

---

## Håndhygiene

---

REDAKSJONELT

LYSTAD A

---

### *Et beskjedent tiltak med god smitteforebyggende effekt*

Sykehusinfeksjoner er et betydelig problem i mange sykehus. En økende andel av de bakteriene som forårsaker sykehusinfeksjoner, er blitt antibiotikaresistente. Selv om antibiotikaresistens kan oppstå utenfor sykehus, er det i sykehus resistensproblemen kommer til syne først. Det er en betydelig risiko for spredning av bakterier, inkludert resistente bakterier, i sykehus (1).

Det er gjennomført fire landsdekkende undersøkelser av sykehusinfeksjoner i Norge i tidsperioden 1979-97 (2). Dette har vært prevalensundersøkelser, og andelen pasienter som hadde sykehusinfeksjon på undersøkelsesdagen, har i disse undersøkelsene ligget på 6-7%. De hyppigst forekommende infeksjonene er urinveisinfeksjoner, kirurgiske sårinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og septikemier.

For at sykehusinfeksjoner skal oppstå, må mikrober i et tilstrekkelig stort antall overføres fra en kilde til et tilstrekkelig mottakelig sted hos en vertsorganisme. Overføring fra en vertsorganisme eller fra et miljøreservoar ved direkte eller indirekte kontakt eller dråpekontakt er den enkleste måten bakterier overføres på. Indirekte kontaktoverføring er den mest alminnelige smitemåten for bakterier i sykehus. Dette skjer hyppigst ved indirekte overføring mellom pasienter via helsepersonals hender (3).

Forebygging av og kontrolltiltak mot sykehusinfeksjoner er rettet mot tre ledd i smittetekjeden. Dette er tiltak for å eliminere eller avgrense reservoarene for mikrober, tiltak for å bryte smitemåtene og tiltak for å beskytte vertsorganismen mot infeksjonssykdom. Det viktigste og mest verdifulle tiltak mot sykehusinfeksjoner er rutinemessig håndvask før, mellom og etter pasientkontakt i sykehus (3).

Allerede i 1847 viste Ignaz Semmelweiss (1818-65) betydningen av håndhygiene for å forebygge overføring av infeksjoner i sykehus (4). Mange sykehusinfeksjoner er forårsaket av at bakterier overføres fra pasient til pasient via helsearbeidere som ikke har vasket hendene mellom pasientkontakter (5).

I en intervensjonsstudie i en intensivavdeling ble det klart demonstrert at dårlig håndhygienepraksis var assosiert med høy infeksjonsfrekvens, mens god håndhygienepraksis var assosiert med lav infeksjonsrate (6).

I en undersøkelse foretatt i intensivavdelingen ved to store norske sykehus ble det funnet at helsepersonell vaskethendene i ca. 50% av de tilfellene der håndvask anbefales (7).

Basale sykehushygieneprinsipper eller standardtiltak er grunnleggende for effektiv forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner. Standardtiltak er alt som tar sikte på å redusere risikoen for overføring av sykdomsfremkallende mikrober fra både kjente og ukjente smittekilder i sykehus, og rettes mot alle pasienter, uavhengig av diagnose eller mulig infeksjonstilstand. Standardtiltakene skal verne alle pasienter mot smittestoffer i alle kroppsvæsker, sekreter og ekskresjoner, uavhengig av om væskene inneholder synlig blod. Tiltakene retter seg også mot hud som ikke er intakt og mot slimhinner. Standardtiltakene er laget for å redusere mulighetene for overføring av mikrober fra både kjente og ukjente smittekilder i sykehus (8).

Av ni spesifiserte standardtiltak som har ovennevnte formål, er håndhygiene det første og viktigste. Personalet skal vaske hendene etter kontakt med blod, kroppsvæsker, ekskresjoner og forurenset utstyr, selv om hansker er brukt. Henden skal vaskes umiddelbart etter at hanskene er tatt av, mellom pasientkontakter og ved andre forhold der det er viktig å hindre overføring av mikrober til andre pasienter fra omgivelsene. Det skal enten brukes vanlig såpe og engangshåndklær eller hånddesinfeksjonsmidler ved spesielle forhold (8, 9).

