

**Vårdhygienens betydelse  
uppmärksammas med rutiner och  
kunskap**

En observationsstudie i Tanzania

**The importance of hygiene within  
healthcare emphasizes through  
routines and knowledge**

An observational study in Tanzania

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad  
C-nivå 15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2008

Andrea Sendlak  
Nanna Olsson

Handledare: Annelie Johansson  
Examinator: Helena Rosén

## **SAMMANFATTNING**

Titel:	Vårdhygienens betydelse uppmärksammas med rutiner och kunskap: En observationsstudie i Tanzania
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 Hp
Författare:	Olsson, Nanna; Sendlak, Andrea
Handledare:	Johansson, Annelie
Sidor:	25
Månad och år:	Maj, 2008
Nyckelord:	Hygien, Omvårdnad, Prevention, Sjuksköterskestudenter

---

Hygien spelar en viktig roll inom hälso- och sjukvården och i arbetet att förebygga smittspridning. Nightingale är en föregångare som talade om effekterna av korrekt handhygien och ren vårdmiljö. I svensk sjuksköterskeutbildning har hygien en central del, som det diskuteras mycket kring. Hälsoorganisationer över hela världen har utarbetat olika riktlinjer kring hygienens betydelse i vården, ändå visar tidigare forskning på brister i följsamhet. Syftet med studien var att belysa sjukhusmiljön med avseende på vårdhygien vid ett sjukhus i Tanzania. En kvalitativ metod med deltagande observationer valdes. Datasamlingen pågick under fyra veckor, där studenter från en sjuksköterskeskola observerades. Studien diskuterar möjligheter och hinder för vårdhygien, där resultatet presenteras i sju olika teman. Resultatet visar att kunskapen om vårdhygien var stor bland studenterna i Tanzania, men resurser var ett stort problem. Även om kunskap och rutiner fanns, efterföljdes dessa på varierande sätt, i den kultur och tradition som finns i Tanzania.

## **ABSTRACT**

Title:	The importance of hygiene within healthcare emphasizes through routines and knowledge: An observational study in Tanzania
Institution:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Thesis in nursing care, 15 ECTS
Author:	Olsson, Nanna; Sendlak, Andrea
Supervisor:	Johansson, Annelie
Pages:	25
Month and year:	May, 2008
Keywords:	Hygiene, Nursing Students, Nursing, Prevention

---

Hygiene has a very important role within healthcare and the prevention of spreading diseases. Nightingale was among the first who talked about the effect of proper hand hygiene and a clean environment. Hygiene has a central part within the education at nursing schools in Sweden and is well discussed. Healthcare organizations all over the world have developed different guidelines about the importance of hygiene within healthcare, but research still indicates poor compliance. The aim of this study was to illustrate hygiene within healthcare at a hospital in Tanzania. A qualitative method with an observational study was chosen. The data collection was made during four weeks, observing students from a nursing school in Tanzania. This study discusses the potentials and the disadvantages of hygiene within healthcare. The result is presented in seven different themes and indicates good knowledge about hygiene among the Tanzanian students, but poor resources and lack of supplies caused a big problem. It appeared that the healthcare and how the hygiene was managed within the culture and tradition, which existed in Tanzania, have differences even though knowledge and routines exists.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
TANZANIA .....	1
BYN DÅR STUDIEN GENOMFÖRDES .....	2
OMVÅRDNAD OCH HYGIEN UR ETT HISTORISKT PERSPEKTIV .....	3
KUNSKAPER OM HYGIEN I NULÄGET .....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
DELTAGANDE OBSERVATIONER .....	6
STUDIENS GENOMFÖRANDE .....	7
FORSKNINGSFÄLTET .....	8
OBSERVATIONER OCH FÄLTANTECKNINGAR.....	8
BEARBETNING AV DATA.....	9
ATT DELTA SOM FORSKARE I EN FRÄMMANDE VÅRDMILJÖ OCH EN NY KULTUR .....	10
ETIK .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
AVDELNINGARNAS SKÖLJRM, MÖJLIGHETER TILL RENGÖRING SAMT AVFALLSHANTERING.....	13
MÖJLIGHETER FÖR OCH HANDHAVANDE AV HANDHYGIEN .....	13
HYGIEN OCH RENLIGHET I RELATION TILL UTDELNING AV LÄKEMEDEL .....	14
PATIENTSÄNGEN, DESS HYGIEN OCH RUTINER KRING BÄDDNING .....	15
RUTINER KRING RENGÖRING OCH STÄDNING PÅ AVDELNINGARNA .....	16
MÖJLIGHETER FÖR OCH HANDHAVANDE AV SÅROMLÄGGNINGAR .....	17
HYGIEN OCH RENLIGHET I RELATION TILL VITALSTATUS .....	18
PÅTAGLIGA RISKER OCH SMITTKÄLLOR SOM HADE VARIT MÖJLIGA ATT UNDVIKA .....	19
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
METODDISKUSSION.....	21
RESULTATDISKUSSION .....	22
KONKLUSION .....	24
<b>REFERENSER</b>	

## INLEDNING

Intresset för detta arbete väcktes i samband med planerna att under utbildningen till sjuksköterskor åka till Tanzania för att göra praktik. Ämnet för uppsatsen skulle ha anknytning till både vistelsen i Tanzania, och vara intressant för blivande kollegor. Efter funderingar blev hygien i vårdmiljön kärnan till denna observationsstudie. Ämnet framstod som viktigt då författarna inte kunde hitta relevant information om den vård som bedrevs i Tanzania. Mer kunskap skulle kunna tillföra vidare utveckling i Tanzania och ge möjlighet till ökad förståelse internationellt.

Inför avresan diskuterades förförståelsen hos författarna med handledaren. Det fanns förväntningar inför att komma till ett sjukhus med annorlunda hygienrutiner jämfört med de som författarna varit vana vid att följa inom den svenska sjukvården, och att dessa rutiner troligen inte följdes i samma grad i Tanzania. Tveksamheten inför tillgång på rent vatten och handdesinfektionsmedel var stor. Skillnader i ekonomiska resurser skulle säkerligen finnas, liksom tillgång på och användning av engångsmaterial. Författarna trodde att sämre ekonomi kunde leda till att vårdpersonalen inte hade resurser till att följa kunskaper om hygien i den grad de önskade.

## BAKGRUND

Inledningsvis ges en kort presentation av landet Tanzania samt av byn där studien genomfördes. Avsnitten följs av en beskrivning av omvårdnad och hygien i ett historiskt perspektiv och en sammanfattning över kunskap inom hygien i nuläget. Avslutningsvis beskrivs en problemformulering.

### Tanzania

Tanzania är till ytan det största landet i östra Afrika och ligger strax söder om ekvatorn. Här finns ett rikt djurliv och en varierad natur med öar och kustlandskap i öst, inlandsklimat i väst, nationalparker med savanner i centrala delarna och bergskedjor med Afrikas högsta berg i norr (Swedenabroad, 2008). Tanzania är ett av världens fattigaste länder, med en stor och krävande invandring från grannländerna. Den förväntade livslängden är strax under 50 år, varav malaria fortfarande är den största dödsorsaken, i första hand bland barn (Sida, 2008). Trots statliga kampanjer för att upplysa befolkningen om vikten av myggnät och myggmedel, så är sjukdomen fortfarande den vanligaste (ELCT, 2008a), på grund av en stor myggpopulation. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* och *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* bidrar till en stor förlust av resurser och en förkortad livslängd (Sida, 2008). De tio vanligaste sjukdomarna bland inneliggande patienter i landet är: malaria, anemi, diarrérelaterade sjukdomar, pneumoni, urinvägsinfektioner, tarmmaskar, AIDS, hypertension, neoplasi och tuberkulos (ELCT, 2008a). Det är befolkningen på landsbygden som främst drabbas av

sjukdomar och här är fattigdomen som mest utbredd. Vattentillgången är begränsad och det är framförallt bristen på rent vatten som utgör den stora ohälsan i landet (Sida, 2008).

Landet består av fastlandet Tanganyika och öarna Zanzibar (Uguji och Pemba). Här finns över 120 olika stammar, där de flesta har ursprung från bantufolket (Fitzpatrick, 2005). Swahili och engelska är de officiella språken, men befolkningen talar främst swahili och ett stamspråk. I Tanzania bor ca 39,7 miljoner invånare (2007), varav 50 % är kristna, 45 % muslimer och resterande är hinduer eller anhängare av traditionella afrikanska religioner (Utrikespolitiska institutet, 2008).

År 1961 blev Tanzania politiskt självständigt, men inte förrän 1995 hölls det första flerpartivalet. Många oenigheter, främst mellan fastlandet och Zanzibar, förekommer fortfarande. Från och med 2005 är det presidenten H.E Jakaya Mrisho Kikwete som styr landet (Swedenabroad, 2008). Regeringen har gjort stora men inte tillräckliga ekonomiska förändringar. Inflationen har bromsats, vilket har bidragit till en viss ekonomisk tillväxt. Tanzania har mycket rikedomar som guld, diamanter, kol, nickel och naturgas. På senare år har även turismen blossat upp och nationalparkerna utgör nu en stor inkomstkälla. Befolkningen talar om ett rikt land, men att de inte får ta del av resurserna. Tanzania hade år 2004 ett BNI per invånare på 674 PPP USD (PPP USD = *purchasing power parity* i amerikanska dollar, som betyder en beräknad köpkraft med hänsyn till växelkursen. Det blir på så sätt ett värde som används för att jämföra levnadsstandarden i olika länder), jämfört med Sverige som då hade 29 541 PPP USD. Tanzania är beroende av bistånd och har varit huvudmottagare av Svenskt bistånd de senaste åren. Förutom Sverige är det ett flertal länder samt enskilda organisationer som skänker pengar dit. Korruption är tyvärr utbrett vilket håller hela staten tillbaka, samtidigt som det blir svårt för andra länder att fördela insatserna rätt (Sida, 2008).

Tanzanias statliga organisation *Ministry of Health*, etablerade 1994 en hälsosektor som nationellt arbetar med frågor rörande hälso- och sjukvård. Deras ansvar är att utveckla sjukvården, införa hälsoförsäkringar och att uppmuntra den privata sektorn till utveckling. Tanzanias sjukvård består av olika nivåer, *village health service* är den lägsta formen och *referral/consultant hospitals* är den högsta. Här finns också *district hospitals*, vilka har en viktig roll inom hälso- och sjukvården. Ofta samarbetar staten med en religiös organisation för att distriktssjukhusen ska kunna finansieras. Nästa nivå av sjukvård är de fyra regionala sjukhusen *regional hospitals*, där specifik vård går att få (The Government of Tanzania, 2008). Populationen växte år 2006 med 1,7 % och det finns ungefär två doktorer per 100 000 invånare, vilket kan ge en fingervisning om landets tillgång till vård (Sida, 2008). I Sverige finns det ungefär 300 läkare per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2008).

