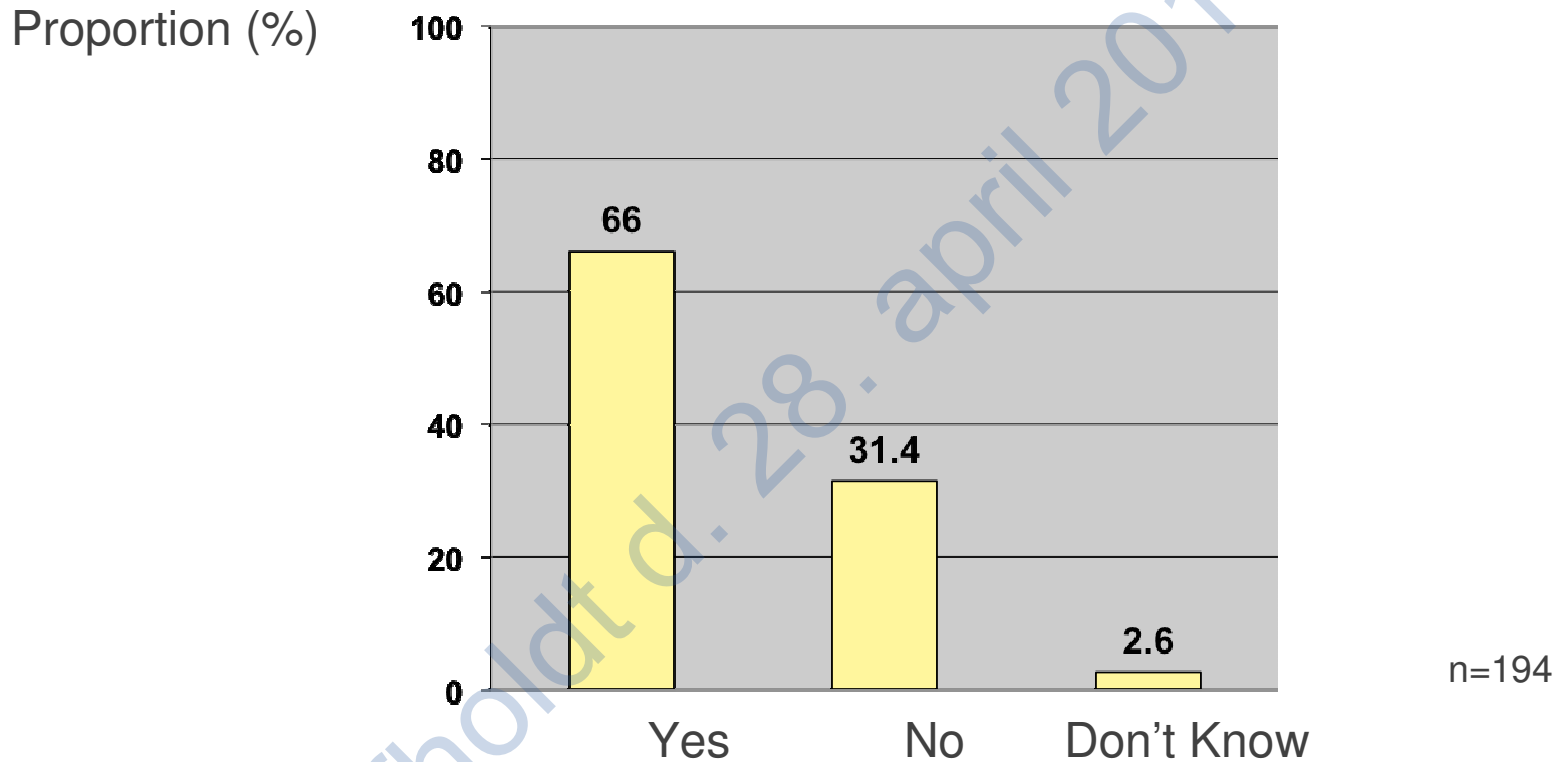
Infect Control Hosp Epidemiol 2009; 30:000-000

England and Wales cleanyourhands campaign

- Fifty-seven percent (302/530) of the public surveyed were unlikely to question doctors on the cleanliness of their hands as they assumed that they had already cleaned them.
- Forty-three percent (90/210) of inpatients considered that HCWs should know to clean their hands and
- trusted them to do so
- Twenty percent (42/210) would not want HCWs to think that they were
- questioning their professional ability to do their job correctly
- Further work is required to refute the myth among HCWs that patient involvement undermines the doctor- or HCW patient relationship

Source: C. Kilpatrick, 1st patient safety challenge team, 2010

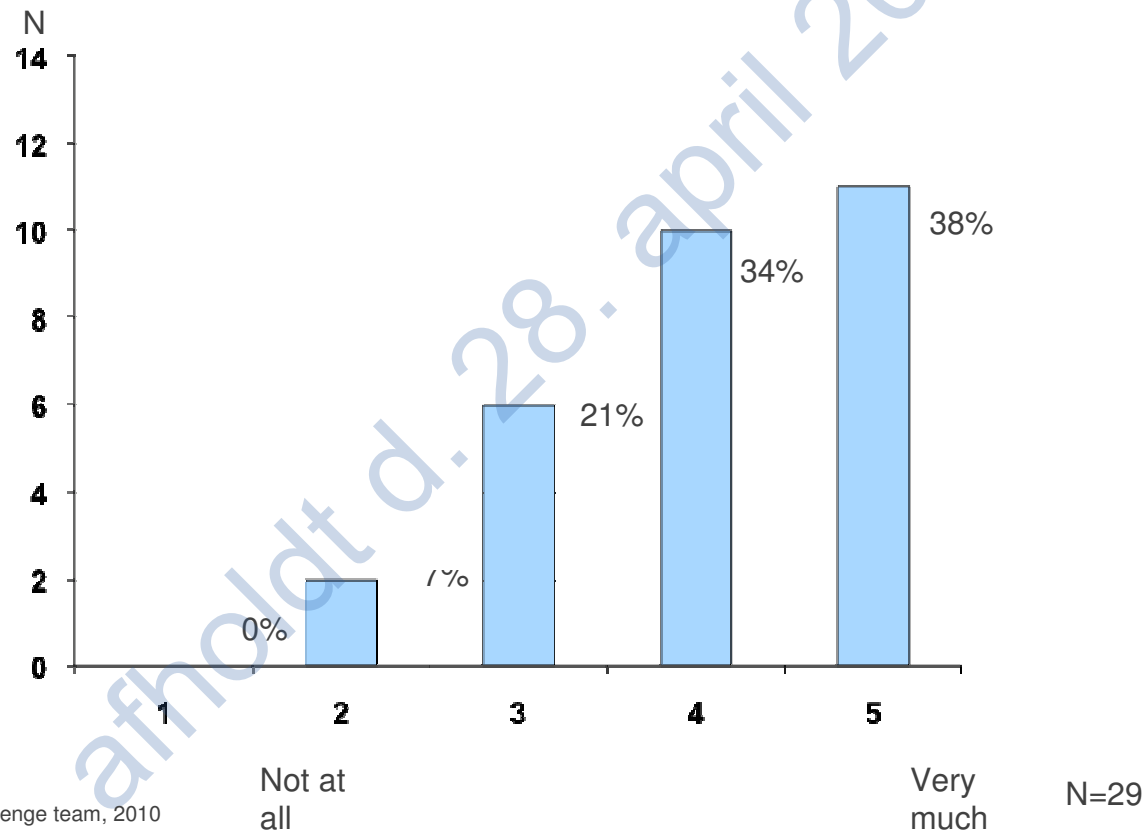
Erroneous Perception of HH Indications



Source: C. Kilpatrick, 1stpatient safety challenge team, 2010

HCW feedback – University Hospitals Geneva

If a patient notices that I forgot to perform HH, I would appreciate that he/she reminds me



Source: C. Kilpatrick, 1stpatient safety challenge team, 2010

25/29 (86%) of respondents have some negative perception of PP programs to improve HH

- PERCEPTION OF LACK OF TIME
- WOULD BE HUMILIATED
- WOULD BE ASHAMED
- FEAR THAT OMISSION COULD ANGER PATIENTS
- BELIEF THAT REMINDING HOWS IS NOT THE PATIENT'S ROLE
- WOULD FEEL GUILTY TO ADMIT OMISSION
- WOULD BE OFFENDED TO BE REMINDED BY PATIENTS
- FEAR OF LEGAL ACTIONS
- FEAR OF LOSING CREDIBILITY



World Health
Organization

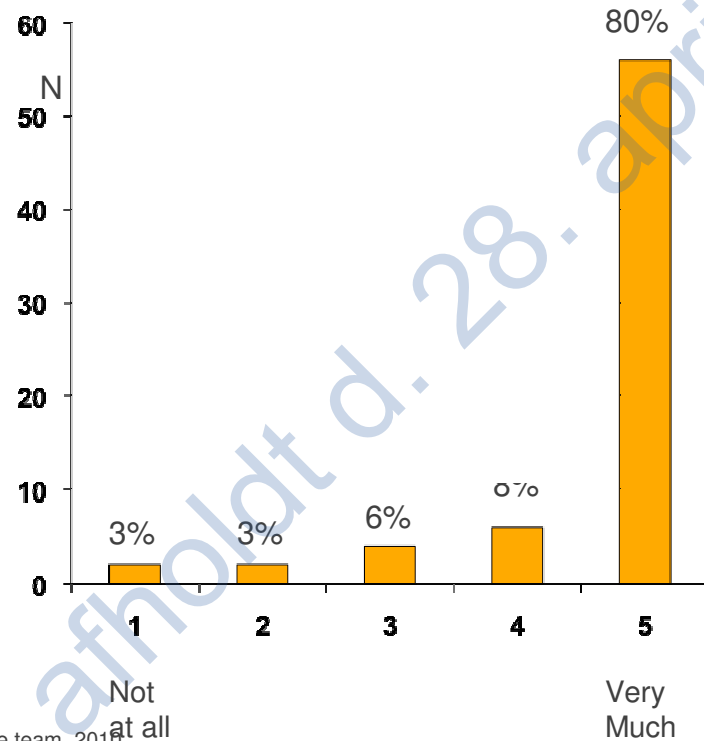
Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Actual vs Perceived

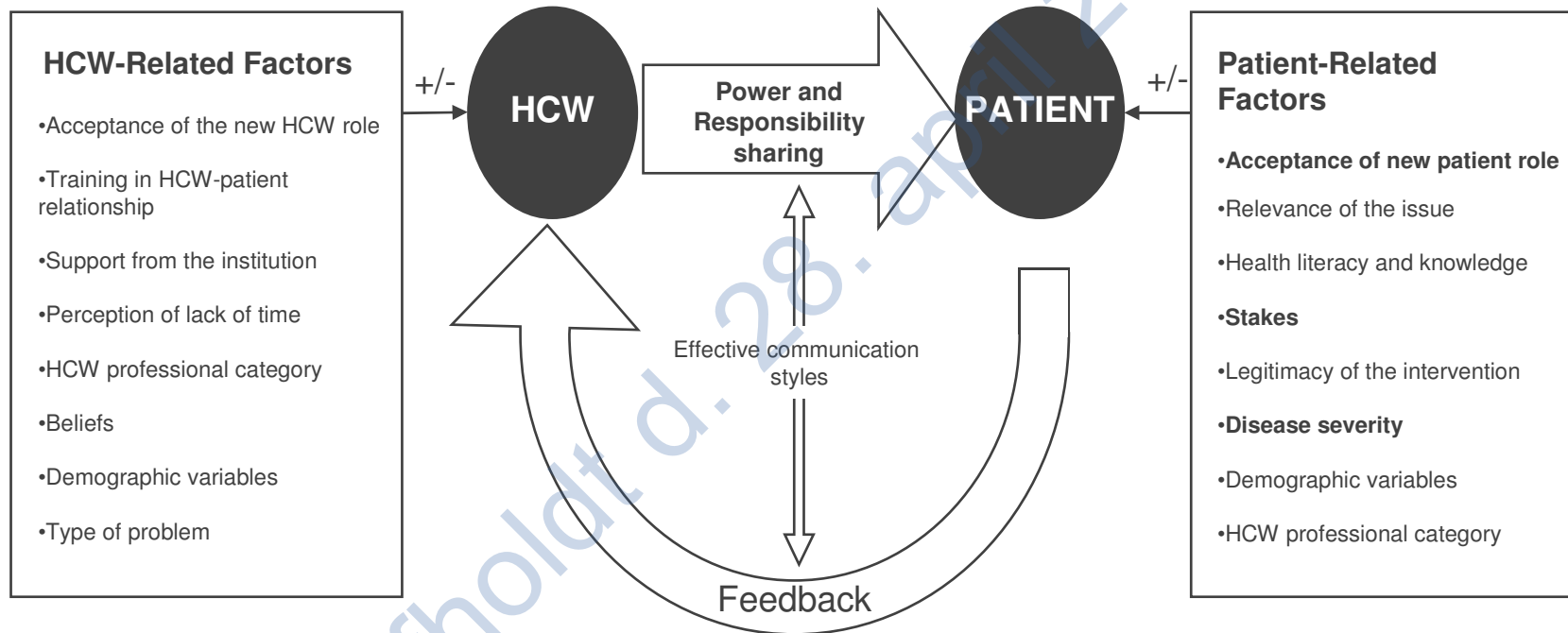
Do You Think a PP Program Would Help You Improve your Hand Hygiene Practices?



Source: C. Kilpatrick, 1st patient safety challenge team, 2010

N=29

Conceptual model of factors that influence patient participation in preventing errors



Source: adapted from Longtin & all, MayoClinProc, 2010; 85(1):53-62

Evidence demonstrates that patients can be persuasive

- Broadening the depth and amount of information available
- Review existing empowerment models
- Programme development/ implementation– taking into account local context
- Evaluation

A system for patient feedback is crucial

Hand hygiene self assessment framework – a new tool to monitor progress/improvement

- A validated and systematic tool with a check list format
- 5 components and 27 indicators to assess progress
- Facilitates the development of an action plan for hand hygiene improvement in the respective setting
- Identifies key issues requiring attention and improvement and to document progress
- Already 20 000 recorded downloads

[Hand Hygiene Self-Assessment Framework](#)

'SAVE LIVES: Clean Your Hands' 5 May 2011

Continue to improve and sustain hand hygiene and help save lives by reducing health care-associated infection

Register commitment with WHO **now** if you haven't already done so. **The goal is reaching 15 000 registered health care facilities**

Use the self assessment framework and give us your feedback, as well as national hand hygiene web links or case studies

Look for WHO free infection control tele-classes in April and May

Current health-care facilities registered per region:

- Africa – 411
- Americas – 3 102
- Eastern Mediterranean – 473
- **Europe – 4 551**
- South East Asia – 999
- Western Pacific – 2 646

Conclusions

Patient participation has been shown to improve many aspects of patient care and outcomes

Many health care workers may be uncomfortable with PP, however, this is key to behavior & system change

Patients' desire to ask about HH may vary between settings, given the timing and environmental culture, etc

Patient Participation Programs May Improve HH Compliance through Different Mechanisms

For additional information

<http://www.who.int/gpsc/news/en/index.html>

<http://www.who.int/gpsc/5may/resources/en/index.html>

<http://www.nejm.org/toc/nejm/medical-journal>

1st Patient Safety Challenge team: C. Kilpatrick, B. Allegranzi, D. Pittet
contact: allegranzi@who.int

www.euro.who.int

Health care associated infections: apc@euro.who.int

Antimicrobial resistance: bga@euro.who.int

Health care quality: vha@euro.who.int

Observationelle metoder – erfaringer og refleksioner

Niels Sandholm Larsen

Lektor. Ph.d. sociolog, sygeplejerske
Professionshøjskolen Metropol

Baggrund

- Mikrosociologiske studier af sygeplejerskers arbejde.
- Mikrosociologiske studier af speciallægers arbejde.

Overordnet interaktionistisk forståelsesramme med anvendelse af kvalitative metoder:

- Deltagende observation, interviews og indsamling af dokumentarisk materiale.

Etnografiske traditioner

- Interaktionistisk etnografi – undersøgelses objekter som foranderlige, flertydige - fokus på kontekstafhængig meningsproduktion
- Naturalistisk etnografi – undersøgelsesobjekter som relativt stabile størrelser – fokus er deskriptivt

Teknikker

- Strukturerede/ustrukturerede teknikker
- Kunstigt/naturligt miljø
- Åben/skjult observation
- Grader af deltagelse

afholdt d. 28. april 2011

Den goffmanske tradition

- Hypotesen bag institutionsstudierne er, at gruppe af mennesker, fanger, fangevogtere, patienter og behandlere udvikler særegne livsformer, der får mening og forekommer rationelle, når forskeren kommer tæt nok på.
- Fokus er identifikation af mønstre som objektiveres i interaktionen

Forskeren, rammerne, de udforskede og undersøgelsesgenstand

- Observatør/allieret/kontrollør/opdrager?
- Informanter er politiske aktører

Om klinisk arbejde

- Strukturerer i tvangsbetonede institutionelle rammer
- Forurening som vilkår, tabu eller strategi i institutioner

Self - ethnography

- "Self - ethnography" er kvalitative studier og feltarbejder, hvor forskeren har en "*naturlig adgang til den kultur, som udforskes og samtidig er aktivt deltagende på lige fod med forskningsobjekterne*"
- I alle feltstudier er der elementer af at "bryde ind" i grupper og skaffe sig adgang til private rum for at producere empiri. Efterfølgende må forskeren "bryde ud", distancere sig for at kunne analysere det "selvhentede" stof.
- I self - ethnografien er bevægelsen principielt omvendt.
- Pros and cons
- Alvesson, M.(2003). Methodology for Close up Studies – Struggling with Closeness and Closure. *Higher Education*, 46, 167-193.
- Alvesson, M.(2005). At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner.

Strategier til at skabe brud og distance:

- Nuanceret og tæt empirisk materiale
- Perspektivskift
- Metode triangulering
- Analyser med afsæt i forskellige teoretiske perspektiver.

Eksempel på metode triangulering

- Ca. 100 timers feltstudier, herunder observation af 12 indledende samtaler.
- To fokusgruppe interviews med ansatte.
- Indsamling af nøgledokumenter.

afholdt d. 28. april 2011

Case: Indledende samtale i et sundhedscenter.

Kontekst:

- Toårigt forsøgsprojekt
- Rehab. af kronisk syge

afholdt d. 28. april 2011

Indledende samtale. Sygeplejerske interviewer patient og noterer i skemaet til højre

Sygeplejerske: Har du problemer med hørelsen?

Patienten ryster på hovedet

Sygeplejerske: Synet?

Patient: Ja, jeg er langsynet

Sygeplejerske: Det er alderen – nok ikke din sukkersyge. Har du været til øjenkontrol? Det er en god ide.

Sygeplejerske: Problemer med fødderne

Patient: Nej

Sygeplejerske: Fodterapeut har du været til sådan noget?

– man kan få et pænt tilskud når man har diabetes

Patient: Er det noget man skal have en henvisning til?

Sygeplejerske: Ja - Sover du godt? Jeg snupper lige dit blodtryk

Måler BT

Sygeplejerske: Det ligger lidt i overkanten

Patient: Hvad er det?

Sygeplejerske 160/95 - Når du har diabetes skal det helst ligge på 135 [..]

Jeg skriver det lige så jeg ikke glemmer det.. lige snuppe din puls ..

ja , 72. Så skal jeg lige have din vægt engang.

Patienten t stiger på vægen: Hvad siger du?

Sygeplejerske: 93,9 - Hvor høj er du ?

Patient: 172

Sygeplejerske Så skal jeg have dit mavemål ... peg på navlen..

Det virker lidt underligt.. grunden til jeg gør det.. er det dårlige fedt, det der populært sagt kan sætte sig i blodårerne sidder der ...

Har du tabt dig i den seneste tid?

Patient Ja 5,2 kg

Sygeplejerske: Nej hvor flot!

PATIENTENS SANSER OG KOMMUNIKATION

Har patienten problemer med hørelsen? Ja Nej

Har patienten problemer med synet? Ja Nej

Har patienten ind i mellem problemer med fødderne, i form af:

Hævelse Ja Nej

Smerter Ja Nej

Føleforstyrrelser Ja Nej

Sover patienten godt om natten? Ja Nej

Hvis nej, hvorfor? _____

Har patienten problemer med at forstå eller at udtrykke sig? Ja Nej

Hvis ja, angiv årsag:

Nedsat koncentrationsevne Ja Nej

Smerter Ja Nej

Træthed Ja Nej

Er ikke dansktalende Ja Nej

Nationalitet? _____

Tolk er bestilt Ja Nej

ERNÆRINGSTILSTAND

Vægt 93,9 kg Højde 172 cm

Taljemål 104 cm BMI 32

Har patienten tabt sig de sidste 3 mdr.? Ja Nej

Har patienten taget på de sidste 3 mdr.? Ja Nej

Har patienten ændret kostvaner indenfor det sidste års tid? Ja Nej

Hvordan er de ændret? mere grønt/frugt, mindre kød/fedt, hyppigere måltider

Har patienten problemer med tænder eller mund Ja Nej

Hvilke?

