

BEHÖVER MAN FÖRBÄTTRA OMHÄNDERTAGANDET AV PERSONAL SOM BLIVIT UTSATTA FÖR STICKSKADOR?

En studie av sjuksköterskor och undersköterskor på akutmottagningen och infektionskliniken vid Centralsjukhuset i Kristianstad.

Karin Minnhagen Sjöbeck
Leg.läkare, spec. i akuta infektionssjukdomar
Företagsläkare
AB Previa
Kristianstad

Handledare:
Kai Österberg, fil. dr., leg. psykolog
Yrkes- och miljömedicinska kliniken
Universitetssjukhuset i Lund

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	sida	3
INLEDNING		3
• Presentation av arbetsplats		3
• Litteraturgenomgång av aktuella virus och riskbedömning		4
SYFTE		5
UNDERSÖKT GRUPP		5
METOD		5
RESULTAT		6
DISKUSSION		7
REKOMMENDATIONER		8
LITTERATURREFERENSER		8
Tabell1		9
Figur1		10

Sammanfattning

Stick- och skärskador utgör den största risken för överföring av blodsmitta i sjukvården. De vanligaste smittämnen är hepatit B-virus, hepatit C-virus och HIV, som kan åstadkomma kronisk sjukdom och t o m vara letala. Därför måste förebyggande arbete för att undvika sådana skador prioriteras. Åtgärder vid tillbud eller skada finns beskrivna i arbetarskyddsstyrelsens regelverk. Riskbedömningar är gjorda för dessa virus och rutiner är utarbetade för uppföljning efter stickskada med provtagning och i vissa fall profylaktisk behandling. Där emot finns inga rutiner för omhändertagande av den stickskadades psykiska hälsa. I denna studie har undersökts om det nuvarande omhändertagandet är optimalt eller bör förbättras. I detta syfte fick en grupp stickskadade (n=17) besvara dels en nykonstruerad enkät med specifika frågor om händelseförlopp och reaktioner på stickskadan och dels två standardiserade frågeformulär om självskattat psykiskt välbefinnande och allmän hälsa. Kontrollgruppen bestod av jämförbar sjukvårdspersonal som inte varit utsatta för stickskador (n=25). Resultaten visade att de flesta som varit utsatta för stickskada var nöjda med omhändertagandet, men att undergrupp önskade bättre medicinsk information och ökat känslomässigt stöd. Självskattat psykiskt välbefinnande och allmän hälsa skilde sig inte åt mellan grupperna, och var dessutom på en påtagligt god nivå jämfört med en större svensk referensgrupp av kvinnor. Slutsatserna av studien är att det nuvarande emotionella omhändertagandet efter stickskada förefaller tillräckligt för flertalet drabbade, men att förbättrat stöd och ökad information torde behövas för att tillgodose behoven hos samtliga stickskadade. Som en enkel förbättring kan föreslås att samtliga stickskadade förses med ett informationsblad med grundliga fakta om de medicinska riskerna vid stickskada samt olika kontaktpersoner att kunna vända sig till vid behov.

Inledning

Presentation av arbetsplats

I Sverige arbetar ca 200 000 personer inom sjukvården. Dessa personer löper en viss risk att drabbas av arbetsrelaterad smitta och sjukdom (1). Bland de arbetsrelaterade sjukdomar som årligen anmäls till ISA (informationssystemet för arbetsskador, Arbetarskyddsstyrelsen) finns infektionssjukdomar; symptomgivande eller inte symptomgivande. Den smittväg som är aktuell i sjukvårdssituationen är i första hand blodburen smitta. Ett stort antal mikroorganismer; såväl bakterier, parasiter, svampar som virus kan ge blodsmitta. De viktigaste smittämnen är hepatit B-virus, hepatit C-virus (2, 3) och HIV (4). Risk för överföring finns vid stickskada med blodigt föremål, t.ex. kanyl, skalpell (5). På infektions-klinikerna i landet förekommer en stor andel av patienter med hepatit B, hepatit C och HIV och många vårdas ineliggande. Kontrollerna sköts också här. Det tas många blodprover vid varje kontroll (1). Landets akuttagningar tar emot ett oselekerat patientmaterial med förekomst av blodsmitta. Vid det akuta besöket tas det olika blodprover och potentiell risk finns för stickskada .

