



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS HK08, 15 hp
HT 2010

SJUKSKÖTERSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL HANDHYGIEN I TANZANIA

- En observationsstudie

Författare

Malene Bohwalli & Linnea Rydenstam

SAMMANFATTNING

Vårdrelaterade infektioner är ett globalt problem, patienter i utvecklingsländer är speciellt utsatta på grund av att många sjukhus har begränsade resurser. Därför kom idén upp att göra en studie som belyser hur sjuksköterskor hanterar handhygien med avseende att förebygga vårdrelaterade infektioner på Bulongwa Lutheran Hospital i Tanzania. Data samlades in genom en observationsstudie som varade i fyra dagar. Anteckningar från observationen skrevs ner i löpande text och analyserades genom en detaljerad innehållsanalys. I analysen växte ett antal kategorier fram, vilka resulterade i fyra övergripande teman: *tvättmöjligheter*, *handtvätt*, *handskanvändning* och *övriga hygienaspekter*. Resultatet av studien visade att sjukhusmiljön medförde vissa svårigheter för sjuksköterskorna att förhålla sig till god handhygien. Då handtvätt utfördes gjordes det med varierad noggrannhet och inträffade framförallt efter städmoment. Skyddshandskar användes vid städning och i vissa fall vid hantering av kroppsvätskor. Sjukhuset var försett med information i form av affischer för hur handhygien bör genomföras och sjuksköterskorna hade kunskap i när tillfällen för handtvätt var aktuellt och på vilket sätt det skulle utföras. Slutsatsen som kan dras av denna studie är att bristfällig tillgänglighet av resurser troligtvis medförde en försämrad följsamhet till rekommenderade riktlinjer på Bulongwa Lutheran Hospital.

Nyckelord: Handhygien, sjuksköterska, Tanzania, WHO

SUMMARY

Healthcare associated infections are a global issue, patients in developing countries are especially vulnerable because of many hospitals' limited resources. The purpose of this study was to highlight how nurses manage hand hygiene for preventing healthcare associated infections at Bulongwa Lutheran Hospital in Tanzania. Data were collected during a four days observational study. Notes from the observation were written in linear form and analyzed using a detailed content analysis. The analysis brought a number of categories, which in the end resulted in four themes: *places for hand washing, hand washing, glove usage* and *other health aspects*. The results showed that the hospital environment caused a few problems for the nurses to respond to good hand hygiene. When hand washing was performed, it was made with varying accuracy and occurred most frequently after cleaning. Gloves were used during cleaning and in some cases when handling body fluids. The hospital was provided with information in the form of posters showing how hand hygiene should be performed and the nurses had knowledge of the occasions when hand washing was disclosed and the manner in which it should be performed. The conclusion to be drawn from this study is the lack of availability of resources likely led to deterioration in adherence to recommended guidelines at Bulongwa Lutheran Hospital.

Keywords: Hand hygiene, nurse, Tanzania, WHO

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Förenade Republiken Tanzania.....	2
	2.2 Hälsovårdsproblem i Tanzania.....	2
	2.2.1 HIV/AIDS.....	2
	2.2.2 Malaria.....	3
	2.2.3 Malnutrition.....	3
	2.2.4 Vårdrelaterade infektioner.....	3
	2.3 Sjuksköterskans profession i Tanzania.....	4
	2.4 Bulongwa Luth Hospital.....	4
	2.5 Förebygga vårdrelaterade infektioner.....	5
	2.6 WHO's internationella riktlinjer för handhygien.....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	6
4	SYFTE.....	6
5	Metod.....	7
	5.1 Design.....	7
	5.2 Urval.....	7
	5.3 Datainsamlingsmetod.....	8
	5.4 Dataanalys.....	9
6	ETISKA ASPEKTER.....	12
7	RESULTAT.....	13
	7.1 Tvättmöjligheter.....	13
	7.2 Handtvätt.....	14
	7.3 Handskanvändning.....	15
	7.4 Övriga hygienaspekter.....	16
8	DISKUSSION.....	17
	8.1 Metoddiskussion.....	17
	8.2 Resultatdiskussion.....	19
	8.3 Slutsats.....	23
	8.4 Klinisk betydelse.....	23
	8.5 Förslag på vidare forskning.....	23
9	REFERENSER.....	24
10	BILAGA 1.....	28

1 INLEDNING

Infektioner som sprids på vårdinrättningar, är ur ett globalt perspektiv ett problem i både industri- och utvecklingsländer. Tanzania är ett land som är hårt drabbat av svårartade sjukdomar vilka drabbar landets befolkningsökning negativt. Risken att råka ut för allvarliga infektionskomplikationer när patienten är inneliggande på sjukhus, reduceras om sjukvårdspersonal förhåller sig till vetenskapligt erkända riktlinjer för hygienrutiner (World Health Organization [WHO], 2010a). I den svenska sjuksköterskeutbildningen får studenter god kunskap om vikten av handhygien i omvårdnaden av patienten. Hur situationen är för sjuksköterskor i Tanzania, var för författarna oklart. Därför genomfördes en studie på ett sjukhus i södra Tanzania där författarna tog reda på vad sjuksköterskorna har för rutiner i handhygien med avsikt att förebygga vårdrelaterade infektioner.

2 BAKGRUND

2.1 Förenade Republiken Tanzania

Förenade Republiken Tanzania är beläget på Afrikas östkust. De ligger söder om ekvatorn och är det största landet i östra Afrika med en population på 34,5 miljoner (Peter Mella, 2003). Landets huvudstad heter Dondoma sedan 1996, innan dess var det Dar es Salaam. Tanzania har ett varierande landskap med allt från bergsområde, savanner, korallrev till mangroveskog och insjöar. Karaktäristiskt för Tanzanias klimat är att det består av två regnperioder. Den ena pågår från mars till maj och den andra från november till januari. Tanzania är ett av världens fattigaste länder, trots detta har landet de senaste åren haft en stabil ekonomisk tillväxt. Dock har inte denna tillväxt kommit den fattiga delen av befolkningen tillgodo då över halva befolkningen lever för under en dollar per dag (Förenta Nationen [FN]-förbundet, 2010). De officiella språk som talas i landet är swahili och engelska (The United Nations Children´s Fund [UNICEF], 2008).

2.2 Hälsovårdsproblem i Tanzania

De vanligaste hälsoproblemen i Tanzania är Human immunodeficiency virus (HIV), Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), malaria, malnutrition samt vårdrelaterade infektionssjukdomar (Juntunen & Nikkonen, 1996).

2.2.1 HIV/AIDS

HIV är ett retrovirus som angriper kroppens immunförsvar. AIDS inträffar när kroppens CD4-celler är så låga att patienten i stort sätt inte har något immunförsvar kvar. Det kan ta mellan 10-15 år innan AIDS utvecklas och med behandling ännu längre (WHO, 2010c). Det första fallet av HIV i Tanzania noterades 1983. År 2000 utropade dåvarande president Benjamin Mkapa att HIV/AIDS är ett nationellt folkhälsoproblem som hotar hela landets framtid. År 2002 beräknades att cirka två miljoner tanzanier var smittade av HIV (Taksvärkki, 2005).

2.2.2 Malaria

Malaria orsakas av en parasit vid namn plasmodium. Den överförs till människan via bett från infekterade myggor (WHO, 2010d). I Tanzania insjuknar elva miljoner människor varje år av malaria varav 17 000 avlider i sjukdomen (WHO, 2009b). Malaria är den näst vanligaste dödsorsaken i landet (Mathai, Allegranza, Kilpatrick & Pittet, 2010).

