

Hur arbetar chefer med att förbättra
hygienrutiner? En kvalitativ studie på ett
sjukhus i Stockholm

Monica Ling-Roos

Master of Public Health

MPH 2014:1



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Hur arbetar chefer med att förbättra hygienrutiner? En kvalitativ studie på ett sjukhus i Stockholm.

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-66-9



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Hur arbetar chefer med att förbättra hygienrutiner? En kvalitativ studie på ett sjukhus i Stockholm.				
Författare Monica Ling-Roos				
Författarens befattning och adress Hygiensjuksköterska Vårdhygien Stockholms Län. Fatburen, Västgötagatan 2, plan 3. Box 17533. 118 91 Stockholm, Sverige				
Datum då examensarbetet godkändes 09.05.2014			Handledare NHV/Extern Lene Povlsen, universitetslektor, docent, DrPH NHV	
Antal sidor 48	Språk – examensarbete Svenska	Språk – sammanfattning Svenska/Engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-66-9

Sammanfattning

Bakgrund: Årligen drabbas miljoner patienter världen över av vårdrelaterade infektioner, vilket representerar ett folkhälsoproblem och ett hot mot patientsäkerheten. Enligt WHO måste varje land därför vidta och fokusera på åtgärder som att förbättra hygienrutiner hos vårdpersonalen, för att minska andelen vårdrelaterade infektioner.

Syfte: Att få insyn, förståelse och fördjupad kunskap i hur chefer på ett akutsjukhus i Stockholm arbetar för patientsäkerhet genom följsamhet till hand-, kläd- och hygienrutiner. Hur upplevs följsamhet till hygienrutinerna vara, ses svårigheter, hur ser praxis för ansvar och uppföljning av följsamheten till hygienrutinerna ut? Målet är att kunna ge förslag och inspiration till hur följsamhet till hygienrutiner kan optimeras på det sjukhus där studien utförts, även som inspiration till andra vårdgivare.

Metod: 41 chefer på olika nivåer intervjuades. Kvalitativ forskningsansats valdes och manifest kvalitativ innehållsanalys användes som analysmetod.

Resultat: Chefer upplever att följsamheten till hygienrutiner generellt är god, men kan skilja sig åt mellan yrkeskategorier. Det finns individer med upprepad icke-följsamhet, trots påpekanden. Det arbetas med följsamhet på den egna enheten, medan det är liten koordinering mellan enheterna. Varje chef bestämmer själv hur arbetet skall läggas upp för sin personal, det finns ingen klar sjukhusgemensam strategi. Önskemål uttrycks om att få tid med sin verksamhetschef att diskutera hur enhetens följsamhet ser ut och behov av åtgärder för förbättring samt åtgärd för de med lägre följsamhet.

Konklusion: Följsamheten till hygienrutiner skulle sannolikt kunna öka genom att chefer samverkar, samordnar och har en mer enad strategi och sjukhusövergripande fokusering på hygienrutiner.

Nyckelord

chefer/ledare, patientsäkerhet, följsamhet, hygienrutiner, samverkan



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis How do managers work to improve hand hygiene and hygiene procedures? A qualitative study at a hospital in Stockholm				
Author Monica Ling-Roos				
Author's position and address Infection Control Nurse Department for Infection Control at Stockholm County Council Fatburen, Västgötagatan 2, plan 3. Box 17533. 118 91 Stockholm, Sweden.				
Date of approval 09.05.2014		Supervisor NHV/External Lene Povlsen, Associate Professor, DrPH, NHV		
No. of pages 48	Language – thesis Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-66-9

Abstract

Introduction: Every year, millions of patients worldwide contract healthcare-associated infections, which pose a public health problem and threaten patient safety. According to the World Health Organization, all countries must reduce the prevalence of healthcare-associated infections by improving hygiene procedures by health professionals.

Aim: This thesis aims to increase insight, understanding, and knowledge about how managers at an emergency hospital in Stockholm work to improve patient safety through hygiene procedures, clothing, and hand hygiene routines. This thesis also aims to provide suggestions and inspiration for optimizing adherence to hygiene procedures and possibly inspire other caregivers.

Method: Forty-one managers at various levels were interviewed using a qualitative research approach. Manifest qualitative content analysis was used for data analysis.

Results: Managers perceived that adherence to hygiene procedures is generally good, but reported that adherence may differ between professions. Despite correction, some individuals repeatedly demonstrated non-adherence. Managers worked to increase adherence in their own units, but reported little coordination between units. Because the hospital had no joint strategy, each manager organized work assignments for their own staff. Mid-level managers expressed a desire to discuss their unit's adherence to hygiene procedures with senior managers. They also voiced the need for improvement in health professionals with low adherence.

Conclusion: The evidence presented here suggests that adherence to hygiene procedures would increase if managers interact, coordinate, and have more unified strategies. A hospital-wide focus on hygiene procedures would aid adherence.

Key words

hospital managers, patient safety, adherence, hygiene procedures, intersector collaboration

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
1. BAKGRUND	5
1.1 Vårdskada och patientsäkerhet i ett folkhälsoperspektiv	5
1.2 Vårdrelaterade infektioner	7
1.3 Förekomst och övervakning av vårdrelaterade infektioner	8
1.4 Förebyggande av vårdrelaterade infektioner	9
1.5 Följsamhet till riktlinjer och rutiner	13
2. PROBLEMFORMULERING	14
3. SYFTE OCH MÅL	15
4. METOD	15
4.1 Studiedesign	15
4.2 Urval	16
4.3 Datainsamling	17
4.4 Data analys	17
4.5 Etiska överväganden	19
5. RESULTAT	20
5.1 Följsamhet till hygienrutiner	20
5.1.1 Personalens följsamhet	21
5.1.2 Chefers egen följsamhet	23
5.1.3 Svårigheter med att följa hygienrutiner	23
5.2 Punktprevalensmätningar till följsamhet av hygienrutiner	25
5.2.1 Kännedom, förmedling och hantering av resultaten	25
5.2.2 Reflektioner och synpunkter om mätningar och följsamhet	27
5.3 Ansvar, uppföljning och åtgärder kring följsamheten till hygienrutiner	28
5.3.1 upplevd ansvarsfördelning för följsamheten	29
5.3.2 Hur det arbetas med följsamhet	31
5.3.3 Möjliga åtgärder vid upprepad icke-följsamhet till hygienrutiner	32
6. DISKUSSION	34
6.1 Metoddiskussion	34
6.2 Resultatdiskussion	35
7. KONKLUSION	42
8. OMNÄMNANDEN OCH TACK	42
9. REFERENSER	44
BILAGA 1 Intervju guide	48

1.0 BAKGRUND

Gemensamt för all hälso- och sjukvård är att det kan innebära en risk för patienten att utsätta sig för undersökningar, behandlingar och vård. Patienten kan drabbas av en vårdskada och/eller vårdrelaterad infektion; en infektion som uppkommer i samband med vården.