## **Byn där studien genomfördes**

Byn ligger i nordvästra delen av Tanzania, i regionen Kagera. Här bor ungefär 2,3 miljoner människor och av dessa är cirka 6,5 % bärare av HIV (UNAIDS, 2008). Tanzanias första rapporterade HIV-fall kom från Kagera 1983 (Tanzania Chamber of Commerce Industry and Agriculture, TCCIA, Kagera, 2008a). Regionen gränsar till Uganda i norr, Rwanda och

Burundi i väster, Kigoma- och Mwanzaregionerna i söder och Victoriasjön i öst (TCCIA, 2008b). Klimatet är behagligt med temperaturer som växlar mellan 15°C-30°C. Förutom de två stora regnperioderna mellan mars-juni och september-december är nederbörden stor, vilket gör naturen mycket bördig. Majoriteten av befolkningen är självförsörjande bönder som odlar kaffe, banan och bönor till hushåll och till försäljning (TCCIA, 2008c). I Kagera tillhör de flesta invånarna hayafolket och talar stamspråket kihaya, men engelskan är för många helt främmande (TCCIA, 2008d).

Byn är uppbyggd kring ett *district hospital* och en sjuksköterskeskola. Sjukhuset startades 1928 och skolan grundades 1954. Sjuksköterskeskolan tar ut terminsavgifter från studenterna, en högre avgift för studenter som inte kommer från Tanzania. Skolan och sjukhuset har ett nära samarbete och studenternas praktiska utbildning är förlagd på sjukhuset. Många av studenterna fortsätter att arbeta på sjukhuset även efter sin examen (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008). Både skolan och sjukhuset ägs och drivs av *Evangelical Lutheran Church of Tanzania* (ELCT) som är en kristen institution med egen konstitution. Institutionens grundpelare består av både kyrkliga aktiviteter samt utvecklingsprogram som ska stötta alla invånare oavsett trosuppfattning. ELCT driver både skolor, sjukhus, *dispenseries* (liknande svenska vårdcentraler) och barnhem. Vårdinrättningarna finansieras till största delen av patientavgifter men får årligen ett litet bidrag från staten. Personalkostnader samt vissa läkemedel bekostas genom sporadiska bidrag från olika europeiska kyrkliga samfund, bland annat Svenska Kyrkan. För några år sedan mottog sjukhuset ofta donationer från utlandet som hjälpte till att hålla patientavgifterna nere, men i takt med att donationerna minskat har avgifterna stigit (ELCT, 2008b). Då en stor del av befolkningen är bönder med dålig ekonomi, har många av dem svårigheter att betala för sin vård (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008).

## **Omvårdnad och hygien ur ett historiskt perspektiv**

Sjuksköterskan Florence Nightingale, år 1820-1910, är ett välkänt namn i utvecklingen av sjuksköterskeutbildningen. Hygien och sanitära åtgärder var något Nightingale lade stor tonvikt på. Nightingales tankar samt idéer ligger till grund för mycket av det som idag tas för givet i vården, som ren miljö och formell utbildning. Nightingale menade att sjuksköterskan i sin roll skulle skapa en bra miljö för patienten att uppnå optimal hälsa, och att sjuksköterskan skulle vårda individen och inte bara sjukdomen. Omvårdnad som ämne bör ses både som en vetenskap och som en konst, där människan ska betraktas som flerdimensionell (Selanders, Hartweg & Schmieding, 1995).

Enligt Nightingale vet sjukvården egentligen inte något om smitta, utom hur smittspridning ska hindras. Nightingale säger också att de som är friska har en vana att glömma, vad som för dem är små obehag, men som för en sjuk individ är en källa till lidande. Frisk luft, värme, renlighet, ljus, stillsamhet, riktig diet och slutligen en ren och städad omgivning är fem väsentliga punkter för att bibehålla hälsa. Fönster och spjäll ska därmed vara öppna, men med försiktighet så att patienten inte blir nedkyld. Luften i ett rum ska vara lika ren som utomhusluften, då unken eller instängd luft framkallar sjukdom. Däremot skall fönstren hållas stängda i de fall när

avlopp eller sophantering medför dålig lukt eller annan förorening. I sunda bostäder är rent vatten ett krav. Vattnet ska vara ofärgat, utan lukt och bör inte förvaras i öppna behållare för det kan dra till sig oren luft. Städning måste ske med en fuktig trasa för att kunna avlägsna damm. När ett rum städas flyttas egentligen bara partiklarna runt, men genom fuktig avtorkning kan dammet avlägsnas. Ljus är också viktigt och mörka hus kan medföra dålig tillväxt, framförallt hos sjuka individer och barn. Sängen patienten ligger i och dess sängkläder ska alltid hållas torra och rena. En sjuk kropp avsöndrar mycket fuktighet och denna fuktighet är vid sjukdom skadlig. Sängkläderna bör därför inte bara vädras utan även bytas regelbundet. Det är även av denna anledning som patientens kropp ska tvättas dagligen. På så sätt avlägsnas smuts och orenligheter och huden får en möjlighet att andas. Det är inte bara patienten som ska hållas ren, utan även sjuksköterskan själv bör vara en förebild för att bevara renlighet (Nightingale, 1954).

## **Kunskaper om hygien i nuläget**

Vårdförbundet (2007) gav ut en broschyr om basal hygien som bland annat grundas på SFS 1982:763 samt SOSFS 2005:12. Broschyren utgår från att hygien är till för att skydda patienter och vårdpersonal mot smittorisker och beskriver riktlinjer för att förhindra smittspridning. I god hygien och omvårdnad ses basala hygienrutiner som ett viktigt begrepp. I basala hygienrutiner ingår: god handhygien, skyddsklädsel vid nära vårdkontakt och säkerhetsrutiner. I skyddsklädsel ingår plastförkläde som används för engångsbruk eller patientbundna skyddsrockar i tyg. Engångsmaterial används för att säkerställa personlig hygien och minska risken för smittspridning. I god handhygien ingår bland annat att händer och underarmar ska vara fria från armbandsur och smycken, naglarna ska hållas korta och inte målas med nagellack. Detta för att undvika tillväxtzoner för bakterier. Händer och underarmar ska desinficeras med alkoholbaserat desinfektionsmedel innan och efter varje arbetsmoment hos samma patient samt vid arbete mellan patienter (SOSFS 2007:19).

Sjuksköterskors följsamhet till handtvätt i länder i Västeuropa ligger runt 50 %. Efter genomförd kampanj på ett irländskt sjukhus ökade följsamheten från 51 % till 83 %. Det visar att trots kunskaper i ämnet hygien behövs ständig uppdatering och påminnelse om betydelsen av handhygien (Creedon, 2005). Vidare studier visar på en dålig följsamhet hos hälso- och sjukvårdspersonal även utanför Västeuropa, exempelvis Saudi Arabien. Där tvättade 52,4 % av undersökt personal händerna efter sårvård, men bara 21,4 % tvättade händerna efter tömning av en kateterpåse. En förklaring till resultaten kunde förklaras med avstånden till adekvata handfat (Basurrah & Madani, 2006). Artiklar som Creedons (2005) kritiserar av Gould, Drey, Moralejo, Grimshaw och Chudleigh (2008) som menar att forskarna använt sig av en okontrollerad före- och efterkonstruktion. Med en sådan konstruktion går det inte att få fram ett hållbart resultat och forskarna menar därför att studiernas resultat inte är tillförlitliga.

En studie som gjorts i Nigeria visade att utbildningsnivån i stor grad påverkade människors kunskaper om malaria, både om hur de sökte behandling och preventionsåtgärder som vidtogs för sjukdomen. Däremot behövde inte utbildningsnivån vara akademisk för att människorna skulle få bättre kunskap och attityd till malaria (Dike, Onwujekwe, Ojukwu, Ikeme,



Uzochukwu, & Shu, 2006). Projekt som görs i länder såsom Tanzania och Sydafrika med syftet att sprida kunskapen om hälsa och smittspridning bland fattiga invånare, är beroende av ett starkt regionalt stöd och delaktighet. Projekten börjar ofta med att kvinnor från regionen utbildas, vilket ger dem ökad självkänsla och sprider i sin tur kunskapen vidare till fler kvinnor, barn och sina män. Med hjälp av individernas självbestämmande och ett socialt stöd kan kunskaper om hälsa och smittspridning utvecklas och bli starkare hos invånarna (Smith, Garbharran, Edwards & O'Hara-Murdock, 2004). Tillgänglig litteratur uppmanar ofta läsare till att försöka bli experter på det nya områdets kultur, men genom att försöka bli kulturexpert är risken stor att man förenklar komplexiteten i kulturen, och tappar mycket av dess värde. Att få förståelse för en främmande kultur är en dynamisk och pågående process (Crigger & Holcomb, 2007).

Forskning visar att det finns belegg för att sängar med tillbehör, som madrass, kuddar och sängkläder är bärare av bakterier som överförs mellan patienter. Madrasser bör ha ett madrassydd som ska bytas, alternativt rengöras mellan olika patienter. Artikeln betonar även vikten av att sängkläder tvättas korrekt och förvaras i ett avsett förvaringsutrymme (Creamer & Humphreys, 2008).

Enligt World Health Organization (WHO) saknar 1,1 miljarder människor tillgång till rent vatten och 2,6 miljarder saknar tillgången till ordentlig sanitär utrustning. Detta gäller främst utvecklingsländer som Tanzania (WHO, 2007). Då dessa behov är de mest grundläggande för god hygien i samhällen (a.a.) kan pandemier, som Ebola 1995-2003, mässlingen, malaria och så vidare leda till katastrofala följder i utvecklingsländer (Hewlett & Hewlett, 2005). Dessutom är ofta de ekonomiska tillgångarna begränsade. I Uganda och Kongo fick sjuksköterskor arbeta utan ansiktsmasker i början av ebola-katastrofen. Den skyddsutrustning de hade tillgång till var handskar. Detta väckte oro hos sjuksköterskorna samtidigt som de kände skyldighet att ta hand om patienterna. Regeringarna i utvecklingsländerna är oftast inte förberedda på katastrofer och när många människor under ebola-katastrofen insjuknade samtidigt stod vårdpersonalen utan ansiktsmasker, tvål, blekmedel, medicinteknisk utrustning, sängar och läkemedel. Familjer och anhöriga stängde ute vårdpersonalen eftersom de var rädda för att bli smittade. I början av katastrofen visste inte befolkningen hur smittan överfördes och undvek därför all kontakt. De inblandade sjuksköterskorna poängterade vikten av kunskap, och hur kunskapen kan bekämpa smittsamma virussjukdomar. Stärkta av sin kunskap vågade dessa sjuksköterskor fortsätta jobba trots befolkningens avvisanden (a.a.).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) och WHO (2008) meddelar i sin rapport att trenden med antalet HIV-smittade i Tanzania har sjunkit något i jämförelse med årtiondet innan. Däremot talar organisationen om att befolkningens riskbeteende kan få statistiken att förändras dramatiskt. Mer än hälften av befolkningen i vissa delar av landet har aldrig använt kondom under samlag och många i befolkningen har flera sexpartners (främst bland männen). De södra delarna av Sub-Sahara pekade av UNAIDS ut som värst drabbade. Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibia, Sydafrika, Swaziland, Zambia och Zimbabwe stod för nära en tredjedel av alla nya HIV-smittade och AIDS-relaterade dödsfall, globalt sett (a.a.).