2.2.3 Malnutrition

Malnutrition (undernäring) innebär att en person får i sig näringsfattig mat. Brist på hygien, rent vatten och sanitet är faktorer som kan leda till sjukdomen i form av exempelvis diarré. Det är främst barn i utvecklingsländer som drabbas (WHO, 2011). I en studie som gjordes på 13 olika sjukhus i nordöstra Tanzania upptäcktes att en procent av inlagda patienter led av malnutrition varav nästan 20 procent avled, samtliga var barn under fem år (Reyburn et.al., 2008).

2.2.4 Vårdrelaterade infektioner

WHO's (2010a, s.1) definition av vårdrelaterade infektioner är:

An infection occurring in a patient during the process of care in a health-care facility which was not present or incubating at the time of admission. This includes infections acquired in the hospital but appearing after discharge, and also occupational infections among staff.

Vårdrelaterade infektioner drabbar främst urinvägarna, operationssår, nedre luftvägarna samt blodbanan (Mathai et al., 2010). Det är dock svårt att exakt uppskatta vilka mikroorganismer som orsakar flest vårdrelaterade infektioner i världen. Detta på grund av att för få studier har gjorts inom området. Enterokolit (E.coli), Staphylococcus aureus, koagulasnegativa stafylokocker, enterokocker och Pseudomonas aeruginosa bedöms dock tillhöra de vanligaste bakterierna som orsakar smittspridning (Socialstyrelsen 2006, s 25). Det bakterierna har gemensamt är att de trivs i sjukhusmiljöer och flertalet av dem har kommit långt i utvecklandet av antibiotikaresistens. Bakterierna har olika smittvägar och återfinns både i tarm- och svalgslemhinnor. De kan även hittas i hudfloran och därför smittas via hudfragment. Dammpartiklar, livsmedel och förorenat vatten är andra sannolika smittkällor. Ytterligare en smittväg är indirekt smitta från exempelvis sjukhusinstrument, skyddshandskar samt leksaker (Ericson & Ericson, 2006).

Enligt WHO (2010b) är patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner ett globalt problem, inte minst i utvecklingsländer där prevalensen är mellan 5,7 till 19,1 procent (detta att jämföra med industrialiserade länder där procentsatsen är mellan 4,6 till 10,5 procent). WHO (2009a) menar dock att resultaten inte är helt tillförlitliga på grund av bristande undersökningar och dokumentering. Att problemen är så omfattande i vissa utvecklingsländer beror sannolikt på avsaknad av nationella riktlinjer och rutiner. Prevalensen av patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner i Tanzania har uppskattats till nästan 15 procent (ibid.).

2.3 Sjuksköterskans profession i Tanzania

Den tanzaniska modellen för sjuksköterskeutbildningen är baserad på ett medicinskt synsätt av sjukdomar och dess omvårdnad. Under utbildningen får studenterna både praktisk och teoretisk kunskap om hur sjukdomar bör skötas, från symtom till behandling. Tanzaniska sjuksköterskors mål med den professionella omvårdnaden är att patienten ska återfå god hälsa, eller åtminstone inte erhålla ett förvärrat hälsotillstånd (Juntunen & Nikkonen, 1996).

2.4 Bulongwa Luth Hospital

Bulongwa Lutheran Hospital (BLH) tillhör den evangelisk- lutheranska kyrkan i Tanzania. Sjukhuset öppnades år 1968. BLH har plats för 120 patienter, men får endast bidrag från staten för 90 av dem, resterande platser betalas genom donationer. Sjukhusets personalstyrka består av 29 vårdutbildade personer varav 20 är sjuksköterskor. BLH har ett upptagningsområde på cirka 60 000 människor. Sjukhuset är ett privat sjukhus som tar emot alla patientgrupper. De har tre specialistavdelningar; tandvård, ortopedi och gynekologi. Hit färdas patienter från olika storstäder såsom Mbeya, Njombe, Iringa, Kyela och Tukuyu. HIV/AIDS är ett stort problem i närområdet, omkring 70 procent av de dödsfall som sker på BLH är relaterat till HIV/AIDS (The Evangelical Lutheran Church of Tanzania [ELCH-health], n.d.).

2.5 Förebygga vårdrelaterade infektioner

Enligt Socialstyrelsen (2006) finns en mängd åtaganden i arbetet kring att förebygga vårdrelaterade infektioner. Detta kan innebära allt från att minimera utskrivning av antibiotika för att förhindra utvecklingen av resistens, till att tillämpa basala hygienrutiner. Detta begrepp syftar till att minimera smittspridning på vårdinrättningar. Åtagandena handlar om att hålla en hög standard på hygien, såsom att byta arbetskläder dagligen eller använda skyddsförkläde vid risk för kontakt av en patients kroppsvätska. Att använda sterila eller höggradigt rena engångsmaterial eller instrument, alternativt sterilisera om eller desinfektera innan de används till nästa patient är andra betydelsefulla bestyr (ibid.). Den viktigaste åtgärden för att minimera spridning av mikroorganismer är dock att tillämpa god handhygien (Barret & Randle, 2008; Mathai et al., 2010; Smith, 2008; Socialstyrelsen, 2006; WHO, 2009c).

2.6 WHO's internationella riktlinjer för handhygien

Vårdrelaterade infektioner är ett stort problem för patientsäkerheten över hela världen. WHO har därför arbetat fram generella riktlinjer för att förbättra rutiner i handhygien vid patientkontakt och därmed reducera spridning av mikroorganismer mellan patienter och vårdpersonal (WHO, 2009c). De driver även en kampanj, "Clean Care is Safer Care" som uppkom för att utmana och belysa de problem som rör vårdrelaterade infektioner. Tanzania är ett av 124 länder över hela världen som har anmält sitt samtycke till att förhålla sig till de riktlinjer om handhygien som WHO rekommenderar (WHO, 2010a). WHO (2009c) tillråder både handskar och handdesinfektion för att minimera spridning av mikroorganismer. Händer ska tvättas med tvål och vatten när de är synligt smutsiga, där utöver bör en effektiv bredspektra handdesinfektion användas för att döda mikroorganismer. WHO har även utarbetat riktlinjer för när handdesinfektion ska tillämpas i vårdsituationer. Modellen kallas för "My five moments for hand hygiene" och innehåller fem situationer i det patientnära arbetet:

1. Innan vidröring av patient.
2. Innan en ren/aseptisk procedur av patient.
3. Efter exponering av en patients kroppsvätskor.
4. Efter vidröring av patient.
5. Efter vidröring av patients omgivning.

3 PROBLEMFORMULERING

Tanzania är ett land där befolkningen drabbats hårt av HIV/AIDS, malaria, malnutrition samt vårdrelaterade infektioner. Att drabbas av infektioner till följd av bristande hygienrutiner, kan medföra ett ökat lidande för patienten. WHO har utarbetat generella riktlinjer för hur god handhygien ska minska smittspridning på sjukhus. Detta eftersom vårdrelaterade infektioner är ett globalt problem inom vården, inte minst i Tanzania där prevalensen av patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner nästan uppgår till 15 procent. Tanzania är ett av många länder som har rapporterat sitt samtycke till att förhålla sig till dessa riktlinjer. För att kunna ta reda på i vilken utsträckning rutinerna för handhygien fungerar i verkligheten, är det av betydelse att studera hur sjuksköterskor försöker förebygga vårdrelaterade infektioner på ett sjukhus i Tanzania.