Litteraturgenomgång av aktuella virus och riskbedömning

Hepatit B kan vara **högradigt smittsam**; detta indikeras vid förekomst av två smittsamhetsmarkörer: HbsAg och HbeAg. En mycket liten mängd blod (0,00004 ml) kan vara tillräckligt för att överföra smitta. Ett flertal studier (1) har visat att risken i det enskilda fallet är ca 20% (6-40%). Under sent 60-tal och tidigt 70-tal drabbades vissa utsatta personalgrupper t ex på dialysavdelningar, transplantationsavdelningar, intensivvårdsavdelningar av arbetsförvärd hepatit B (5).

Hepatit B med **låg smittsamhet** saknar HbeAg och har lägre smittorisk; ca 2% (0-5%). Hepatit B kan bli kronisk och medför ökad risk för levercirrhos och levercancer (5).

Hepatit C medför risk för överföring i ca 3% (1-5%). Den kan utvecklas till kronisk sjukdom med ökad risk för levercirrhos och levercancer.(5)

HIV ger livslång sjukdom och mycket stor risk att utvecklas till AIDS. Smittorisken vid överföring vid stickskada har bedömts vara ca 0,3%.(5)

Enligt gällande författningar skall all personal känna till vilka risker som finns, vilken teknik som skall tillämpas och vilka åtgärder som skall vidtas om en skada uppkommer. Arbetsgivaren ansvarar för att det finns fungerande arbetsrutiner och skyddsinstruktioner. Det skall finnas en skriftlig åtgärdsplan.

Varje stickskada skall rapporteras, anmälas, utredas och följas upp. Gällande föreskrifter är AFS 1986:23, AFS 1991:2, AFS 1997:12 och AFS 2001:3.

Det är viktigt att få en omedelbar bedömning, eftersom vissa åtgärder, t ex behandling och profylax, måste sättas in snabbt. Blodprover skall tas på den misstänkta smittade och om det är praktiskt möjligt även på smittkällan.(1) Immunglobulin motverkar att smittan utvecklas (=postexpositionsprofylax).

Vid **hepatit B** måste man ge specifikt immunglobulin intramuskulärt inom 48 timmar och vaccinationsserie påbörjas. Uppföljning med blodprover efter 2 och 6 månader.

För **hepatit C** finns ingen postexpositionsprofylax eller behandling. Uppföljning med blodprover efter 2 och 6 månader.

Vid **HIV**-risk ges snarast antiretroviral behandling under fyra veckor (helst inom 2 timmar, senast inom 24 timmar). Uppföljning med blodprover enligt schema, t.o.m. 6 månader efter smittotillfället.

Medicinsk riskbedömning har gjorts i flera undersökningar. Hepatit B, hepatit C och HIV kan ge kronisk sjukdom och t o m vara dödlig. Under uppföljningen finns inget planerat psykiskt eller socialt stöd. Blodprover tas automatiskt efter ett uppgjort schema, men i övrigt ges ingen medicinsk vård. Trots att risken att få hepatit B, hepatit C eller HIV är förhållandevis liten är psykisk påverkan av den utsatta personalen inte tillräckligt känd. Det finns skäl att anta att den drabbade kan känna ökad stress och oro av händelsen (6) och att denna oro kan öka under den långa uppföljningstiden (6 månader), under vilken man inte säkert kan avgöra om individen blivit smittad eller ej. Kanske påverkar stickskadans psykiskt välbefinnande och subjektivt upplevd hälsa. Hypotesen var att den drabbade efter smittotillfället för närvarande inte ges tillräcklig information av specialistläkare på infektionsklinik eller FHV och/eller i tillräcklig utsträckning erbjuds möjlighet att tala med beteendevetare/psykolog för att optimalt kunna

bearbeta upplevelserna, dels i samband med stickskadan och dels senare under uppföljningstiden.