Årligen drabbas flera hundra miljoner patienter världen över av vårdrelaterade infektioner (WHO, 2011). Världshälsoorganisationen (WHO) (2011), menar därför att vårdrelaterade infektioner måste räknas som ett folkhälsoproblem, ett hot mot patientsäkerheten, och att åtgärder måste vidtas för att tackla de globala vårdrelaterade infektionsproblemen.

1.1 Vårdskada och patientsäkerhet i ett folkhälsoperspektiv

WHO har verkat för global hälsa och folkhälsa sedan starten 1946 och dess huvudmål är att uppnå bästa möjliga hälsa för alla människor. Eftersom rapporter och studier genom åren pekat på att global patientsäkerhet är hotad, då patienter i kontakt med vården drabbas av vårdskador och vårdrelaterade infektioner, antogs 2002 en resolution om patientsäkerhet; ”Quality of Care: Patient Safety”, av WHOs Världshälsoförsamling (WHA), (2002). I resolutionen uppmanas WHOs medlemsländer att rikta största möjliga uppmärksamhet åt frågan om patientsäkerhet. Länderna uppmanas att fokusera på patientsäkerhetsfrågor, ta fram verktyg för att öka patientsäkerheten och vidta åtgärder för att reducera vårdskador. Det klargörs att patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete är kritiska komponenter för att förbättra kvaliteten på vården världsomspännande. Genom ett målmedvetet patientsäkerhetsarbete går det att minska vårdskador och andra ogynnsamma konsekvenser för patienterna, som till exempel förlängd vårdtid, återintagning, besvärliga sårinfektioner och läkemedelsbiverkningar. Bedömningen är att hälften av dessa går att undvika genom att vårdpersonal har god följsamhet och tillämpning samt utförande av handhygien, hygien- och vårdrutiner (WHA, 2002).

År 2002, det vill säga samma år som resolutionen (WHA, 2002) antogs, initierade WHO: ”The WHO Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care; en patientsäkerhetsutmaning, som tillkom som ett globalt svar på problemen med vårdrelaterade infektioner som ett hot mot patientsäkerheten, och för att hjälpa länder att följa resolutionen (WHA, 2002) om patientsäkerhet. Det övergripande målet med WHOs utmaning samt resolutionen var, och är, att reducera vårdrelaterade infektioner genom att stärka och förbättra praktik inom områden som blodhantering, injektions- och

infusions säkerhet, infektionsförebyggande arbete, kliniska procedurer och säkerhet kring dem; ihop med vatten, avlopp, avfalls- och sophanteringssäkerhet. Stor emphasis lades på att föra fram handhygien-utövande och följsamhet till hygienrutiner bland all hälso- och sjukvårdspersonal för att minska vårdrelaterade infektioner och därmed öka patientsäkerheten globalt.

År 2004, supportade WHA skapandet av en internationell allians för att förbättra patientsäkerheten som ett globalt initiativ. Detta resulterade i att WHO (2004) lanserade initiativet "World Alliance for Patient Safety – WAPS". WAPS är ett globalt upprop mot vårdrelaterade infektioner. Huvudfokus däri är betoningen på följsamhet bland vårdpersonal till utförande av handhygien och hygienrutiner. WAPS har även som syfte att öka den globala medvetenheten om vårdrelaterade infektioner som ett hot mot patient- och vårdpersonalens säkerhet. Som en del i WAPS initiativet utvecklade internationella ledande WHO experter riktlinjer för handhygien utförande och följsamhet till dem, publicerade 2009. Riktlinjen beskriver fem moment där vårdpersonal skall utföra handhygien för att förhindra vårdrelaterade infektioner och öka patientsäkerheten den vägen. Grunden till dessa riktlinjer är att det finns evidens för att vårdrelaterade infektioner kan förebyggas och reduceras med så mycket som 50 % eller mera, om personalen utför handhygien och följer hygienrutiner när patienter undersöks, vårdas och behandlas. WHO (2009) uppmanar alla medlemsländer att återkommande genomföra mätningar av andel vårdrelaterade infektioner samt mäta följsamhet till handhygien och hygienrutiner bland vårdpersonalen.

Den svenska Socialstyrelsen beskriver att patientsäkerhet ytterst handlar om skydd mot vårdskada; kroppslig eller psykisk skada eller lidande som en patient drabbas av i kontakten med hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsarbete är arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, incidenter och negativa händelser vid kontakt med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsens termbank, 2011). Olika verksamheter har olika patientsäkerhetsrisker beroende på vilken verksamhet som bedrivs och vissa patientgrupper löper större risk än andra att drabbas av vårdskada. Det gäller bland annat patienter som har opererats, får omfattande läkemedelsbehandling eller är allmänt sköra och svaga av sin sjukdom (Socialstyrelsen, 2006).

Den första svenska undersökningen om hur vanligt det är att patienter drabbas av vårdskador i somatisk slutenvård genomfördes av Socialstyrelsen 2007. Resultatet visade att 8,6 % av de vårdade patienterna drabbades av undvikbara vårdskador, av dessa utgjordes cirka 30 % av vårdrelaterade infektioner. Nästintill var tionde patient av de patienter som skadades fick bestående men eller funktionsnedsättning. Vårdskadan bidrog i 3 % av fallen till att patienten avled. Skadorna ledde till cirka 630 000 extra vårddygn och motsvarade 10 % av kostnaden för alla vårddygn under ett år (Socialstyrelsen, 2008). Rapporten slår fast att vårdrelaterade infektioner inrymmer

några av de mest påtagliga farorna för patientsäkerheten i dagens hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2008).

1.2 Vårdrelaterade infektioner

Internationellt används begreppen Health Care Associated Infections (HCAI), Health Associated Infections (HAI) eller nosokomiala infektioner (infektion orsakad av sjukvården) för att definiera det som i Sverige betecknas vårdrelaterade infektioner.