4 SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa hur sjuksköterskor hanterar handhygien med avseende att förebygga vårdrelaterade infektioner på Bulongwa Lutheran Hospital i Tanzania.

5 METOD

5.1 Design

Studien är etnografisk och genomfördes med en kvalitativ metodansats med inriktning mot Etnonursing, vilket innebär att den beskriver rutiner i sjuksköterskornas naturliga arbetsmiljö. Metoden går ut på att dokumentera, beskriva och förklara ett omvårdnadsfenomen, till exempel förebyggande vård (Leininger, 2002; Pilhammar Andersson, 1996). Författarna intog rollen som deltagande observatör, vilket innebär att forskaren är närvarande i verksamheten, observerar vad som händer samt ställer följdfrågor för att undvika missförstånd, det kan antingen göras under observationens förlopp eller när tillfälle ges (Pilhammar Andersson, 1996). Forskare som redan besitter kunskap inom ett område, bör inte bli för involverade i verksamheten och därmed riskera att tappa sin roll som forskare (Dahlberg, 1997). Denna aspekt medförde att författarna försökte dra sig tillbaka i den mån det gick för att se hur vårdsituationer hanterades istället för att själva vara aktiva. Detta för att få en så rättvis bild av verkligheten på BLH som möjligt och för att lättare kunna uppnå syftet. Studien analyserades utifrån ett emic- och eticperspektiv. Med emic menas att ett fenomen observeras ur den aktuella kulturens perspektiv, medan etic innebär att forskaren inte är delaktig i verksamheten utan studerar fenomenet ur ett utifrånperspektiv (Leininger, 2002; Pilhammar Andersson, 1996). Detta är en tvärsnittsstudie eftersom studien pågick under en begränsad tid.

5.2 Urval

Författarna fick kontakt med det utvalda sjukhuset, BLH, genom en bekant till en av författarna. Mejlkontakt med Doktor Mscheshi, läkare på sjukhuset, pågick under cirka sju månader innan författarna kom till fältet. Studien ägde rum under fyra dagar i november 2010 på veckodagarna måndag, tisdag, onsdag och torsdag. Under observationens första dag informerades all sjukhuspersonal om att en studie gällande omvårdnad skulle äga rum på sjukhuset, ingen kände sedan tidigare till syftet med studien. Författarna blev sedan presenterade för åtta sjuksköterskor vilka tillfrågades om de ville delta i studien. De informerades om studiens indirekta syfte, det vill säga att en studie gällande omvårdnad skulle äga rum. De åtta sjuksköterskor som valde att delta informerades om deras rätt att avbryta när de ville. Författarna valde att inte

klargöra syftet för de deltagande sjuksköterskorna eftersom det enligt Pilhammar Andersson (1996) kan medföra att informanterna (sjuksköterskorna) uppträder på ett onaturligt sätt. Författarna valde även att inkludera sin gate keeper i studien. Enligt Pilhammar Andersson (1996) är syftet med en gate keeper att han/hon ska hjälpa forskarna in på fältet, introducera dem inför personer de vill observera och finnas tillgänglig för att besvara frågor. Författarna blev presenterade för sin gate keeper så snart de kommit till sjukhuset den första dagen. Gate keepern hade ett omfattande ansvar på sjukhuset och föll därför naturligt in rollen som den som skulle ha det yttersta ansvaret för författarnas vistelse. Vid slutet av studien ställde författarna frågor som uppkommit under observationen till gate keepern som villigt svarade.

5.3 Datainsamlingsmetod

Det verktyg som användes vid observationen var stolpanteckningar. Dessa fördes antingen simultant (synligt) eller retrospektivt (dolt), författarna frågade alltid sjuksköterskorna om lov innan de antecknade framför dem. Stolpanteckningarna utgick från Roper och Shapiras (2000) strategi; "Who, What, When, Where, Why och How". Efter varje observationsdags slut skrevs anteckningarna ut i en löpande och detaljerad text på dator. Detta för att författarna skulle få med så mycket information som möjligt och ha ett öppet sinne inför resultatet (Pilhammar Andersson, 1996). Observationen fokuserades på dagen i sin helhet med fokus på handhygien. Det vill säga, även saker som inte direkt hör till studiens syfte beskrevs. Detta för att skapa en helhetsbild. Under observationsstudiens sista timme, den sista dagen, ställdes även frågor gällande handhygiensrutiner till en av de observerade sjuksköterskorna. Att dessa frågor ställdes så sent i studien var för att inte hota studiens validitet. Författarna försökte i den mån det var möjligt observera olika sjuksköterskor på olika avdelningar. Det vill säga, ena författaren var på kvinnoavdelningen medan den andra var på mansavdelning. På så vis blev fler sjuksköterskor involverade i studien och observerade vid fler än ett tillfälle. Vid de tillfällen då författarna observerade tillsammans, var under studiens första dag på rundvisningen samt sista dagen på mödravårdscentralen/ barnavårdscentralen (MVC/BVC). För att garantera sjuksköterskorna anonymitet har de skiljts åt genom kodning, till exempel sjuksköterska 1, 2, 3 och så vidare.

5.4 Dataanalys

Författarna läste igenom fältanteckningstexten ett flertal gånger för att skapa större förståelse för innehållet och få en helhetsbild, något som Dahlberg (1997) rekommenderar. Texten fick sedan gå igenom en första kategorisering enligt Pilhammar Andersson (1996). Det vill säga plats, person, aktivitet, forskarroll (antecknades om någon av författarna var delaktiga i det observerade momentet), kod och reflektion analyserades fram ur innehållet (se tabell 1). Författarna printade sedan ut koderna och den detaljerade fältanteckningstexten, för att sedan klippa isär och para ihop rätt kod med rätt text. Detta resulterade i 105 par text/analys-lappar med tolv olika koder.

Tabell 1: Exempel på första kodning av fältanteckningstext.

<i>Befinner mig på den manliga sjuksköterskeexpeditionen. Vrider på kranarna för att se om det finns varmvatten. Varmvattenkranen fungerar inte alls. Ur kallvattenkranen kommer en svag stråle med vatten som efter några sekunder övergår i att endast droppa ur sig vatten. (Är vattenförsörjningen slut? Varför används i så fall inte regnvattnet?)</i>					
Plats	Person	Aktivitet	Forskare	Kod	Reflektion
M. ssk. Exp		Kontrollering av vattenfunktion		Observation av rum.	Varför används inte regnvattnet?

Författarna läste sedan varje urklippt textremsa för att se om texten var relevant i förhållande till syftet, om så inte var fallet sållades de bort i en hög som lades åt sidan. Efter denna sortering återstod sju av tolv koder. Aktuella textremsor bearbetades ytterligare en gång och sorterades i två högar beroende på om innehållet var observerat ur ett emic- eller eticperspektiv. Detta var nödvändigt för att se om författarna påverkade studiens validitet genom att vara delaktiga i vissa sjukvårdsmoment, ett tillvägagångssätt som rekommenderas av Leininger (2002) och Pilhammar Andersson (1996).