Syfte

Studiens syften var att:

- kartlägga hur det befintliga omhändertagandet av sjukvårdpersonal som råkat ut för stickskada i sitt arbete upplevs av de drabbade.
- fastställa förekomst av psykisk illabefinnande och upplevd ohälsa efter stickskadan.
- utvärdera behovet av förändrat/förbättrat omhändertagande efter stickskada.
- i mån av behov föreslå specifika åtgärder för förbättrad information och emotionellt omhändertagande vid stickskada.

Undersökt grupp

1. Sticksskadad grupp: 32 stycken sjuksköterskor/undersköterskor som arbetar på Centralsjukhuset, Kristianstad och varit utsatta för stickskador under åren 1996-2002). Av 32 sticksskadade valde 17 (53%) att delta, varav samtliga var kvinnor (medelålder: 42 år; standarddeviation: 6,6. Av dessa arbetade 7 stycken (grupp 1 A) på infektionskliniken där andelen patienter med hepatit B, hepatit C och HIV är störst. Övriga 10 (grupp 1 B) arbetade på akutmottagningen, gemensam för alla förekommande specialiteter (medicin, kirurgi, ortopedi, gynekologi, ögon, öron).
2. Kontrollgrupp: 30 stycken sjuksköterskor/undersköterskor på infektionskliniken som inte varit utsatta för stickskada. Av dessa valde 24 att delta, varav samtliga utom 1 var kvinnor (medelålder 40 år; standarddeviation: 5,4).

Metod

- Nykonstruerad stickskadeenkät med specifika frågor rörande omständigheterna vid stickskadan, upplevelsen och omhändertagandet. Enkäten omfattade en bilaga med förklaring av studiens syfte och angivande av ansvarig läkare (Karin Minnhagen Sjöbeck).
- Frågeformuläret Symptom Checklist-35 (SCL-35), vilket är en kortversion av det brett använda Symptom Checklist-90 (SCL-90). Formuläret avser att mäta aktuell psykisk besvärsintensitet (7). Varje fråga besvaras på en femgradig skala med något av alternativen "inte alls", "lite grand", "måttlig", "ganska mycket", eller "väldigt mycket". Frågorna i SCL-90 delas in i nio besvärskategorier, varav endast tre används i kortversionen SCL-35: Somatisering, depression, och ångest. Kortversionen är sammansatt av Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund.
- Frågeformuläret Självskattad hälsa (SH), vilken består av en enda fråga i vilken aktuellt upplevd hälsa skattas på en sjugradig svarsskala med verbaliserade ytterpunkter "sämsta möjliga hälsa" respektive "bästa möjliga hälsa" (8).

SCL-35 och SH delades ut till samtliga tre grupper (1A, 1B, 2). Stickskadeenkäten delades endast ut till grupperna 1A och 1B. För grupp 1A delades den ut av avdelningssköterskan på infektionskliniken som kände till identiteten på de som utsatts för stickskada. Till grupp 1B lämnades formuläret ut av skyddsombudet på akutmottagningen som hade personuppgifter på dem som utsatts för stickskada på denna arbetsplats. Individernas namn och personnummer var inte känt för mig. Samtliga gruppers data har handlagts enligt gällande sekretessregler (HSL).

Resultat

En översikt av de viktigaste resultaten från stickskadeenkäten visas i figur 1. De flesta drabbade hade lång yrkeserfarenhet (2-30 år). Gällande arbetsrutiner och skyddsinstruktioner var kända av 12/17 (71%). Bland resultaten kan särskilt nämnas att hela 12/17 (71%) hade stuckit sig på nålar från identifierade patienter, och blodprover hade således tagits direkt i anslutning till stickskadan. Ingen av dessa patienter visade sig vara bärare av hepatit B, hepatit C eller HIV. Endast en person hade stuckit sig på en nål från en patient med känd smitta (HIV). Av de sju personerna önskade fem (29%) mer medicinsk information om smittorisken, inkubationstid och sjukdomssymptom om de blodburna smittorna. Det var alltså nästan var tredje person. Endast tre personer (18%) upplevde dock smittorisken som hög vid smittotillfället.

Av de tre individer som upplevde smittrisen som hög vid sticktillfället, uppgav person 1 att hon velat ha mer medicinsk information om blodsmittoöverförda sjukdomar. Hon hade också behov av känslomässigt stöd och uppgav att hon än idag känner ökad ångest/oro samt anger att hon ofta tänker på händelsen. Numera är hon mer försiktig vid blodprovstagning och skyddar sig oftast med handskar.