Socialstyrelsen (2006) definierar vårdrelaterad infektion (VRI) som:

”Infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”.

En infektion räknas som vårdrelaterad om symtom debuterar 48 timmar efter inskrivning inom slutenvård eller senare. Infektion som är relaterad till någon åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad räknas alltid som vårdrelaterad, oavsett tidpunkt för symtomdebut (Socialstyrelsens termbank, 2011).

De vanligaste vårdrelaterade infektionerna, både i Sverige (SKL, PPM-VRI, 2013) och globalt (WHO, 2009), är urinvägsinfektioner, tätt följda av infektioner efter operationer, sårinfektioner, infartsrelaterade infektioner i blodet samt nedre luftvägsinfektioner som lunginflammation. Patienter kan även drabbas av en vårdskada genom spridning av multiresistenta bakterier i samband med vård. Dessa kan orsaka svårbehandlade vårdrelaterade infektioner, med bland annat MRSA (antibiotikaresistenta stafylokocker) eller ESBL (bakterier som producerar enzym; Extended-Spectrum Beta-Lactamase, som bryter ned vissa antibiotikatyper) (WHO, 2009).

Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner varierar beroende på vilken typ av hälso- och sjukvård som bedrivs och är olika för olika länder. De vanligaste riskfaktorerna för att få en vårdrelaterad infektion är: mer än 65 års ålder, nedsatt immunförsvar och bakomliggande svår sjukdom, inläggning akut och sjukhusvård längre än sju dagar. Även att genomgå en operation samt erhålla olika infarter för att tillföra patienter vätska eller blod, avledning för urin samt inläggning på intensivvårdsavdelning, är associerat med en högre frekvens av vårdrelaterade infektioner (WHO, 2009). I låg- och mellaninkomst länder hittas samma riskfaktorer men till detta tillkommer determinanter associerade med fattigdom samt ofta avsaknad av möjlighet till basal hygien och vattentillgång. Hit kan också räknas in avsaknad av finansiell support, inadekvat antal av personal som arbetar med infektionsförebyggande arbete och kontroll, underbemanning och otillräcklig utrustning och förråd (WHO, 2011)

Problemet med vårdrelaterade infektioner är att de kan leda till förlängd sjukhusvistelse, långtids sjukskrivning och handikapp/bestående men för patienten. De kan leda till ökad risk för resistensutveckling mot antibiotika, ökad kostnad för hälsosystemen, höga kostnader och lidande för patienter och dess anhöriga och dessutom vara en orsak till ökat antal dödsfall. De kan också leda till en ökad smittrisk för andra patienter, anhöriga och för vårdpersonalen (WHO, 2011).

1.3 Förekomst och övervakning av vårdrelaterade infektioner

Enligt WHO (2011) beräknas 5 – 10 procent av patienterna inom hälso- och sjukvården i industriländer utveckla en eller flera vårdrelaterade infektioner. Utvecklingsländer har en högre frekvens, i vissa fall mer än dubbelt mot industriländer. Statistiken visar att intensivvårdsavdelningar med sin avancerade vård och sjuka patienter har högre andel vårdrelaterad infektionsfrekvens. Upp emot 30 % av patienterna som vårdats på intensivvårdsavdelning drabbas av minst en episod av vårdrelaterad infektion, med ofta bidragande sjukdomsorsakande problematik och även dödsfall (WHO, 2011).

Siffror från European Centre for Communicable Disease Control (ECDC), visar att cirka 4,1 miljoner människor i Europa varje år drabbas av en eller flera vårdrelaterade infektioner. ECDC estimerar att årligen avlider cirka 37 000 patienter som en direkt konsekvens av en vårdrelaterad infektion och att vårdrelaterade infektioner räknas som en bidragande orsak till dödsfall i mer än 135 000 fall. Vårdrelaterade infektioner orsakar mer än 25 miljoner extra vård dagar på europeiska sjukhus. Dessutom förlängs vårdtiderna, vårdtillfällena blir fler och kostnaderna ökar med upp till 14 miljarder Euro varje år. Till det ska läggas ökat lidande för patienter och anhöriga (ECDC, 2009).

Förekomst av vårdrelaterade infektioner är betydelsefulla indikatorer på kvalitet och säkerhet i patientvården. Övervakningsaktiviteter är centrala verktyg för att reducera andelen vårdrelaterade infektioner, eftersom de är de första stegen i att identifiera problemen och åskådliggöra den globala bördan av vårdrelaterade infektioner. WHO (2009) uppmanar alla sina medlemsländer att mäta förekomst av vårdrelaterade infektioner och genomföra dessa mätningar regelbundet. Att sätta diagnos och övervaka vårdrelaterade infektioner är dock komplext. Det kräver användning av standardiserade diagnoskriterier, tillgång till diagnostik möjligheter och expertis för att kunna tolka och avgöra om det rör sig om en vårdrelaterad infektion eller ej. Just att det saknas, eller är skilda diagnoskriterier i olika länder, och att det inte går att ta ett enkelt prov för att få veta om det är vården som har orsakat infektionen gör det svårt att få en uppfattning om det globala problemet. Likväl har det visats att genom att genomföra övervakning, och då särskilt om det utförs under längre tid, så hjälper det att öka medvetenheten om problematiken med vårdrelaterade infektioner hos personalen, och därmed en

motivation till att genom förebyggande arbete också reducera andel infektioner (WHO, 2009).

Som ett led i att följa WHO:s uppmaning av att mäta förekomst av vårdrelaterade infektioner, initierades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI) skall göras två gånger per år. Mätningarna är en del i SKL:s långsiktiga arbete att tillsammans med landsting och kommuner göra vården säkrare för patienterna. De första mätningarna genomfördes under 2008 och de senaste åren har mätning skett regelbundet två gånger per år på nationell basis, varav den senaste i mars 2013, företogs på alla slutenvårdsenheter. Mätresultaten för våren 2013 visar att den totala andelen vårdrelaterade infektioner ligger, och har legat, stabilt med ett riksgenomsnittsvärde på nio procent (SKL, 2013).

1.4 Förebyggande av vårdrelaterade infektioner

Redan för cirka 40 år sedan konstaterade den omfattande SENIC studien (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control), att en tredjedel av alla vårdrelaterade infektioner kan förebyggas (Hughes, 1987). SENIC påvisade att de viktigaste komponenterna för ett effektivt infektionsförebyggande program för all personal är baserat på handhygien och hygienrutiner, infektionsövervakning, instiftande av vårdhygienteam samt feedback system för utfall och resultat till vårdpersonal.