## **Problemformulering**

I tidigare forskning ses bland annat resurser som en bidragande orsak till nedsatt vårdhygien och utbildning kan ge ökad kunskap om problemet. Även god kunskap kräver ständig repetition, för att följsamheten skall vara hög bland vårdpersonal. Befolkningens levnadsförhållanden i Tanzania liknar troligtvis inte det som finns i Sverige, då hälsosituationer och hälsoproblem skiljer sig åt mellan länderna. Troligtvis har vårdhygien till följd av detta fått en annan roll i Tanzania. Många frågor ställdes inför avresan, men centrerades kring den berörda vårdpersonalens resonemang om hygien i relation till patienters hälsa, samt smittspridning. Det funderades även om skillnader skulle ses i kunskap och förutsättningar inom vårdhygien, mellan Tanzania och Sverige, och vad orsakerna till dessa kunde vara. Funderingarna mynnade slutligen ut i två frågeställningar.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med studien var att belysa sjukhusmiljön på ett sjukhus i Tanzania med avseende på vårdhygien och följande frågor ställdes:

- Hur kan vårdmiljön se ut, med avseende på god hygien, vid ett sjukhus i Tanzania?
- Vilka möjligheter och hinder, för god vårdhygien, kan observeras?

## **METOD**

Syftet med studien var att beskriva en vårdmiljö, ett fenomen, och därför valdes en kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats används för studier med syfte att uttyda och beskriva ett fenomen (Nyberg, 2000). Inom fenomenologin ska fenomenet ses som en företeelse så som den uppfattas och upplevs. Människan betraktas som en levande helhet om det ska finnas en möjlighet till förståelse av hennes livsvillkor. Dahlberg (1997) förklarar det med att människan lever tillsammans med andra människor, vilket kräver en förståelse för ett helt handlingsfält. Det krävs därför en öppenhet av forskaren för att kunna se ett sammanhang. Forskaren behöver ha ett öppet sinne, vara fördomsfri och vara mottaglig för nya intryck (a.a.).

### **Deltagande observationer**

Ett möjligt sätt att samla in data inom kvalitativa metoder är genom deltagande observationer. Deltagande observationer används främst när forskaren avser att förstå en grupp människors kultur eller sociala sammanhang, så som hur de utför ett arbete. Vid deltagande observationer studeras en händelse på nära håll och en möjlighet till att förstå något inifrån kan uppstå. Dahlberg (1997) skriver att observatören får möjlighet att gå in i och ta del i någon annans levda erfarenhet. Med hjälp av deltagande observationer kan en situation iakttas, människors agerande och uppförande kan beskrivas utifrån dennes naturliga sammanhang. För att utföra en sådan studie krävs att forskaren deltar i ett samspel (a.a.). Ett liknande upplägg har använts vid

en studie av Wireklint Sundström (2005) i hennes avhandling om vårdande bedömning i ambulanssjukvård. Denna avhandling har använts som metodiskt stöd och som förebild, tillsammans med Dahlbergs bok om *kvalitativa metoder för vårdvetare* (1997).

## **Studiens genomförande**

Inför observationsstudiens genomförande diskuterades kringliggande aspekter mellan författare och handledare. Det resonerades kring ett syfte, eventuell inriktning och vilken förförståelse författarna bar med sig. För att inte förförståelsen skulle komma i vägen skrevs tankar och idéer om Tanzania och kulturen där, ned innan avresan. En skriftlig förfrågan om arbetets genomförande och de praktiska studier som skedde parallellt med examensarbetet, skickades till sjuksköterskeskolans rektor. Innan avfärd mottogs ett godkännande via e-post. På plats tillfrågades rektorn ytterligare en gång samt den chefsöverläkare, som var ansvarig för sjukhuset, om ett tillstånd till att genomföra studien samt att ta fotografier av sjukhusmiljön. Muntligt godkännande mottogs av båda parter.

Studien ägde rum i samband med att författarna var utbytesstudenter och genomförde kliniska studier vid ett sjukhus i Tanzania. Observationer har främst samlats in på 5 avdelningar: Wadi C – Kvinnlig medicinavdelning, Wadi D – Barn-medicinavdelning, Wadi E – Manlig medicin- och kirurgavdelning, Wadi F – Kvinnlig kirurgavdelning och ICU – Intensivvårdsavdelning. Operation och förlossning samt kliniker, såsom barnhälsovården, har medvetet plockats bort då dessa hade en alltför specialiserad vård, jämfört med övriga vårdavdelningar.

Det som främst observerades i studien var miljön, men där fanns också vårdare, vilket i detta fall kom att bli sjuksköterskestudenterna och benämns framöver studenterna. Studenterna bodde på den sjuksköterskeskola där de utbildades. Studenterna utförde allt vårdarbete på sjukhuset. Samtidigt var studiens syfte inte att studera individer utan en vårdmiljö. De studenter som författarna följde under studien hade studerat olika länge och var i varierande åldrar. Det fanns också en sjuksköterska på varje avdelning. Hon deltog inte i det direkta vårdarbetet utan fanns främst där för handledning. Studenternas arbete på sjukhuset gick ut på att praktiskt öva vad de lärt sig teoretiskt i skolan.

Observationerna genomfördes varje dag i fyra veckors tid av författarna. Både studenterna och författarna cirkulerade, vilket gjorde att observationerna utfördes på olika avdelningar och med olika studenter. Genom författarnas samtidigt pågående praktiska studier fick författarna möjligheten att komma forskningsfältet nära. Då ingick det att författarna bar sjukhuskläder och kunde på så sätt till viss del smälta in, men på grund av annan uniform, språk och hudfärg var författarna ändå utmärkande. Observationerna startade första praktikveckan, detta för att få möjligheten att hinna se så mycket som möjligt. Författarna följde ett förutbestämt schema som en från personalen på skolan planerat. Studien pågick under hela arbetspass, främst under förmiddagsskiftet mellan klockan halv åtta på morgonen och två på eftermiddagen, måndag till fredag, då flest vårdmoment förekom.

## Forskningsfältet

Studien genomfördes vid ett privat sjukhus i nordöstra Tanzania som drevs av ELCT. Sjukhuset hade 260 sängplatser som fördelades på åtta avdelningar samt två extraavdelningar som användes vid behov. På sjukhuset bedrevs medicinsk, kirurgisk och operativ vård men utöver det fanns det specialistvård som tandläkare, röntgen och laboratorium (Scarion, personlig kommunikation, 8 februari, 2008). Vid sjukhuset fanns åtta läkare och sex *clinical officers*, vilket var ett mellanting mellan läkare och sjuksköterska med viss förskrivningsrätt. Här fanns även 58 sjuksköterskor och åtta *medical attendants*, vilket kan liknas vid svenska vårdbiträden fast utan patientnära kontakt. På varje avdelning arbetade en sjuksköterska med i regel två studenter, vilket innebar att en sjuksköterska kunde ansvara för upp till 40 patienter (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008). Under tiden för studien var det ett ökat antal studenter på varje avdelning då de förberedde sig praktiskt inför examinationer.

All undervisning på skolan bedrevs på engelska och en del studenter kom från andra afrikanska grannländer. Det fanns även många läkare och volontärer från Europa på sjukhuset och engelskan, som gemensamt språk, underlättade kommunikationen. Utbildningen på skolan var fyraårig och efter avslutade studier hade studenterna förutom en sjuksköterskelegitimation även en barnmorskeexamen. Deras praktiska utbildning på sjukhuset skedde fortlöpande. Nyutexaminerade sjuksköterskor i Tanzania får inte själva välja vilken avdelning de vill börja arbeta vid, utan en utsedd chefssjuksköterska på respektive sjukhus bestämmer detta. Studenternas arbetskläder bestod av en rosa klänning med hätta för kvinnorna och vita byxor och kortärmad tröja för männen. Två ombyten arbetskläder fick köpas i början av deras första utbildningsår. Beroende på vilken utbildningsnivå studenten befann sig i fästes rosa band på hättan eller på tröjans axlar. Antal band representerade utbildningsår. Dessa arbetskläder tvättades och ströks av studenterna själva i avsedda lokaler. Det förekom att studenter endast hade två uniformer, vilka kunde bäras i upp till en veckas tid utan att tvättas. Männen bar vita tennisstrumpor och kvinnorna vita knästrumpor och arbetsskorna var svarta av en grovre kvalitet (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008).

Sjukhusets vårdavdelningar såg i det närmaste likadana ut. Som exempel kan nämnas Wadi F, kvinnliga kirurgiavdelningen som hade i genomsnitt 30 platser fördelat på sex rum. Uppbyggnaden av avdelningen var en lång korridor med bristande belysning som sträckte sig från entrén till ett fönster i andra änden. Här fanns sex patientsalar, en skölj, tre toaletter, två duschar, ett förråd och en expedition. Sjukhuset var självförsörjande med elektricitet, men efter att en generator gått sönder och reparationerna av den skulle vara dyrt, fick prioriteringar göras på vilka lampor och maskiner som skulle vara igång. Därav var det brist på belysning i både korridor och patientsalar (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008). Under rond var detta särskilt besvärligt för vårdpersonalen som då skulle läsa journaler.

## Observationer och fältanteckningar

Författarna följde studenterna i deras dagliga vårdarbete med avsikten att förstå miljön. Författarna strävade efter att så långt som möjligt smälta in i miljön och att vara så öppna som möjligt. Öppenheten visade sig genom att författarna deltog och visade ett intresse för det

dagliga vårdarbetet och var förstående för vad som inträffade i situationerna. Stödord skrevs ner under observationstillfällena för att inte riskera att något skulle glömmas, då det var en stor mängd observationer som skulle hållas i minnet. Var sitt litet anteckningsblock användes för att anteckna dessa. För att inte störa miljön mer än nödvändigt skrevs stödorden ned så diskret som möjligt, men många gånger var studenterna väl medvetna om att anteckningar fördes. Situationer som ansågs kunna motsvara syftet antecknades ned. Författarna gick tillsammans under alla observationstillfällen för att få två vinklar på samma situation. Kommunikation var väldigt viktigt under hela studien och författarna närmade sig miljön genom att be studenterna beskriva och berätta om sitt arbete. Observationerna kompletterades därför med frågor som *varför gör ni så?*, *kan du visa hur du gör?* och *hur gör ni med det?*. Frågorna användes ofta och även detta antecknades. När dagens arbetspass var slut gick författarna hem och fortsatte skriva fältanteckningar utifrån de stödord som antecknats under dagen. Dessa beskrivande anteckningar sammanfattades också samma dag i kortfattade ämnesområden med utgångspunkt i studiens syfte. Dessa anteckningar och sammanfattningar utgör studiens datamaterial.

Under observationsstudien togs även fotografier av sjukhusmiljön och ett par vårdssituationer. Fotona var endast till för att hjälpa författarna minnas detaljer då det var mycket intryck på väldigt kort tid som skulle dokumenteras. Dessa var inte en direkt del i datamaterialet och genomgick inte någon form av analys, utan har snarare fungerat som stöd för fältanteckningarna. Alla personer har fått ge samtycke till att medverka på korten och inför varje nytt arbetspass fick ansvarig sjuksköterska på avdelningen godkänna att kameran användes.