Niels: Fordi det overrasker mig lidt, altså fordi når jeg har overværet jeres indledende samtaler, så synes jeg, at jeg har hørt jer sige, "Fru Hansen, du må egentlig undskylde, at jeg har de her spørgsmål, men jeg skal stille dem"

Spl 1: Det gør jeg aldrig. Gør jeg det? Det kunne jeg godt tænke mig at høre hvis jeg har gjort. (Griner)

.....

Spl 2: Jeg synes, at det kan være lidt problematisk, hvis nogle af de lidt bedre patienter og skulle igennem... jeg bliver nødt til at spørge. Jeg kan ikke tage noget for givet, men jeg skal jo spørge: "Er du faldet inden for de sidste år". Det er sådan lidt, æææææ, at skulle spørge en kvinde på 47 om. Som har diabetes og lidt forhøjet blodtryk, om hun er faldet inden for det sidste år. (Spl 1: Det er rigtigt). Det kan nogen gange virke sådan lidt ... Men det skal jeg spørge om, fordi det er jo en data, altså det bliver jo registreret. Så jeg opfatter, at det skal jeg spørge om, og det synes jeg kan være lidt malplaceret. Plus at jeg lige skal spørge- jeg spørger måske ikke altid - om de har hjemmepleje, hvis jeg ved, at de er erhvervsaktive osv.

Spl 2: Jeg har det ander ... lidt ambivalent med det, fordi jeg har haft nogle samtaler, hvor jeg har sådan prøvet, at lægge det lidt til side, som så er resulteret i, at der er nogen ting jeg har glemt at spørge om ikke. Det er altså ret irriterende, fordi så skal jeg til at ringe vedkommende op, (de andre jaj, ja mmmm)

Mønstre

- Parallitet mellem tekst/instruks og handling
- Ambivalenser, modstand og forhandlinger i materialet
- Respondenterne benytter forskellige strategier

Hvordan kan vi se, hvordan de gør det – erfaringer med observation af håndhygiejnemetode

- Hygiejnesygeplejerske Anni Juhl-Jørgensen
- Tidligere Fyns Amt

Pilotprojekt for indførelse af standarder for styring af infektionshygiejne i det Fynske Sygehusvæsen

- Sygehusudvalget under Fyns Amt ønskede at styrke den infektionshygiejniske indsats indenfor sygehusområdet
- Perioden 1. september 2003 – 31. august 2005

Formål

- At afprøve en metode til indførelse af infektionshygiejniske standarder i det Fynske sygehusvæsen, samt
- At undersøge standardernes anvendelighed i klinikken

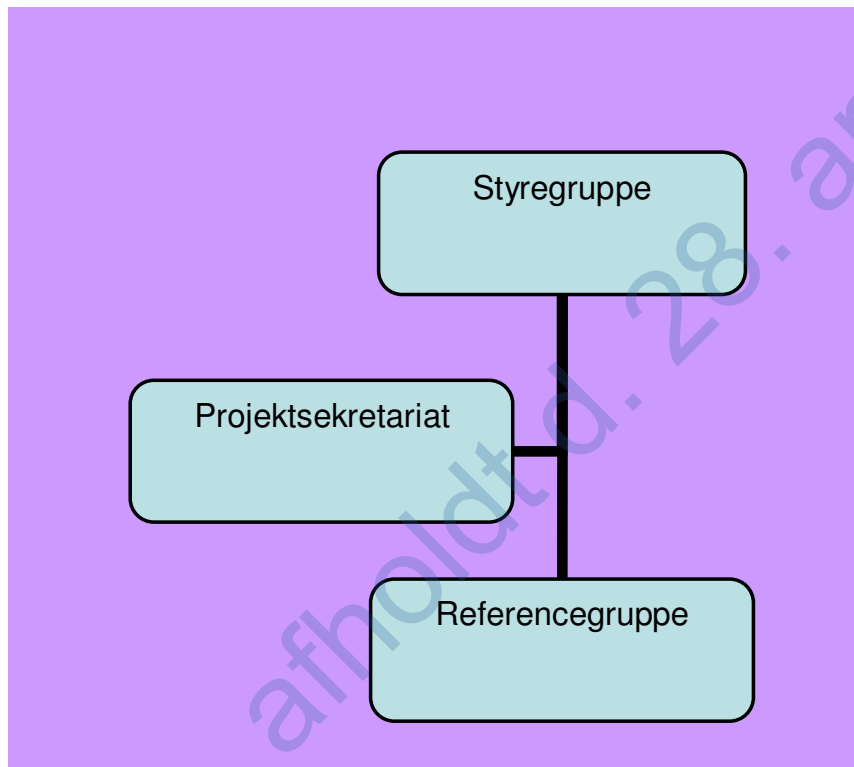
Mål

- At forebygge, begrænse og bekæmpe antallet af hospitalserhvervede infektioner hos patienter og personale gennem opretholdelse af en høj infektionshygiejnisk standard, samt
- At udvikle kvaliteten af det infektionsforebyggende arbejde

Følgende infektionshygiejniske standarder indgik i pilotprojektet:

- DS 2450: Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Krav til ledelsessystemet, 1. udgave 2001
- DS 2451-2: Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 2: Krav til håndhygiejne, 1. udgave 2001
- DS 2451-3: Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 3: Krav til brug af intravaskulære katetre, 1. udgave 2001

Organisation



Styregruppemedlemmer:
Fyns Amts Kvalitetsudvalg,
Hygiejnekomiteen for Fyns Amt

Projektsekretariat:
1 projektleder og 5 kliniske
koordinatorer, en fra hver af de
deltagende afsnit samt 2
amtshygienesygeplejersker

Referencegruppemedlemmer:
Ledelses- og
medarbejderrepræsentanter fra de
involverede afsnit, projektleder,
kliniske koordinatorer,
amtshygienesygeplejersker, klinisk
mikrobiolog

Afgrænsning

- Projektet er afgrænset til at omfatte 2 afdelinger, en afdeling på Odense Universitetshospital og en afdeling i Sygehus Fyn.
- Projektstyregruppen ønskede at afprøve standardernes anvendelighed i afdelinger med komplekse infektionshygiejniske problemstillinger og valget faldt på:
 - Nefrologisk Afdeling Y, OUH
 - Intensiv Afdeling V, SHF Svendborg
- Begge afdelingsledelser gav tilsagn om at ville indgå i pilotprojektet.

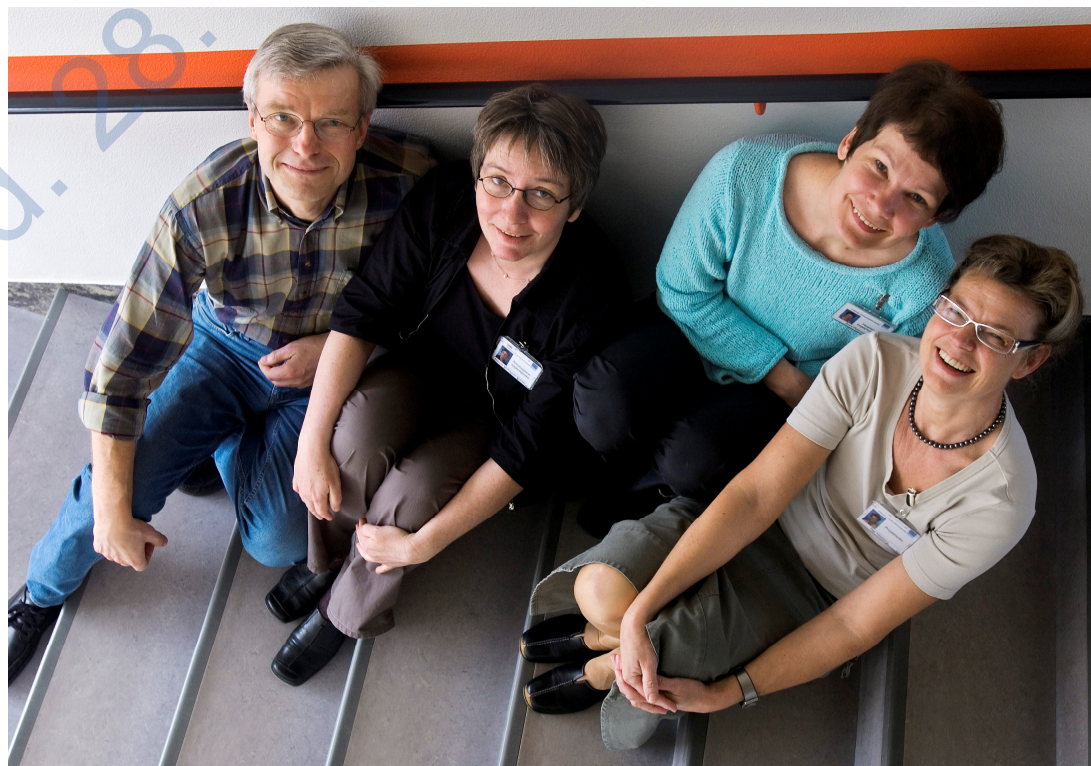
Metode

Prækvalificering efterår 2003

- Udarbejdelse af manglende vejledninger
- Fysiske forhold
- Afvigelsesrapporter
- Undervisning
- E learning SSI, håndhygiejne
- Øvelsesdag, håndhygiejne
- Audit november 2004
- Audit maj 2005
- Audit august 2005

Ressourceforbrug, øvelsesdag

- Projektleder
- 2 hygiejnesygeplejersker
- 1 hygiejneoverlæge

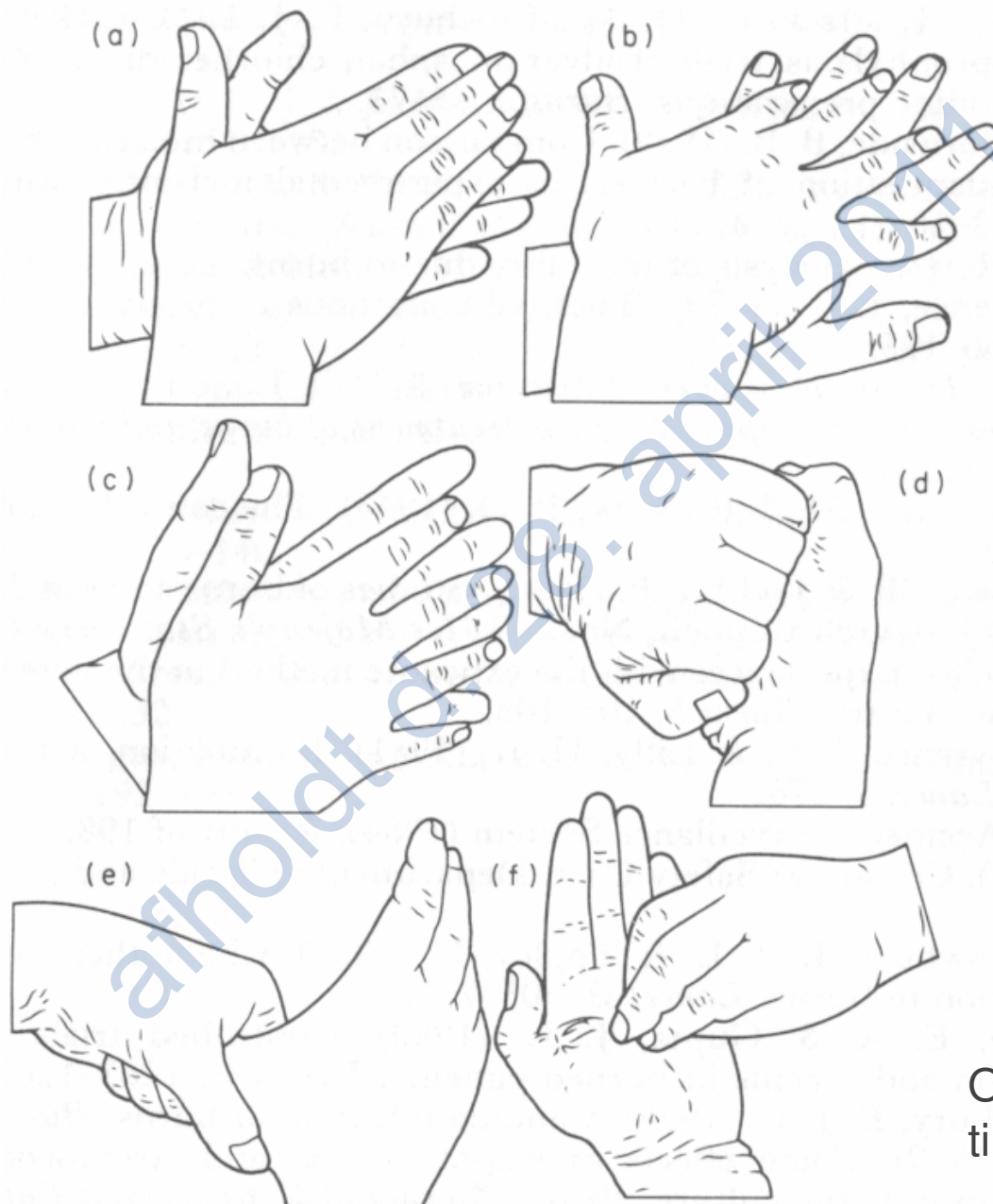


Hygiejnesygeplejerske Anni Juhl-Jørgensen

Øvelsesdag

- Tværfagligt
- 1 lektion med teoretisk oplæg om korrekt håndhygiejne
- Praktisk demonstration af håndhygiejne
- Deltagerne udfører håndhygiejne i form af hånddesinfektion og resultaterne dokumenteres

Håndhygiejne – en klinisk procedure

Tid og
Metode

Hygiejn

Og så håndleddene
til sidst

27-04-2011

Indsamling og analyse af data

- I undersøgelsen indgik i alt 98 par hænder:
 - 12 fra lægegruppen
 - 63 fra plejegruppen
 - 23 fra gruppen øvrigt personale.

UV-boks - kontrol af metode



Her gik det meget godt



Men disse to havde ikke nogen heldig hånd....



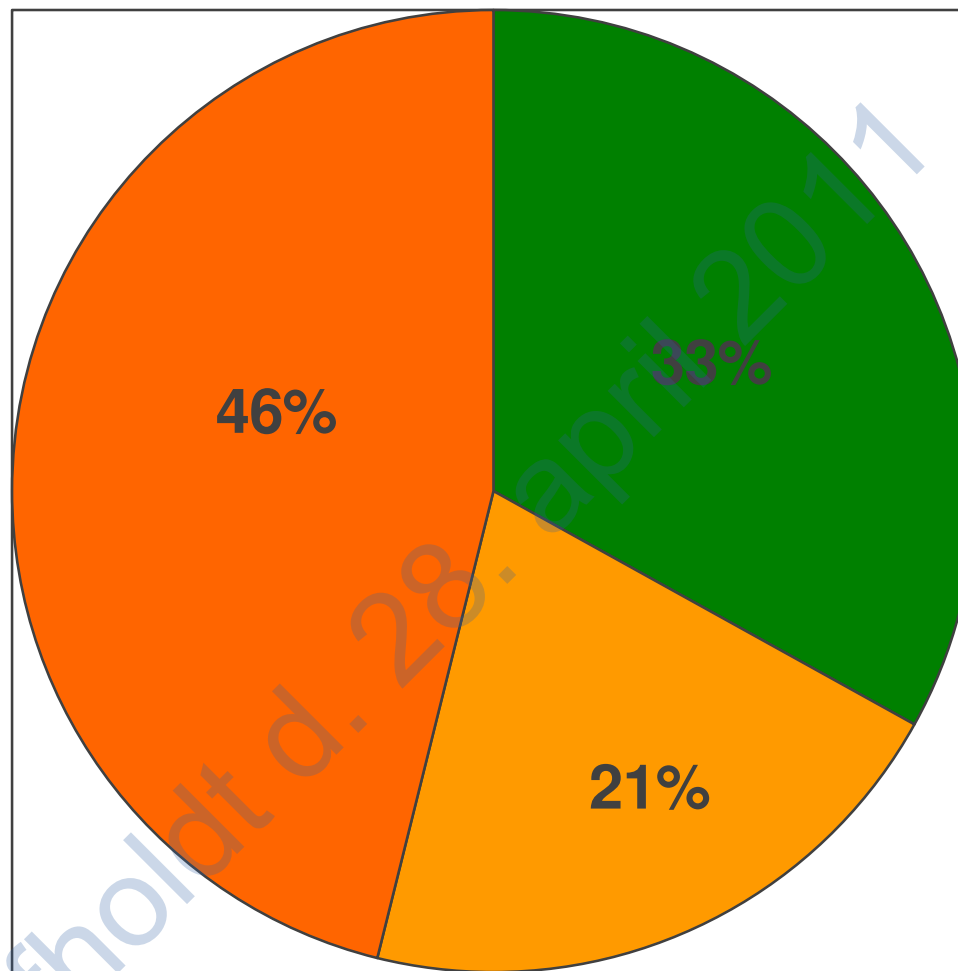


Resultat og konklusion

- **Af det samlede resultat fremgår:**
- at hver 3. testede person udfører en helt korrekt hånddesinfektion
- at hver 3. testede person skal være opmærksom på at få fingre ordentlig dækket med desinfektionsmiddel
- at hver 5. testede person skal bruge mere hånddesinfektionsmiddel.

Resultat og konklusion

- Korrekt hånddesinfektion: 32, svarende til 33%
- Ikke dækkende: 21, svarende til 21%
- Defekter: 45 par hænder (46%), 63 defekter, heraf:
 - 14 Håndledsdefekter, svarende til 22%
 - 42 Fingerdefekter, svarende til 67%
 - 7 Håndrygsdefekter svarende til 11%



■ Korrekt ■ Ikke dækkende ■ Defekter

REGION



Hillerød
Hospital

afholdt d. 28. april 2011

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: F'~
STACK:

afholdt d. 28. april 2011

Hvordan kan vi standardisere observation af håndhygiejneteknik

Lisbeth Kyndi Bergen, hygiejnesygeplejerske, Rigshospitalet

Helle Amtsbiller, hygiejnesygeplejerske, CEI, Statens Serum Institut

Torsten Slotsbjerg, overlæge, KMA, Hvidovre Hospital

Elsebeth Tvenstrup Jensen, afdelingslæge, CEI, Statens Serum Institut

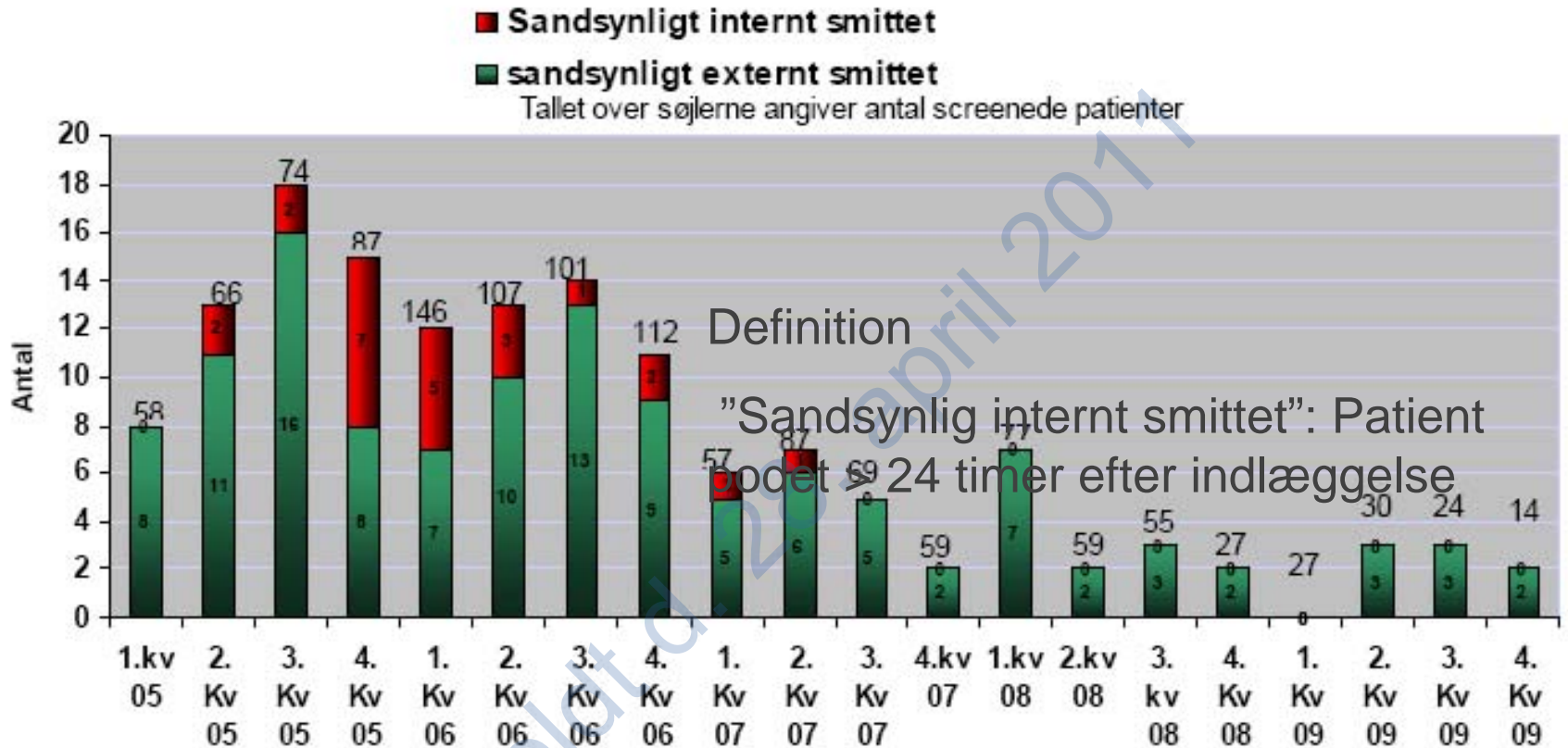
Hvorfor lavede vi projektet

Supplement til H:S håndhygiejnekampagnen 2006

**TA' HÅND
OM HYGIEJNEN**



Antal nyopdagede MRSA-patienter på Amager Hospital 2005 - 2009



Litteratur

3 artikler:

Widmer AE et al: Alcohol-based handrub: evaluation of technique and microbiological efficacy with international infection control professionals. Infect Control Hosp Epidemiol 2004 Mar; 25(3): 207-9


McDonald DJM et al: Improving hand-washing performance – a crossover study of hand-washing in the orthopaedic department. Ann R Coll Surg Engl 2006; 88:289-291

McDonald DJM et al: One plunge or two? - hand disinfection with alcohol gel.