Person 2 med hög upplevd smittorisk stack sig på en kanyl i samband med städning och det gick inte att spåra vilken patient den använts på. Det kunde således inte tas några blodprover på specifik patient och denna sjuksköterska fick vänta sex månader innan hon kunde få ett besked om smittfrihet. Hon önskade känslomässigt stöd och är nu mer försiktig vid blodprovstagning.

Person 3 som stack sig på en känt HIV-smittad patient erhöll snabbt brosmediciner lege artis. Hon fick extra information, som upprepades regelbundet. Detta kände hon vara tillfredsställande och samtidigt fanns det alltid möjlighet för henne att få tag på en läkare för diskussion vid behov. Alla arbetskamrater och läkare på infektionskliniken gav henne all tänkbart känslomässigt stöd, enligt hennes egen uppfattning som hon uttryckte i den egna kommentaren. Hon upplevde inte att hon därför hade behov av annan samtalskontakt, tex. beteendevetare. Hon följdes upp enligt anvisningar under ett helt år och blev aldrig smittad. Initialt upplevde hon att risken för smitta var hög och fortfarande tänker hon ofta på händelsen. Hon är mer försiktig vid blodprovstagning. I början upplevde hon ökad oro/ångest och hade försämrade sömn. Nu mår hon bra och känner ingen ökad ångest/oro och har normal sömn.

En individ som snabbt fick besked om att det inte fanns risk för smitta, önskade ändå mer medicinsk information och känslomässigt stöd. Även denna individ är numera extra försiktig vid blodprovstagning och använder oftast handskar.

Den stickskadade gruppen visade inte några tecken på sämre mentalt välbefinnande eller sämre subjektivt hälsotillstånd i de standardiserade frågeformulären SCL-35 och SH jämfört med kontrollgruppen (se Tabell 1). Båda dessa grupper placerade sig även lågt i besvärnivå i förhållande till en jämförbar preliminär svensk referensgrupp av kvinnor.

Diskussion

Enkäten visade på att de flesta som varit utsatta för stickskada var nöjda med det omhändertagande som finns, dock ej alla. En minoritet kunde urskiljas med ett större behov av stödsamtal och ökad medicinsk information.

Det var ett relativt stort bortfall i svarsfrekvens i den stickskadade gruppen (47%), vilket gör att resultatet måste tolkas med försiktighet. Detta gör att det är svårt att veta hur representativt resultatet är för totalpopulationen stickskadade. Det kan finnas flera anledningar till det höga bortfallet. Under perioden 1996-2002 hade många bytt arbetsplats och även lämnat Centralsjukhuset. Detta kan ha inneburit att det var en lägre andel som svarade. På akutmottagningen var det ökade sekretesskrav och de deltagande var inte alls kända för mig. Skyddsombudet hade namnen och påminde två gånger. På infektionskliniken påminde jag själv då enkätsvaren dröjde och fick däremot en ökad svarsfrekvens. Vissa personer hade kanske svårt att besvara frågorna då det gått lång tid sedan själva sticktillfället och avstod därför att svara. Andra hade kanske fått psykiska men av händelsen och ville inte aktualisera den. Andra kanske såg det som ett eget misslyckande och ville inte tänka mer på händelsen.

Ett annat problem var att vissa frågor visade sig vara oklart formulerade och att deltagarna lämnade egna svar då de givna alternativen var otillräckliga. Om denna undersökning skulle upprepas bör man förbättra enkäten med mer tydliga svarsalternativ. Det fanns dock möjlighet att i egna ord beskriva hur stickskadan hade gått till och flera menade att arbetsmetoden bidragit till stickskadan. Felaktigt handhavande rapporterades, t ex när man skulle sätta på skyddshylsan på vaccutainernålen och nålen stacks in i fingret. I samband med uppsamling av materielen hade inte nålen satts tillbaka i skyddshylsan och därför stack man sig på nålen då man skulle lägga ner det använda materielen i en skräppåse. Det är särskilt allvarligt eftersom nålen inte går att spåra tillbaka till den patient som den använts på. Vid ett tillfälle slog patienten ut med armarna och stack på det sättet en sköterska med den insatta kanylen. Å andra sidan finns på vårdavdelningarna svårt sjuka patienter som ofta är mentalt påverkade och inte i stånd att efterhöra uppmaningar och tillsägelser. Övriga situationer kan därför uppstå trots massiva försiktighetsåtgärder och hur väl man än följer rutiner.