## **Bearbetning av data**

Datamaterialet har analyserats kvalitativt med utgångspunkt i Dahlbergs (1997) beskrivning av bearbetning av data. Analysen är indelad i tre faser. Dessa faser utgår ifrån helhet till delar tillbaka till helhet. Den första fasen har som syfte att skapa en första förståelse, datamaterialet skall därför läsas igenom som en helhet. När forskaren har full förståelse och kan redogöra för texten, då kan nästa fas påbörjas. Den andra fasen innebär att fördjupa förståelsen för materialet. Den upprepade läsningen gör att innehållet i texten träder fram. När en bekantskap med helheten uppstår, kan fokus i texten förändras och delarna visar sig. Mönster och innebörder kan nu träda fram för att i den tredje och sista fasen förstås som en ny helhet. En ny fördjupad förståelse för texten kan skapas och delarna i texten kan beskrivas. Det är i den sista fasen som innehållet sammanställs till ett presenterbart material och som ny kunskap kan presenteras (a.a.).

Författarna följde Dahlbergs (1997) beskrivning och började med att läsa alla fältanteckningar. Materialet diskuterades för att ge författarna en överblick över vad materialet innehöll. När författarna ansåg sig ha en uppfattning om helheten, gick analysen vidare till den andra fasen. I den fördjupande fasen ökade förståelsen för texten och författarna skrev oberoende av varandra ner sammanfattande ord för vad varje observationsanteckning handlade om. Dessa ord diskuterades igenom mellan författare och handledare, där likheter och skillnader togs fram. Analysen gick vidare genom att texten delades upp i mindre delar och ett antal teman

utformades. Hela materialet lästes igenom igen, men denna gång med fokus på delarna. Datamaterialet kunde slutligen sammanställas till sju teman med utgångspunkt i studiens syfte.

### **Att delta som forskare i en främmande vårdmiljö och en ny kultur**

Att delta i ett forskningsfält innebär att närma sig en ny kultur. Författarna trädde in i rollen som ett mellanting mellan forskare och studenter. Det var inte bara en ny vårdmiljö, utan också ett okänt språk med andra tankesätt. Innan avfärd pratade författarna med andra studenter och lärare som på olika sätt varit i kontakt med Tanzania. Författarna pratade mycket med varandra och försökte förbereda sig på vad en studie som denna kunde innebära. Efter fyra dagars resande i Tanzania anlände författarna till sjukhuset och sjuksköterskeskolan. På femte dagen inleddes studien med en rundvandring i sjukhusets och skolans lokaler. Författarna blev presenterade för personal och ansvariga, samt fick beskriva syftet med vistelsen. Det bidrog till att författarna fick en möjlighet att introducera det kommande arbetet och fick en inblick i sjukhusets rutiner. Därefter pågick studien under följande fyra veckor. På grund av en begränsad tidsram fick författarna lära känna fältet under studiens gång.

En stor öppenhet krävdes av författarna och alla tillfällen till att prata och lära känna kulturen togs. Det var stor skillnad mellan det svenska tankesättet författarna bar, där mycket bygger på effektivitet, mot tänkandet som författarna möttes av i Tanzania, som tycktes präglad av att ta det lugnt. Det tog tid att anpassa sig. Saker blev utförda i en annan takt och ingenting skedde planerat, utan mycket verkade handla om viljan hos personen som utförde det. Det var mycket intryck på kort tid, vilket tog mycket av författarnas energi. Tröttheten var påtaglig de första veckorna och pressen över den korta studietiden var stressande. Genom att följa studenterna i allt de gjorde under sitt arbetspass, var intentionen att bli en av dem. Författarna medverkade vid alla moment som studenterna utförde, däremot utförde författarna inga egna vårdmoment i patientnära kontakt. Detta på grund av språkbarriären, engelska pratades inte av alla patienter. Författarna följde även studenternas arbetstider och bodde bland personalen på skolan. Dahlberg (1997) säger att det som forskare är viktigt att ta del av miljön och sammanhanget där observationer genomförs, för att kunna få ett helhetsperspektiv. Det tog ungefär en vecka för författarna att komma in i arbetsrutiner och den nya miljön. Författarna kände sig under studiens gång mycket välkomna och blev väl mottagna i rollen som studenter och forskare. Däremot var det svårt att hålla isär studien med situationer som utspelades efter arbetspassets slut. Flera gånger observerades situationer med anknytning till hygien på sjukhuset efter arbetstid, vilket var svårt att förhålla sig till. Då sådana situationer uppkom, antecknades även dessa om de bedömdes vara intressanta och av värde för att beskriva och förstå hygien och vårdmiljön.

### **Etik**

Studien började med en personlig tillfrågan hos ansvariga på skolan och sjukhuset om godkännande för genomförandet. Information om studien lämnades först skriftligt innan avfärd och muntligt när studien skulle påbörjas. Ett skriftligt godkännande från rektorn mottogs innan avfärd och på plats gav chefsöverläkaren och rektorn muntligt samtycke. Innan varje nytt

arbetspass påbörjades, på en för författarna ny avdelning, tillfrågades även ansvarig sjuksköterska om tillåtelse att föra anteckningar. Alla medverkande hade rätt att inte delta och inför varje vårdmoment tillfrågades studenten om godkännande till att författarna följde med och förde anteckningar, allt i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2002). Studenterna kunde emellertid känna sig tvungna att delta, då de hade ett beroendeförhållande till sjuksköterskan och eventuellt även till författarna (a.a.). Syftet med studien var inte att studera individer utan vårdmiljön, och olika situationer observerades med olika studenter. Patienternas samtycke kändes inte väsentligt då studien inte syftar till att beskriva patienters handlande. Inga namn användes i anteckningarna. Författarna informerade om att uppgifter och anteckningar enbart skulle användas i studien och enbart läses av författarna samt handledare. Anonymitet har utlovats och inga uppgifter med namn lämnas ut i studien. När arbetet började skrivas användes namnet på skolan, sjukhuset och byn där studien genomfördes. Författarna har sedan valt att utesluta denna information för att inte utelämna någon med hänvisning till Helsingforsdeklarationen (2002). Anteckningarna har förvarats inlåsta hos författarna under studiens genomförande.

Författarna diskuterade om det eventuellt kunde kännas integritetskränkande för studenterna när anteckningar fördes. Det kunde kännas som ett intrång och risken var stor att studenterna kände sig stressade eller rädda för att göra fel. Därför försökte stödorden skrivas diskret. Människors beteende kan många gånger förändras när någon observerar det som utförs (Dahlberg, 1997). Författarnas förhoppning var att minska detta då praktiska studier genomfördes samtidigt. Författarna undvek att fullt ut avslöja avsikten med studien genom att inte precisera att det var hygien som observerades. Detta för att minska risken att resultatet skulle påverkas eller förändra studenternas handlande. Däremot förklarade författarna att studien handlade om att lära sig mer om studenternas vårdarbete, och författarna visade sig intresserade och engagerade i deras arbete.

Samtycke till att ta fotografier i studiesyfte mottogs av ansvarig chefsöverläkare, samt avdelningssjuksköterskan och de som närvarade på fotot. Foton har inte använts till annat än att minnas detaljer, som stöd för författarnas minne och studiens fältanteckningar.

## RESULTAT

I resultatet beskrivs förutsättningar för och handhavande av hygien relaterat till olika områden, indelat i sju teman. Först ges en kort beskrivning av hur en dag organiserades och såg ut på vårdavdelningarna, vilket utgör en yttre ram för de områden som ligger till grund för studiens tema. Följande teman utgör resultatet: *Avdelningarnas sköljrum, möjligheter till rengöring samt avfallshantering, Möjligheter för och handhavande av handhygien, Hygien och renlighet i relation till utdelning av läkemedel, Patientsängen, dess hygien och rutiner kring bäddning, Rutiner kring rengöring och städning på avdelningarna, Möjligheter för och handhavande av såromläggningar och Hygien och renlighet i relation till vitalstatus*. Resultatet avslutas med en sammanfattning över vilka påtagliga risker samt smittkällor som hade varit möjliga att undvika.

Varje dag bestod av ett antal rutiner, vilka var liknande på alla vårdavdelningarna. Dessa var utarbetade från riktlinjer som Tanzanias Ministry of Health publicerat (Katabaru, personlig kommunikation, 10 februari, 2008). Dessa tog upp omvårdnad och hygien för vårdpersonal. Riktlinjer fanns uppsatta i form av bilder och planscher för att studenterna skulle bli påminda om hygienens betydelse. På varje sjuksköterskeexpedition satt minst en sådan plansch uppsatt på anslagstavlan. Här var även de dagliga rutinerna och de specifika veckorutinerna för varje avdelning uppsatta. En plansch om handtvätt satt ovanför handfaten på samma rum.

Veckoplaneringen bestod av rond med läkare på måndagar och onsdagar, operation på tisdagar och fredagar, torsdagar skulle skåp skrubbas, lördagar var det hälsoundervisning och söndagar rengjordes termometrar och vågar. Alla sjuksköterskor började sitt arbete med att gå i kyrkan på morgonen. Under tiden samlades studenterna på avdelningarna. Då sjuksköterskorna kom tillbaka till avdelningarna påbörjades morgonarbetet med att dagpersonalen fick rapport från nattpersonalen. Efter det bestämde sjuksköterskan vilka studenter som skulle göra vilket arbete under dagen. Morgonen började med att delegerad student delade ut läkemedel till patienterna på avdelningen, samtidigt som en eller två andra studenter bäddade sängarna. Dagen fortsatte sedan med städning och att utföra övriga arbetsmoment som att gå till apoteket, ordna prover eller hämta materiel från operation. Vid många av morgonarbetets rutiner användes en liten vagn på hjul, liknande sådana som används som nattduksbord för patienter på svenska sjukhus. Vagnen var en mindre vagn i stål ungefär 1x1 meter bred och 1,5 m hög. Den hade tre hyllplan i lackat trä och ett utvikbart bord. Varje dag vid halv tolv gick studenterna till skolan för te och sjuksköterskorna stannade för te på avdelningen. Kvällspersonalen kom klockan två och all personal gick då runt i de olika patientsalarna för överrapportering. Efter rapporten gick dagpersonalen hem för lunch. Kvällspersonalen fortsatte med att dela ut mediciner klockan fyra och att ta kontroller av vitalstatus. Klockan åtta gavs nya läkemedel, sedan avslutades kvällen klockan nio med rapport till nattpersonalen. Vid midnatt gavs nattmedicin och klockan sex på morgonen togs nytt vitalstatus på patienterna. Dessa rutiner var lika oberoende avdelning.