International Journal for Quality in Health Care. 2006; Volume 18, Number 2: pp120-122

Formål med projektet

- Udvikle metode til screening af kvalitet af hånddesinfektion
- Afdække grupper med dårlig kvalitet
- Følge kvalitet over tid
- Screene mange på kort tid
- Mulighed for hurtig feed-back

A photograph showing two healthcare workers in a clinical setting. They are wearing blue scrubs and light blue hairnets. The worker on the right is wearing glasses and has their hand on a purple, dome-shaped UV box. The worker on the left is looking down at the box. The background is slightly blurred, showing what appears to be a hospital room with a door and some equipment.

**Metode:
Uanmeldt audit
UV-boks
Alle medarbejdere på arbejde
Individuel feed back**

Scoring

Kvalitet af desinfektion

2 point: Håndflader og håndrygge dækket

1 point: Håndflader dækket

0 point: Håndflader ikke dækket

Smykker og lange ærmer

1 point: Ingen ring

1 point: Ingen ur/armbånd

1 point: Ingen lange ærmer

Score 0 - 5 point

Data: Uddannelse, køn, anciennitet, +/-leder

Mål:

Højst 20% må score 0-3 point

Handleplan i samarbejde med ledelsen

A: Smykker/lange ærmer:

1. Møde med personale
2. Ledere har ansvaret for at personalet overholder politikken

B: Teknik:

1. Undervisning til personalegruppen

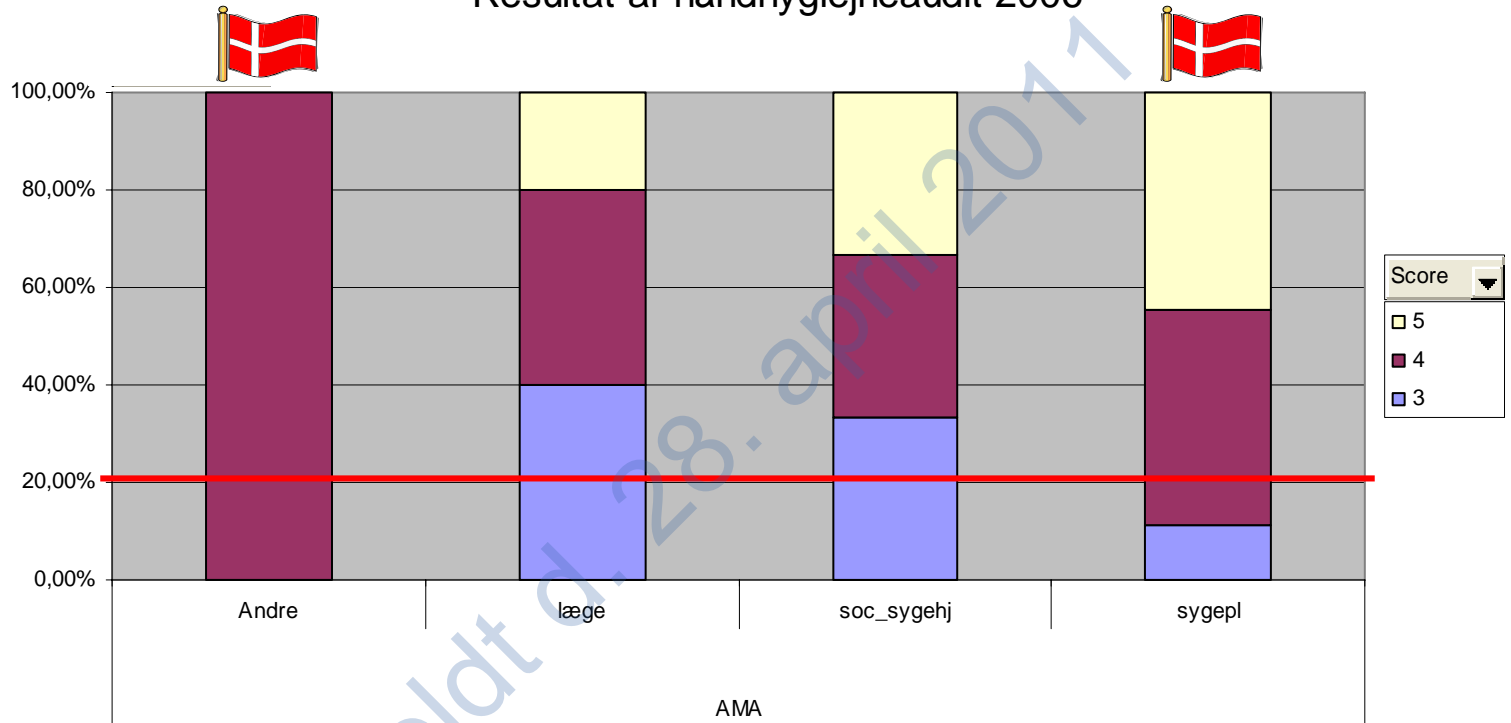
Validering af metode

10 personaler blev scoret af
begge auditører:

Ingen forskel i point

afholdt d. 28. april 2011

Resultat af håndhygiejneaudit 2006

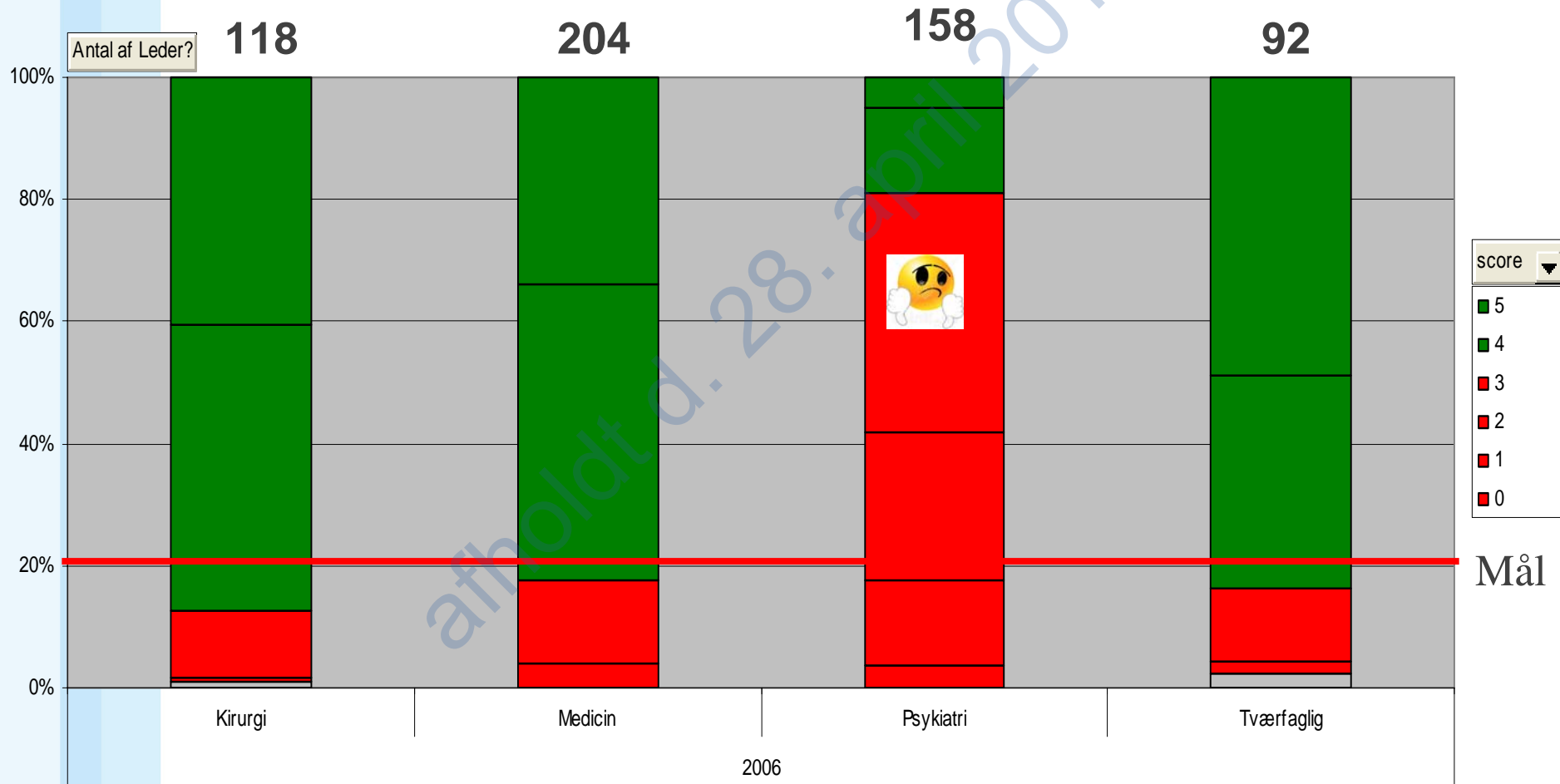


”Andre” = studerende

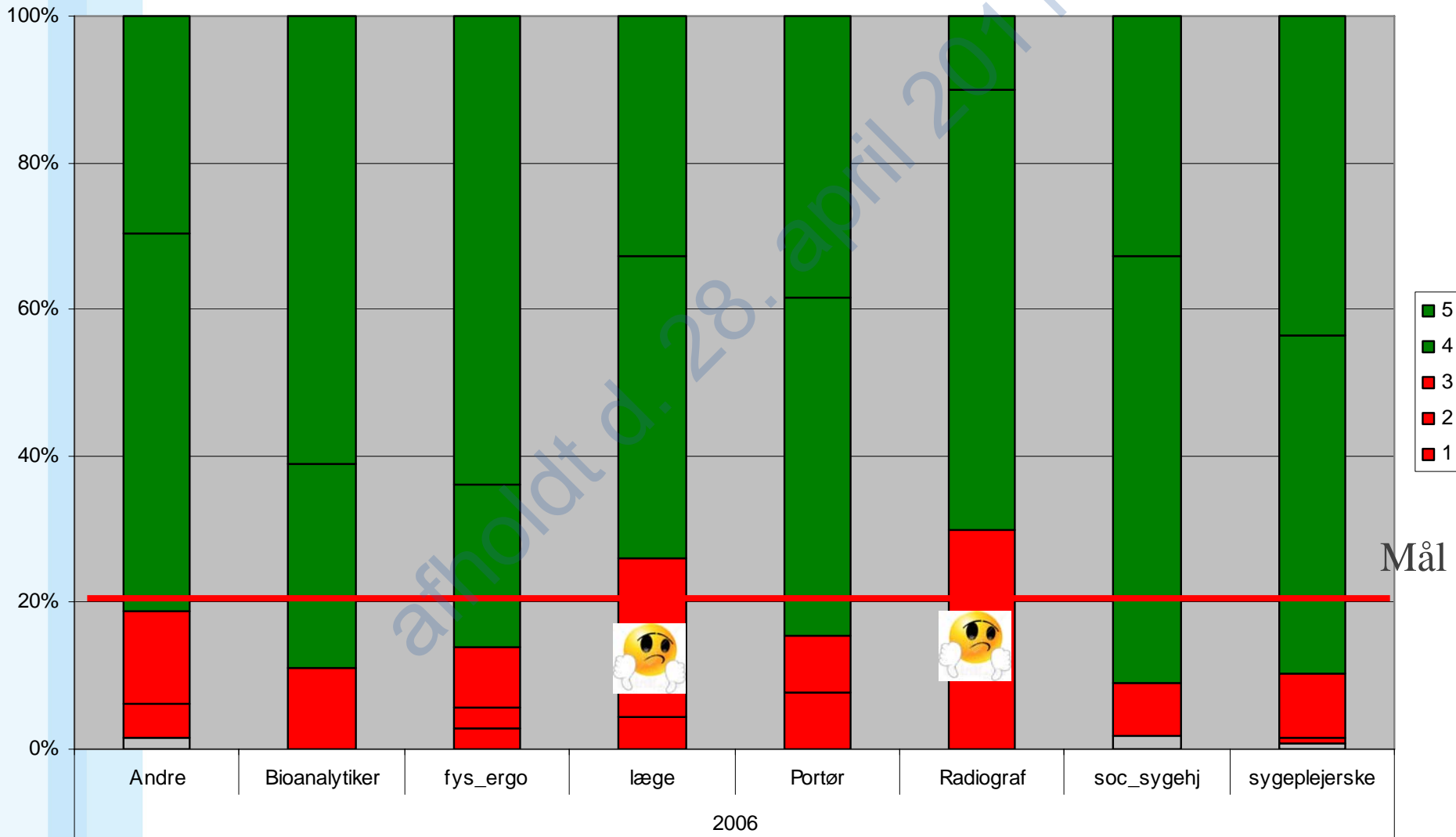
Resultater fra 1. Audit

Højst 20% må score 0-3 point

Key (Alle)