Under år 2000 hade många nya sjuksköterskor anställts på akutmottagningen och det året uppvisade en relativt hög frekvens av stickskador (6/10 stickskador). Rimligen kan det detta år ha funnits ökad stress bland personalen, då alla

inte hade erfarenhet av arbetet och arbetade långsammare. Gällande arbetsrutiner och skyddsinstruktioner borde ha varit kända av samtliga eftersom det är viktigt att man handlar exakt rätt i dessa situationer. Förvånande är att många uppger att de fortfarande ibland arbetar utan skyddshandskar. Det är alltid en risk att ta blodprover och berörda akuta patienter, särskilt då man befarar smitta. Man vet ju sällan vad den akuta patienten lider av. Smittor sprids oftast vid nära kontakt; det är en ökad risk för en själv och sedan att man sprider den vidare.

I de standardiserade frågeformulären för subjektiv hälsa och psykisk besvärnivå så visade den stickskadade gruppen på samma goda resultat som kontrollgruppen, och närmast lägre besvärnivå än större svensk kvinnlig referensgrupp (Tabell 1). Dessa var dock alla i arbete och de som mår sämst kanske är sjukskrivna. De flesta hade även lång anställningstid vilket kan antyda en god arbetstrivsel. De goda resultaten för sjukvårdspersonalen jämfört med referensgruppen ur befolkningen är en intressant iakttagelse, eftersom arbete i sjukvården under den senaste tiden har ansetts vara psykiskt krävande och en riskfaktor för utveckling av utmattningssyndrom. Centralsjukhuset i Kristianstad är ett förhållandevis stort sjukhus, men både infektionskliniken och akutmottagningen är mindre enheter, där man enligt min erfarenhet känner varandra väl och har god insikt och delaktighet i vården.

Rekommendationer

Resultaten av denna studie tyder på att de flesta stickskadade redan idag får ett bra omhändertagande. En viktig slutsats är att det finns en minoritet som behöver mer stöd för att undvika onödigt lidande. Vid akuta sticksador bör man genast tala med den utsatta; informera muntligt och erbjuda stödkontakt. Det bör också finnas ett skriftligt informationsblad; med medicinsk information, telefonnummer till FHV, infektionsläkare/sjuksköterska, smittskyddsläkare/sköterska och kurator. Det är ju känt att man lätt får en krisreaktion i samband med ett trauma av detta slag (6) och därför har svårt att ta till sig all muntlig information. Samtidigt kan man upleva ett behov av sekretess och önskar kanske ta kontakterna på egen hand. För all personal bör vikten av att använda skyddshandskar ständigt upprepas. Man kan aldrig veta vilken patient som bär på smittsam sjukdom.

Litteraturreferenser

1. Att förebygga infektioner i vården .PM från infektionskliniken, Kristianstad (2003)
2. Ammon, Reichart, Pauli, Petersen (2000) Hepatitis B and C among Berlin personnel: incidence risk factors, and effectiveness of barrier prevention measures. *Epidemiol Infect* 2000 oct; 125(2):407-13;
3. Alzahrani, Vallely, Klapper (2000) Needlestick injuries and hepatitis B virus vaccination in health care workers. *Commun Dis Public Health* 3:217-8
4. US Public Health Service (2001) Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and

HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR Recomm Rep 2001 50 1-52

5. Socialstyrelsen "Att förebygga infektioner i vården II del 3" 1998. Hans Jörback: Blodsmitta. Personalinfektioner i vården.
6. Cullberg Johan. Kris och utveckling. (1975)
7. Derogatis LR. (1992) SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures. Manual-II. Towson, MD, Clinical Psychometric Research.
8. Bue Björner J et al. (1996). Self-rated health: a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish council for planning and coordination of research, report 96:9.