Til tross for rikelig og lett tilgjengelig informasjon for helsepersonell om håndhygiene, synes det ikke å være samsvar mellom viten og praksis. En nylig publisert undersøkelse fra et undervisningssykehus i Sveits viser at etterlevelsen er moderat (10). I 2 834 observasjoner der håndvask burde vært gjennomført, var etterlevelsen bare 48%. Etterlevelsen var lavere i intensivavdelinger enn i vanlige medisinske avdelinger. Det er nettopp i intensivavdelingene at konsekvensen av smittespredning er størst. En lederskribent i *Annals of Internal Medicine* mener tiden er inne for å aksjonere på grunnlag av dette, da håndhygiene er et viktig tiltak mot smittespredning i sykehus (11).

Det synes imidlertid ikke å være enkle løsninger. En viktig forutsetning for god håndhygiene er at det gis mulighet for å kunne vaske hendene. Et stort antall korridorpatienter og overbelegg gjør dette vanskelig (1). I tillegg til kontinuerlig opplæring og motivering av helsearbeidere må også sykehuseieres ansvar for å legge forholdene til rette for gjennomføring av det viktigste sykehushygienepraksis - håndhygiene - påpekes.

I Norge har vi et klart dokumentert sykehusinfeksjonsproblem (2). Vi har fortsatt relativt lav insidens av sykehusinfeksjoner forårsaket av resistente bakterier, men det siste året har det vært en økende tendens til flere infeksjoner forårsaket av meticillinresistente stafylokokker (MRSA) (12). I planen for å motvirke antibiotikaresistens er det presisert at i tillegg til en rekke tiltak for riktig antibiotikabruk må vi gjennomføre og forsterke gode sykehushygienepraksis tiltak.

Det må derfor være viktig ved inngangen til et nytt århundre å minne om hva Conly og medarbeidere sa i 1989: "Simplehandwashing is the single most important and yet the single most neglected, fundamental rule of infection control" (6). La oss derfor håpe at det blir en tid fremover i norsk helsevesen da det viktigste enkelttiltak mot overføring av sykehusinfeksjoner - håndhygiene - blir det mest anvendte.

*Arve Lystad*

*Arve Lystad (f. 1932) er avdelingsoverlege ved Folkehelsa med ansvar for infeksjonsepidemiologi og smittevern i samfunn og sykehus og professor i forebyggende infeksjonsmedisin ved Universitetet i Oslo.*

---

## LITTERATUR

1. Hareide B, Aavitsland P, Høiby EH, Arbeidsgruppens medlemmer. Plan for å motvirke antibiotikaresistens. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1999.
2. Scheel O, Stormark M. National prevalence survey on hospital infections in Norway. *J Hosp Infect* 1999; 41: 331-5.
3. Hierholzer WJ. Principles of infectious disease epidemiology. I: Mayhall CG, red. *Hospital epidemiology and infection control*. London: Williams & Wilkins, 1996: 1-10.
4. Rotter ML. 150 years of handdisinfection - Semmelweis' heritage. *Hyg Med* 1997; 22: 232-9.
5. Larson EL. A causal link between handwashing and risk of infection. Examination of the evidence. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1988; 9: 28-36.
6. Conly JM, Hill S, Ross J, Lertzman J, Louie TJ. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *Am J Infect Control* 1989; 17: 330-9.
7. Zimakoff J, Stormark M, Larsen SO. Use of gloves and handwashing behaviour among health care workers in intensive care units. A multicentre investigation in two hospitals in Denmark and two hospitals in Norway. *J Hosp Inf* 1993; 24: 63-7.
8. Lystad A, Stormark M. Sykehushygieniske standardtiltak. *SHE-NYTT* 1999; 3: 3-4.
9. Garner JS. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for isolation precautions in hospitals. *Am J Infect Control* 1996; 24: 24-52.
10. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV, Members of the Infection Control Program. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1999; 130: 126-30.
11. Boyce JM. It is time for action: improving hand hygiene in hospitals. *Ann Intern Med* 1999; 130: 153-5.
12. Hasseltvedt V, Høiby EA, Lystad A. MRSA-infeksjon i Norge, 1998 og hittil i 1999. *MSIS-rapport* 1999; 27: 16.

---

Publisert: 30. juni 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.