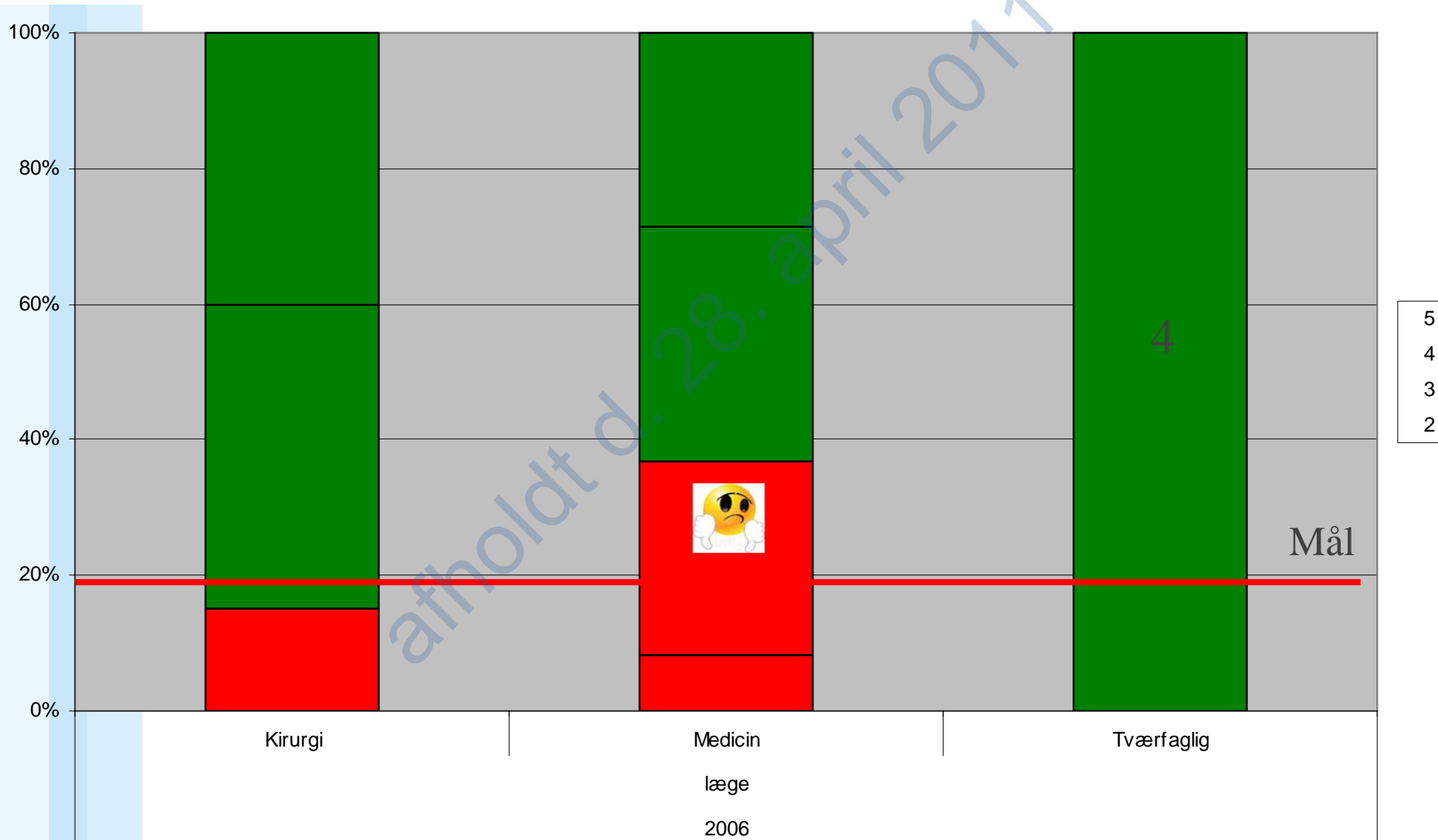
Somatiske afdelinger 2006



Mål

Læger fordelt på fagområde

Somatiske afdelinger 2006



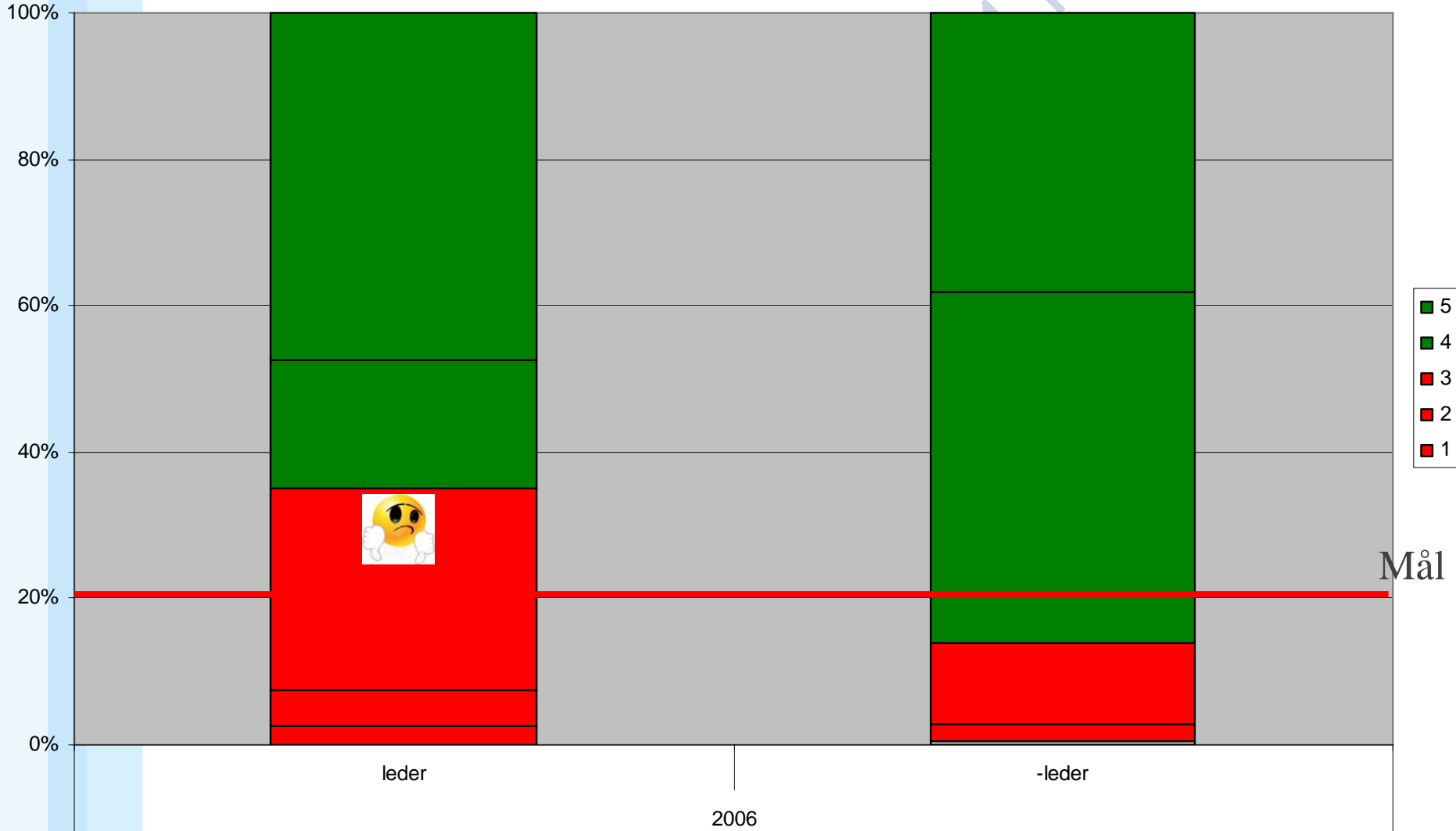
Medicinske læger fordelt på køn

Somatiske afdelinger 2006



+/- Leder

Somatiske afdelinger 2006

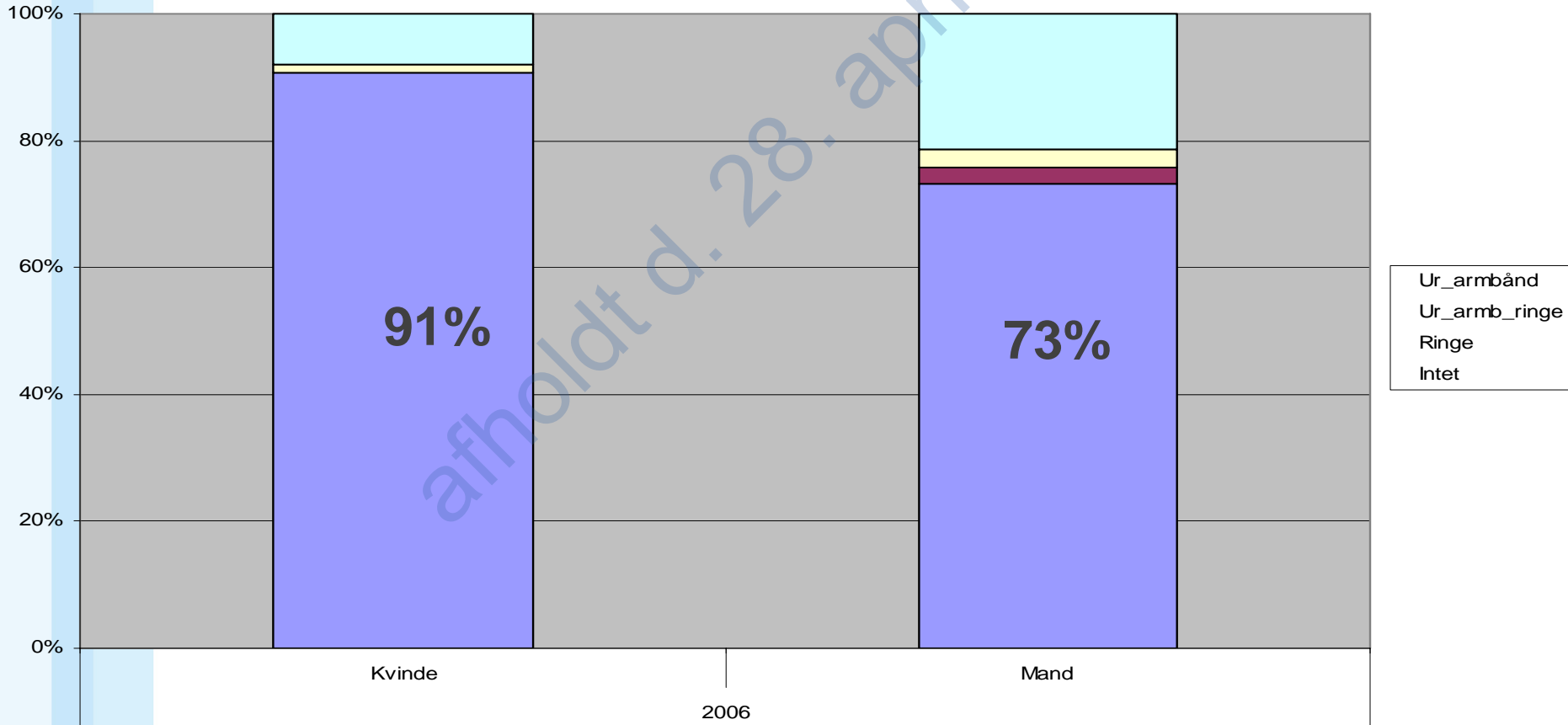


Score fordelt på køn

Somatiske afdelinger



Smykker og køn Somatiske afdelinger



Interventionsgrupper

- Psykiatrien
- Radiografer
- Medicinske læger
- Ledere
- (Køn)



Ny audit i 2008 og 2009



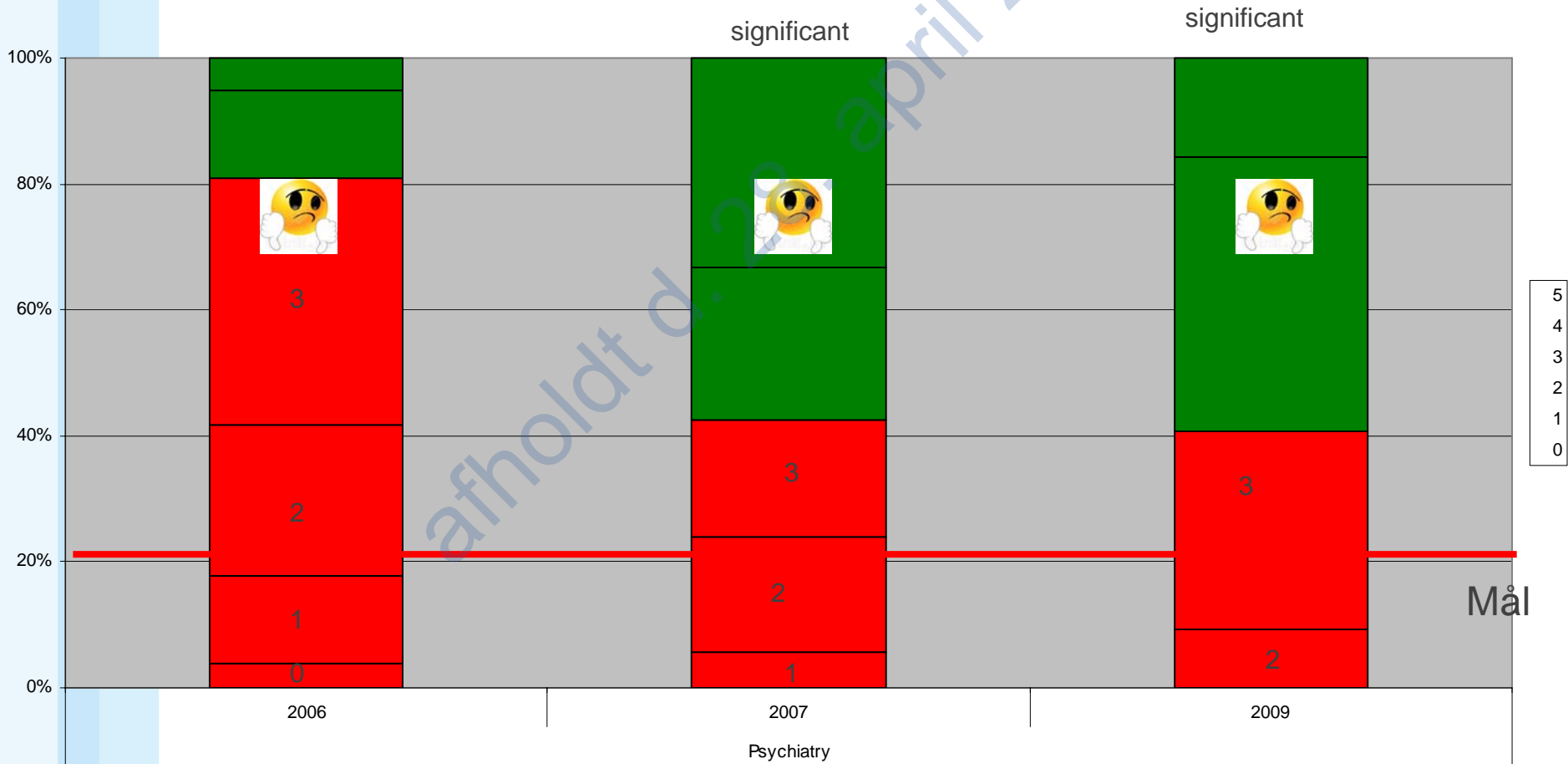
Antal auditeret personale

	Periode 1	Periode 2	Periode 3	I alt	
Medicin	204	141	127	472	
Tværfaglig	92	47	42	181	
Psykiatri	158	108	32	298	
Kirurgi	118	91	45	254	
I alt:	572	387	246	1205	

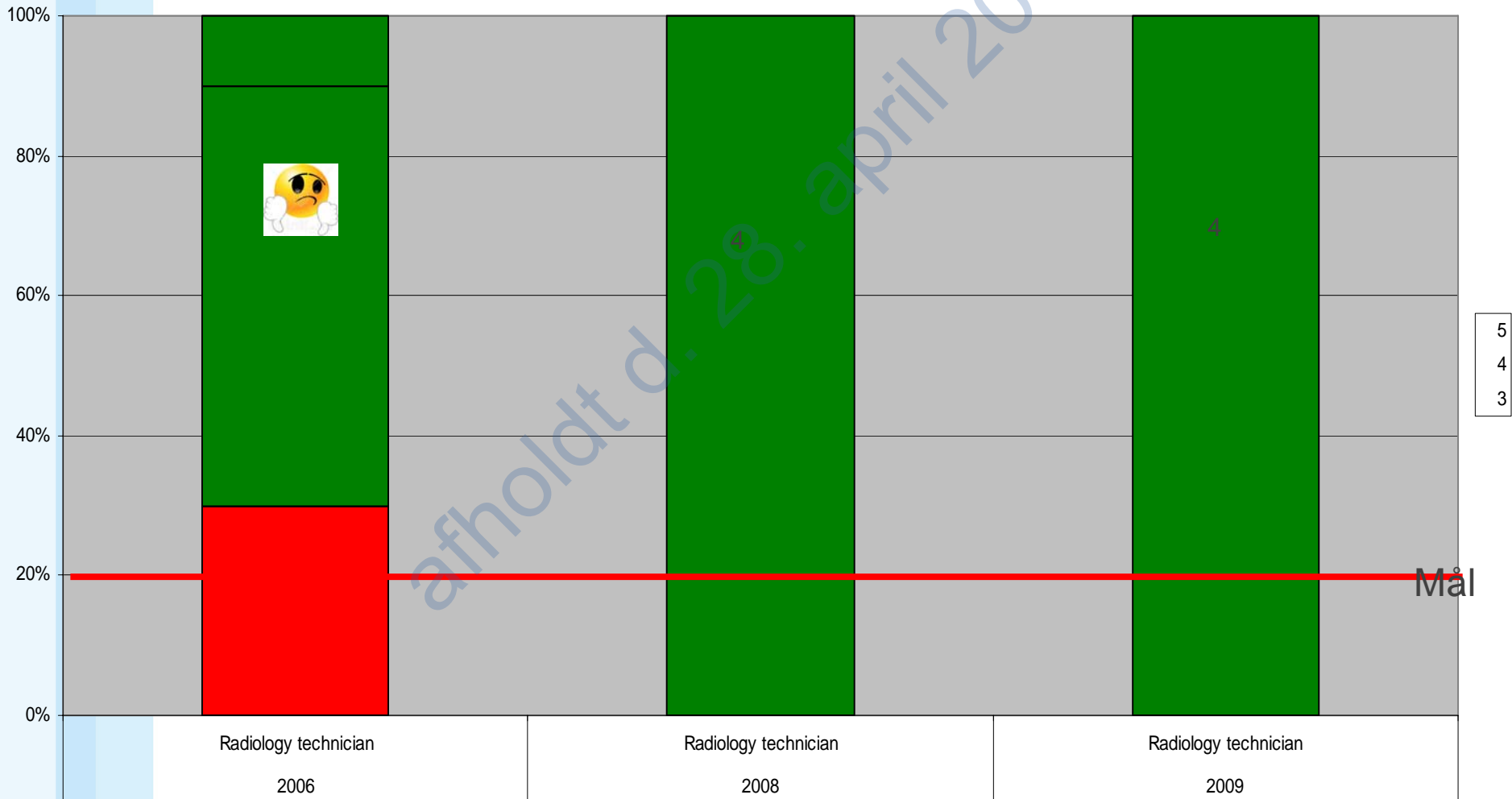
Resultater fra periode 2 og 3

- Psykiatrien
- Radiografer
- Medicinske læger
- Ledere
- Smykker

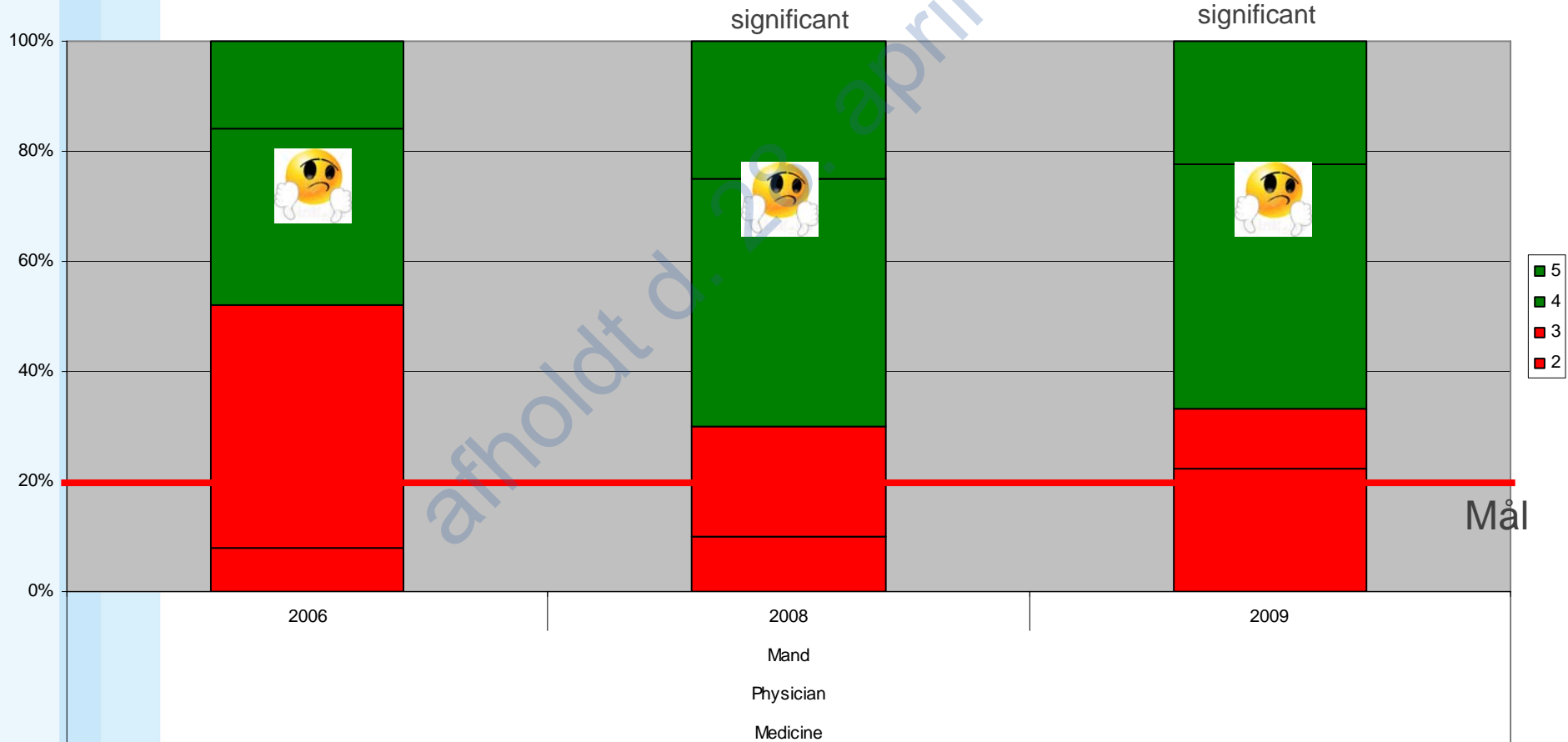
Psykiatriske afdelinger



Radiografer

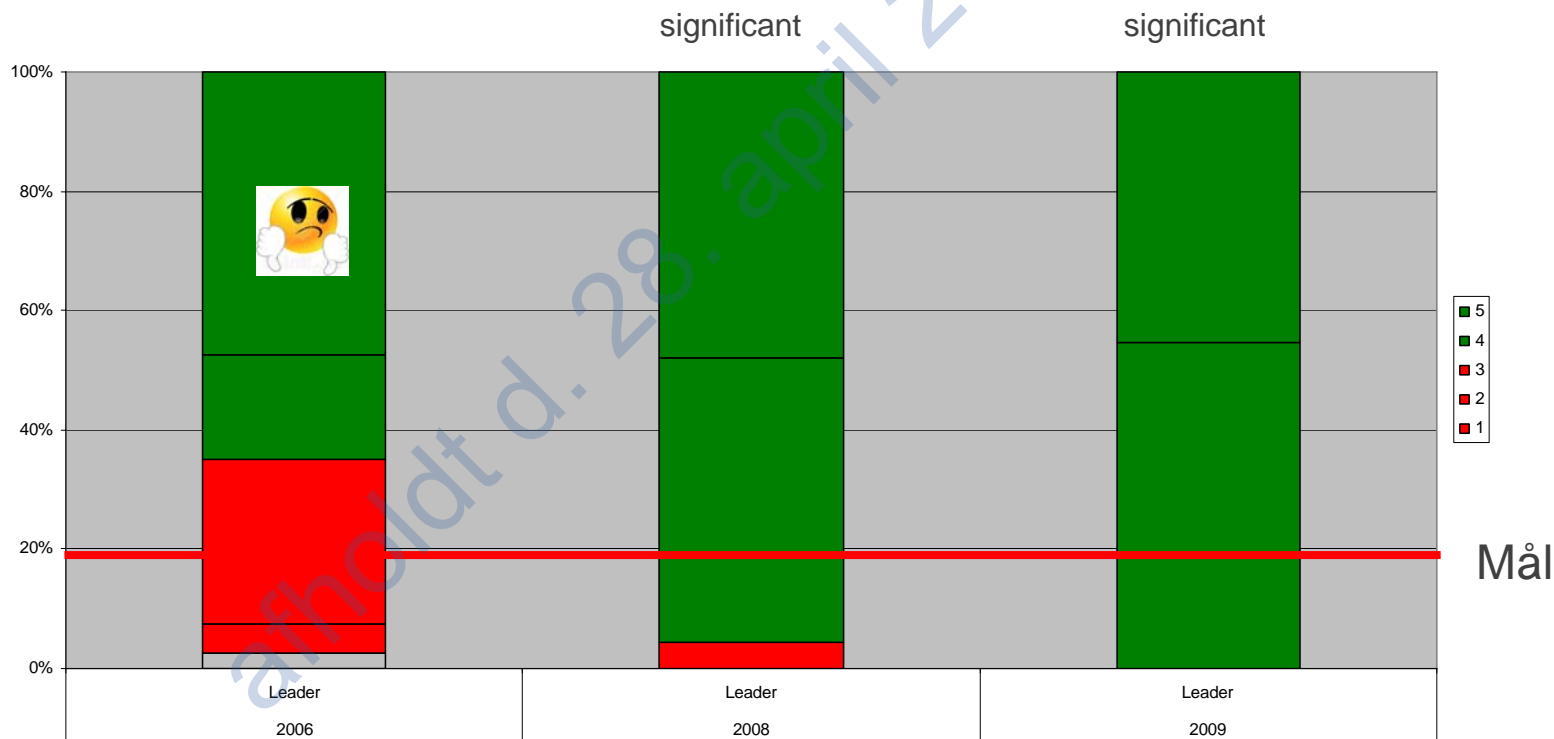


Medicinske læger (mænd)