I studier och litteraturgenomgångar genom åren konstateras att all hälso- och sjukvårdspersonal riskerar att överföra vårdrelaterade infektioner och sprida smitta vid omvårdnad och patientkontakter (WHO, 2009). Händerna är viktiga verktyg för att utföra flera moment i hälso- och sjukvårdsarbetet. Med händerna utförs omvårdnad, stöd, sårvård, undersökning och behandling. Kontaktsmitta via vårdpersonalens händer är den vanligaste av alla smittvägar i vården (WHO, 2009). Det är handen som för smittan vidare från en patient till en annan. Upprepade studier har framhållit att om personalen har en hög följsamhet till handhygien utförande och hygienrutiner så kan smittöverföring minska (WHO, 2009).

Vikten av god handhygien och hygienrutiner inom sjukvården är inte någon ny kunskap. Redan runt 1850 verkade pionjärer för renlighet inom sjukhusvärlden såsom Semmelweis, Nightingale och Lister. Dessa personer identifierade problem med infektioner som uppstått under sjukhusvård och gjorde försök med att förhindra och, eller i alla fall minska, andelen uppkomna vårdrelaterade infektioner (Boyce & Pittet, 2002). Interventionen med att tvätta händerna med klorkalkvatten, som Semmelweis verkade för, var det första beviset på att rengöring av kontaminerade händer som utförs

med en antiseptisk produkt mellan patientkontakter, kan minska infektionsöverföring mer än om bara tvål och vatten används (Pittet & Boyce, 2001).

Riktlinjer och rättningslinjer för utförande av handhygien och hygienrutiner har utfärdats av många internationella sammanslutningar, organisationer och länder genom åren. Gemensamt i dessa är huvudbudskapet att få till en god följsamhet till handhygien och hygienrutiner för att minska andelen vårdrelaterade infektioner och därmed öka patientsäkerheten (WHO, 2009). Allt som ofta framhålls också i riktlinjer att alla hälso- och sjukvårdsorganisationer ska följa och mäta personalens följsamhet till handhygien och hygienrutiner (Boyce & Pittet, 2002, WHO, 2009).

I strävan att framställa global konsensus kring hur handhygien och mätningar av följsamhet till handhygien och hygienrutiner skulle kunna gå till initierades projektet ”The Consensus Measurement in Hand Hygiene - CMHH”. Drivande krafter bakom CMHH projektet var representanter från WHO:s handhygieninitiativ WAPS samt internationella och amerikanska organisationer och intresseföreningar inom infektionskontroll området. Deras arbete resulterade i monografin ”Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges” som publicerades 2010, och är tänkt som ett ramverk till att hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal att fatta nödvändiga beslut om när, varför och hur handhygien kan utföras. Den beskriver också hur och på vilket sätt följsamhet till handhygien och hygienrutiner kan följas och mätas samt diskuterar vikten av att göra mätresultat kända och se till att alla arbetar med god följsamhet till dem i vårdorganisationer (CMHH, 2010).

1.4.1 Svenska lagar och föreskrifter

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen från 1982 (SFS1982:763), slår fast att där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge en god vård. Genom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen är det sedan juli 2006 ett uttalat krav på att vården ska vara av god hygienisk standard (2006:493). I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagarna konstateras att detta innebär att vårdgivaren måste vidta alla åtgärder som behövs för att uppnå en god vårdhygienisk standard.

För att vård skall kunna bedrivas så att vårdrelaterade infektioner förebyggs i alla situationer och vid alla typer av vårdmoment, krävs att all vårdpersonal har för arbetsuppgifterna relevant grundkunskap i vårdhygien. Enligt Socialstyrelsen (2011) är det viktigt att vårdhygien ingår i alla grundutbildningar inom vård och omsorg och att vårdpersonal erhåller kontinuerlig utbildning inom vårdhygienområdet. Det är vårdgivarens ansvar att tillse att nyanställd vård- och omsorgspersonal får introduktion i lokala hygienrutiner och att detta följs upp genom egenkontroll, samt att

hygienkunskapen utvecklas genom kontinuerlig fortbildning. Förutom grundkunskapen om vårdhygien hos all vårdpersonal skall vårdgivaren ha tillgång till vårdhygienisk expertis ansluten till en vårdhygienisk enhet, såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem (Socialstyrelsen, 2011).

En ändamålsenlig organisering och planering är en förutsättning för att uppnå en god hygienisk standard inom vården. Socialstyrelsen inrättade en föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), som trädde i kraft 1 januari 2012 och gäller både för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I föreskrifterna finns krav på vårdgivaren att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vidare finns krav på att utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och att ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (SOSFS 2011:9).

I januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) i kraft. Lagen tydliggör bland annat vårdgivarnas ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I lagen anges krav på kontinuerligt kvalitetsarbete vilket förtydligas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Andra lagar inom området är; smittskyddslagen (SFS 2004:168) där krav anges på smittskyddsläkaren att följa att vårdtagaren vidtar de åtgärder som behövs för att förebygga smittspridning. När det gäller personalens skydd mot smitta har Arbetsmiljöverket gett ut föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker (AFS, 2005).

1.4.2 Handhygien och hygienrutiner

Handhygien och hygienrutiner är grunden för en god vårdhygienisk standard i allt vårdarbete och har stor betydelse för patientsäkerheten (WHO, 2009). I Sverige används begreppet basala hygienrutiner som inbegriper alla rutiner som tillämpas för att förhindra kontaktsmittor som direkt och indirekt kontakt med kroppsvätskor och sårsekret (Ericson & Ericson, 2009). Socialstyrelsen (2006) beskriver i ett kunskapsunderlag att basala hygienrutiner innebär alla rutiner som tillämpas för att förebygga överföring av smitta i kontakten mellan vårdpersonal och patienter.