## **Avdelningarnas sköljrum, möjligheter till rengöring samt avfallshantering**

Sköljen på varje avdelning såg ut som ett kallt rum med ett fönster. Längs ena rummets vägg fanns hyllor där bäcken och rondskålar förvarades. Utmed någon av de andra väggarna fanns en vask där föremål kunde spolas av efter användning. Det fanns fasta rutiner för tillvägagångssättet kring rengöring av flergångsmaterial som användes vid städning och omläggningar. Omläggingsmaterial så som rondskålar, pincetter och saxar rengjordes genom ett rengöringsförfarande, där materialen först låg i en spann med klorinlösning i cirka en kvart. Sedan lades materialen i en spann med tvål och vatten för att slutligen sköljas av i en spann med rent vatten. Efter proceduren lades det på tork bredvid vasken, för att slutligen skickas till operation för sterilisering. I sköljen sorterades även engångsmaterial och sopor efter *smittsamt avfall*, som brändes och sedan grävdes ner, och *inte-smittsamt avfall* som sorterades. Avfall som använda nålar och kanyler lades i en gul pappkartong, en låda som sedan tömdes i en speciell ugn. Den tömda kartongen återanvändes. När innehållet bränts grävdes det avfall som fanns kvar ned i marken. Det observerades att det på väg till nedgrävningsplatsen låg brända nålar utspridda på marken.

## **Möjligheter för och handhavande av handhygien**

Handtvätt skulle ske efter varje arbetsmoment enligt studenterna och deras riktlinjer. Bristen på vatten, tygbitar att torka händerna med och ibland tvål, bidrog till att handhygien inte alltid kunde efterföljas. Tvålen som användes på avdelningarna var en pulvertvål med antibakteriella egenskaper. Den påminde om en tvättmedelspåse och förvarades i sköljen eller på sjuksköterskeexpeditionen. Studenterna gjorde i ordning tvålen genom att blanda pulvertvål och vatten i en PET-flaska med kork på. Genom korken fanns flera hål och vändes flaskan upp- och-ner rann innehållet sakta ut. Då pulvertvålen tog slut och sjukhuset inte hade fler påsar på lager fick personalen använda sig av hård tvål, trots medvetenheten om att det var sämre ur hygienaspekt.

I nästan varje avdelningskorridor stod en stor plasttunna på en ställning. Den hade en tappkran och var fylld med vatten. Under tappkranen stod en rondskål och bredvid den en flaska med tvållösning. Ovanpå locket av tunnan stod två pappkartonger med tygbitar i, den ena med rena och den andra med använda tygbitar. Denna ställning var avsedd för handtvätt mellan arbetsmomenten. Flödet på vattnet var långsamt och ofta fanns det inget vatten i tunnan. Det verkade som tanken var att händerna skulle tvättas i korridoren, men detta följdes sällan.

Författarna uppmärksammade att när studenter och sjuksköterskor pratade med läkare eller med varandra, var det vanligt förekommande att de hade ett finger-i-näsan. Det tycktes inte vara oartigt i den tanzanianska kulturen. Det observerades att de inte tvättade sina händer efteråt, utan att exempelvis ronden fortsatte och undersökningar fortskred. Det observerades även att många studenter bar armbandsklockor, vilket ifrågasattes av författarna. Studenterna förklarade att de egentligen inte fick bära dessa enligt riktlinjerna, men att klockorna var ett måste då vissa moment krävde sekundvisare och inga andra klockor fanns tillgängliga.

Inne på de flesta patientsalar fanns ett handfat. Alla hade inte vatten inkopplat och det fanns inte heller alltid tvål att tillgå, vilket resulterade i att patienterna ibland fick gå till toaletten för att tvätta händerna. Personalen kunde istället gå till expeditionen alternativt ut till korridoren.

## **Hygien och renlighet i relation till utdelning av läkemedel**

På nästan alla avdelningar förvarades patienternas läkemedel i en vit läkemedelsvagn gjord av trä. Vissa vagnar hade hjul som fungerade, andra inte. Vagnen förvarades låst på sjuksköterskeexpeditionerna. Den student som blev tilldelad medicineringen på morgonen blev ansvarig för nyckeln och kontrollerade vagnen inne på expeditionen. Kontrollen gjordes för att se till att alla nödvändiga tillbehör fanns i vagnen samt att två rondskålar för skräp låg under den. Patienternas mediciner låg i bruna burkar märkta med patientens namn och sängplats. Tillbehören i vagnen bestod av en liten handduk, en eller flera smala rostfria skedar, en brun burk med kokt kranvatten, två små rostfria skålar, en tablettedlare i plast och stål, några 10 ml koppar i plast och en tillbringare med kokt kranvatten. Då allt var iordninggjort tog studenten med sig en pärm med patienternas ordinationslistor, en penna och vagnen ut i korridoren. Studenten körde in vagnen på patientsalarna, hälsade patienterna god morgon och började dela medicin till patienten på sängplats ett, sängen närmast dörren från vänster sida sett. Namnet på burken kontrollerades mot namnet på ordinationsbladet och korrekt antal tabletter plockades sedan fram med hjälp av en sked. Skeden doppades sedan i burken med vatten och torkades av med handduken mellan varje läkemedel. Vid flera observationstillfällen tog dock inte studenten upp tabletterna med hjälp av skeden utan använde sina fingrar. Dessutom var det tillfällen då inte skeden sköljdes av eller tablettedlaren tömdes helt. Tabletterna lades i en rostfri kopp och hälldes sedan över i patientens framsträckta hand utan att handen vidrörde koppen. Det kokade kranvattnet hälldes sedan i en av de små plastkopparna, om inte patienten hade en egen mugg på sitt nattduksbord. Tabletterna intogs med en klunk vatten, det var endast vid vissa observerade undantag som patienter fick en större dos vatten. Den använda plastkoppen slängdes sedan i en av rondskålarna under vagnen. Vid ett par observationer drack flera patienter ur samma kopp. De patienter som hade flytande läkemedel eller injektioner hade dessa läkemedel ståendes på sina sängbord. Studenten fick därför be om flaskorna med flytande läkemedel och hålla upp rätt dos i en plastkopp, för att sedan ge tillbaka koppen och flaskan till patienten.

Då barn var inlagda var det föräldrarnas ansvar att ta emot läkemedlen från studenten och sedan ge dessa till barnet. Barnens medicin krossades nästan alltid och lades då i en av de två rostfria små skålarna. Med hjälp av den andra skålen krossades tabletterna. När flytande läkemedel var ordinerat blandades de krossade tabletterna med denna. Barnen brukade oftast protestera och föräldrarna, eller andra barns föräldrar, fick då hålla för deras näsor medan medicinen hälldes ner i munnen. För att undvika att barnen kräktes upp medicinen gnuggade föräldrarna barnens hjässor. Då det förekom kräkningar eller annat spill torkades detta upp med föräldrarnas eller någon annan förälders kanga, eftersom inga engångsmaterial fanns. En kanga är ett tygstycke, 1,5m x 2m stort, med många funktioner. I Tanzania använde många kvinnor kangan som ett klädesplagg, eller till att bära barnen i. Som blöjor användes mindre bitar av

kangas i ett litet plaststycke som knöts runt barnet, vilket kan liknas vid de snibb-blöjor som användes i Sverige på 80-talet.

Efter att alla patienter fått sin morgonmedicin körde studenten tillbaka vagnen till sjuksköterskeexpeditionen. Där plockades vagnen ur, inklusive medicinburkarna, och vagnen torkades med en torr trasa. Sedan torkades burkarnas utsida av och lades tillbaka i vagnen. Burkarna rengjordes endast genom kokning då en patient var färdigbehandlad och hade gått hem. Kopparna i plast, skedarna och de rostfria skålarna kokades i kastruller på expeditionerna och lades sedan på tork till nästa medicingivning.

Förberedelserna verkade vara av vikt inför medicineringen. Hade studenten allt på vagnen så slapp det springas för att hämta saker efter hand och det blev mer effektivt. Föräldrarna till barnen fick hjälpas åt med att försöka få barnen att behålla medicinen och fick turas om att gå iväg för att tvätta eller tillaga barnens mat. Enligt observationerna fanns det goda rutiner på avdelningarna för läkemedelsutdelning, men ibland efterföljdes de inte. Exempelvis när studenter plockar upp tablettorna med hjälp av sin hand istället för skeden eller då patienter får dela vattenmugg. Vid ett tillfälle sågs en student krossa tablettor och spillde ut pulvret på läkemedelslistan. Studenten hällde då över pulvret i en rostfrikopp och gav till patienten, trots att det vid tidigare tillfällen påpekats att tablettor som tappats ska kasseras.

### **Patientsängen, dess hygien och rutiner kring bäddning**

Patienternas sängar var av en enkel och äldre modell, utan varken höj- eller sänkbar funktion. I sängarna fanns skummadrasser utan plastsydd. Under studien sågs dessa aldrig rengöras, men någon gång i månaden lades de ut på gräsmattorna mellan avdelningarna för att torka. Vid överbeläggningar fanns det inte alltid sängar att tillgå, utan patienten kunde placeras på en madrass på golvet mellan övriga sängar.

Resurser fanns inte heller till engångsmaterial som pappershanddukar, plastförkläden eller inkontinensskydd. Istället för pappershanddukar användes avrivna tygbitar från uttjänta lakan, som kokades och återanvändes. På avdelningarna använde sig personalen av gummiförkläden vid bäddning, städning och omläggning av sår. Dessa rengjordes en gång i veckan med tvål och vatten och förvarades i linneförrådet. Då det inte fanns inkontinensskydd att tillgå på sjukhuset var det upp till patienten eller dennes anhöriga att ordna det. En fyrkantig plastbit i mjukt material, som kallades för *McIntosh*, användes som skyddande barriär på sängmadrasserna. Den införskaffades på marknader och de patienter som inte hade råd med en sådan låg utan skydd på madrassen. På *McIntoshen* lades en eller flera personliga kangas och det lakan som fanns att tillgå.

Studenterna hade lärt sig rutiner för bäddning i skolan, vilka de följde strikt. Vid ett observationstillfälle hade studenten placerat en vagn med rena lakan från linneförrådet i korridoren. Studenten som följdes hade på sig ett gummiförkläde som tagits från linneförrådet. När sängen skulle renbäddas ombads patienten att sätta sig på en pall. Sängen gjordes i ordning efter principen att undvika onödiga rörelser. På madrasserna låg det ofta personliga kangas och

studenten vek då först ihop dessa och lade på en annan pall. Då det ofta regnade i byn och tvätten hängdes på tork utomhus kunde det ibland ta dagar innan tvätten blev torr, vilket var en anledning till bristen på rena lakan. Ofta återanvändes därför de lakan som redan låg i sängarna. Lakanen fick ibland vändas upp och ner, alternativt bäddades sängarna med patienternas kangas. Då patienten hade en *McIntosh* i sängen vändes även denna upp och ner vid bäddningen. Studenten gick från huvud- till fotända när det rena lakanet lades på. Det viktigaste i samband med bäddningen var att göra *envelope-corners*, för att på ett bra sätt säkra lakanet och förhindra att det rörde sig ur plats. Inga kuddar fanns att tillgå, men om patienten hade med sig en egen var den tillåten att använda. Nästa lager med lakan som bäddades på sängen fästes i fotändan under madrassen och användes som täcke. Några patienter sågs ha en tjockare filt på sina sängar. Efter att lakanet fästes gjordes en öppning mot huvudändan, som ett halvt V. När sängen var färdigbäddad välkomnades patienten tillbaka till sin säng och studenten tvättade sina händer i handfatet i patientsalen med den tvål som fanns. Händerna torkades med medhavd handtork som sedan lades längst ner på vagnen. Då det inte alltid fanns vatten i kranen i patientsalen gick ibland vissa studenter ut till expeditionen för att tvätta händerna mellan varje säng, alternativt mellan patientsalar. Ibland observerades ingen handtvätt alls.