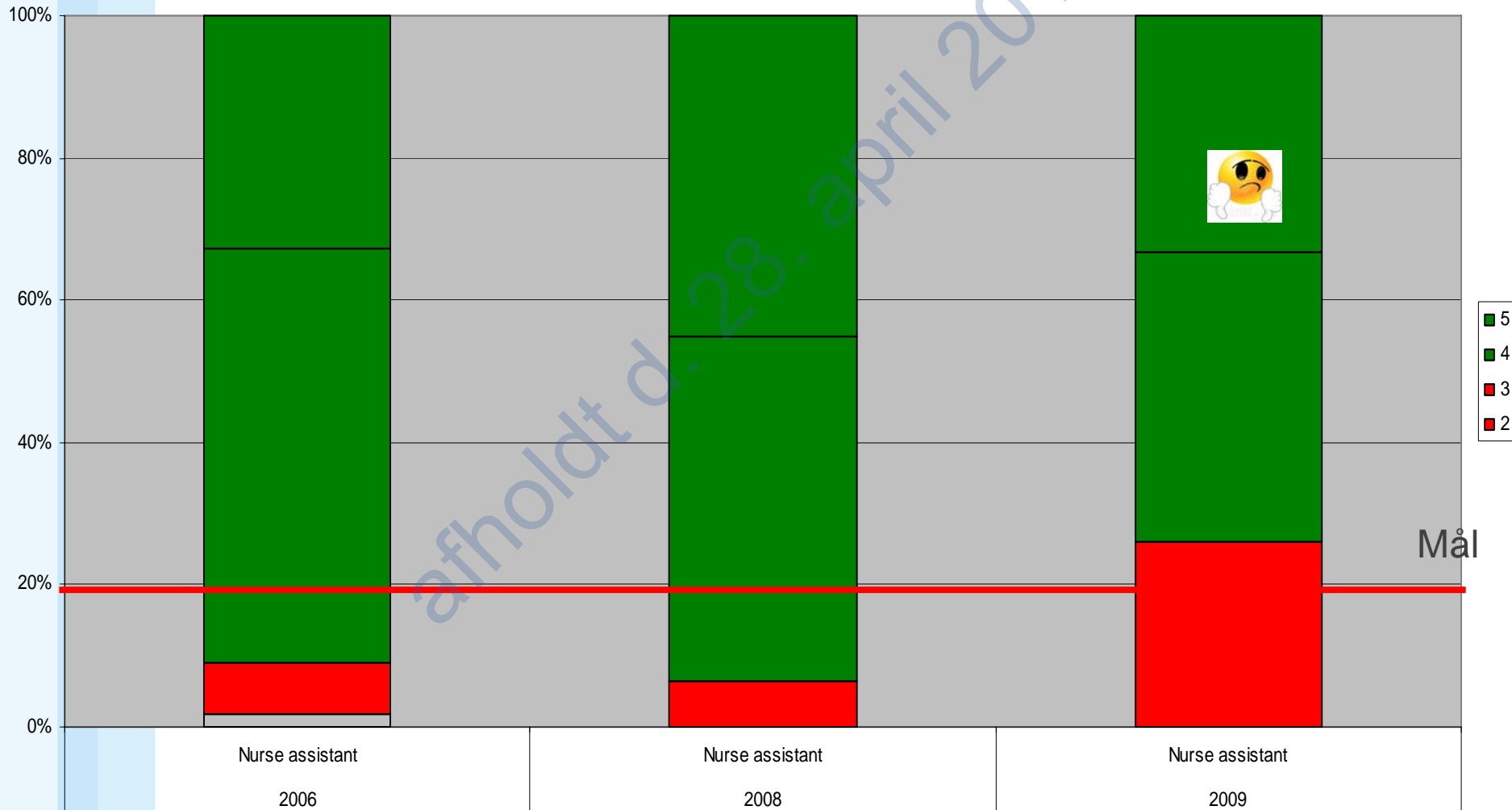


Ledere

Somatiske afdelinger



So-su assistenter Somatiske afdelinger

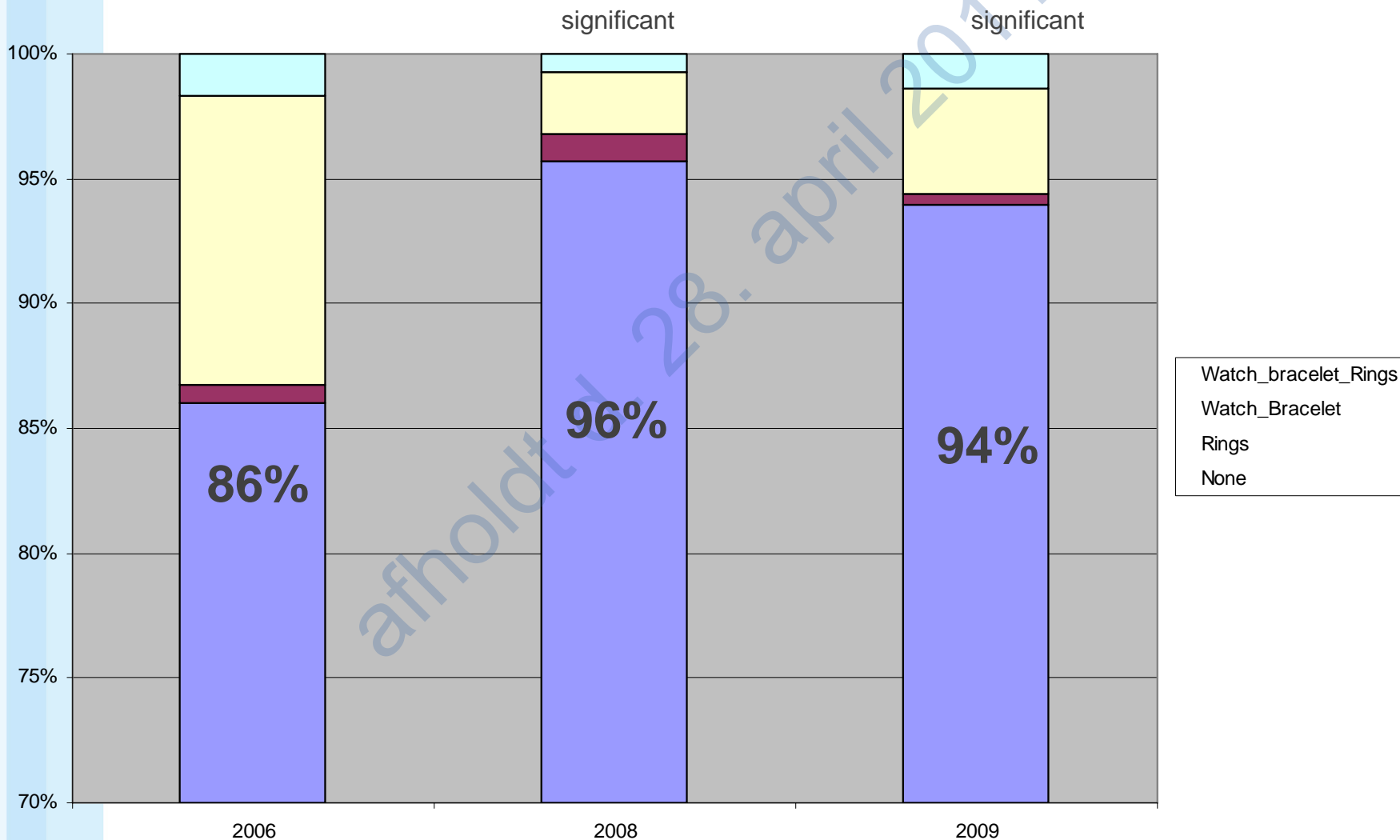


Fysio- og ergoterapeuter



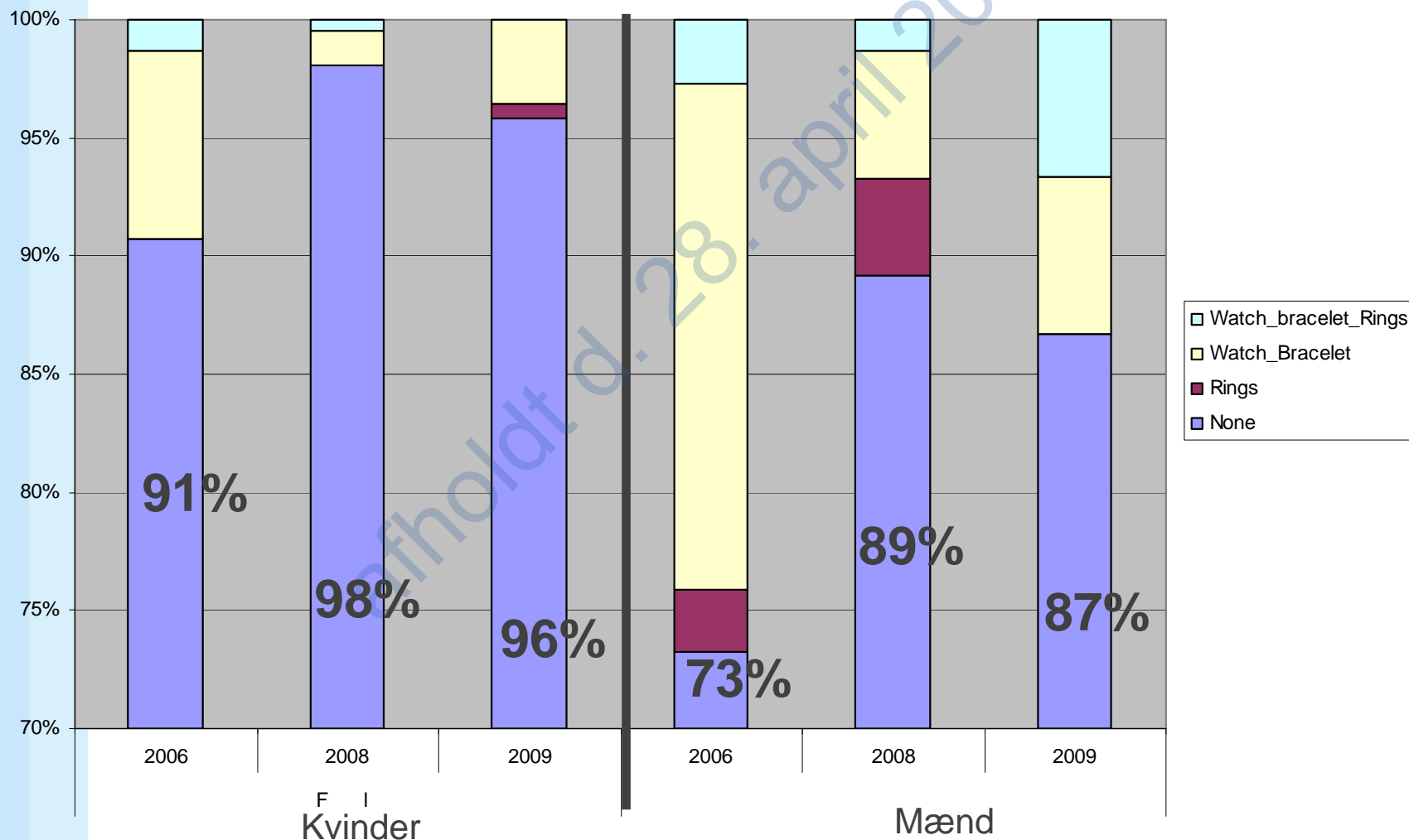
Smykker

Somatiske afdelinger



Smykker fordelt på køn

Somatiske afdelinger



Bias

Personalet ved at de testes

Der er tid nok til desinfektion

Ingen forstyrrelser

Årstidsvariation

afholdt d. 26. april 2011

Nåede vi målet

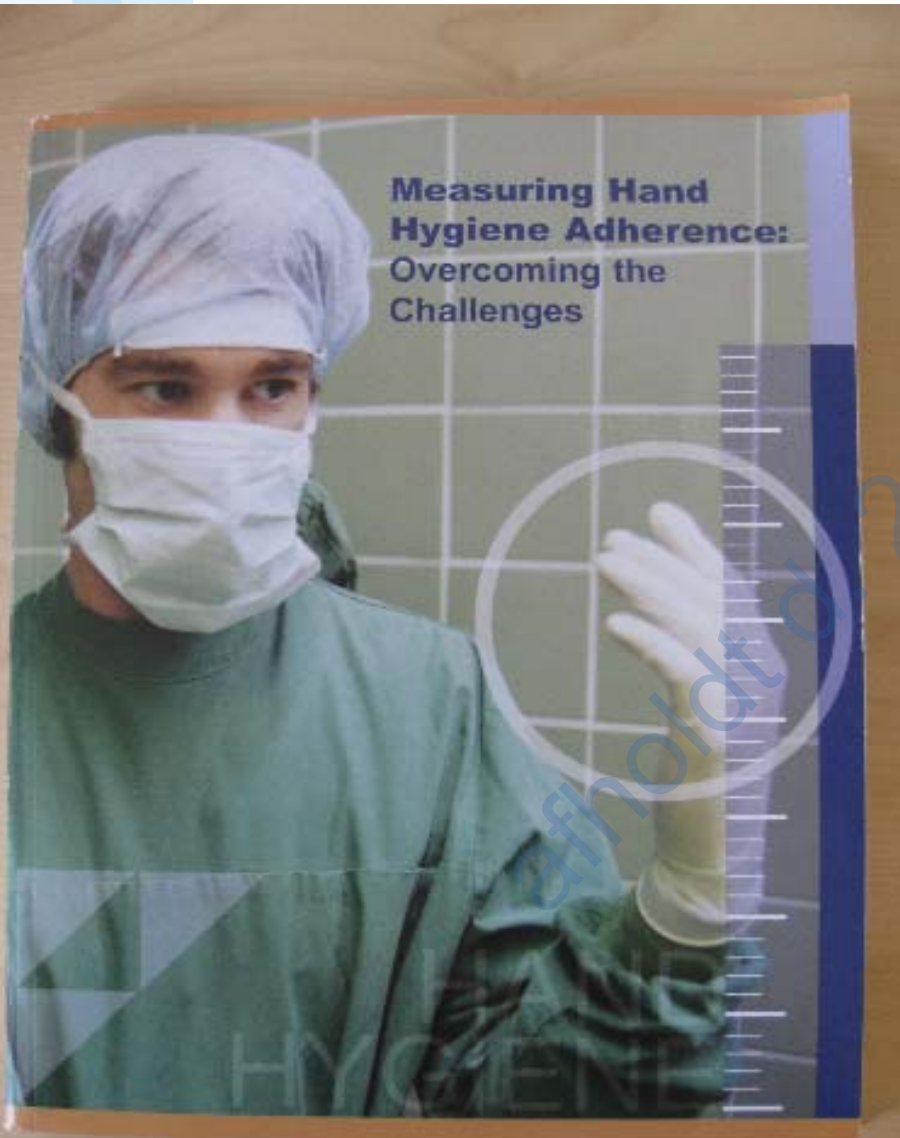
- Udvikle metode til screening af kvalitet af hånddesinfektion
- Afdække grupper med dårlig kvalitet
- Følge kvalitet over tid
- Screenene mange på kort tid
- Mulighed for hurtig feed-back

Ekstra fordele:

Tale hudpleje- og -problemer

Personalet havde tit spørgsmål vedr. hygiejne

Vores metode er optaget i:



Measuring Hand Hygiene Adherence:

Overcoming the challenges, Monograph.

Division of Quality Measurement and Research.

The Joint Commission.

2009

Chair of the panel:

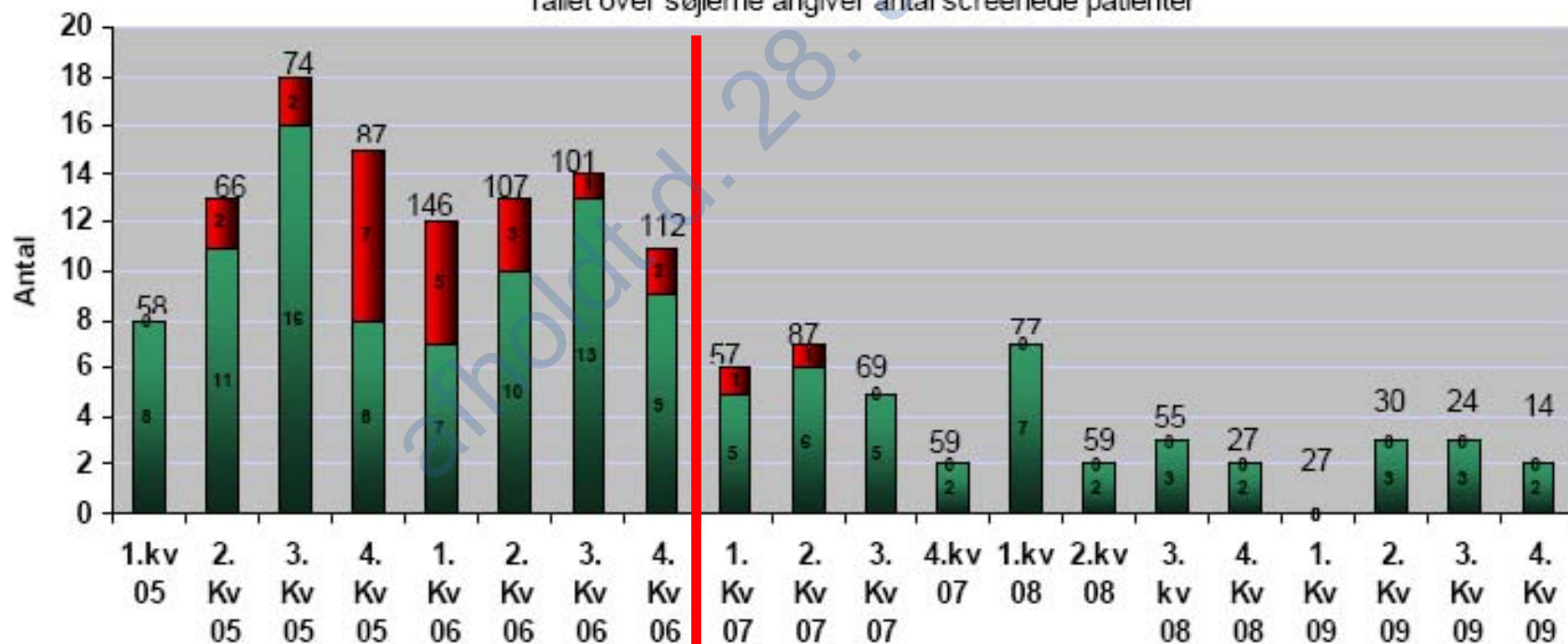
Elaine Larson

Antal nyopdagede MRSA-patienter på Amager Hospital 2005 - 2009

■ Sandsynligt internt smittet

■ sandsynligt eksternt smittet

Tallet over søjlerne angiver antal screenede patienter





?

amok/d.28.ami/2017

regionmidtjylland **mdt**

Observationer af hånddesinfektion blandt hospitalspersonale Hvad så vi?



Adjunkt Sussie Laustsen, ph.d.
Klinisk Institut og Afdeling for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet
Sussie.laustsen@ki.au.dk

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Hygiejneorganisation

- Infektionshygiejnisk afsnit under KMA, Skejby
- Tidligere hospitalsopdelt (Århus Amt)
- Nu opdelt i specialområder: Medicin, kirurgi, anæstesi/intensiv/børn
- Hygiejnenøglepersoner i alle afsnit for alle professioner

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Fra kvalitetsudvikling til forskning

- Alle afdelinger udarbejde kliniske retningslinjer
- Tværfaglig gruppe fra OP, røntgen, Klinisk mikrobiologisk afdeling
- Klinisk retningslinje om håndhygiejne
– www.kliniskeretningslinjer.dk

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Implementering

- Egen teknik
- "Keep it simple"
 - Før og efter kliniske procedurer



Kampf G et al. Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. BMC Infect Dis 2008;8:149

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Implementering

- Ongoing siden 2004
- Tilgængelighed 2004
- Kampagner 2004, 2005, 2009
- Hygiene nøglepersoner
- Artikler
- Introduktion af nyansatte
- Ledelsesopbakning
- E-learning program
- Feedback på spritforbrug
- Feedback på infektionsrate



Laustsen S et al. Improving the quality of hand hygiene. Vård i Norden 2007;2:44-7.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Litteratur

- I. Semmelweis (1847) er stadig det bedste vi har
- Proceduren for hånddesinfektion (HD) i praksis ikke velbeskrevet
- Sparsom med litteratur der udelukkende beskæftiger sig med (HD)
- Compliance for håndhygiejne < 50%
- Compliance for hånddesinfektion ukendt

Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000 Oct 14;356(9238):1307-12.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Litteratur

- Håndhygiejne forebygger
 - Kolonisation af og infektioner hos patienten
 - Kolonisation af personale (infektioner) og hospitalsomgivelser
- Håndsprit mest effektivt (- Diarre, proteinholdig materiale)
- Multimodal kampagner for håndsprit virker

Sax H et al. My five moments for hand hygiene. JHI 2007;67:9-21
 Picheansathian W. A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. Int J Nurs Pract 2004;10:3-9.
 Pittet D et al. Double-Blind, Randomized, Crossover Trial of 3 Hand Rub Formulations: Fast-Track Evaluation of Tolerability and Acceptability. ICHE 2007;28:1344 - 1351

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Måling af håndhygiejne

- Video -overvågning
- Spørgeskema (self - assesment)
- Overvågning fx elektronisk eller forbrug af håndsprit
- Observationer

Haas JP, Larson EL. Measurement of compliance with hand hygiene. J Hosp Infect 2007;66(1):6-14

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Observationer

- Styrker:
 - hvem, hvornår,
 - udført teknik (frem for kun hyppighed)
- Svagheder:
 - Omkostningstungt/ jo flere timer/jo flere data/jo mere validt resultat
 - Inter-observatør/intra-observatør reliabilitet
 - Selektionsbias: fordeling af observationer
 - "Hawthorne" effekt - overestimering
 - Blinding: fluen på væggen (etisk overvejelser)
 - Ansat/udfra – har betydning for feedback

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebj

regionmidtjylland **mdt**

Observation af HD

3 faktorer

- 2 pumpeslag
- Fordeling af håndsprit over hele håndens overflade
- Indgnidning til tørhed (ca. 30 s.)