För att förtydliga det grundläggande kravet gällande god hygien i vårdarbete, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, kom det föreskrifter från Socialstyrelsen 2007 (SOSFS 2007:19), om basal hygien inom hälso- och sjukvården. Enligt denna måste vårdverksamheter ha dokumenterade lokala rutiner för att föreskrifterna om basal hygien följs och genom egenkontroller säkerställa att det görs. Här klargörs hur personalen skall vara klädd vid patientarbete, att det är vårdpersonalens ansvar att följa

föreskriften och att det är verksamhetschefen som skall följa upp i verksamheten och säkerställa att bestämmelserna tillämpas. Enligt föreskriften ska all hälso- och sjukvårdspersonal vid undersökning, vård och behandling eller annan direktkontakt med patienter iaktta följande för att begränsa risken för vårdrelaterade infektioner (SOSFS 2007:19):

- Arbetskläder ska ha korta ärmar.
- Arbetskläder ska bytas dagligen, eller vid behov oftare.
- Händer och underarmar ska vara fria från armbandsur och smycken.
- Händer ska desinfekteras med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje direktkontakt med en patient.
- Händer ska desinfekteras både före och efter användning av handskar.
- Händer ska, om de är synligt smutsiga, tvättas med vatten och flytande tvål innan de desinfekteras.
- Vid vård av patient med gastroenterit (magsjuka) ska händerna alltid tvättas med vatten och flytande tvål före handdesinfektion.
- Händer som har tvättats ska vara torra innan de desinfekteras.
- Ett engångsförkläde av plast eller skyddsrock ska användas, om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
- Skyddshandskar för engångsbruk ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
- Skyddshandskar ska tas av direkt efter ett arbetsmoment och bytas ut mellan olika arbetsmoment.

Både WHO (2009) och CMHH (2010) har framlagt att följsamhet till handhygienrutiner hos vårdpersonal är låg och att förbättringsarbeten för att öka följsamheten till dem saknar hållbarhet över tid. Observationsstudier har visat att vårdpersonal inte utför handhygien i den omfattning de borde, med fel medel eller att de utför handhygien i för kort period och att de ofta missar att gnida in alla ytor på händer, underarmar och fingrar (WHO 2009). Personalens kännedom om och vilja att utföra handhygien varierar. Även hög arbetsbelastning, överbeläggningar och underbemanning, stress och omflyttningar av patienter ökar risken för smittspridning genom sämre följsamhet till handhygien och hygienrutiner hos vårdpersonalen. Vårdrelaterade infektioner kan också uppstå på grund av brister i hälso- och sjukvårdssystemen. Exempelvis kan det vara att det saknas adekvat utrustning eller att inte ledningen eller chefer efterfrågar eller prioriterar följsamhet och att det saknas förebilder som utför handhygien och följer hygienrutiner (WHO, 2009).

Socialstyrelsen (2007) har i samband med nationell tillsyn och kartläggning av vårdhygien i såväl landsting som kommuner, sett påtagliga brister i hur de basala hygienrutinerna efterlevs. Vid tillsynen noterades personal som hade lägre följsamhet till handhygien och kläd- samt hygienregler på samtliga av de granskade enheterna.

Som ett led i att följa WHO:s och CMHH:s uppmaning av att mäta följsamhet till hygienrutiner har punktprevalensmätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) gjorts på nationell basis sedan 2010 på initiativ av SKL. Detta har skett genom dolda observationsmätningar där följsamhet hos vårdpersonalen har granskats. Observationerna görs av hur vårdpersonal, bland annat under ett arbetsmoment, hanterar handhygien i form av handspritsanvändning, eventuell handtvätt samt om de är korrekt klädda i kortärmad arbetsdräkt utan ringar, klocka eller armbandssmycken, om rätt skyddsutrustning används noteras också. För att få ett arbetsmoment "rätt utfört" skall alla ovan vara uppfyllda. Den senaste mätningen utfördes våren 2013 och riksgenomsnittet för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler var 72 procent (SKL, 2013).

1.5 Följsamhet till riktlinjer och rutiner

Följsamhet kan definieras som en benägenhet att rätta sig efter något (Svenska akademins ordbok, 2008). Med följsamhet menas i detta arbete en individs beteende i förhållande till riktlinjer om handhygien och hygienrutiner.

Grol och Grimshaw (2003) beskriver att de flesta av vårdpersonalen vet hur viktigt det är att utföra handhygien mellan patientbesöken, men att läkare och sjuksköterskor trots det följer reglerna för handtvätt i mindre än hälften av fallen. Enligt Grol och Grimshaw (2003) finns det behov av kunskap om vad det är som gör att personalen är villiga till förändring och till att ställa upp och följa införande av riktlinjer. För att få till en förändring så måste viktiga hinder för att nå målen identifieras och samtidigt skall det finnas en realistisk plan för hur organisationen skall komma runt hindren eller barriärerna och arbeta för en hög följsamhet till hygienrutiner.

Enligt Socialstyrelsen (2008) är det ofta bristande rutiner eller dålig organisation som ligger bakom, när patientsäkerheten fallerar. Därför är det viktigt att utveckla säkra system i vården så att patienter inte kommer till skada genom mänskliga fel och misstag (Socialstyrelsen, 2008). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 28 § står skrivet att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att det tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården.

Det finns idag studier som visar att chefers förhållningssätt, synsätt, tillgänglighet och ledarskapsstil påverkar medarbetares arbetsmiljö, välbefinnande, stress och arbetsprestation (Tengelin et al., 2011). Både WHO (2009) samt CMHH (2010) fastslår att engagemanget i organisationens ledarskap är en av de faktorer som i slutändan har störst påverkan på framgång vid förbättringsinitiativ för att öka följsamhet till rutiner. Ledare måste upprätta en säkerhetskultur, och rikta insatser på att fokusera kring

följsamhet till handhygien och hygienrutiner i sitt ledarskap. Det måste också klargöras tydligt för personalen varför följsamhet till rutiner är viktigt. Chefer och ledare måste föra fram vilka rutiner som skall gälla och arbetas efter, samt att chefer efterfrågar följsamhet av personalen. De påtalar att ledarskapet inte bara ska inkludera organisationens chefer utan även den kliniska personalens ledare samt teamledare.

Forskning visar dessutom att patientsäkerheten påverkas av flera olika faktorer och att alla som arbetar i komplexa organisationer, till vilka sjukvården räknas, är beroende av varandra i interaktioner. De som är involverade i patientvården måste förstå sina roller och sitt ansvar eftersom deras beteende påverkar alla medlemmar i teamet (Tengelin et al., 2011).