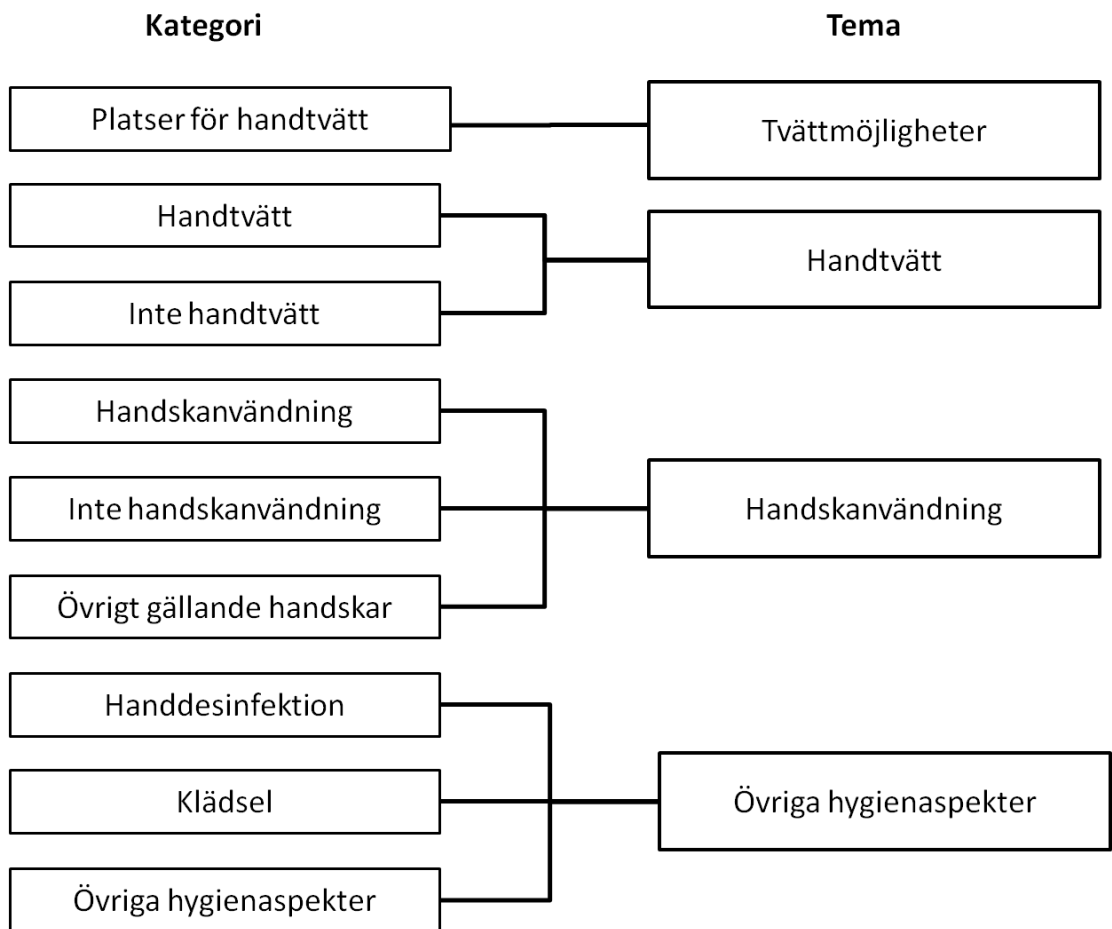
Analysen resulterade i 19 emic och 56 eticlappar. Dessa fick genomgå en andra kategorisering med nya koder. Kategorierna fick författarna fram genom att sortera emic- och eticlapparna efter situation, det vill säga, allt som hade med handtvätt att göra kodades och sorterades i en hög och allt som hade med skyddshandskar att göra sorterades i en annan, etcetera. Situationerna jämfördes för att kunna analysera hur omvårdnadssituationer påverkades av författarnas närvaro och delaktighet (se tabell 2).

Tabell 2: Exempel på kodning och sortering av emic- och eticsituationerna.

Analys	Antal observerade tillfällen	
	ETIC	EMIC
Situationer för skyddshandskar		
Inga skyddshandskar vid kroppsvätska	2 ggr	0 ggr
Inga skyddshandskar vid pt-kontakt	3 ggr	1 gång
Bäddning inga skyddshandskar	0 ggr	1 gång
Situationer för tvättning av händer		
Handtvätt efter städning	2 ggr	1 gång
Ofullständiga tvättmöjligheter	10 ggr	0 ggr

Efter analysen av emic- och eticsituationer, analyserades koderna en gång till för att få fram mönster när exempelvis handtvätt utfördes och när det inte gjorde det. Exempel på vad den analysen visade var att sjuksköterskorna alltid använde skyddshandskar då de städade, men inte efter renbäddning av patientsäng. De koder som inte kunde jämföras på det här sättet, analyserades sist. Koderna kunde slutligen bilda kategorier, vilka i sin tur resulterade i teman (se tabell 3).

Tabell 3: Kategorier resulterade i teman.



Inga kategorier försvann utan presenteras istället under det tema som den tillhör. För att analysen skulle bli så trovärdig som möjligt jämfördes studiens resultat med WHO's internationella riktlinjer för handhygien.

6 ETISKA ASPEKTER

Godkännande för den här studien erhöles från Edward. A. Masevella, sjukhusadministratör på BLH (se bifogad bilaga 1). Ett godkännande från ansvarig examinator erhöles innan studien började. Enligt SFS 2003:460 behövs inget godkännande från en etisk kommitté för kandidatuppsatser. Sjuksköterskorna på BLH blev informerade om studiens indirekta syfte innan studien tog sin början. Författarna garanterade anonymitet för de sjuksköterskor som ingick i studien genom att koda dem med siffror i analys texten. Stolpanteckningar fördes framförallt retrospektivt för att inte skapa nervositet eller störa sjuksköterskorna i deras arbete. Enligt Leininger (2002) ”The Theory of Culture Care” är det viktigt att känna till och respektera olika kulturer. Med kultur menas bland annat värderingar, religioner, symboler och förhållningsätt mellan människor. Ett möte med en ny kultur kan medföra att etiska dilemman uppstår. För att undvika en kulturkrock och därmed riskera studiens validitet, försökte författarna respektera lokalbefolkningens religion, värderingar och regler genom att exempelvis gå till sjukhuskyrkan varje morgon.

7 RESULTAT

Analysarbetet resulterade i fyra teman; *tvättmöjligheter, handtvätt, handskanvändning* samt *övriga hygienaspekter*. Exempel från fältanteckningarna finns med för att förtydliga resultatet.

7.1 Tvättmöjligheter

Handfat kunde observeras i de flesta av sjukhusets 17 patientsalar med undantag för singelsalen på kvinnoavdelningen och infektionssalen på mansavdelningen. Samtliga handfat var lokaliserade i ett av hörnen närmast utgången. De handfat som fanns på patientsalarna var smutsiga och saknade tvål och torkningsmöjligheter. På sjukhuset fanns det två stycken sjuksköterskeexpeditioner, en på mansavdelningen och en på kvinnoavdelningen. På båda expeditionerna observerades handfat och tvål, dock inga torkningsmöjligheter. Inom de allmänna ytorna, det vill säga korridorer och entré, kunde ett handfat hittas - detta fanns i en korridor som kallades Clinical Treatment and Care (CTC). Handfatet var emellertid smutsigt och saknade tvål och torkningsmöjligheter. På MVC/BVC fanns sju rum, varav två med handfat. Vid ett av handfaten fanns tvål tillgängligt dock inga torkningsmöjligheter, vid det andra fanns varken tvål eller torkningsmöjligheter.