Picheansathian W. A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. Int J Nurs Pract 2004 Feb;10(1):3-9.
Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the healthcare infection control practice advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. MMWR 2002;51:1-45

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Mål: compliance for HD

Personalet aktivt efterlever anbefalinger

- Gøres det i de rigtige situationer
- Udføres det korrekt

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Materiale

- AUH, Skejby
- Alle personalegrupper i kontakt med patienter undtaget rengøringspersonale
- 10 sengeafsnit
 - Eksklusion børn og Infektionsmedicin

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Studie 1

Formål:

- Forskellen i reduktion af bakterier på hænder mellem korrekt og u-korrekt HD

Metode:

Tværsnitsstudie i 2007

- Observation
- Bakterieprøver af personale, der udførte en patient relateret procedure i 10 afsnit
- Bioanalytiker blindet for HD procedure

Laustsen S et al. Effect of Correctly Using Alcohol-based Handrub in a Clinical Setting. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29(10):954-956.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebjerg

regionmidtjylland **mdt**

Procedure

The diagram illustrates the hand hygiene procedure and its effect on bacterial growth. It shows two stages of hand hygiene: 'HD før' (before) and 'HD efter' (after). Below these, a 'Patient-relateret procedure' is shown. The results are visualized through four agar plates arranged in a sequence from left to right, labeled 'Tid' (Time) at the bottom. The first plate shows significant bacterial growth (cloudy red medium) after the 'HD før' stage. The second plate shows a reduction in growth after the 'Patient-relateret procedure'. The third and fourth plates show further reduction in growth after the 'HD efter' stage, indicating a decrease in bacterial load over time.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebjerg

regionmidtjylland **mdt**

Resultater 1

- 117 sundhedspersoner
- Korrekt HD:
 - 56% før og 58% efter procedure
- Normal hud flora
- Efter HD
 - Få *Staphylococcus aureus*
 - 70% agarplader havde coagulase-negative staphylococci

Laustsen S et al. Effect of Correctly Using Alcohol-based Handrub in a Clinical Setting. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29(10):954-956.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skjebjerg

regionmidtjylland **mdt**

Bakteriel reduktion

	Correct HR			Incorrect HR		
	Before HR CFU ^a (95% CI) ^b	After HR CFU (95% CI)	p-value	Before HR CFU (95% CI)	After HR CFU (95% CI)	p-value
Before a procedure	18.1 (13.5 – 24.2)	1.8 (1.1 – 2.7)	P < .001	25.5 (18.4 – 35.1)	10.2 (7.2 – 14.3)	P < .001
After a procedure	10 (7.4 – 13.5)	1.8 (1.1 – 2.7)	P < .001	16.3 (11.6 – 22.7)	7.5 (5.2 – 10.7)	P < .001

^acolony forming units; ^b95% confidence interval

HR = hånddesinfektion

Korrekt HD mere effektiv end u-korrekt HD p > 0.0033

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital
Skjebn

regionmidtjylland **mdt**

Diskussion – studie 1

- Relevant af fokusere på proceduren for HD
- Reproducerbarhed (aftryk forskellig)
 - Uafhængig af korrekt/u-korrekt HD
- Glove juice method vs. aftryk
- Blindet mikrobiologiske analyser
- Aerob inkubering

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital
Skjebn

regionmidtjylland **mdt**

Studie 2

Formål:
Compliance for korrekt udført HD før og efter kliniske procedurer

Metode:
Follow-up vha. observationer

- 2 observatører
- 1 uge i 2006 & 2007
- Mindst 8 indikationer for HD/sundhedsperson på 10 sengeafsnit

Laustsen S et al. Compliance to Correct Hand Antisepsis Before and After Performance of Clinical Procedures. Infect Control Hosp Epidemiol 2009;2:172 – 8

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital
Skjebn

regionmidtjylland **mdt**

Observatør-variation

- Hvordan? Observerede samme kliniske situationer uden at kunne se hinandens registrering
- 339 kliniske situationer på forskellige afsnit i 2006: kappa = 0,89
- 435 kliniske situationer på forskellige afsnit i 2007: kappa = 0,92

Aarhus University
 Aarhus Universitetshospital Skjejlgade

regionmidtjylland **mdt**

Resultater 2

- 22,906 observationer
 - 26% før og 20% efter ingen HD
- 496 sundhedspersoner
 - 214 observeret begge år
- Compliance før procedure 62%, 69% efter
- Compliance steg fra 2006 til 2007
 - Før procedure OR 1.64 [95% CI, 1.47 – 1.83]
 - Efter procedure OR 1.56 [95% CI, 1.40 – 1.74]
- Compliance signifikant højere
 - Efter vs. før procedure OR 1.43 [95% CI, 1.35 – 1.52]
 - Kvinder vs. mænd, OR 1.51 [95% CI, 1.09 – 2.10]
- Ingen forskel mellem faggrupper

Aarhus University
 Aarhus Universitetshospital Skjejlgade

regionmidtjylland **mdt**

Diskussion 2

- Høj interobservatør overensstemmelse
 - Reducer misklassifikation/informationsbias
- + information om type af procedurer
 - Påvirke estimater forskel mellem før vs. efter procedure
- Hawthorne effekten
 - Overestimering complianceniiveau
- + påvirke forbedret compliance fra 2006-2007

Aarhus University
 Aarhus Universitetshospital Skjejlgade

regionmidtjylland **mdt**

Studie 3

Formål:
Om gennemførelse af e-læringsprogram om håndhygiejne forbedrer korrekt HD

Metode og materiale:

- Follow-up 2006-2007
 - Data om compliance for korrekt HD inddraget (fra studie 2)
 - Lister over de, der har gennemført
 - Tid fra gennemført e-læring inddraget

Laustsen S et al. E-learning may improve adherence to alcohol handrubbing: A cohort study. *American Journal of Infection Control* 2009;31:1-4.

ARHUS UNIVERSITY Århus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

E-læringsprogram med test

E-læring om håndhygiejne

Vil du vide mere...

Hånddesinfektion	Håndvask
Hudpleje	Handsker

ARHUS UNIVERSITY Århus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Resultat 3

- 64 (13%) personale gennemførte begge år
- 213 (43%) personale gennemførte ikke
- Gennemført vs. ikke gennemført
 - Signifikant øget compliance
 - Før procedure, OR 1.54 [95% CI, 1.11-2.13]
 - Efter procedure, OR 1.40 [95% CI, 1.03-1.89]
 - Tid fra gennemført e-læring påvirker compliance for korrekt HD

ARHUS UNIVERSITY Århus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Diskussion studie 3

- ↑ • E-læring forbedrer odds for korrekt udført HD
- ↓ • Selektions bias (special interesse)
 - overestimering
- ↓ • Information bias: misklassifikation af ikke-gennemførte
 - Underestimering

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

regionmidtjylland **mdt**

Tak til

- Elisabeth Lund, Rita Andersen Leth KMA, Skejby
- Ansatte på KMA, Skejby
- Ansatte på Aarhus University Hospital, Skejby

Økonomisk støtte
Lundbeck, Dansk Sygeplejeråds forskningsfond, M.L. Jørgensen og Gunnar Hansen fond, Aarhus Universitetshospitals forskningsfond, Skejby's forskningfond, Søster Marie Dalgaards fond, KEN A/S, Det Danske Pasteur Selskab samt KMA-Skejby og Århus Universitetshospital, Skejby.

AARHUS UNIVERSITY Aarhus Universitetshospital Skejby

afholdt d. 28. april 2011

Erfaringer fra Norge om observation af håndhygiejne

Egil Lingaas
Avdeling for smittevern
Oslo universitetssykehus

Nordisk kvalitetsmåling i sundhetsvæsenet

Strukturindikatorer:

- Smittevernpersonell
- Enerom med toalett

Prosessindikatorer

- Insidensregistrering av infeksjoner i operasjonsområdet
- Prevalensregistrering av helsetjeneste-assosierte infeksjoner
- Forbruk av hånddesinfeksjonsmidler
- Etterlevelse av regler for håndhygiene



Clean Care is Safer Care

The First Global Patient Safety Challenge

SAVE LIVES: Clean Your Hands

5 May 2009–2020

Through an annual day focused on hand hygiene improvement in health care, this initiative promotes continual, sustainable best practice in hand hygiene at the point of care in all health-care settings around the world

Introduksjon av standardisert observasjon av håndhygiene i Norge (1)

5. mai 2009:

- 5 norske sykehus påmeldt til Hand hygiene day

5. Mai 2010

- Norsk oversettelse av WHO's håndhygieneplakat godkjent av WHO
- 42 norske sykehus påmeldt Hand hygiene day
- Kartlegging av bruk av ringer og armbåndsur

Introduksjon av standardisert observasjon av håndhygiene i Norge (2)

23.- 24 september 2010:

- Train the trainers course

September – desember 2010:

- Praktisering i eget sykehus. Parvis observasjon

3. november 2010

- Nettundervisning med Elaine Larson:
"Counting is driving me crazy"

Introduksjon av standardisert observasjon av håndhygiene i Norge (3)

3. desember 2010

- Telefonkonferanse med Claire Kilpatrick og Elizabeth Mathai, WHO

7. desember 2010:

- Telefonkonferanse med utveksling av erfaringer fra praktisk observasjon og tilbakemelding fra WHO

Introduksjon av standardisert observasjon av håndhygiene i Norge (4)

22. mars 2011

- Samling på Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet med parallellobservasjoner

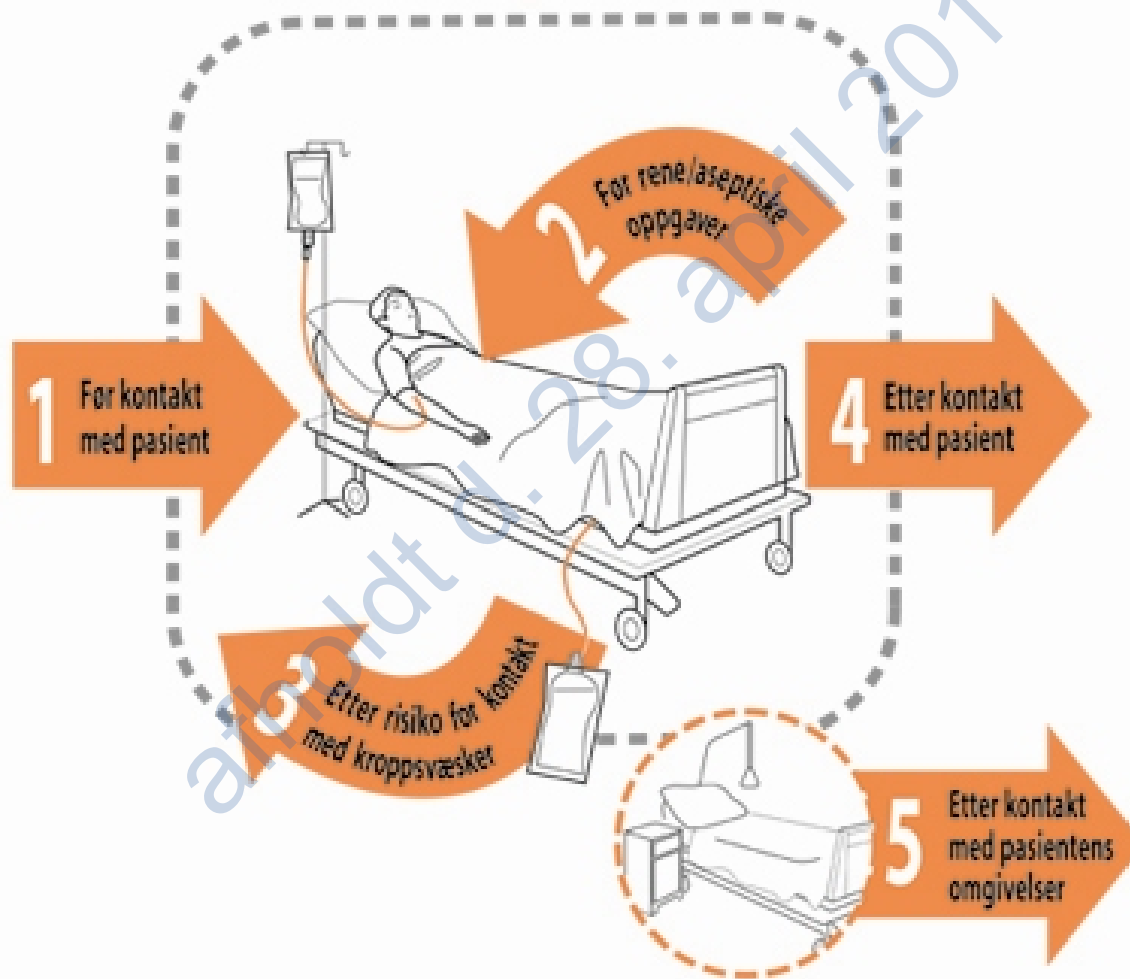
5. mai 2011:

- Håndhygienedag med observasjoner

KONSEPT 1

afholdt d. 28. april 2017

Dine 5 anledninger for håndhygiene



First Global Patient Safety Challenge
'Clean Care is Safer Care' and campaign
Save Lives: Clean Your Hands

'WHO Hand Hygiene
Train the Trainers Workshop'

Oslo, Norway
23rd to 24th September 2010

Programme : Day 1

Thursday: 23rd September 2010

- 14.30** Registration and coffee
- 15.00** Welcome and Introduction *Egil Lingaas*
- 15.15** Global burden & impact of healthcare-associated infection. *Elizabeth Mathai*
- 15.30** Basic concepts & major patterns of transmission of healthcare-associated infections
Nizam Damani
- 16.15** Why, when and how you should perform hand hygiene in healthcare setting *Nizam Damani*
- 17.45** Discussion
- 18.00** Close

Programme : Day 2

Friday 24th September 2010

- 8.00** *WHO Strategies : Hand Hygiene and reduction of HCAs*
WHO Guidelines on Hand Hygiene: implementation, strategy & tools *Dr Elizabeth Mathai*
- 9.30** **Introduction to Hand hygiene Observation : *Dr Nizam Damani***
- 10.00** **Coffee Break**
- 10.45** **Workshop Training Films Part 1: *Interactive sessions on WHO method and tools for observation of hand hygiene practices.***
Dr Nizam Damani
- 12.45** **Lunch**
- 13.45** **Workshop Training Films Part 2: *Interactive sessions on WHO method and tools for observation of hand hygiene practices***
Dr Nizam Damani
- 15.30** Discussion, conclusions and action plan *Egil Lingaas*
- 16.00** **Close**

KONSEPT 2

afholdt d. 28. april 2017

Geografisk konsept for smitterisiko – pasientsone og helsetjenesteområde

- Med fokus på én enkelt pasient blir helsetjenstemiljøet delt i to virtuelle geografiske områder, **pasientsonen** og **helsetjenesteområdet**.

Pasientsonen

- Omfatter pasienten og noen flater og gjenstander som i et tidsrom bare er dedikert til ham/henne, slik som alle flater som blir berørt av eller er i direkte kontakt med pasienten (f.eks. sengegjerde, nattbord, sengetøy, stol, infusjonsslanger, monitorer, knapper og brytere og annet medisinsk utstyr).

Helsetjenesteområdet

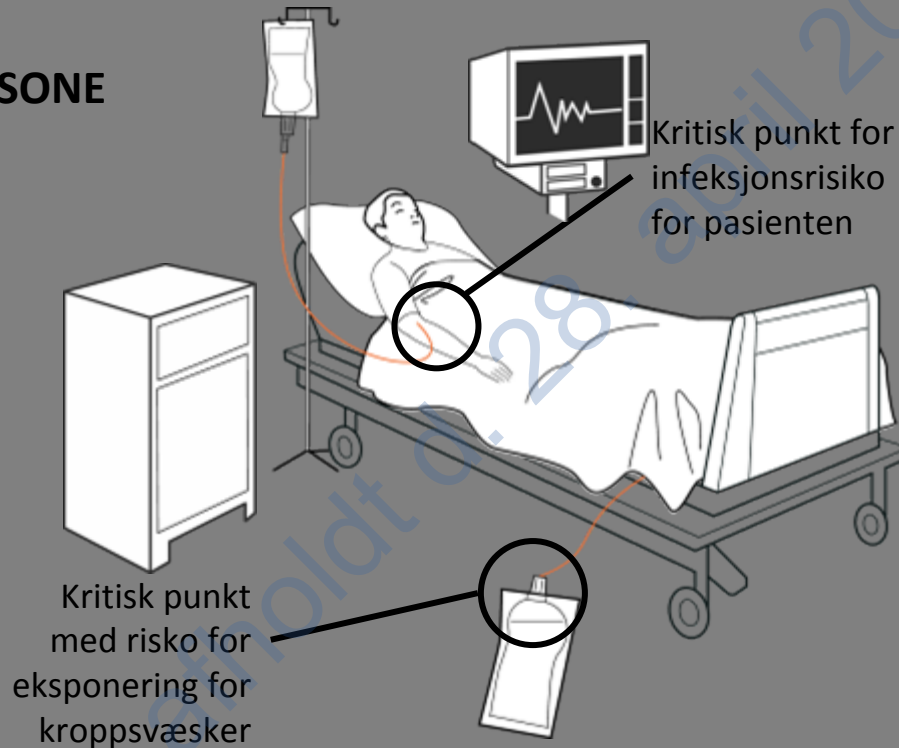
- Omfatter alle flater (i helseinstitusjonen) utenfor pasientsonen til pasient X.

Det inkluderer: andre pasienter og deres pasientsoner og det øvrige miljøet i helseinstitusjonen.

Helsetjenesteområdet er karakterisert av nærvær av forskjellige og tallrike mikrobearter, inkludert multi-resistente organismer.

HELSETJENESTE-OMRÅDE

PASIENTSONE



En annen måte å visualisere pasientsonen og kontakter som skjer i den



Øversettelse til norsk av:

Beskrivelse til støtte ved fremvisning av eksempelfilmer

Til bruk ved undervisning av
instruktører, observatører og
helsearbeidere

HÅNDHYGIENE SCENARIER

Brukerinstruksjon(1)

- Treningsfilmene er et hjelpemiddel som inngår i WHO's multimodale forbedringsstrategi. De er ment til bruk ved formidling av informasjon om konseptet "My 5 Moments for Hand Hygiene" til helsearbeidere.
- Denne presentasjonen er laget for å akkompagnere treningsfilmene, og for å beskrive hendelsesforløpet og læringsinnholdet i de ulike scenarioene som vises.
- Konseptet som er inkludert i filmene er de samme som presenteres i "Education Sessions for Trainers, Observers and Health-Care Workers", the "Hand Hygiene Why, How and When Brochure" and in the "Hand Hygiene Technical Reference Manual".
- Filmene bør presenteres først når alle andre deler av "Education Sessions for Trainers, Observers and Health-Care Workers" er blitt presentert.

HÅNDHYGIENE SCENARIER

Brukerinstruksjon (2)

- Materialet er men å:
 - Gi visuelle eksempler på “the 5 moments” (indikasjonen) for håndhygiene til helsearbeidere og observatører.
 - Trene observatører i å fylle ut observasjonsskjema
- Materialet kan benyttes i en enkeltundervisning (minimum 2 timer) eller ved flere kortere sesjoner.
- **Scenario 1 - 5:**
 - Ment til bruk ved opplæring av både observatører og helsearbeidere.
 - Hvert enkelt scenario er dedikert til en av “the 5 moments” (indikasjoner) for håndhygiene.
 - Enkelte scenarier finnes i ulike versjoner, med fokus på ulike aspekter.

HÅNDHYGIENE SCENARIER

Brukerinstruks (2)

● Scenario 6–9:

- I hovedsak ment til bruk ved opplæring av observatører.
- Bør brukes i kombinasjon med at man fyller ut observasjonsskjema.
- Viser eksempler hvor flere indikasjoner for håndhygiene forekommer i samme frekvens.
- Enkelte scenarier viser forløp hvor indikert håndhygiene ikke etterlevs.
Disse eksemplene gjentas imidlertid med tilsvarende eksempler hvor håndhygiene etterlevs 100%.

SCENARIO 1: Før pasientkontakt

1a – Mens man går inn i pasientsonen

Beskrivelse

- Sykepleieren åpner døren (siste kontakt med helstjenesteområdet), trer inn i rommet og går mot pasienten.
- **Hun utfører håndhygiene ved hånddesinfeksjon mens hun går innover i rommet (indikasjon: før pasientkontakt).**
- Hun flytter på nattbordet (berøring av gjenstand i pasientsonen).
- Hun hjelper pasienten med å flytte frem armen (første pasientkontakt).