2. PROBLEMFORMULERING

Vårdrelaterade infektioner är starkt länkat till patientsäkerhet och hur hälso- och sjukvårdspersonalen beter sig i kontakten med patienten och viljan att utföra följsamhet till hygienrutiner. Det är också länkat till hur väl vårdpersonalen har kunskap och kännedom om varför hygienrutiner skall utföras och hur ledare efterfrågar samt underlättar och möjliggör utförande av handhygien och hygienrutiner, det vill säga hur vårdorganisationen arbetar med patientsäkerhetsfrågor. Trots att det finns tydliga riktlinjer och studier kring att handdesinfektion och hygienrutiner kan minska andelen vårdrelaterade infektioner så är fortfarande inte följsamheten till dem total.

Följsamheten varierar, inte bara mellan olika länder utan också mellan olika sjukhus och klinikvis. Även den punktprevalensmätning som utförs i Sverige till följsamhet av hygien- och klädrutiner visar att följsamheten inte når 100 procent (PPM-VRI, SKL, 2013).

Detta väckte intresset att på ett medelstort akutsjukhus i Stockholm försöka få fram hur chefer arbetar för att förbättra patientsäkerhet genom följsamhet till hygienrutiner. Att få en insikt i om, och hur, det arbetas för att få följsamhet till hygienrutiner samt hur ansvarsfördelningen kring följsamhet ser ut på sjukhuset bland chefer. Önskan var också att få kännedom om hur chefer anser att följsamhet till hygienrutiner är hos personalen och sig själva, om det finns svårigheter att utföra hygienrutiner och vilka medel arbetsledare och chefer har att ta till mot de som eventuellt inte har god följsamhet. Synpunkter och reflektioner på punktprevalensmätningar om följsamhet till hygienrutiner och resultat från dessa mätningar samt hur resultaten arbetas med och presenteras, var ytterligare en viktig beståndsdel som söktes svar på. Även att försöka få fram om chefer har optimeringsförslag till en högre följsamhet av hygienrutiner på sina enheter.

3. SYFTE OCH MÅL

Syftet är att få en insyn, förståelse och fördjupad kunskap i hur personer i arbetsledande ställning (verksamhetschefer, sektions- och vårdenhetschefer) på ett akutsjukhus i Stockholm arbetar med att förbättra följsamheten till hand-, kläd- och hygien- rutiner.

Forskningsfrågor:

- Hur upplever chefer på olika nivåer att följsamheten till hygienrutinerna inom verksamheten fungerar?
- Vilka rutiner för och meningar om punktprevalensmätningarna finns?
- Vad är praxis för ansvar och uppföljning av följsamheten till hygienrutinerna?

Målet är att utifrån resultatet från studien kunna ge förslag och inspiration till hur följsamhet till hygienrutiner kan optimeras på det sjukhus där studien utförts. Förhoppningen är att de förslag som framkommer kan vara möjliga att använda även för andra hälso- och sjukvårdsinrättningar för att inspirera och förbättra följsamhet till hygienrutiner och därmed öka patientsäkerheten.

4. METOD

4.1 Studiedesign

Kvalitativ ansats valdes för studien eftersom denna är mest lämplig för att försöka förstå informanternas sätt att resonera, beskriva och förklara tankar, agerande och handlanden. Metoden kan också särskilja eller urskilja varierande handlingsmönster och leda till ökad förståelse för variationer i det fenomen som studeras (Forsberg & Wengström, 2008). Syftet är att förstå verkligheten som de som intervjuas uppfattar den (Holme & Solvang, 1997). Den kvalitativa metoden karaktäriseras av ett empiriskt-holistiskt tankesätt, vilket innebär en strävan att förstå helheten i ett sammanhang.

Utgångspunkten för kvalitativ metod är induktiv, där generella slutsatser och teorier kan bildas utifrån enskilda data. Ett induktivt arbetssätt kan beskriva nya kvaliteter av verkligheten som inte var kända sedan förut och används i detta arbete för att få fram ny kunskap (Forsberg & Wengström, 2008).

Det insamlade datamaterialet analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys efter en modell beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i olika slag av kommunikation, som till exempel intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004).

4.2 Urval

Studien företas på ett akutsjukhus för vuxna i Stockholm med 310 sängplatser och cirka 1800 medarbetare. Till intervjuerna gjordes ett strategiskt urval där varje verksamhetschef, sektionschef med personalansvar samt vårdenhetschef tillfrågades om deltagande i studien. Urvalet baserade sig på de som innehade tjänst som någon av dessa chefskategorier under oktober månad 2012. Samtliga av sjukhusets kliniker, avdelningar, enheter och mottagningar återfinns representerade i urvalet. Dessa informanter valdes medvetet ut då det troliga var att de skulle ha erfarenhet och kunskap om hur det arbetas med följsamhet till hygienrutiner på sjukhuset. De har alla personalansvar på sina enheter och svarar för resultat från mätningar av exempelvis följsamhet till hygienrutiner. Dessutom deltar de i möten med sjukhusledning, eller sitter själva i sjukhusledningen, och må därför förväntas ha inblick i hur ledningen arbetar med följsamhet till riktlinjer. Verksamhetscheferna valdes även som informanter då de enligt föreskriften om basala hygienrutiner (SOSFS 2007:19) har ett ansvar att följa upp att föreskriften följs.

Varje person kontaktades personligen och tillfrågades om deltagande i studien. Alla tillfrågade accepterade att bli intervjuade. Intervjuerna genomfördes under perioden november 2012 till februari 2013. Informanten avtalade själv om lämplig plats samt tidpunkt för intervju. Intervjuerna skedde oftast på respondentens kontorsrum. Totalt genomfördes 41 intervjuer, varav sex med verksamhetschefer, 13 med sektionschefer och 22 med vårdenhetschefer. Både chefer från slutenvårdsavdelningar, öppenvårdsavdelningar samt mottagningar deltog i studien. Se Tabell 1 för beskrivning av vilken yrkeskategori som de intervjuade cheferna tillhörde samt vilken yrkeskategori de främst är chef för.

Tabell 1. Informanternas yrkestillhörighet och den yrkeskategori de främst är chef för.

Chefs typ	Antal intervjuade	Yrkeskategori	Främst chef för
Vårdenhetschef	22	Sjuksköterska eller sjukgymnast	Sjuksköterskor undersköterskor
Sektionschef	13	Läkare	Läkare
Verksamhetschef	6	Läkare eller sjuksköterska	Ansvarig på klinik, enhet och mottagning

4.3 Datainsamling

För att ta del av en människas upplevelse och synpunkt är intervju en lämplig metod (Kvale & Brinkmann, 2009). Den kvalitativa forskningsintervjun är ett slags kontrollerat samtal, där intervjuaren introducerar ämnet för intervjupersonen och följer upp dennes svar med frågor för att få fram dennes mening och uppfattning om ett fenomen. Kvalitativ forskningsintervju kräver följdfrågor, en djupare förståelse för ämnet och personligt omdöme hos intervjuaren för att skapa samspel mellan intervjuare och informant. Ordningen på frågorna och deras formulering bör följa den intervjuades takt och tankebanor (Kvale & Brinkmann, 2009).