Morgonens rutin av bäddning ledde till att de flesta sängarna var prydligt iordninggjorda på förmiddagen, men det fanns sällan möjligheter att bädda rent vid behov. Med sår som läckte eller nyopererade sår fanns risk för infektioner då samma lakan användes fyra dagar i rad. Då det användes många personliga kangas i sängarna var det upp till anhöriga och ibland patienterna själva att rengöra dem efter bästa förmåga, vilket kunde vara en källa till smittspridning.

## **Rutiner kring rengöring och städning på avdelningarna**

Städning skulle ske en gång per dag efter bäddning, och ingick i de dagliga rutinerna. Städning omfattades av alla ytor ovan golv, främst var det sängborden som fanns vid varje säng som skulle torkas av och ur. Dessutom skulle borden och sängarna rengöras vid varje hemgång. Under städningen skulle, enligt rutinerna, förkläde och handskar användas och efter varje städning skulle handtvätt utföras.

Tyvärr fanns det inte alltid tillräckligt med förkläden på avdelningarna. Vid ett observationstillfälle förklarade studenten att de som ansvarade för bäddningen använde alla förkläden och de därför var tvungna att städa utan. Studenten använde inte heller några handskar. Då de var en bristvara användes dessa sällan under städning.

Vid städning användes den vagn som fyllde ett flertal funktioner på avdelningen. Vagnen iordningställdes i korridoren och fylldes med två stora rondskålar, i den ena hälldes vatten och i den andra pulvertvål och vatten. På vagnen lades även fyra tygtrasor. Två utav trasorna skulle användas till våt avtorkning och de andra två till att torka torrt med. Det placerades dessutom en rondskål i plast på vagnen, där skräp och större partiklar kunde slängas. Studenten beskrev proceduren och visade metodiskt tillvägagångssättet. Principen utgick från att torka från

smutsigt till rent, *dirty to clean*, från högt till lågt, *top to down*, och bortifrån till nära, *far to near*. Trasan doppades i skålen med tvål och vatten för att sedan vridas ur. Mellan varje drag med trasan skulle den vikas så att en ny ren sida användes. När alla sidor på trasan var använda sköljdes den ur, först i tvål och vatten och sedan i enbart vatten. Samma yta torkades av en gång till och slutligen torkades ytan torr med hjälp av en torr trasa. Allt skedde på samma sätt som ovan, bortifrån till nära och uppifrån och ner. Allt potentiellt skräp eller smuts som fanns torkades av så det föll till golvet, inget samlades i avsedd rondsål. När städningen var klar, och alla rum var tagna, tömdes vagnen. Skålarna som fanns på vagnen tömdes och diskades ur med tvål och vatten. Skålarna fick sedan lufttorka i sköljen inför nästa användning. Trasorna kokades i en kastrull och hängdes upp på tork i sköljen. Städvagnen torkades av med tvål och vatten och slutligen hängdes förklädet in i linneförrådet. Studenten avslutade med att tvätta sina händer i ställningen för handtvätt i korridoren.

Vid ett flertal observationer sågs studenter avsluta städningen innan alla rum var tagna. Det verkade som att rutinerna för städning inte alltid följdes fullt ut. Förklädena som användes vid städning, men också vid flera andra vårdssituationer, torkades inte av mellan användningsområdena. Att städningen skulle ske efter bäddningen poängterades ofta och var något studenterna upprätthöll. Däremot var ofta avtorkning av golven redan gjord när städningen påbörjades och skräpet som då hamnade där togs inte bort förrän dagen efter. Första dagen på sjukhuset, när författarna visades runt, kommenterade en lärare att inte ställa ner väskan på golvet eftersom det var smutsigt där. Det visade på att de som arbetade på sjukhuset och skolan ansåg att det inte var rent på ytorna. Samtidigt var det vid ett flertal tillfällen överbeläggningar på sjukhuset. Vid brist på sängar fick patienter eller anhöriga sitta på en madrass på golvet.

## **Möjligheter för och handhavande av såromläggningar**

För omläggning av sår fanns en princip med två variationer som studenterna använde sig av. Beroende på om såret var infekterat eller torrt användes olika rengöringsvätskor samt olika tvättningsförfarande. Materialen som användes var sterilpackade på operation och förvarades tillsammans med rena lakan i linneförrådet, där även förkläden hängde. Då omläggingsmaterial var en bristvara, förvarades dessa på de kirurgiska avdelningarna. Barn med kirurgiska åkommor flyttades därför dit. Vid omläggningar användes samma omläggingsmaterial oavsett sårtyp eftersom det inte fanns något annat material att tillgå. Materialet bestod av bomullstussar och gasväv som fästes med tejp. En del omläggningar byttes varje dag, vissa mer sällan. På de kirurgiska vuxenavdelningarna fanns det vagnar med kaminer som innehöll sterilt omläggingsmaterial. Då det var dags för omläggning tog delegerad student med sig en sådan omläggingsvagn och en skärmvägg i tyg. Ett förkläde som hämtades från linneförrådet togs på. Det material som behövdes till omläggningen plockades ut med en lång tång och lades på en träbricka som var avtorkad med natriumklorid. I den ena kaminen fanns det plåtskålar och koppar, i den andra fanns bomullstussar samt gasvävskompresser. En handduk lades över kaminerna när materialet var framplockat. Studenten tog på sig handskar när omläggingsmaterialet var förberett och drog av den gamla omläggningen genom att försiktigt peta loss kanterna och undvika att ta på det fuktiga.

Studenten förklarade att det inte var tillåtet att prata då såret var blottlagt, eftersom såret kunde kontamineras av aerosoler. Samtal mellan student och patienter förekom trots detta.

När det gamla omläggingsmaterialet tagits bort, öppnade studenten dörren med handskarna på och slängde det gamla omläggingsmaterialet i en plasthink utanför dörren, märkt med etiketten *inte-smittsamt avfall*. Vanligtvis, vid övriga observationerna, slängdes gammalt material i en rondskål som stod på brickan för att sedan slängas i hinken *smittsamt avfall*, men först efter att omläggningen var klar.

Medan såret var blottat hällde studenten upp natriumklorid i en liten skål och blötte ner några bomullstussar med hjälp av en pincett. Vid omläggningar då såret var infekterat användes en annan rengöringsvätska som kallades för *hydrogene peroxide*. Sår som var rena, det vill säga inte infekterade, tvättades med principen inifrån och ut. De sår som var infekterade och innehöll mycket pus/var tvättades utifrån och in, *from clean to dirty*. Studenten som följdes stoppade in gasvävskompresser i det djupa såret och gnuggade så att kompressen blev blodig. De använda kompresserna slängdes i en rondskål och en blöt kompress placerades i såret. Studenten tog sedan av sig handskarna och lade två torra kompresser över såret med hjälp av en pincett. Det var vanligt förekommande att studenterna arbetade under resterande omläggingsprocess utan handskar. Upptäckte studenten att för få kompresser och bomull tagits fram, plockades fler ut ur kantinerna. Studenten lade sedan på ytterligare kompresser för att täcka över såret. Tejp klipptes i lagom längder och fästes parallellt, samt tvärs över, kompresserna. Det förekom tillfällen då en av författarna fick vara delaktig i att assistera vid klippning av tejp, då saxen som användes var väldigt slö och ett rakblad fick användas istället. Tejpen som användes tycktes fastna dåligt på patienternas hud.

Det hände att studenter gick vidare till nästa patient och lade om dennes sår utan att ha tvättat händerna emellan. Däremot trädde nya handskar på inför nytt handhavande av sterilt material. Använt flergångsmaterial som rondskålar och så vidare skulle slängas i hinken med klorinlösning i sköljen. Engångsmaterial som varit i kontakt med sår skulle enligt rutinerna slängas i hinken avsatt för *smittsamt avfall*. Det uppstod situationer då detta följdes och inte följdes. Handskar användes endast vid borttagning av gammalt omläggingsmaterial samt vid framplockning av sterilt material, men även här förekom det avvikelser och skillnader vårdare emellan.

## **Hygien och renlighet i relation till vitalstatus**

Vitalstatus var även det en rutin som en eller flera studenter tilldelades på varje avdelning. Kontrollerna som utfördes var andningsfrekvens, puls och blodtryck samt kroppstemperatur. Värden skrevs upp på ett patientbundet protokoll som hängde på väggen ovanför patienternas huvudända. Här stod namn, sängnummer och patientens ålder. Kontrollerna skulle tas på alla patienter på de kirurgiska avdelningarna, morgon och kväll. Nattpersonalen brukade ta den första kontrollen innan dagpasset kom vid halv åtta på morgonen, sedan gick kvällspersonalen runt vid tre tiden på eftermiddagen.

Det var rutin att föra kontroller på alla patienter på den kirurgiska kvinnoavdelningen, men på barnen som låg där kontrolleras enbart kroppstemperaturen. Det kan tyckas som om barnen inte fick likvärdig behandling som de vuxna.

Studenterna följde ett generellt tillvägagångssätt och började därmed förbereda en vagn med olika material. På vagnen placerades två små bruna burkar, likadana som patienternas läkemedel förvarades i. Den ena burken innehöll vatten och en kvicksilvertermometer och den andra burken innehöll en desinficerande lösning. Här fanns även två små rondskålar varav den ena var tom, medan den andra var fylld med bomullstussar. På vagnen fanns även ett stetoskop och en blodtrycksmanschett, vilka förvarades i vad som såg ut som ett före detta två liters glasspaket. Studenterna tog upp termometern och torkade av den med en bomullstuss. Tussen klämdes runt termometern ganska långt ner och termometern torkades nerifrån och upp mot där studenterna höll. Tussen slängdes sedan i den tomma rondskålen. Innan kvicksilvertermometern kunde användas var den tvungen att skakas till kvicksilvret hamnat på rätt nivå. Sedan placerades den i axillen hos patienten och skulle sitta där i ca sju minuter. Under tiden som termometern blev klar räknade studenterna andningsfrekvens och puls. De i personalen som hade klocka fick låna ut den för att kontrollerna av vitalstatus skulle kunna genomföras. Värdena skrevs upp på individuella journalblad och kontrollerna fortsatte på nästa patient. När termometern suttit tillräckligt länge, lästes den av och torkades av med en ny bomullstuss, men åt motsatt håll. Denna gång torkades termometern uppifrån och ner, för att sedan placeras i den bruna burken med desinficerande medel. Studenterna berättade att smittspridning undveks på detta sätt. Kontrollerna togs i den takt det gick och ofta delade studenterna upp patientsalen mellan sig. Då det bara fanns en blodtrycksmanschett gick en student runt och tog blodtrycket på alla patienter i salen.