(MVC/BVC, med ssk7)

Vi noterar att det finns sju rum avsedda för barn- och mödravård, det finns handfat i två av dessa. Ett av rummen är avsett för rådgivning och vaccination, handfatet där har en kallvattenkran men saknar tvål. I det andra rummet förvaras vaccin i en gul kylbox. Där är handfatet stort med en kallvattenkran som sitter högt upp på väggen. Bredvid står en flaska med trasig kork som innehåller tvål. Resterande rum används för vägning av barn, väntrum, kontroller av gravida kvinnor, materialrum för kapillärprovtagning samt ett rum som används för samtal med patienter som testats positivt för allvarlig eller kronisk sjukdom, till exempel HIV.

Handfatet på apoteket hade tvål och sjukhusets enda observerbara handdesinfektionsflaska, dock inga torkningsmöjligheter. Förlossningsrummet var det rum som mest frekvent användes för handtvätt detta var det enda rum som erhöll både handfat, tvål och torkningsmöjligheter i form av papper som var uppsatt i en behållare på väggen. På en del handfat i sjukhuset fanns det en varmvattenkran. Dock saknade sjukhuset varmvatten vilket medförde att dessa kranar inte fungerade, sjukhuset kunde

därför endast erbjuda kallvatten. På baksidan av sjukhuset fanns en stor tank där regnvatten samlas för att användas när vattenförsörjningen till handfat och toaletter tillfälligt slutat fungera.

7.2 Handtvätt

Handtvätt skedde framför allt på förlossningsrummet med tvål, kallt vatten samt torkning med papper. Sjuksköterska^{5 & 7} använde handdesinfektion varsin gång. Återkommande tillfällen då handtvätt utfördes var efter städning av golv och toalett. Handtvätt noterades aldrig utföras inför eller efter renbäddning av säng. En renbäddning utfördes med rena lakan och en återanvänd filt/överkast från utskrivna patient. Inför eller efter rond sågs sjuksköterskorna aldrig tvätta händerna, ronderna ägde rum i patientsalarna framför patienterna. Det noterades dock att ingen av sjuksköterskorna vidrörde någon patient under denna sysselsättning. Ingen av sjuksköterskorna sågs tvätta händerna efter indirekt kontakt med patient, det vill säga när de exempelvis hade vidrört patientens säng eller sängbord. Vid ett tillfälle observerades handtvätt före patientkontakt, det var inför en intramuskulär vaccination av ett spädbarn på BVC av sjuksköterska¹. Handtvätt efter patientkontakt observerades vid två tillfällen. Ena ägde rum efter att sjuksköterska² vaccinerat ett spädbarn och den andra efter att sjuksköterska⁵ försökt lösa upp en vaxpropp med olja, denne hade då fått olja på sina händer. Vid ett tillfälle observerades sjuksköterska⁶ lägga om ett vätskande sår. När sjuksköterskan var klar med omläggningen, hälsade denne på en av författarna utan att först tvätta händerna. Handtvättningen med tvål och vatten utfördes på liknande sätt men olika noggrant.

(Sjuksköterska² i förlossningsrummet efter patientkontakt)

Sjuksköterskan tvättar händerna noggrant med tvål och vatten. Denne tvättar tummar, lillfinger, mellan alla fingrar, handflator och handrygg. Då denne ska stänga av kranen tar denne lite vatten i höger handflata, stänger av med vänster tumme och pekfinger och tvättar sedan dessa fingrar med det vattnet denne har kvar i höger handflata. Denne torkar sedan händerna med papper från en ren pappersrulle som är uppsatt på väggen.

(Sjuksköterska⁴ i förlossningsrummet efter städning)

Sjuksköterskan tar tvål i vänster hand och vrider sedan på kallvattenkranen med den högra handen. Tvättar händerna i cirka 10-15 sekunder, dock inte mellan fingrarna. När denne är klar med tvättandet, spar denne lite vatten i vänster hand, stänger av

kranen med höger och håller sedan det vatten denne har i vänsterhanden över vridkranen. Torkar sedan med papper från en ren pappersrulle som är uppsatt på väggen.

(Sjuksköterska⁵ i förlossningsrummet efter städning)

Sjuksköterskan tvättar händerna och halva underarmarna med tvål och vatten på förlossningsrummet. Dock ej mellan fingrarna. Torkar med papper från en ren pappersrulle som är uppsatt på väggen.

I vissa rum fanns handfat och tvål men inga torkningsmöjligheter. Lösning för handtorkning efter handtvätt på en sådan plats kunde endast noteras vid ett tillfälle.

(Sjuksköterska⁵ på sjuksköterskeexpeditionen)

Sjuksköterskan börjar med att tvåla in sina händer. Denne vrider sedan på kranen, men inget vatten kommer ut. Sjuksköterskan låter då tvålen torka in lite, för att sedan torka av sig på den duk som ligger på skrivbordet.

Vid de tillfällen sjuksköterska^{5 & 7} använde handdesinfektion, bad de få detta av författarna som hade med sig egna flaskor med handdesinfektion, vilka de förvarade i sina bussarongfickor. Vid båda tillfällena hade sjuksköterskorna hanterat blod från patient (kapillärprov/perifer venkateter[PVK]sättning).

7.3 Handskanvändning

Handskanvändningen skiljde sig åt mellan sjuksköterskorna och beroende på situation. Återkommande var dock användningen av skyddshandskar vid städ och vid bruk av desinfekteringspulver där samtliga sjuksköterskor bar skyddshandskar. Författarna observerade inga skyddshandskar på någon av sjuksköterskorna då intramuskulära injektioner eller renbäddning av patientsängar utfördes. Det noterades att sjuksköterskorna inte använde skyddshandskar vid patientkontakt (detta inkluderar dock inte kontakt med kroppsvätskor). Vid sju tillfällen kunde författarna observera sjuksköterskorna vara i kontakt med kroppsvätska vilka var: tarmsköljning, tappning av kateterpåse, PVK - sättning, kapillärprovtagning (vid två tillfällen), venpunktion samt såromläggning. Skyddshandskar användes vid tarmsköljning, PVK- sättning samt vid tappning av kateterpåse. Vid resterande fyra tillfällen användes inte skyddshandskar. Sjuksköterska³ noterades använda samma par skyddshandskar under ett par timmar då denne städade golv, hjälpte en patient i rullstol till röntgenrum samt bytte droppflaska

på en svårt infektionssjuk patient. Författarna kunde vid ett tillfälle observera att sjuksköterska⁵ inte tog av sig sina skyddshandskar då denne lämnade en patientsal för att senare komma tillbaka och fortsätta behandling av patienten. Vid två separata tillfällen sågs sjuksköterska⁵ & ⁸ använda skyddshandskar då de hämtade material (potta respektive rondskål) till deras patient. Föremålen skulle användas för att hantera kroppsvätskor.

7.4 Övriga hygienaspekter

Skyddshandskar återfanns på sjuksköterskeexpeditionerna i en låda placerad i medicinskåpet. Handdesinfektion noterades på ett ställe, vilket var i sjukhusets apotek. Studien visade att skyddshandskar återanvändes för att senare brukas vid städ. Vid ett tillfälle ombads en av författarna att återanvända sina handskar efter patientkontakt. Sjuksköterska⁴ tyckte att dessa kunde användas för att bädda rent i patientsängarna då denne ansåg att de knappt blivit smutsiga. När sjuksköterskorna skulle ta av sina handskar var de noga med att de smutsiga handskarna inte kontaminerade deras händer. Det observerades även att en sjuksköterska var försiktig med att inte kontaminera material som skulle användas till patienter:

(Sjuksköterska⁵ på apoteket)

Sjuksköterskan tar tabletter ur en burk med hjälp av en sked och förklarade att medicin som skall till patienter inte får bli kontaminerad.