En för ändamålet framtagna intervjuguide med öppna frågor användes vid intervjuerna (se Bilaga 1). De överordnade frågorna var hur chefer uppfattar att följsamheten till hygienrutiner är och hur de ser på egen följsamhet. De tillfrågades även om hur det arbetas med hygienrutiner, punktprevalenser och resultat samt hur följsamhet följs upp och vem som ansvarar för följsamhetsfrågor till rutiner. Intervjuguiden följdes inte till punkt och pricka utan mer som påminnelse för att undvika inkonsekvenser under intervjuerna, exempelvis att det inte fokuseras på samma ämnen för alla intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Intervjuerna varade cirka 20 – 40 minuter per person. Till det skall läggas tiden till att informera om process gången samt att ofta uppkomna frågor kring hygienrutiner besvarades och diskuterades efter genomförandet av intervjuerna, då de intervjuade så önskade. Inför varje intervju tillfrågades informanterna om ljudupptagning fick göras. Transkribering av intervjuerna skedde i de flesta fall samma dag eller närliggande dag av intervjuaren.

4.4 Data analys

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att granska, klassificera, beskriva och eventuellt tolka exempelvis intervjuer. Den kan också användas för att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll och används för att upptäcka olika mönster, kategorier eller teman i en text (Graneheim & Lundman, 2004). Med hjälp av innehållsanalys kan forskaren dra slutsatser, öka kunskapen, ge nya insikter och visa på hur de intervjuade upplevt ett fenomen eller deras uppfattning om något. Syftet är att uppnå en innehållsrik och bred beskrivning av ett fenomen (Graneheim & Lundman, 2004). Vid manifest innehållsanalys beskrivs de faktiska uttrycken i texter eller intervjuer medan det vid en latent innehållsanalys sker en egentlig tolkning av texten. Enligt Graneheim och Lundman (2004) sker det alltid någon form av tolkning, men den kan vara mer eller mindre djup.

Till datamaterialet i denna studie blev det använt manifest kvalitativ innehållsanalys efter en modifierad modell beskriven av Graneheim och Lundman (2004), det vill säga att syftet primärt var att beskriva det som uttrycks i texten, att beskriva det synliga och uttalade innehållet med en så låg grad av tolkning som möjligt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Tillvägagångssättet för innehållsanalys är att de bandinspelade intervjuerna skrivs ut ordagrant och därefter läses igenom upprepade gånger för att skapa en helhet av innehållet. Meningar och fraser som är relevanta för syftet väljs ut, analyseras och omgivande text kvarstår så sammanhanget är kvar. Texten kondenseras sedan i syfte att korta ned texten men behåller sammanhanget utan att betydelsefullt innehåll försvinner. Efter kondenseringen abstraheras texten. Detta innebär att innehållet i texten lyfts till en högre logisk nivå och förses med koder. En kod definieras som en etikett på en meningsbärande enhet för att kort beskriva dess innehåll. Koderna grupperas till kategorier som skall vara fullständiga, så att det ena utesluter det andra. Inget material får exkluderas för att det saknas lämplig kategori. Inget material får heller falla mellan två kategorier, eller passa i mer än en kategori. Därefter identifieras skillnader och likheter i textens innehåll, som sedan delas in först i subkategorier och sedan i kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Skapandet av kondenserade meningsenheter, koder, subkategorier och kategorier medför en cirkulär process, vilket innebar en rörelse fram och tillbaka i textmaterialet, mellan helheten och delar av texter. Denna process ökar resultatens giltighet eftersom förfarandet säkerställer att viktig information inte förloras under kondensering och abstrahering (Graneheim & Lundman, 2004).

4.4.1 Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Viktiga mått att vidta för att beskriva trovärdigheten och giltigheten i en kvalitativ innehållsanalys är att öppet redovisa tillvägagångssätt för datainsamling och analysprocessen, vilket ger läsaren möjlighet att bedöma giltigheten. Det handlar om att beskriva att data har samlats in och bearbetats på ett systematiskt och hederligt sätt samt är korrekt återgivet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Forskaren ska redovisa det som verkligen framkommit vid analyserna och inte bara lägga märke till saker som stöder dennes egen uppfattning eller bara redovisa yttranden som rättfärdigar den egna slutsatsen eller bortse från belägg som pekar i annan riktning. Överförbarhet handlar om hur användbart eller överförbart resultatet är till andra situationer eller händelser. Här påpekar Graneheim och Lundman (2004) att forskaren kan ge förslag angående studiens överförbarhet, men att det är upp till läsaren att bedöma hur pass överförbara resultaten är till en annan kontext. Trovärdigheten i innehållsanalysen styrks dessutom av citat som informanterna uttryckt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

4.4.2 Författarens förförståelse

Vid kvalitativa studier är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av texten. Med andra ord kan inte resultaten ses som oberoende av forskaren, och hans/hennes förförståelse är därför en viktig del i processen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Förförståelse avser den kunskap som forskaren besitter inom det område där forskningen skall genomföras (Forsberg & Wengström, 2008).

Författaren till detta arbete arbetar som hygiensjuksköterska vid en vårdhygienisk enhet i Stockholm; Vårdhygien Stockholms Län. Större delen av arbetstiden bedrivs på det sjukhus där studien genomförts. Arbetsuppgifter innebär att bistå i frågor om vårdrelaterade infektioner samt infektionsövervakning av multiresistenta bakterier och vårdrelaterade infektioner samt förebyggande av dem. En stor del av arbetstiden ägnas åt att utbilda personalen, alla yrkeskategorier, inom det vårdhygieniska området. Detta kan ske enhetsvis eller för hela kliniker och sjukhusövergripande.

Både under intervjuerna och analysarbetet har författaren strävat efter att nogamt och objektivt återge det som sagts under intervjuerna och inte tillrättalagt svar.

4.5 Etiska överväganden

Chefsläkaren på det aktuella sjukhuset har gett sitt tillstånd till att studien skulle få genomföras. Eftersom studien inte berörde patienter, utan vårdpersonal, behövdes ej etiskt tillstånd sökas.