Vid ett tillfälle på intensivvårdsavdelningen observerades att enbart en digital termometer användes. När sjuksköterskan på avdelningen gick runt och tog temperaturen, torkades den inte av mellan varje patient och inte heller efter att alla patienters temperatur mätts. Frånsett detta, upplevdes det som om hygienrutinerna kring vitalstatus var något betydelsefullt, och studenterna påpekade flertalet gånger dess värde. Rutiner för kontrollerna verkade följas strikt och kvicksilvertermometrarna desinficerades. Det var däremot en tidskrävande uppgift där flera studenter fick hjälpas åt för att hinna med alla patienter.

### **Påtagliga risker och smittkällor som hade varit möjliga att undvika**

Resultatet visar att kunskap och förutsättningar är beroende av varandra. Avdelningsarbetet utgick från vedertagna riktlinjer för hygien och studenternas kunskaper om hygien var därmed goda. Trots kunskapen fanns tillfällen då rutiner inte följdes.

En anledning till att rutiner inte följdes kunde vara bristande resurser. Exempelvis fanns det handfat utan tillgång på vatten och tvål, vilket bidrog till att god handhygien inte alltid kunde säkerställas. En annan observation som gjordes var att perifera venkatetrar satt kvar i kärlden (framförallt hos barnen) under flera dagar. Enligt studenterna var orsaken till detta att det inte fanns tillräckligt många perifera venkatetrar på sjukhuset och att patienterna inte hade råd att

betala för fler. Ekonomin och de bristande resurserna var styrande för vårdhygien på sjukhuset. Exempelvis gällde det engångsmaterial, diagnostiska redskap och kirurgiskt material. Studenterna uppfattades som varsamma om de redskap och material som fanns att tillgå.

Som det står beskrivet i bakgrunden är malaria och HIV stora bekymmer i vardagslivet för befolkningen. Livslängden i Tanzania är under 50 år vilket troligen påverkar tankesättet och kulturen. Människorna tycktes leva för dagen efter filosofin *hakuna matata*, inga bekymmer. Då ingen vet vad som händer imorgon gäller det att leva för dagen. Författarna upplevde det som att vårdpersonalen hade avsevärt skilda uppfattningar om vad som ibland kunde anses väsentligt som exempelvis att journaler inte sorterades, att vissa blodprover så som HIV-test inte togs på dagens sista patient, med motiveringen att patienten inte var så sjuk och att det kunde göras nästa gång. Skillnaderna i de olika synsätten blev många gånger påtaglig. En skillnad som även tycktes inverka på hur rutiner kring hygien efterföljdes.



## **DISKUSSION**

Diskussionsavsnittet delas upp i en metoddiskussion, där författarna diskuterar val av metod, samt en resultatdiskussion där resultatet tolkas och diskuteras.

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att belysa och få förståelse för en vårdmiljö vilket stämmer överens med en kvalitativ ansats. Författarna ville närma sig fenomenet med en öppenhet för att fånga och förstå vårdmiljön med hänsyn till hygien. Ett annat alternativ för författarna hade kunnat vara intervjuer, men då språket var en begränsning valdes detta bort. En litteraturstudie hade inte kunnat ge svar på syftet eftersom det är en stor brist på tidigare forskning om Tanzania och den vård som bedrivs där. En jämförelse mellan Tanzania och Sverige hade eventuellt kunnat genomföras, men det hade varit allt för tidskrävande och omfattande för en C-uppsats. Den kvalitativa ansatsen med observationer blev då en lämplig metod, men på grund av författarnas brist på erfarenhet var metoden krävande. De anteckningar som skrevs ned var många och långa. I början var det svårt att se och bedöma vilka situationer som var av värde för studien. Här var det viktigt att en bra handledare med tidigare erfarenhet av observationsstudier fanns att tillgå. Handledaren befann sig däremot i ett helt annat land och kontakten mellan författare och handledare var under studiens datainsamlingsperiod sporadisk, vilket var besvärligt för studiens genomförande. Författarna kunde omöjligen åka tillbaka och göra tillägg i studiens anteckningar, vilket resulterade i en oro över materialets mättnad. För att inte hamna i en sådan situation hade det även innan avresa bestämts att fotografier skulle användas, för att kunna bättra på observationerna om datamaterialet visade sig allt för dåligt.

Praktiska studier fortlöpte under studiens datainsamling, vilket möjliggjorde för ett närmande av rollen som student och få större möjligheter att se miljön inifrån. Det förvånade författarna att studiens genomförande kom att bli så stimulerande och intressant. Däremot upplevdes det som tidskrävande och ansträngande att försöka vara med överallt, att ständigt vara beredd på nya saker och att hålla sinnet öppet för nya situationer. Samtidigt var det påfrestande att ta del av språket och skillnader i kultur. Detta kan ha bidragit till att vissa detaljer förbisetts vid enstaka tillfällen. Däremot har resultatet grundats på flera observationer och på så vis inte påverkats. Det upplevdes besvärligt när situationer, som kunde knyta an till hygien, uppstod efter arbetstid. Det var svårt att förhålla sig till dessa och en diskussion krävdes. Författarna kom fram till att inkludera dessa i studien om de motsvarade syftet. För att undvika vinklade anteckningar, diskuterades förförståelsen med handledaren och skrevs ned innan avresa. Under studiens genomförande lyftes fortlöpande förförståelsen för diskussion. Tankar som diskuterades igenom var; den eventuellt låga kunskapsnivån om hygien som vårdpersonalen i Tanzania möjligen hade, att människorna tycktes leva i någon sorts hopplöshet och att hygien på sjukhuset inte var prioriterad. Diskussionerna underlättades även av en strävan efter öppenhet inför nya synsätt. Subjektivitet är något som inte går att fullständigt bortse ifrån,

men ambitionen om att minska den var något att eftersträva (Dahlberg, 1997). Medvetenheten om förståelsen gjorde det möjligt att vara öppen för nya intryck, även om det ibland gjordes indirekta jämförelser i vården i de olika länderna.

## Resultatdiskussion

Vid jämförelser mellan resultatet av observationerna och Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården framträder tydliga skillnader (SOSFS 2007:19). I jämförelsen tas tre exempel upp: handdesinfektionsmedel, användning av handskar och användning av engångsförkläden.

Enligt SOSFS 2007:19 ska händerna desinficeras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller ett annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje direktkontakt med en patient samt vid de tillfällen handskar användes. Under studiens genomförande fanns inget alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, utan en sorts tvål med antibakteriella egenskaper användes. Studenternas metod vid handtvätt var genomgående grundlig. Handskar var en bristvara på sjukhuset och användes sällan i patientnära situationer. Vid de flesta användningstillfällen, exempelvis vid borttagande av omläggingsmaterial, observerades det att händerna inte desinficerades innan användning, men att studenten efter arbetsmomenten tvättade händerna med tvål och vatten. Vid vissa observationer gick studenten vidare till nästa patient och lade om dennes sår utan att tvätta händerna emellan. Ur smittspridningssynpunkt ökar markant, för att det andra såret skall kontamineras av det första sårets bakterier. Sjukdomar kan spridas mellan patienter, vilket innebär att sjukvården istället för att främja hälsa, försämrar patientens hälsostatus. På sjukhus är en mängd patienters immunförsvar nedsatt till följd av olika sjukdomar, i Tanzania var många dessutom bärare av HIV som gjorde dem ytterligare infektiösa (UNAIDS & WHO, 2008). Den omvårdnad som utfördes kan ha fört smittor vidare mellan patienter eller gett patienter med HIV fler följsjukdomar. Handtvättsrutiner i sjukvården har dessutom dålig följsamhet. Detta gäller inte enbart utvecklingsländer utan även västvärlden. Dåliga handtvättsrutiner kan leda till sjukhusrelaterade infektioner. Studenter och övrig personal behöver ständig repetition av sina kunskaper och påminnas om vikten av hygien, i synnerhet handhygien. Detta för att förbättra följsamheten av de riktlinjer som utarbetats på sjukhuset och som all personal borde följa (Creedon, 2005).

Om det finns risk för att arbetskläder kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material, ska ett engångsförkläde av plast eller en skyddsrock användas (SOSFS 2007:19). Studenterna använde ofta skyddsförkläden vid olika vårdmoment. Då förkläden användes till mycket och inte tvättades av mellan olika moment, bidrog det till att dessa blev en smittkälla, framförallt vid sterila omläggningar. Vid förfrågningar berättade studenterna att förkläden rengjordes med tvål och vatten, men sådan rengöring observerades aldrig. Mellan användningstillfällena hängdes förklädena upp inne i linneförrådet där bland annat rena lakan förvarades. Detta strider mot Creamer och Humphreys (2008) forskning som betonar att lakan ska förvaras i ett förvaringsutrymme avsett för endast rena sängkläder.

Hygienarbetet och sjuksköterskans arbete i Sverige bygger på omvårdnad. I Tanzania är fortfarande humanmedicin prioriterad i vården, vilket gjorde att studenterna hade stor medicinsk kunskap. Studenterna förklarade ofta sjukdomar och deras behandlingar, samtidigt som de var villiga att berätta om sin kultur och sina traditioner. De visade stor kunskap och intresse för det blivande yrket. Därmed verkade de medvetna och lärda om Tanzania, samtidigt som de tycktes ha bristande förståelse för att även andra länder, utanför kontinenten Afrika, har problem som fattigdom och sjukdom. Patientcentrerad omvårdnad, där patienten vårdas och möts på ett värdigt och respektfullt sätt, var nästintill obefintlig och det upplevdes som om patienterna hade väldigt lite att säga till om när det gällde vården som utfördes. Patienten och anhöriga fick ingen information om smittspridning och hygien trots att det var dem som ansvarade för tvätt och sanitet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) ska vårdpersonal ta fram, prova ut och vidareutveckla rutiner och metoder i vårdarbetet. Personalen ska även ha en risk- och avvikelshantering för att förbättra patientsäkerheten. Framförallt ska patienten och närstående informeras och göras delaktiga i vården.

Med tanke på de många sjukdomar som drabbar en stor del av befolkningen tycks det inte så märkligt att hygien verkade ha en annan prioritering på sjukhuset. Författarna funderade och diskuterade ofta över vad god hygien innebar och hur den yttrade sig i den aktuella vårdmiljön. Studenterna hade stor kostnadsmedvetenhet över omläggingsmaterial och kirurgiska ingrepp. Det är väldigt få i svensk sjukvård som har samma medvetenhet vilket visar ekonomins inflytande över vården som bedrevs i Tanzania. Studenterna var tvungna att prioritera efter det som fanns tillgängligt. Frågan är om det finns en överkonsumtion i västvärldens sjukvård och är då Sverige ett slösaktigt samhälle? Visserligen ska inte patientsäkerhet och hygien försummas, men god hygien kan eventuellt uppfyllas med lägre kostnader om medvetenheten var större hos vårdpersonal i Sverige. Däremot har svensk sjukvårdspersonal en större förståelse för patienten och arbetar efter att stärka välbefinnandet och främja det friska, i enlighet med Nightingale (1954). I Tanzania tycktes studenterna i större utsträckning ha gett upp hoppet om många sjuka, där behandling av patienter i många fall verkade meningslös. Synsättet studenterna bar speglas troligen av den historia som finns i landet som tysk och engelsk koloni. Biståndsberoendet som skapats bidrar till en attityd där allting löser sig, *hakuna matata*, vilket leder till att befolkningen negligerar eget ansvar.