Budskap

- Sykepleieren utfører håndhygiene mens hun beveger seg mot pasienten.

Hun utfører hånddesinfeksjon før hun berører overflater eller gjenstander.

Ettersom disse er en del av pasientsonen er det ikke nødvendig å utføre håndhygiene på ny før hun berører pasienten.

Indikasjonen forblir “før pasientkontakt”.

Observation Form: scenario 1a, 1b, 1d

Facility:	AIC Kijabe Hospital	Period Number*:	1	Session Number*:	1
Service:	Surgery	Date: (dd/mm/yy)	05 / 05 / 09	Observer: (initials)	LB
Ward:	Surgery B	Start/End time: (hh:mm)	10 :00 / 10 : 20	Page N°:	
Department:	Surgical	Session duration: (mm)	20	City**:	Kijabe
Country**:	Kenya				

Prof.cat	Nurse/Midwife		Prof.cat			Prof.cat			Prof.cat		
Code	1.1		Code			Code			Code		
N°	1		N°			N°			N°		
Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action	Opp.	Indication	HH Action
1	<input checked="" type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input checked="" type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	1	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	1	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	1	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves
2	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	2	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input checked="" type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	2	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	2	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves
3	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	3	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	3	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves	3	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b. f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft. p. surr.	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input type="radio"/> gloves

PARALLELL OBSERVASJON

afholdt d. 28. april 2017

Andres erfaringer

afholdt d. 28. april 2011

Elaine Larson

nettundervisning 3. november 2010

Hand Hygiene 2010: Counting Is Driving Us Crazy!

Oslo University Hospital
Train the Trainer Course



Lessons Learned

Elaine Larson Nov. 3, 2010

- The WHO hand hygiene monitoring form provided consistent results in a large U. S. healthcare system with minor, but important modifications to clarify existing practices.
- Inter-rater assessment / agreement is vital to ensure consistent application of parameters.
- Ease of observing varies heavily on the layout of the area and the acceptance of staff and patients.

Elaine Larson 2010 11 03

Lessons Learned

Elaine Larson Nov. 3, 2010

- Takes longer to obtain sufficient observations in small hospitals.
- The observation schedule plan is helpful to ensure comprehensive monitoring of all areas and times.

How Much Training Is Required to Get Good Inter-Rater Reliability?

Elaine Larson Nov. 3, 2010

- Observer training: 2 classroom hours, 5 unit-based hours, 2 assessment hours
- Total: 9 hours X 2 people
- Raw agreement between observers was >92% ($p < .001$)
- But, 9 hours of training

Fuller, et.al. AJIC 2010 (Epub)

What Does Observation Cost?

Elaine Larson Nov. 3, 2010

- 820-bed urban tertiary care center
- Employed college and graduate students to do random observation
- For 2,074 hours of observation, cost was \$21,252 (\$0.66/observation)
- It's costly!

Stevens, et al. ICHE 1010; 31:198-9

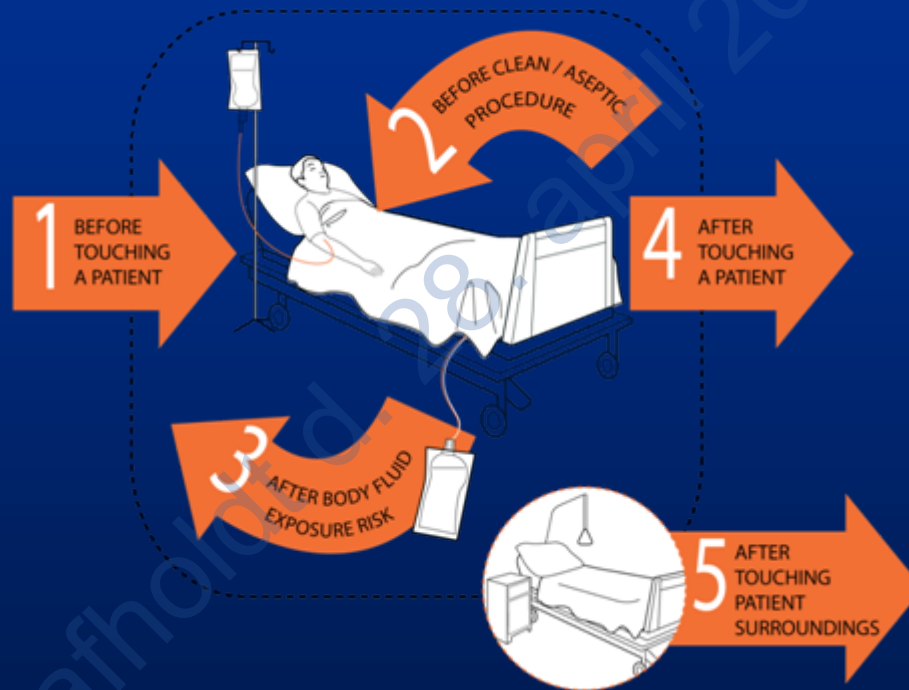
Bottom Line

Elaine Larson Nov. 3, 2010

- It's not easy and there's no quick fix
- Let's get standardized!
- Even though it's a bit complicated, use WHO tool kit and tools for observation
- Find cheaper /better ways to monitor

Sax H, Allegranzi B, Chraiti MN, Boyce J, Larson E, Pittet D. The World Health Organization hand hygiene observation method. *AJIC* 2009; 37:827-834

Observasjon av håndhygiene – telefonmøte om erfaringer



OUS – Rikshospitalet, 7. desember 2010

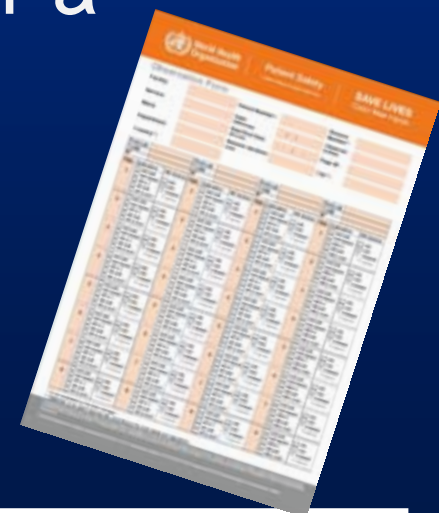
Hva har skjedd siden sist?

Oppsummering:

Av 40 kursdeltagerne har 9 rapportert at de har gjennomført observasjoner.

Ytterligere 4 har gitt tilbakemelding om at de så langt ikke har gjennomført observasjon, men at de planlegger å gjøre det.

De resterende 27 har ikke gitt tilbakemelding.



The image shows a tilted spreadsheet or data table with orange headers and columns. The table contains multiple rows of data, likely representing the course participants mentioned in the text. The headers include 'First Name', 'Last Name', 'Email', 'Phone', 'Address', 'City', 'Country', 'Postal Code', 'Date of Birth', 'Gender', 'Marital Status', 'Occupation', 'Education', 'Experience', 'Interests', 'Comments', and 'Status'. The data rows are filled with text, but the specific details are not legible due to the angle and resolution.

Problemstillinger som ble tatt opp med
Claire Kilpatrick og Elizabeth Mathai
(WHO) ved telefonveiledning 03.12.10

1. Hvordan skal man registrere anledninger og indikasjoner ved situasjoner hvor utstyr blir tatt inn i pasientsonen og det er gjentatt kontakt mellom helsearbeiders hender/pasient/utstyr (etc. tralle med EKG apparat).

Svar: Man må da legge til grunn at utstyret er rent. Trallen blir da for perioden betraktet som en del av pasientsonen.

2. Når en person har hatt pasientkontakt og går ut med urent utstyr i en hand, og spriter den andre hånden på veien ut – regnes dette som utført hh?

Svar: Normalt fokuserer man ikke på kvaliteten på håndhygienen som blir utført. Om det skal registreres som utført hh når kun en hånd er rengjort er en vurderingssak. Anbefalte at vi bestemte oss for en nasjonal konsensus rundt dette.

3. Når skal det registreres for hanskebruk på skjemaet.

Svar: Det skal kun krysses ut for hansker når hansker er benyttet og det er en anledning for håndhygiene som ikke blir etterlevd (hanskebruk i seg selv inngår ikke som et moment i modellen).

4. Når helsearbeideren har vært i pasientkontakt og vært eksponert for kroppsvæske, hva skal markers som indikasjon (på eksempelfilmen krysses det kun for “etter eksponering..”).

Svar: Det skal kun krysses for ”etter eksponering for kroppsvæsker”, ikke også for ”etter pasientkontakt”. Årsaken til det er

.....

5. Hvorfor krysser man av kun på “etter pasientkontakt” når helsearbeideren både har berørt pasienten og gjenstander i pasientsonen?

Svar:

afholdt d. 28. april 2011

6. Når det skal utføres rene prosedyrer med non-touch teknikk, er det da en anledning i forkant eller ikke (eksempelvis undersøke munnen med spatel).

Svar: Må lage en nasjonal konsensus på hva man inkluderer i non-touch teknikk.

7. Subkutan injeksjon er satt opp som et eksempel på eksponering for kroppsvæske. Ofte gjennomføres dette uten at det kommer synlig blod (og pleieren holder grep i huden et godt stykke fra innstikksstedet) – har det da vært en reell eksponering for kroppsvæske?

Svar 1: Man skal skåre ut fra hva man ser når man observerer, ikke ut fra en liste med rene/aseptiske prosedyrer.

Svar 2: Lage en konsensusliste (risikovurdering).

8. Er det en anledning uansett når helsearbeideren går ut av pasientsonen, eller er det kun når man ser at de berører noe? Eksempel – en pleier er i stell, går til en felles dispenser på rommet og tar ut et papirhåndkle uten å berøre annet enn papiret hun tar ut, og går tilbake til pasienten og fortsetter stellet.

Svar: Dette må vi bestemme oss for nasjonalt.

9. Dersom man suger munnen til en pasient som ligger på ventilator med bruk av steril hanske og sterilt sug (suget holdes av hånden med hanske). Er det en eller to anledninger?

- **Svar:** To anledninger.

Andre problemstillinger som ble berørt

- Det var stor enighet om at det er viktig å definere skillet mellom pasientsonen og helsetjenesteområdet før man starter observasjonen.
- Det ble påpekt at det helsearbeiderne må lærers opp i modellen for "5 anledninger" for at observasjonen skal gi riktig bilde av praksis.

Andre problemstillinger som ble berørt

- Tilgjengelighet av sprit kan ha betydning for etterlevelse.

Eksempelvis oppleves det at det er bedre etterlevelse ved senger som står nær vask med sprit, sammenlignet med senger som står "lenger inn i rommet".

Det ble formidlet ønske om at man sammen arbeider for en strategi for å øke tilgjengeligheten av sprit i pasientsonen (ex. ved bruk av lommесprit).

Andre problemstillinger som ble berørt

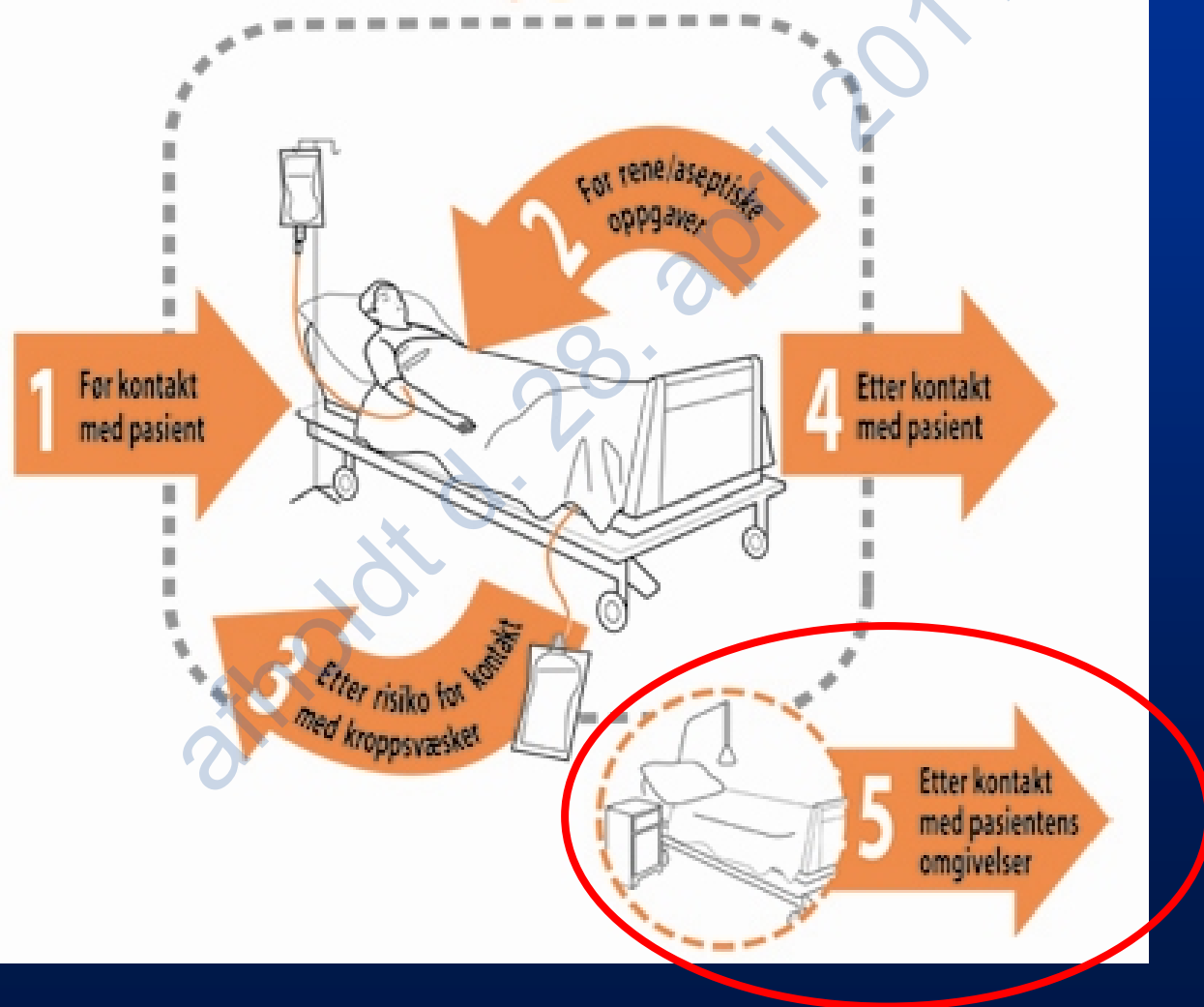
- Når man observerer i et "åpent" område med flere senger, for eksempel en intensivavdeling, og avdelinger med høy pleier/pasientfaktor, vil andelen av indikasjoner "før pasientkontakt" bli lavere enn når man følger helsepersonell fra pasient til pasient.

Dette må tas hensyn til ved planlegging av observasjoner og ved vurdering av resultatene.

Kartlegging av observasjonserfaringer før parallellobservasjon 22. mars 2011

- Hvordan har du fått opplæring i WHO's modell for standardisert observasjon (beskriv kort)
- Hvor mange anledninger for håndhygiene har du observert totalt?
- Hvor mange av de observerte anledningene ble også observert av en annen observatør (parallellobservert)
- Hvor mange ulike dager har du observert på?
- Hvor mange sesjoner har du observert? (observasjonssekvenser på rundt 20 min)
- Hvor mange minutter har du totalt observert?

Dine 5 anledninger for håndhygiene



Erfaringer fra Region Hovedstaden om observation af håndhygiejne

SSI 28.04.11

Hygiejnesygeplejerske Dorte Buhl
Klinisk Mikrobiologisk afdeling
Herlev Hospital
Tlf: 44884338 mail: dorbuh01@heh.regionh.dk



Initiativ til håndhygiejekampagnen:

- Regionsrådet beslutter i august 2009 efter indstilling fra "taskforce for rengøring" at der skal tilrettelægges og gennemføres en håndhygiejekampagne på Region Hovedstadens hospitaler, incl. Psykiatrien
- Kampagnen skal dels **skabe opmærksomhed**, dels udarbejdes så der er **kontinuerligt fokus** på god håndhygiejne
- Kampagnen skal starte 01.12.09
- Arbejdsgruppe under Region Hovedstadens Hygiejnekomite nedsættes til at udarbejde håndhygiejekampagnen

Håndhygiejekampagnens indhold:

- E-learningkursus om håndhygiejne til personale
 - Kurset skal gennemføres en gang årligt af personale der har patientkontakt eller udfører rene/urene opgaver
 - Kursusbevis skal opbevares i personalemappen
- Informationsmateriale til patienter og pårørende
 - Forskellige plakater til ophæng
 - Patientfolder
- Direkte observation af håndhygiejne
 - Ide fra Skotland, NHS Tayside, Hand Hygiene Co-ordinator Mags Kennedy
 - Udgangspunkt i WHO's kampagne "5 moments for handhygiene"

Tidsplan for håndhygiejekampagnen (1):

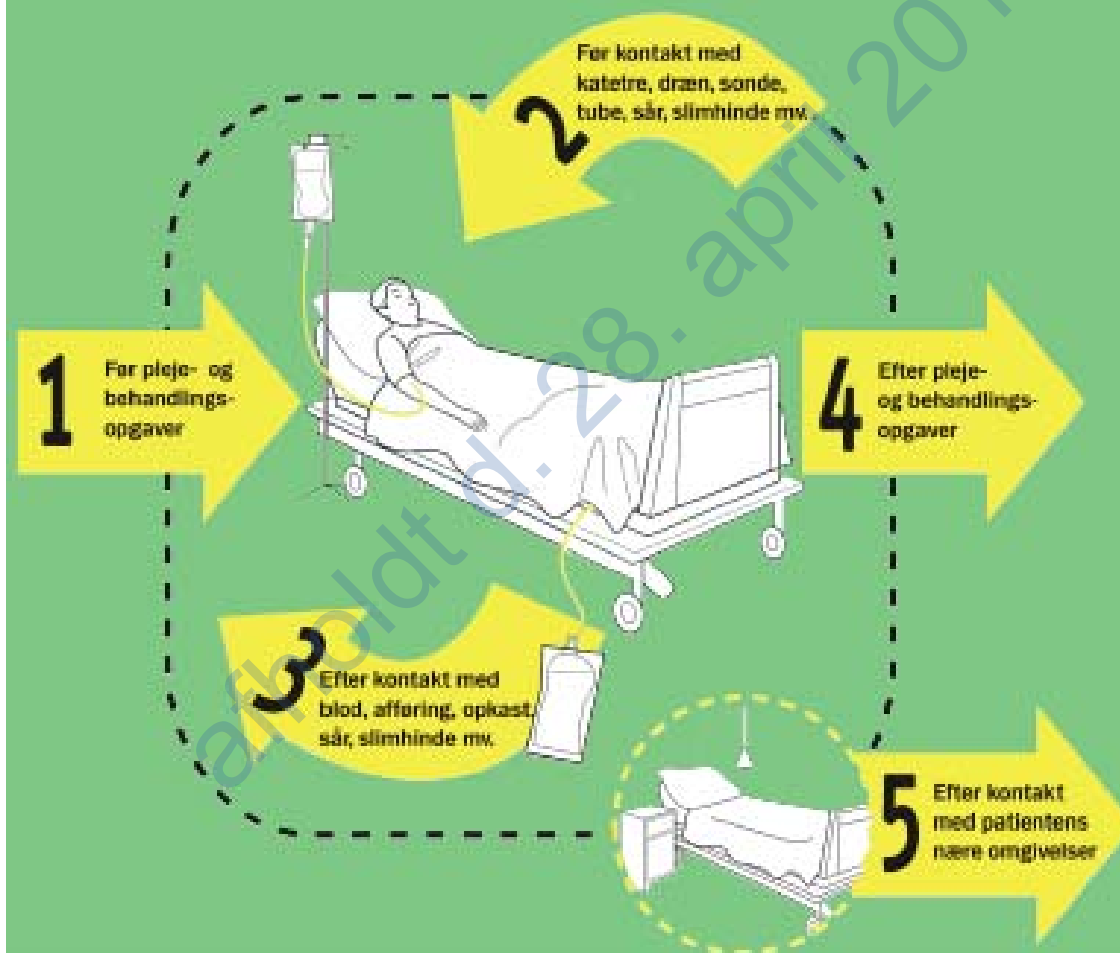
- **Sept 2009:** E-learningkursus om håndhygiejne lanceres
- **Sept 2009:** Informationsmateriale om håndhygiejekampagnen udsendes med lønseddelt til alle medarbejdere i regionen
- **Nov 2009:** Plakater og folder til patienter og pårørende lanceres
- **Dec 2009:** Regionalt kick-off møde, hvor observationsmetoden præsenteres



Tidsplan for håndhygiejnekampagnen (2):

- **Jan 2010:** Introduktion af observationsmetoden starter på hospitalerne
 - Hvert hospital tilrettelægger hvordan observationsmetoden skal implementeres
 - Startmappe med observationsskemaer, complianceark og personalefolder kan rekvireres til alle afsnit, hvor observation af håndhygiejne skal udføres
 - PPP om observationsmetoden tilgængeligt på intranettet
 - Film om observationsmetoden tilgængeligt på intranettet
- **Forår 2010:**
 - Det anbefales at observationerne bliver udført en gang ugentligt i de første tre måneder, derefter minimum en gang om måneden

5 situationer hvor du skal spritte eller vaske hænder ved patientkontakt



Observationsskema

Observationsark ved håndhygiejne

nr. oplys
A. udsig
dato

Situation 1: Før pleje- og behandlingsopgaver
 Situation 2: Før ren opgave
 Situation 3: Efter ren opgave
 Situation 4: Efter patientkontakt
 Situation 5: Efter kontakt med patientens omgivelser



Læge	Situation (sæt x)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
	Håndhygiejne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Bemærkninger																														
Plejepersonale	Situation (sæt x)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
	Håndhygiejne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
	Bemærkninger																													
Andet	Situation (sæt x)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
	Håndhygiejne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
	Bemærkninger																													

Forslag til forbedringer:

Hvad er vi gode til?