(Sjuksköterska⁵ på manliga sjuksköterskeexpeditionen)

Sjuksköterskan tar bomull ur en plåtbehållare med hjälp av en stor pincett.

Under sista timman på observationsstudiens sista dag, frågade en av författarna gate keepern om sjukhuset hade några skriftliga hygienrutiner som sjukvårdspersonalen ska förhålla sig till. Gate keepern hänvisade då till uppsatta affischer. Under samma timme frågade den andra författaren sjuksköterska² om sjuksköterskorna hade något speciellt tänk vid handtvätt, denne svarade:

(Sjuksköterska² i förlossningssalen)

Man ska tvätta händerna innan och efter patientkontakt. Man börjar med tvålen och innan man smörjer in händerna med tvålen ska man sätta på vattnet och kolla temperaturen. Vid handtvätt är det viktigt att man tvättar mellan fingrar, på

handryggen och i handflatorna. När man torkar händerna ska man torka på ett speciellt vis för att undvika att kontaminera händerna.

Det observerades att sjuksköterskorna vid ett flertal tillfällen bar långärmade tröjor vid patientkontakt. Sjuksköterska⁴ sågs även använda ett armbandsur. De affischer som fanns på sjukhuset var från organisationer som till exempel Läkare utan gränser, the United Nation Children's Fund (UNICEF) och United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (UNAID), vilka hänvisade till olika hygienaspekter.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskor på BLH hanterar handhygien med avseende att förbygga vårdrelaterade infektioner. Författarna valde att göra en empirisk observationsstudie med inriktning mot Etnonursing vilket i denna studie var lämpligt då intervjuer eller dokument troligtvis inte skulle avspegla en rättvis bild av studiens fenomen på grund av exempelvis språkbarriärer. Dessutom är det, enligt Pilhammar Andersson (1996), när forskaren observerar något på nära håll som den får ta del av det som annars kan vara svårtillgängligt. Den valda metoden ansågs även lämplig eftersom författarna ville få en inblick i sjuksköterskornas vardag i dess naturliga sammanhang.

Författarna följde Pilhammar Andersson (1996) samt Polit och Becks (2004) rekommendationer när en observationsstudie ska genomföras. Det vill säga, författarna använde sig av stolpanteckningar som observationsverktyg och försökte vara så konkreta och opartiska som möjligt för att kunna beskriva en så rättvis bild av verksamheten som möjligt. Anteckningarna fördes framförallt retrospektivt för att inte stressa sjuksköterskorna. Författarna upplever att stolpanteckningarna var till stor hjälp då observationen gav många intryck och flera detaljer att memorera. Författarna anser att resultatet inte hade blivit detsamma om stolpanteckningarna uteblivit.

Enligt Leininger (2002) är det väsentligt att först samla, beskriva och dokumentera data, för att sedan identifiera text, hitta koder samt kategorier som har med studiens syfte att göra. Fältanteckningstexten fick genomgå ovanstående faser innan mönster och resultat analyserades fram, det var en tidskrävande analysprocess. För att studien

skulle bli så trovärdig som möjligt och för att inte förvanska viktig information ansåg författarna att detta var nödvändigt. Emic och etic studerades för att hitta likheter och skillnader i sjuksköterskornas agerande under observationen. Författarna upplever att detta var ett lämpligt metodval, då de på detta sätt lättare kunde analysera om deras närvaro påverkade sjuksköterskorna när de utförde omvårdnadsåtgärder. Emic och etic valdes att enbart användas i analysprocessen. Detta på grund av att en observation ur ett emicperspektiv medförde liknande resultat som en observation ur ett eticperspektiv. Författarna upplevde en risk i att skriva resultatet utifrån dessa perspektiv eftersom det hade kunnat försvåra läsningen. Men om författarna hade sett en större skillnad i sjuksköterskornas sätt att agera i deras närvaro, hade det förmodligen varit nödvändigt att presentera resultatet utifrån om de var observerat ur ett emic- eller eticperspektiv

Inklusionskriterier för denna studie var att endast sjuksköterskor skulle observeras samt att studien skulle äga rum under fyra dagar. En kort observationsperiod kan dock medföra en risk att informanterna visar upp en fördelaktig bild av verkligheten för forskaren. Därför är en längre period många gånger att föredra då rutiner efter en viss tid alltid återgår till det normala (Pilhammar Andersson, 1996). Att vara forskare i en ny miljö kan medföra en viss osäkerhet och misstänksamhet bland informanterna. Spekulationer om forskarens närvaro är oundvikligt. Därför rekommenderas forskaren att integrera sig på fältet under en tid innan observationen tar sin början, detta för att uppnå acceptans i gruppen (Dahlberg, 1997). Den här studien är emellertid för liten för att författarna på ett naturligt sätt skulle kunna uppfylla den önskvärda stämningen bland sjuksköterskorna på BLH. Men genom att observera sjuksköterskorna i deras dagliga liv på sjukhuset, lyssna till vad de hade att säga, studera deras dokument, samt försöka återspegla deras verklighet med noggrannhet, upplevde författarna att de fick en god inblick i sjuksköterskornas verksamhet trots den korta observationsperioden.

Klädseln är en viktig detalj att ta hänsyn till då det är av betydelse att smälta in i miljön liksom en ”möbel” som verksamheten inte lägger märke till för än den är borta (Pilhammar Andersson, 1996). Författarna ställde sig därför frågan vilken typ av klädsel som var mest lämpad i deras situation. Att iklä sig sjukhuskläder under observationen på sjukhuset innebar att författarna tog en risk. Enligt Pilhammar Andersson (1996) kan forskaren riskera att gå in i rollen som sjuksköterska (sjuksköterskestudent i författarnas fall) och därmed tappa sin roll som observatör. Studien riskerar då att enbart utgå ifrån

ett emicperspektiv och tappar sin trovärdighet då forskaren inte längre kan agera opartisk eftersom han/hon blir sedd som en tillgång. Författarna upplevde att de vid ett flertal tillfällen blev tvungna att påminna om anledningen till deras närvaro då de hade större intresse av att se hur rutiner utfördes, istället för att själva genomföra dem. Exempel på vad författarna blev tillfrågade att utföra var omvårdnadsåtgärder/patientbehandlingar så som PVK- sättning, kapillärprovtagning och injektioner. Författarna kunde ha valt att klä sig annorlunda för att på så vis poängtera att de ville hålla sig utanför alla vårdåtaganden. Å andra sidan hade en sådan aspekt kunnat äventyra ett naturligt emicperspektiv. Sjuksköterskorna hade dessutom kunnat känna sig mer iakttagna av att bara bli observerade och aldrig få handräckning eller handleda på det sätt de är vana vid, vilket i sin tur kunde ha påverkat studiens validitet. Författarna misstänker dock att en barriär mot en naturlig insmältning i miljön ändå skulle kunnat uppstå, oavsett klädsel, på grund av etniska skillnader.

Att båda författarna är sjuksköterskestudenter och läser sitt tredje och sista år av utbildningen, kan mycket väl ha medfört att resultatet av studien påverkades. Detta genom att författarna visste vad som kunde vara värdefullt för studien och kunde styra analysen genom att använda sig av deras egna förkunskaper. Detta behöver dock inte vara negativt, utan kan i vissa fall ha varit fördelaktigt eftersom författarna besitter en större förståelse för den kliniska miljön, än vad en person som är ovan i vårdsektorns kultur är (Barret & Randle, 2008).