Efter genomförd studie upplevdes det som om det fanns förbättringsmöjligheter i en del områden på sjukhuset i Tanzania. Några är exempelvis madrasskydd, tillgång till fler perifera venkatetrar och en utvecklad omvårdnadssyn hos sjuksköterskan/studenten. En ökad tillgång på venkatetrar innebär att dessa kan bytas ut oftare. Detta skonar venkärnen och inflammationssjukdomar kan förhindras. Med madrasskydd förlängs livslängden på skumgummimadrassen. Creamer och Humphreys (2008) poängterar smittspridningen genom sängar och sängtillbehör. Bäddningsrutinerna på sjukhuset i Tanzania är inte idealiska efter en tolkning av forskarnas resultat. De flesta madrasser hade som tidigare påpekats inget madrasskydd. Det hade därmed eventuellt varit bättre att inte vända på lakanet under bäddning så madrassen blev än mer förorenad. Lakanen borde eventuellt inte heller vändas fotända till huvudända, då många av invånarna gick barfota alternativt i så kallade flip-flop sandaler. Detta är sandaler med band mellan tårna och patienternas fötter var ofta smutsiga. En brist på rena

lakan är en situation som även kan uppstå i Sverige, men sängen bäddas då med samma lakan och eventuellt något engångsskydd ovanpå, enligt författarnas erfarenhet.

Under en del observationer sågs studenterna kasta smittsamt avfall i fel hink. Vid några tillfällen tillfrågades berörd student om sitt agerande som denne då försvarade med att avfallet inte alls var smittsamt. Eftersom avfallet slängts i *inte-smittsamt avfall* ansåg författarna att det fanns en risk att den som sorterade avfallet kunde bli smittad av dessa material och alla förebyggande åtgärder skulle vara förgäves. Författarna blev förvånade över den dåliga sophantering som verkade finnas i Tanzania. Studenterna hade inte samma syn på återvinning och möjligen inte samma kunskap som författarna.

En annan företeelse som visade sig under studiens gång var hur hygien och vårdmiljö hänger samman. Det gick inte att studera det ena fenomenet utan att samtidigt beakta det andra. Nightingale (1954) poängterade redan på 1800-talet att en del i sjuksköterskans roll är att skapa en bra miljö för patienten, för att på så sätt uppnå optimal hälsa. Hälsan är beroende av hygien i miljön. För att kunna förbättra hygien krävs det åtgärder i miljön och vice versa (Selanders, Hartweg, Schmieding, 1995). Det som studenterna gjorde på sjukhuset i Tanzania verkade väldigt likt de reformer Nightingale (1954) drev igenom under sina verksamma år. Sjukvårdens utveckling tycks inte ha kommit lika långt i Tanzania, men vad säger att det tillvägagångssätt som finns i den svenska sjukvården är det enda rätta? Eventuellt är det så, att det som görs ur hygienaspekt idag räcker gott och väl för att hjälpa patienterna från Kagera regionen till bättre hälsa. I Tanzania är det upp till anhöriga och många gånger patienten själv att ansvara för den personliga hygien. Mer kunskap till anhöriga skulle kunna minska smittspridningen då även lite kunskap kan göra stor förändring (Dike, Onwujekwe, Ojukwu, Ikeme, Uzochukwu, & Shu, 2006). Författarna uppfattade att vårdpersonalen på sjukhuset inte informerade anhöriga om bland annat vikten av hygien, vändning och adekvat kosthållning.

En annan diskussion som uppstod mellan författarna gällde den centrala roll vissa rutiner hade. Alla specifika moment i varje rutin, ger inte någon märkbar hygieneffekt. Var det motiverat att hygienrutinerna kring vitalstatus och bäddning, så som *envelope-corners*, var så strikta? Den energi som lades på att följa rutinerna skulle eventuellt kunna läggas på andra viktiga saker, såsom information till patienterna.

## **Konklusion**

Kunskap utgör grunden i ett hälsobefrämjande arbete. Trots olika förutsättningar i vårdmiljö och kultur, måste kunskap kunna omsättas till redskap för handlingar. Studenterna i Tanzania visade sig ha en bra kunskapsgrund. Denna tycktes dock utgå från den västerländska sjukvården, som har bättre förutsättningar. Deras arbetssätt skiljer sig från västvärlden och därför behöver kanske även rutinerna utarbetas efter deras sätt att utföra vården. Deras tankesätt var inte samma som det i Sverige, frågan är om det ens är önskvärt. Kanske kan vården utformas på ett sätt som överensstämmer med deras kultur och befintliga resurser. I Tanzania skedde en ständig prioritering på grund av att resurserna var otillräckliga, vilket var oundviklig. Denna prioritering är något som kräver mycket uppmärksamhet eftersom den

avgör vilka förutsättningar och ramar vården kan bedrivas utifrån. Det uppstod situationer under studiens genomförande, då rutiner inte följdes trots kunskap och resurser. Den dåliga följsamheten kan ses i tidigare forskning över hela världen och är ett uppmärksammat område. Vidare forskning i Tanzania skulle kunna uppmärksamma den prioritering och fördelning som görs av resurser, dessutom hjälpa landet till att fortsätta sträva framåt. Den kunskap som finns måste behållas och även utvecklas vidare. Resultatet som presenteras i denna studie bör inte generaliseras, då enbart en specifik vårdmiljö belyses under en specifik tidsperiod. Däremot kan läsaren vägledas kring den vård som bedrivs och hygienens prioriteringar på andra sjukhus i Tanzania.

## REFERENSER

- Basurrah, M. M. & Madani T. A. (2006). Handwashing and gloving practice among health care workers in medical and surgical wards in a tertiary care centre in Riyadh, Saudi Arabia. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 38, 620-624.
- Creamer, E. & Humphreys, H. (2008). The contribution of beds to healthcare-associated infection: the importance of adequate decontamination. *Journal of Hospital Infection*, 69, 8-23.
- Creedon, S. A. (2005). Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 208-216.
- Crigger, N. J. & Holcomb, L. (2007). Practical Strategies for Providing Culturally Sensitive, Ethical Care in Developing Nations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 70-76.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dike, N., Onwujekwe, O., Ojukwu, J., Ikeme, A., Uzochukwu, B. & Shu, E. (2006). Influence of education and knowledge on perceptions and practices to control malaria in Southeast Nigeria. *Social Science & Medicine*, 63, 103-106.
- ELCT Health. (2008a). *Hospitals – Ndolage- Statistics*. Hämtad från WWW 2008-04-25: <http://health.elct.org/>.
- ELCT Health. (2008b). *Hospitals – Ndolage- Financial Reasources*. Hämtad från WWW 2008-04-17: <http://health.elct.org/>.
- Fitzpatrick, M. (2005). *Tanzania*. Hong Kong: Colorcraft Ltd
- Gould, D.J., Drey, N.S., Moralejo, D., Grimshaw, J. & Chudleigh J. (2008). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Journal of Hospital Infection*, 68, 193-202.
- Helsingforsdeklarationen. (2002). Helsingforsdeklarationen. *Läkartidningen*. 99(11), 1214-1216.
- Hewlett, B. L. & Hewlett, B. S. (2005). Providing Care and Facing Death: Nursing During Ebola Outbreaks in Central Africa. *Journal of Transcultural Nursing*, 16, 289-297.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) & World Health Organization (WHO). (2008). *Sub-Saharan Africa AIDS epidemic update regional summary*. Hämtad från WWW 2008-05-04:  
[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1526\\_epibriefs\\_ssafrica\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1526_epibriefs_ssafrica_en.pdf).
- Katabaru, G. (2008). *Anställd på skolan, verksam i byn*. Personlig kommunikation 2008-02-10.
- Nightingale, F. (1954). *Anteckningar om sjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar – med stöd av IT och internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Scarion, R. (2008). *Anställd på skolan*. Personlig kommunikation 2008-02-08.
- Selanders, L., Hartweg, N., & Schmieding, D. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier 4*. Lund: Studentlitteratur.
- Sida. (2008). *Kort om Tanzania*. Hämtad från WWW 2008-04-03:  
<http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=118&a=1981&searchWords=tanzania>.
- Smith, M. A., Garbharran, H., Edwards, M. J. & O'Hara-Murdock, P. (2004). Health Promotion and Disease Prevention through Sanitation Education in South African Zulu and Xhosa Women. *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 62-68.
- Socialdepartementet. (2008). *Hälso- och sjukvårdslag, SFS 1982:763*. Hämtad från WWW 2008-04-27: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.
- Socialstyrelsen. (2008). *Publikationer: Årsrapport NPS 2004 Barnmorskor, sjuksköterskor och läkare*. Hämtad från WWW 2008-04-27:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/3032/Sammanfattning.htm>.
- SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad från WWW 2008-03-26:  
[http://www.sos.se/sosfs/2005\\_12/2005\\_12.htm](http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.htm).
- SOSFS 2007:19. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.*. Hämtad från WWW 2008-03-26: [http://www.sos.se/sosfs/2007\\_19/2007\\_19.htm](http://www.sos.se/sosfs/2007_19/2007_19.htm).
- Swedenabroad. (2008). *Sveriges ambassad Dar es Salaam*. Hämtad från WWW 2008-04-27:  
[http://www.swedenabroad.com/Page\\_\\_\\_\\_\\_11340.aspx](http://www.swedenabroad.com/Page_____11340.aspx).
- Tanzania Chamber of Commerce Industry and Agriculture, Kagera (TCCIA). (2008a). *Health*. Hämtad från WWW 2008-04-17: <http://www.kagera.org/aboutkagera/climate.htm>.

- Tanzania Chamber of Commerce Industry and Agriculture, Kagera (TCCIA). (2008b). *Location Kagera Region*. Hämtad från WWW 2008-04-17:  
<http://www.kagera.org/aboutkagera/index.htm>.
- Tanzania Chamber of Commerce Industry and Agriculture, Kagera (TCCIA). (2008c). *Climate*. Hämtad från WWW 2008-04-17:  
<http://www.kagera.org/aboutkagera/climate.htm>.
- Tanzania Chamber of Commerce Industry and Agriculture, Kagera (TCCIA). (2008d). *Language*. Hämtad från WWW 2008-04-17:  
<http://www.kagera.org/aboutkagera/language.htm>.
- The Government of Tanzania. (2008). *Health*. Hämtad från WWW 2008-03-21:  
<http://www.tanzania.go.tz/healthf.html>.
- Utrikespolitiska institutet. (2008). *Länderdatabas - Tanzania*. Hämtad från WWW 2008-04-03: <http://www.ui.se/>.
- Vårdförbundet. (2007). *Rätt klädd och rena händer inom vård och omsorg*. Hämtad från WWW 2008-04-04:  
<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=16737>.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Växjö: Växjö University.
- World Health Organization (WHO). (2007). *The world health report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century*. Hämtad från WWW 2008-05-04:  
[http://www.who.int/whr/2007/whr07\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf).