

Bilag til udførelse af håndhygiejne i Psykiatrien og på Regionshospitalet Nordjylland

Kvalitetsovervågning af håndhygiejne

Alle afdelinger/afsnit skal gennemføre observation af, om relevant faggruppe udfører korrekt håndhygiejne i overensstemmelse med gældende retningslinje. I afdelinger, der består af flere afsnit, skal alle afsnit gennemføre audit.

Der skal som led i sygehusets løbende kvalitetsovervågning af håndhygiejne gennemføres intern audit én gang årligt, og audit skal gennemføres i oktober-november. Håndhygiejneaudit kan evt. gennemføres over flere dage. Formålet er enten at forbedre kvaliteten af håndhygiejnen eller at fastholde et allerede højt kvalitetsniveau.

Ansvar for at håndhygiejneaudit gennemføres, ligger hos afdelingsledelsen. Det er derfor afdelingsledelsen, som udpeger det personale, der skal udføre audit (f.eks. hygiejnekontaktpersonen, akkrediteringskonsulenten eller andre relevante ledere/medarbejdere). Det er muligt at bytte på tværs af afdelinger/afsnit.

Alle faggrupper ansat i afdelingen/afsnittet, der har direkte patientkontakt eller udfører rene/urene arbejdsopgaver, skal indgå i håndhygiejneaudit.

I afsnit med ≥ 25 ansatte skal minimum 10 repræsentativt udvalgte medarbejdere indgå i audit. I operationsafdelinger skal der blandt de 10 medarbejdere observeres 4 medarbejdere, der udfører kirurgisk håndvask med desinfektion eller kirurgisk hånddesinfektion.

I afsnit med < 25 ansatte skal minimum 5 repræsentativt udvalgte medarbejdere indgå i audit. I operationsafdelinger skal der blandt de 5 medarbejdere observeres 2 medarbejdere, der udfører kirurgisk håndvask med desinfektion eller kirurgisk hånddesinfektion. Det er afdelingsledelsen, der udvælger antallet af medarbejdere inden for hver faggruppe, der skal observeres.

Der udfyldes ét auditskema pr. observeret medarbejder.

Kvaliteten af håndhygiejneaudit er opfyldt, når alle 3 nedenstående parametre er opfyldt

- Afsnittets samlede efterlevelse for korrekt udført håndhygiejne er $\geq 80\%$
- $\geq 90\%$ af de observerede medarbejdere anvender korrekt arbejdsbeklædning i henhold til afsnittets instruks, dog må ærmer maksimalt gå til albueniveau
- 100% af de observerede medarbejdere ikke bærer håndsmykker.

De tre parametre overføres til skemaet "*Optællingsskema håndhygiejneaudit*".

Er kvalitetsovervågningen af håndhygiejneaudit hos ét af parametrene under de angivne procentsatser, skal der gennemføres tiltag for at forbedre kvaliteten. Ansvar for dette tiltag ligger hos afdelingsledelsen og kan evt. ske i samarbejde med Infektionshygiejnen, som kan være behjælpelig med at udarbejde en fremadrettet plan.

Begrebsafklaring til skema for håndhygiejneaudit

Faggruppe

- Personale i alle kliniske afdelinger, laboratorier, service- og tekniske afdelinger, depoter samt apoteker, der har direkte/indirekte patientkontakt i undersøgelses-, behandlings- og plejesituationer og/eller udfører rene/urene procedurer.

Korrekt arbejdsbeklædning, følgende skal observeres

- Der anvendes korrekt arbejdsbeklædning
- Ærmer må maksimalt gå til albueniveau.

Bæres håndsmykker, følgende skal observeres

- Fingerring, armbånd, armbåndsur og andre smykker må ikke bæres på hænder og underarme.

Håndhygiejnesituation

Den enkelte medarbejder observeres i 10 minutter eller indtil der er observeret 3 situationer, hvor der skal udføres håndhygiejne. Hvis håndhygiejnesituationen er kirurgisk håndvask med desinfektion eller kirurgisk hånddesinfektion, observeres den enkelte medarbejder kun i én situation.

Se bilag "Lommeformat" for henholdsvis Psykiatri eller Somatik.

Udføres håndhygiejne?

Udføres håndhygiejne i en af de fem håndhygiejnesituationer korrekt, sættes X i "*Korrekt håndhygiejne*".

Udføres håndhygiejne i en af de fem håndhygiejnesituationer ikke korrekt, sættes X i "*Ikke korrekt håndhygiejne*".

Der er mulighed for at sætte X i "*ikke korrekt tid*" og/eller "*ikke korrekt metode*".

Ikke korrekt tid

- Hånddesinfektion er ikke udført i 30 sekunder
- Kirurgisk hånddesinfektion er ikke udført i 2 minutter
- Håndvask er ikke udført i 15 sekunder
- Kirurgisk håndvask er ikke udført i 2 minutter.

Ikke korrekt metode

- Der udføres håndvask uden efterfølgende hånddesinfektion
- Der udføres hånddesinfektion, men ikke med forudgående håndvask, hvor der er krav om dette i retningslinjen (f.eks. noro-virus eller synligt snavsede hænder)
- Metoden, håndhygiejne udføres på, er ikke korrekt (f.eks. er hånddesinfektionsmidlet ikke fordelt og indgnedet overalt på hver finger, mellem fingre, på håndryggen, på håndflader, omkring håndled og evt. underarme).

Udføres håndhygiejne i en af de fem håndhygiejnesituationer ikke, sættes X i "*Ikke udført håndhygiejne*".

Kommentar

Feltet er til observatørens eget brug. F.eks. kan noteres, hvilken specifik situation, den observerede medarbejder udførte.

Antal håndhygiejnesituationer

Her noteres, hvor mange håndhygiejnesituationer, der er observeret hos den enkelte medarbejder.

Antal håndhygiejnesituationer udført korrekt

Her noteres antallet af X i "*Korrekt håndhygiejne*" for den enkelte medarbejder.