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet av studien har jämförts med WHO's riktlinjer för handhygien och styrks av tidigare forskning inom området. Med ordet handhygien vill författarna förmedla allt från hur sjuksköterskorna på BLH tvättade händerna, vad de hade för rutiner vid användning av skyddshandskar, till vilka möjligheter de hade att kunna förhålla sig till rekommenderade riktlinjer.

Studien visade att när sjuksköterskorna på BLH tvättade händerna gjordes detta med tvål och kallt kranvatten. Vid ett fåtal tillfällen desinfekterade de händerna med författarnas medtagna handdesinfektion. Handtorkning skedde i första hand med papper. Vid ett tillfälle noterades hur handtorkning utfördes då papper inte fanns

tillgängligt, det vill säga, på en bordsduk. Enligt WHO (2009c) måste tvål och vatten eller handdesinfektion användas för att få bort mikroorganismer från händerna. Det rekommenderas att händerna tvättas i svalt vatten då varmt vatten kan orsaka hudirritation, vilket i sin tur tillgodogör en miljö för bakterier att växa i. Detta ökar således risken för en spridning av vårdrelaterade infektioner mellan vårdare och patient. Nytvättade händer bör torkas med papper eller handtork eftersom våta händer har större förmåga att sprida bakterier. Torkartiklar som används vid flera tillfällen innan de tvättas, är inte att rekommendera då de kan vara kontaminerade med mikroorganismer som överförs till de rena händerna (WHO, 2009c).

Rosenthal et al. (2006) förklarar att flertalet utvecklingsländer har omfattande brister i rutiner för att förebygga vårdrelaterade infektioner genom exempelvis handhygien. Oftast beror det på att regler och riktlinjer saknas. På ett sjukhus i Argentina där vårdrelaterade infektioner var ett omfattande problem, gjordes en undersökning för att ta reda på vad som orsakade brist i verksamheten. Undersökningen resulterade i att sjukvårdspersonalen fick undervisning i vetenskapliga och rekommenderade riktlinjer för bland annat handhygien. Resultat av interventionen visade att sjukvårdspersonalen på ett år lyckades reducera antalet vårdrelaterade infektioner med nästan 50 procent (ibid.). Detta problem upplevde dock inte författarna vara det primära på BLH. Observationsstudien visade att sjuksköterskorna besatt kunskap om när handhygien skulle utföras, dock tillämpades inte alltid rekommenderande handhygiensrutiner. Ndomba, Smide och Arts (2008) menar att sjuksköterskor i Tanzania hyser god kunskap om hygienrutiner vilka de blir noggrant undervisade i sin utbildning. Anledningen till att de inte förhåller sig till de riktlinjer och rekommendationer de lärt sig, beror i de flesta fall på bristen av material, dess begränsade tillgänglighet samt att sjuksköterskorna inte anser handtvätt vara den viktigaste åtgärden för att förebygga infektioner (ibid.). Synen på riktlinjerna kan vara en orsak till att åtminstone 15 procent av de patienter som vårdas på sjukhus i Tanzania beräknas insjukna i vårdrelaterade infektioner (WHO, 2009a). För att öka följsamheten till uppsatta riktlinjer gällande handhygien är det därför av betydelse att förändra sjukvårdspersonalens inställning (Alemangno, Guten, Warthman, Young & Mackay, 2010).

WHO (2009c) rekommenderar handtvätt med tvål och vatten när händerna är synligt smutsiga samt efter toalettbesök. Därutöver bör handdesinfektion användas, det är dessutom effektivare mot mikroorganismer. Tvål och vatten är dock tillräckligt om inget lämpligt substitut finns. Händerna bör tvättas enligt följande: 'Vät händerna, tvåla in händerna med lagom mycket tvål så att tvålen täcker hela händerna. Skölj av tvålen med vatten och torka händerna tills de är torra, lämpligtvis med papper. Använd helst rent och rinnande vatten, om det är möjligt. Använd en bit papper för att stänga av kranen.' Smith (2008) styrker även denna metod i sin studie och anser att teknik för handtvätt spelar en avgörande roll för att förebygga smittspridning. Även om dessa rutiner inte följdes tillfullo, visar studien att sjuksköterskorna för det mesta utförde sin handtvätt på ett snarligt sätt.

Enligt "My five moments for Hand Hygiene" ska händerna rengöras före och efter patientkontakt, detta inkluderar även när vårdgivaren varit i kontakt med patientens privata saker eller ytor, inkluderat medicinskt material. Därutöver bör händerna rengöras innan/efter användning av skyddshandskar, samt vid all typ av medicinhantering (WHO, 2009c). När vissa sjuksköterskor på BLH bar skyddshandskar tvättade de inte händerna innan eller efter användning. Enligt Barret och Randle (2008) kan begränsad tillgänglighet av handfat, rinnande vatten och handdesinfektion leda till att skyddshandskar används istället för handtvätt. Detta är ett vanligt misstag bland sjukvårdspersonal i utvecklingsländer. WHO (2009c) anser att skyddshandskar ska användas i vården för att undvika att händer kontamineras med kroppsvätskor från patienter och för att reducera risken för massspridning av bakterier mellan patienter och vårdare.

Gällande användandet av skyddshandskar noterades de observerade sjuksköterskorna använda sådana vid tre av de sju tillfällena författarna observerade dem hantera kroppsvätskor. Dessa tillfällen är dock svåra att jämföra, vilket skapade svårigheter att hitta ett mönster i om de frekvent använde skyddshandskar vid kroppsvätskor eller inte. Vad gäller kontaminerade skyddshandskar anser WHO (2009c) att de bör bytas då sjukvårdspersonal lämnar rum samt påbörjar ny behandling eller ny aktivitet. För att inte kontaminera skyddshandskarna i onödan är det av betydelse att ta dem på sig i så nära anslutning som möjligt inför patientkontakt. Det är också viktigt att inte använda samma par skyddshandskar till mer än en aktivitet, det vill säga skyddshandskar ska

helst inte återanvändas, speciellt inte utan att ha genomgått särskild rengöring (ibid.). Skyddshandskar är inget substitut för handtvätt, utan är tänkta att fungera som ett skydd för att minimera risken att patienter och vårdgivare drabbas av vårdrelaterade infektioner (Barret & Randle, 2008; WHO, 2009c). Studien visade att skyddshandskar användes enligt riktlinjer i vissa situationer, till exempel vid PVK-sättning. I andra situationer användes de dock inte enligt rekommendationer, exempel är när en sjuksköterska använde samma skyddshandskar vid både städ och patientkontakt.

Enligt WHO (2009c) kan långärmat medföra att kläder och händer blir kontaminerade av bland annat mikroorganismer. De rekommenderar därför att vårdpersonal inte ska använda detta i det patientnära arbetet. Även ringar och smycken vid händerna kan vara angripna av bakterier som till exempel E. coli och klebsiella. Att använda smycken i vården är något som därför inte heller anses lämpligt (ibid.). Samtliga sjuksköterskor på BLH sågs vid ett flertal tillfällen använda långärmade tröjor vid patientkontakt. En sjuksköterska observerades även bära ett armbandsur.

Författarna vill poängtera att WHO's riktlinjer inte är okända på BLH. Enligt T. Mahenge (personlig kommunikation 18 november 2010), omvårdnadslärare på sjuksköterskeskolan i Bulongwa, känner både skolan och sjukhuset till WHO's riktlinjer för handhygien. Rutiner för handhygien undervisas dock utifrån en bok som heter "Prevent Infections", men dessa skiljer sig inte nämnvärt från de WHO rekommenderar.