Hvad skal vi ændre?

Hvilke nye vaner vil vi tilføje os?

Antal ja x 100 = Ja% → Overføres til compliancearket sammen med antal observationer

Observationsmetode



Metoden:

- Observationerne udføres på skift af alle faggrupper repræsenteret i afdelingen
- Udføres minimum en gang ugentligt de første tre måneder, derefter minimum en gang om måneden
- Resultaterne fra observationen bruges målrettet i afdelingerne til at snakke "åbent" om håndhygiejne og forbedre håndhygiejnen i afdelingen
 - Hvad er vi gode til?
 - Hvad skal vi ændre?
 - Hvilke nye vaner vil vi tillægge os?
- Resultaterne bliver en del af afdelingens kvalitetsdata

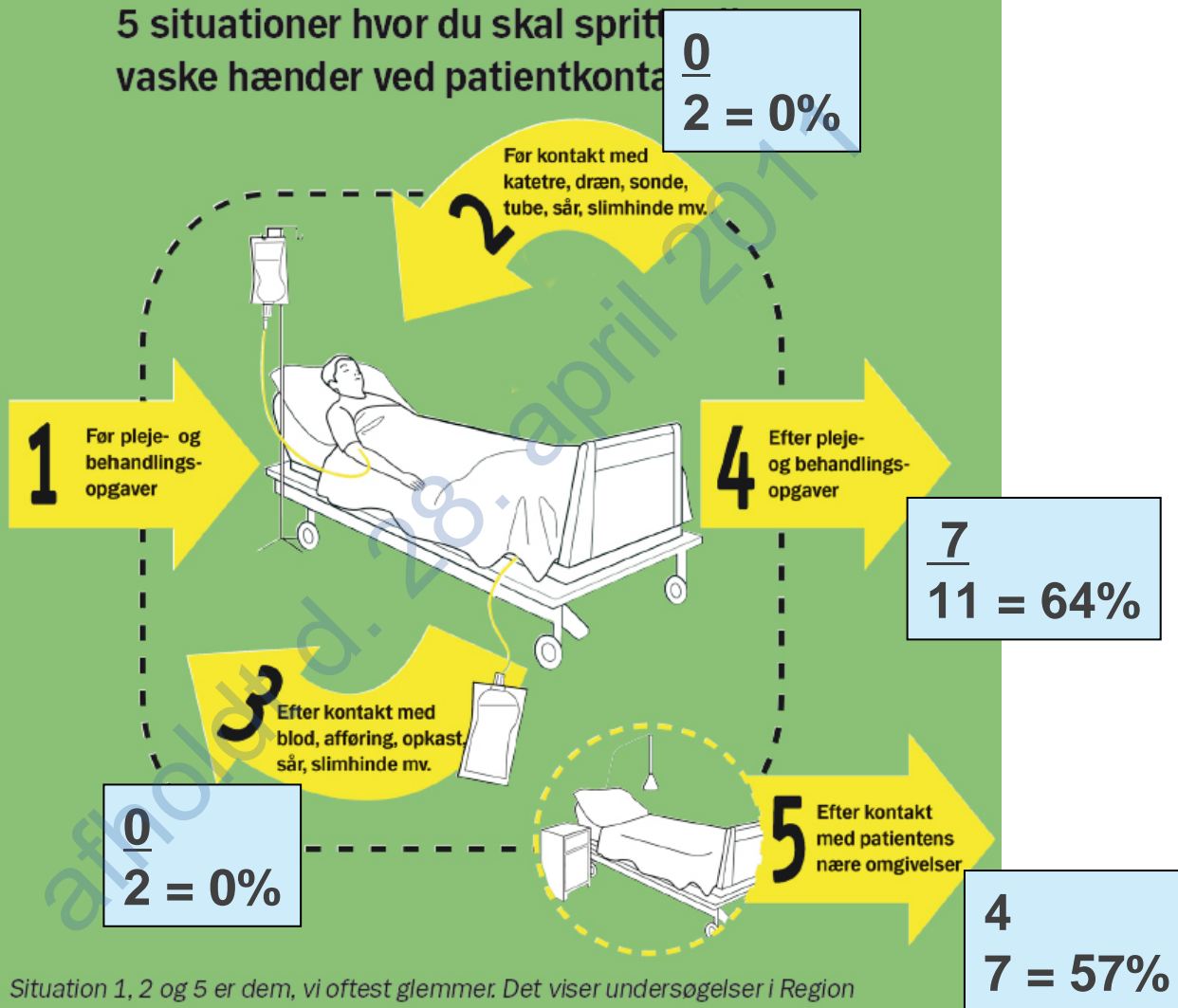
Resultaterne af observation i 2 medicinske afdelinger

$$\frac{\text{Antal ja } \boxed{18}}{\text{Antal obs. } \boxed{36}} \times 100 = \text{Ja\% } \boxed{50} \rightarrow \text{Overføres til compliancekortet sammen med antal observationer}$$

afholdt d. 28. april 2011

5 situationer hvor du skal spritte vaske hænder ved patientkontakt

$$\frac{7}{13} = 54\%$$



Situation 1, 2 og 5 er dem, vi oftest glemmer. Det viser undersøgelser i Region Hovedstaden. Til gengæld er der mange, der husker at spritte eller vaske hænder efter behandlings- og plejeopgaver. Men alle WHO's 5 situationer, der er vist på illustrationen, er vigtige. Derfor skal vi fremover hjælpe hinanden med at huske dem.

Observation i to medicinske afd.

Barrierer for korrekt håndhygiejne:

- Håndsprit ikke tilgængeligt alle steder:
 - Kan løses ved:
 - Håndsprit i lommen
 - Håndsprit ved 2. og 3. sengen på sengebord, kulisseskinne eller seng
 - Håndsprit på dropvogn, stuegangsvogn mv.
- "Hænderne er fulde" fx journal, udstyr
 - Kan løses ved brug af stuegangsvogn, dropvogn, rullebæretøj mv.

Rollen som observatør:

- + kommentarer
- - kommentarer

Observation af personalet:

- Personalet bliver mere opmærksom
- Observatøren skal med helt ind på stuen, gener for patient

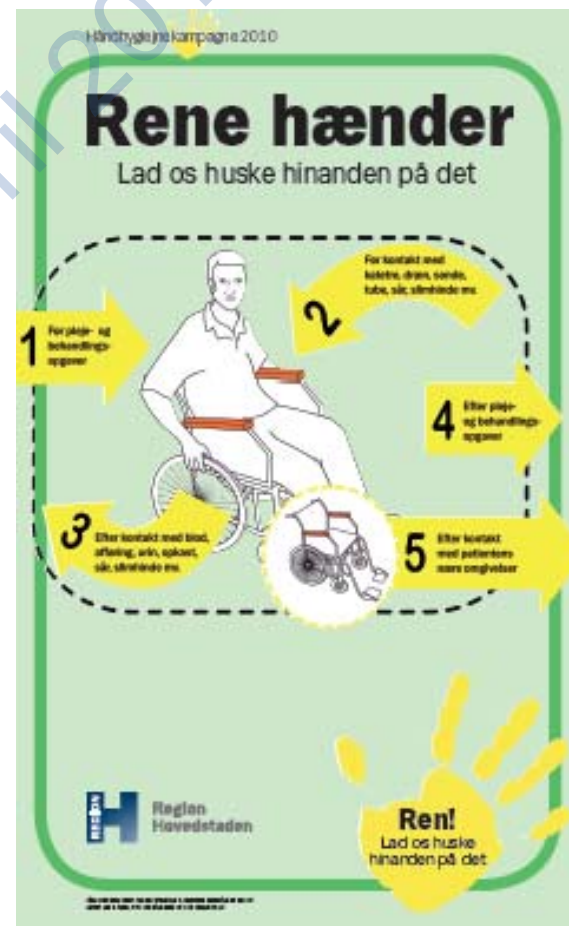
Erfaringer med observationsmetoden

- Arbejdsgruppen havde nogle bekymringer fra start:
 - Kun fokus på håndhygiejne i patientzonen
 - Kun fokus på efterlevelse og ikke på korrekt håndhygiejnemetode og korrekt uniformering
 - At personalet ikke vil observere hinanden
- Erfaringer fra de forskellige hospitaler
 - Implementering er ikke helt lykkedes alle steder
 - Ekstra opgave som afdelingerne ikke synes de har tid til
 - Personalet vil ikke observere hinanden ("stikker")
 - Svært at fastholde fokus på at udføre observationerne
 - Krav om central indberetning af data forbedrer observationerne
 - Det er ikke synligt hvordan resultaterne af observationerne bliver brugt
 - Primært plejepersonalet der udfører observationerne, lægerne deltager kun sporadisk
 - Observationer skulle udføres på skift af alle faggrupper, dette er ikke helt lykkedes, ligger ofte hos kvalitetsnøglepersoner
 - Primært sengeafdelinger der udfører observationer og kun delvis ambulatorier mv.
 - Kampagnen/metoden har medført større fokus på håndhygiejne

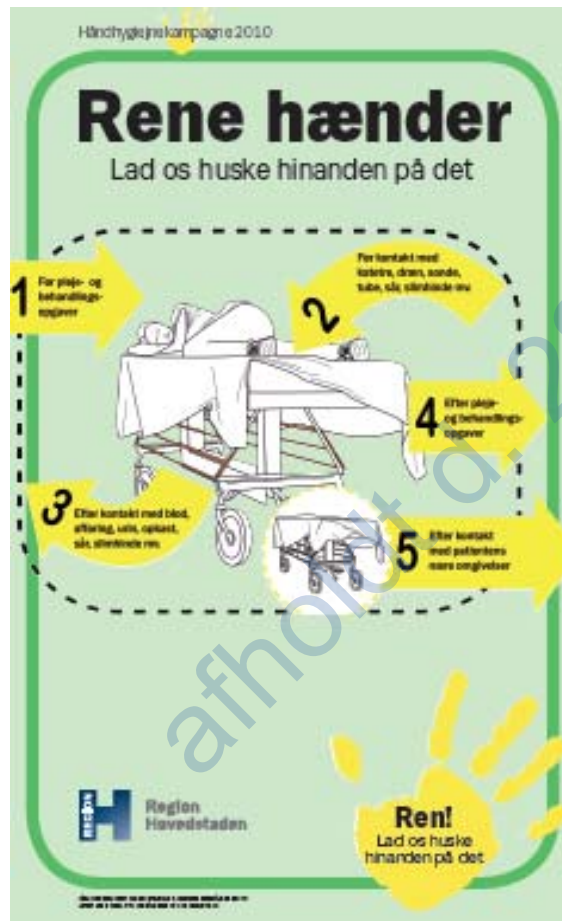
Observationsmetoden fremover

- Udfordring:
 - At afdelingerne fortsat udfører observationerne
 - At afdelingerne bruger resultaterne fra observationen målrettet
- Udvikle metoden
- Nye tiltag på vej
 - Observationsskema på PDA
 - Elektronisk registrering af data fra observationerne
 - ”5 situationer for håndhygiejne” udvikles

Observationsmetoden fremover

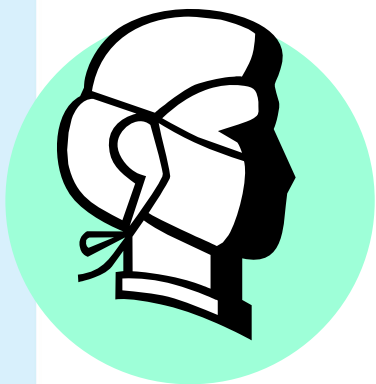


Observationsmetoden fremover



Observationsmetoden fremover Eksempel fra Herlev Sterilcentral

5 situationer for god hygiejne



1 Brug hue og skægbind



Brug \circ verbræksittel 3



Rengøring af truck
Imellem uren/ren side brug

5

Korrekt adfærd
Ved indgang
til rent
Område

4

Hvad påvirker øjet, der ser og dermed beslutningen om at vælge håndhygiejne?

afholdt 28. april 2011

Temadag
Jette Holt
Central Enhed for
Infektionshygiejne
28.04.11

Er du på det rene med hvornår
håndhygiejne skal udføres?



"Ren samvittighed er ikke nok,
hvis dine hænder er snavsede."

Indhold af oplæg

- Baggrund og mål med undersøgelsen
- Metode
- Fund (kvalitative udsagn)
- Teorier der kan belyse fund og forklare baggrunden for personalets handlinger i situationerne som de ser/oplever dem?
- Konklusion

Målet med undersøgelsen

- Søge en forklaring eller forståelse af
- tankesættet bag handlingen at vælge eller fravælge håndhygiejne
 - hvorledes sundhedspersonalet ser, definerer og løser problemer omkring valg af håndhygiejne ud fra egen viden og egne erfaringer, samt
 - hvordan de reflekterer over relationen mellem problemdefinition, problemløsning og konsekvensen heraf.

Metode

- Søger en bred afdækning af det hygiejniske felt
 - Parallelforskning
 - Metodetriangulering
 - Teoritriangulering
-
- Litteraturgennemgang, interview og spørgeskema
Håndhygiejne. En handling mellem anstændighed og krænkelse, Holt 2002

afholdt d. 28. april 2011

Metode (1)

- Semistruktureret interview - informantens livsverdensopfattelse
- "Hvad mener du er forklaringen på den lave efterlevelse af retningslinjen"
- 12 interviews (hygiejnesygeplejersker, mikrobiologer, sygeplejersker, læger, portører og cheflæger fra behandlings- og sengeafsnit i og omkring hygiejneorganisationen - udvalgt af ledelsen)



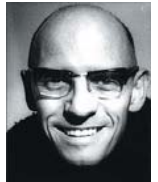
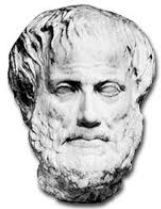
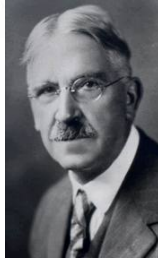
Metode (2)

- Kvantitativt spørgeskema
 - Opfølgning på Zimakoffs undersøgelse (1983-84)
 - Beslutningsteoretisk model - "forhold der vejer for" og "forhold der vejer imod håndhygiejne,"
- 1700 sendt ud - returneret 782 stk. skemaer.
- 294 spørgeskemaer korrekt udfyldt - men med adskillige påtegninger om vanskeligheder med at udfylde skemaet korrekt = svarprocent på 17.
 - (154 kritiske/hidsige kommentarer/reflektioner påført)
 - De kvalitative udsagn anvendes sammen med interviewudsagn



Teorier anvendt til analyse af udsagn

- Pædagogik Dewey - Problem og problemløsning - hvordan dannes erfaring?
- Filosof Schön - Den reflekterende praktiker - hvordan reflekterer vi over muligheder?
- Filosofi: Aristoteles - Hvilken mening ligger bag valget af handling? Intellektuelle og moralske dyder
- Filosof/magtanalytiker Foucault - Opkomsten af den moderne medicin og "blikket"
- Antropolog Douglas - Frygt, urenhed og hygiejne, tabuforestillinger og ritualer
- Sociolog Goffman - Ritualer, social synergi - hvordan etablerer vi værdige og anstændige relationer?



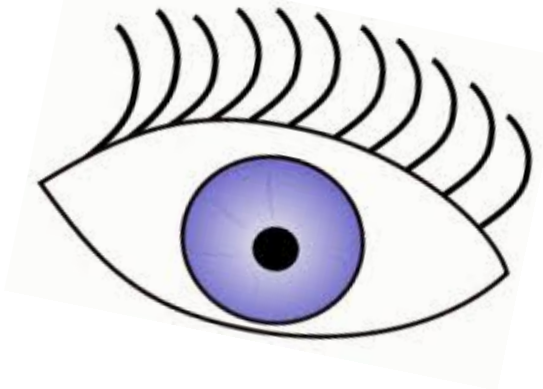
Hvad karakteriserer situationer i sundhedsvæsenet?

- Pleje og behandling er situationsbundet og situationsafhængigt
- Komplekse, uforudsigelige og unikke
- Med krav om handletvang, hensyn til den enkelte pt, de andre patienter, kollegaer, organisationen
- Retningslinjer, kvalitetssikring, patientsikkerhed
- Krydsfelt mellem natur-, human- og samfundsvidenskab
- Spændingsfelt mellem videnskab og relativisme
- *M Scheel 2005*



Hvordan registrerer vi disse situationer?

- Blikket - en del af den sansemæssige triangulering (høre, se og føle)
- Symptomer og tegn
- *Foucault 2000*
- Et **repertoire** af eksempler, billeder, forståelse og handlinger.
- Baseret på erfaring
- Unikke situationer, **ses som noget**, der allerede eksisterer i repertoireet.
- *Schön 1983*



Det man ser - er det, man handler på

Skøn:

Skynja "at have for øjnene, at se"

- *"Den mening man danner sig, som man afsiger på grundlag af den klarhed som forholdene og ens egen slutte - og dømmekraft har tilladt en at nå til = klarsyn." Gyldendals Danske Ordbog for Folket 1914*
- *"at tage eller danne sig et skøn over situationen, beskikkede sagkyndige personers bedømmelse af en sag" Gyldendals Ordbog (1992)*

Handlinger er...

- Et udtryk for en persons mening, d.v.s for den følelse, tanke eller bestemt sindelag, der ligger bag handlingen
- Frivillige eller ufrivillige
- Taget på baggrund af skønnenet
- Noget der kan vælges til eller fra
- *"Vi bliver gode ved at gøre det gode"*
- Noget der ligger i en balance mellem den intellektuelle og moralske dyd *Aristoteles 2000*



Men blikket gøres også fælles.

- Rammerne og indikationen for HH er og opfattes forskelligt - differentiering af det farlige
- Operationsgang kontra dialyseafsnit kontra geriatrisk afdeling..

afholdt d. 28. april 2011

Så hvad ser personalet?

- Dilemmaer og konflikter
- Hensyn til og krænkelse af den anden
- Sociale relationer - rollemodeller
- Rene og urene situationer og patienter
- Synligt (usynligt snavs)
- Varierede holdninger til hygiejne
(historiske, faglige, erfaringsbaserede)

Men ikke mindst..

- Ser personalet hygiejne som en fælles dyd - en ordentliggørelse
- Som en handling der er tæt forbundet med den enkeltes billede af sig selv - det gode menneske

Der er ingen af de andre, der gør det... og det er ikke noget vi taler om - slet ikke!



Jeg mener ikke, det har nogen betydning - jeg kender jo mine patienter, og de smitter ikke!



Jeg synes altså, at det nedbryder tillidsforholdet mellem patienten og mig, hvis jeg sådan giver mig til at udføre håndhygiejne, hver gang jeg har rørt ved ham!



Hvordan reagerer de på det, de ser?

- Forholder sig til dilemmaet
- Bevæger sig i kryds- og spændingsfeltet
- Intellektuelle og moralske dyder
- Retningslinjer, erfaring, det de kan se, kultur og risikoplevelse
- Sigter mod at være en god kollega OG en god professionel (gensidig tillid og respekt) i et effektivt miljø
- Udøver et klinisk skøn og vælger så handling
- *De vælger det, der er muligt (Aristoteles, Schön, Dewey)*



"Mr. Osborne, may I be excused? My brain is full."

Så hvordan forbedrer vi HH?

- Ved at tælle? Og registrere?
- Ved at kvalificere skønnet hos den enkelte, i gruppen, i organisationen gennem dialog og refleksion over handlinger?
- Spørge dem om, hvad de ser?! Og hvordan det kan være, at de vælger HH til/fra?

Konklusioner og muligheder

- Ikke tallet som sådan, men det vi så
- Observatør i egen afdeling
- Tal hjælper?
- Hvornår ved vi at en forandring er en forbedring?
- Lokale dialog og evt med feedback i tal
- Flere tilgange til intervention (tal, undervisning)
- 5 moments/før alle rene, efter alle urene, efter brug handsker

- Fælles rum med patienten om håndhygiejne
- Registreringer af håndhygiejne tager tid – brug tiden fornuftigt
- KeepItSimple
- Skræm ikke personalet – men hjælp dem
- Lad de infektionsansvarlige registrere en time i ugen – og følge op med undervisning