Det bör även belysas att studier har visat att perfekt följsamhet till aktuella riktlinjer är en orealistisk förväntan, men att tillgängligheten av handhygienprodukter så som tvål, vatten och handdesinfektion ökar chansen till god eller acceptabel följsamhet (WHO, 2009c).

8.3 Slutsats

Studien tyder på att sjuksköterskorna på Bulongwa Lutheran Hospital inte alltid förhöll sig till rekommenderade riktlinjer vilket kan bero på ett antal faktorer. Bland annat hade sjukhusmiljön bristfälliga resurser så som få handfat utrustade med tvål och torkningsmöjligheter. Även hygienmaterial som skyddshandskar och handdesinfektion återfanns på svåråtkomliga platser. Faktorer som dessa medförde att färre tillfällen skapades för sjuksköterskorna att på ett naturligt och enkelt sätt utföra god handhygien gällande handtvätt och handskanvändning vid sådana tillfällen som WHO rekommenderar för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

8.4 Klinisk betydelse

Denna studie ger en ökad förståelse för hur sjuksköterskor utövar handhygien i ett land där resurser som vatten, tvål, handdesinfektion och papper är begränsad. Detta kan vara av betydelse för organisationer som har för avsikt att donera material till Tanzania och vill undersöka landets behov innan sådan donation träder i kraft. Studien kan också vara värdefull för vårdinrättningar som syftar till att undersöka värdet av att ha lämpligt material tillgängligt.

8.5 Förslag på vidare forskning

Mer forskning behövs för att undersöka i vilken utsträckning patienterna på Bulongwa Lutheran Hospital drabbas av vårdrelaterade infektioner och hur stor den egentliga bördan är i Tanzania. Det skulle även vara intressant att utforska om följsamheten skulle förändras på sjukhuset om det utrustades med fler och lättillgängligare resurser. Hur stor kunskapen kontra följsamheten till socialstyrelsens riktlinjer är i Sverige kan vara relevant för att utforska hur fler resurser och bättre ekonomi påverkar handhygien.

9 REFERENSER

Alemagno, S., Guten, S., Warthman, S., Young, E. & Mackay, D. (2010). Online learning to improve hand hygiene knowledge and compliance among healthcare workers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(10), 463-471.

Barret, R. & Randle, J. (2008). Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. *Journal of clinical nursing*, 17(14), 1851-1857.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* (2 rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Klinisk mikrobiologi: Infektioner, immunologi, sjukvårdshygien* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Evangelical Lutheran Church in Tanzania. (n.d.). *General Info*. Hämtad 23 oktober, 2010, Evangelical Lutheran Church in Tanzania, <http://health.elct.org/bulongwa/index.htm>

Förenta Nationerna-Förbundet. (2010). *Tanzania: Fakta*. Hämtad 10 oktober, 2010, från Förenta Nationerna-Förbundet, <http://www.globalis.se/Laender/Tanzania>

Juntunen, A. & Nikkonen, M. (1996). Professional nursing care in Tanzania: a descriptive study of nursing care in Ilembula Lutheran Hospital in Tanzania. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 536-544.

Leininger, M. & McFarland, M R. (2002). *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice*. (3. ed.). New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Mathai, E., Allegramzi, B., Kilpatrick, C. & Pittet, D. (2010). Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian Journal of medical microbiology*, 28(2), 100-106.

Ndomba, A., Smide, B. & Aarts, C. (2008). Preventing IUC infections in Tanzanian patients: Nurses' knowledge, clinical practice and patients' views. *International Journal of urological nursing*, 2(1), 33-41.

Peter Mella, P. (2003). Major factors that impact on women's health in Tanzania: The way forward. *Health care for women international*, 24(8), 712-722.

Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet: En jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing research: Principals and methods*. (7. Uppl.). Philadelphia J.B: Lippincott Williams and Wilkons.

Reyburn, H., Mwakasungula, E., Chonya, S., Metei, F., Bygberg, I., Poulsen, A. & Olomi, R. (2008). Clinical assessment and treatment in pediatric wards in the north-east of the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(2), 132-39.

Roper, JM. & Shapira, J. (2000). *Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Rosenthal, V., G. Maki, D., Salomao, R., A'lvarez-Moreno, C., Mehta, Y., Higuera, F., E. Cuellar, L., Akan Arikan, O., Abouqal, R. & Leblebicioglu, H. (2006). Device-Associated Nosocomial Infections in 55 Intensive Care Units of 8 Developing Countries. *Annals of Internal Medicine* 145(8), 582-91.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdag. Hämtad 24 oktober, 2010, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>

Smith, S. (2009). Review of hand-washing techniques in primary care and community settings. *Journal of clinical nursing*, 18(6), 786-790.

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Taksvärkki. (2005). *HIV/AIDS i Tanzania: Aids är dödlig verklighet i Tanzania*. Hämtad 24 oktober, 2010, från Taksvärkki, <http://www.taksvarkki.fi/tansania/ruotsi/tansania/hivtansania.html>

The United Nations Children´s Fund. (2008). *Utbildning för alla barn i Tanzania*. Hämtad 10 oktober, 2010, från The United Nations Children´s Fund, <http://www.unicef.fi/utbildningfralla>

World Health Organization. (2001). *Global summary of the HIV/AIDS epidemic*. Hämtad 23 oktober, 2010, från World Health Organization, http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.gif

World Health Organization. (2009a). *Blood safety, laboratories & health technology (BLT): Overview*. Hämtad 20 oktober, 2010, från World Health Organization, <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/blood-safety-laboratories-a-health-technology/overview.html>

World Health Organization. (2009b). *United Republic of Tanzania*. Geneva: World Health Organization, från http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_tza_en.pdf

World Health Organization. (2009c). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization, från http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

World Health Organization. (2010a). *The burden of health care-associated infection worldwide*. Hämtad 23 oktober, 2010, från World Health Organization, http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html

World Health Organization. (2010b). *The burden of health care-associated infection worldwide: A summary*. Geneva: World Health Organization, från http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf

World Health Organization. (2010c). *HIV/AIDS*. Hämtad 23 oktober, 2010, från World Health Organization, http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/

World Health Organization. (2010d). *Infectious diseases*. Hämtad 20 oktober, 2010, från World Health Organization, <http://www.who.int/topics/malaria/en/>

World Health Organization. (2011). *Water-related infections: malnutrition*. Hämtad 18 januari, 2011, från World Health Organization, http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/malnutrition/en/

BILAGA 1

Evangelical Lutheran Church in Tanzania South Central Diocese



Bulongwa Lutheran Hospital,
P.O. Box 42 Bulongwa
Makete – Tanzania
E mail: Bulongwa_luthhospital@yahoo.com

15th October 2010

**MR. HELENA VOLGSTEM
SWEDEN**

To Whom It May Concern:

RE: OFFICIAL INVITATION.

We acknowledge the receipt of a request of Linnea Rydenstam a Malene Bohwalli who have the interest to undergo field work at our hospital since 15 – 28 November 2010.

We officially invite them to carry on their Mission with our hospital with regard that themselves will cover living expenses with thanks.

With thanks,


.....
Edward .A. Masevella
HOSPITAL ADMINISTRATOR

BULONGWA LUTHERAN HOSPITAL
Box 42
BULONGWA - MAKETE

Copy;

- Linnea and Malene
- Dr. John Mscheshi.