Enligt Malterud (2009) är samtycke till att medverka i undersökning en nödvändig förutsättning för all forskning som har med människor att göra. Därmed ställs det stora krav på att tydligt informera om de krav och förutsättningar som är kopplade till undersökningen. Varje intervju inleddes med att presentera syftet med studien och att resultatet kommer användas i författarens masteruppsats. Det påpekades att deltagande var frivilligt och att anonymisering kommer ske för att undvika igenkännande.

Respondenterna tillfrågades om de godkände att intervjuerna spelades in digitalt för att underlätta i analysprocessen och att enbart intervjuaren skulle avlyssna och transkribera ljudupptagningarna. De blev informerade om att det utskrivna materialet kommer att förvaras i låst skåp och att inga namn kommer att skrivas ut som gör att det går att identifiera vem som intervjuats. Information gavs även om att både ljudfiler och transkriberade textfiler kommer raderas när studien är godkänd. Allt detta i förhoppningen att respondenterna skulle känna sig trygga och förvissade om att det inte skulle bli konsekvenser för uttalanden som gjorts under intervjuerna.

Normalt vid kvalitativa studier kan intervjuer stoppas när en teoretisk mättnad uppnås, det vill säga när inget nytt framkommer vid intervjuerna och informanterna anger mer eller mindre samma (Kvale & Brinkman, 2009). I detta fall valdes att genomföra samtliga 41 intervjuer. Detta för att minska risken för igenkännande och utpekande av vem som svarat vad vid intervjuerna.

5.0 RESULTAT

Data analyserades via manifest innehållsanalys och presenteras i tre tematiska kategorier, svarande till överordnade teman vid intervjuerna. Varje kategori innehåller två – tre subkategorier, totalt åtta stycken. Se Tabell 2.

Tabell 2. Resultatet av analysen

Kategorier	Subkategorier
Följsamhet till hygienrutiner	Personalens följsamhet Chefers egen följsamhet Svårigheter med att följa hygienrutiner
Punktprevalensmätningar av följsamhet till hygienrutiner	Kännedom, förmedling och hantering av resultaten Reflektioner och synpunkter om mätningar och följsamheten
Ansvar, uppföljning och åtgärder kring följsamheten till hygienrutiner	Upplevd ansvarsfördelning för följsamhet Hur det arbetas med följsamhet Möjliga åtgärder vid upprepad icke-följsamhet till hygienrutiner

5.1 Följsamhet till hygienrutiner

Intervjuerna inleddes med frågan om hur verksamhetschefer, sektions- och vårdenhetschefer upplever följsamhet till hygienrutiner hos personalen. Dels var frågan

om hur cheferna uppfattar att följsamheten är, generellt, och hos den egna enhetens personal, samt om följsamhet skiljer sig åt med yrkeskategori. Därpå tillfrågades cheferna om deras egen följsamhet till hygienrutiner och tanken bakom att dessa följs och utförs. Cheferna frågades även om de anser att det föreligger svårigheter med att följa hygienrutiner och i sådana fall vad svårigheten består i.

5.1.1 Personalens följsamhet

Rent generellt uppfattas att följsamheten till klädregler och hygienrutiner är god eller ganska god. Med få undantag så följs sjukhusets klädregler. Rutiner med att vara ombytt till sjukhusets arbetskläder och att inte ha ring eller klocka upplevs av de flesta att de följs och de intervjuade tar upp att det har skett en markant ökning gällande följsamhet inom området de senaste åren.

Följsamheten till kläd och hygienrutiner har blivit allt bättre med åren. Under de här 20 åren som chef så går det inte att jämföra med hur det var då jag började, mot hur det är nu. Idag tror jag att ingen ens skulle kunna komma på tanken att komma med nagellack till jobbet eller en massa smycken och hängande hår. Ingen skulle heller vilja komma i sina privata kläder eller gå med långärmad. Så nog har det här med kläd- och hygienrutiner fått genomslagskraft (Sektionschef).

Vad handhygienrutiner anbelangar så klargörs att det arbetas med att få all personal att använda handsprit. Det framhålls att användandet hos personalen har ökat de senaste åren men att det skulle kunna bli en bättring inom området.

Skyddsförklädesanvändning, för att skydda arbetsdräkten vid arbete, rapporteras det vara en god följsamhet till och samma gäller handskanvändning.

Genomgående framkom att personalens följsamhet till hygienrutiner överlag fungerar bra på den egna enheten. Framförallt vårdenhetschefer, som är chefer för avdelnings – och mottagningspersonal, betonar att den egna enhetens personal har kunskap, medvetenhet och vana vid att handhygien, hygienrutiner och klädregler skall följas och utföras. Orden som används är att det för den personal de själva ansvarar för så är det inga, eller sällan, problem med följsamhet till kläd och hygienrutiner. Det påpekades av flera att det finns personal, läkare och konsulter, som inte har vårdenhetschefen som chef, som kan ha en sämre följsamhet. Dessa chefer har fått säga till, främst till läkare, om att långärmad rock eller klocka inte skall sitta på vid patientarbete. Även sektionschefer och verksamhetschefer uttrycker att deras egen personalgrupp i stort sköter följsamhet till hygienrutiner och klädregler.

För den personalen jag ansvarar för så har jag inte behövt påpeka på länge att de har klocka eller ring eller att de inte är korrekt klädda. Däremot så har jag behövt påpeka

det för några av läkarna. Inte för de som jag har stationerade här hos mig – de har jag inga problem med. Det kan vara någon enstaka långärmad läkarrock man måste påpeka om men annars så har de blivit mycket bättre på att följa våra rutiner. Men ibland kommer det läkare som exempelvis går sin utbildning eller att de är konsulter eller precis börjat på sjukhuset, då kan man behöva påpeka att man inte får arbeta med smycken på och så (Vårdenhetschef).

Vårdenhetschefer, framför allt från mottagningarna, lyfter fram att det på dennes enhet är det personal, sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetat lång tid inom vården, kanske även länge på enheten. De är erfarna, och följer hygienrutinerna vid patientkontakt.

Här på min enhet så tycker jag att de basala hygienrutinerna arbetas det efter och följs mycket bra. Det är en god följsamhet. Jag upplever att det är 100 % följsamhet. Det är så att personalen är van att det är så man arbetar (Vårdenhetschef).

När det gäller följsamhet till hygienrutiner så uttrycks att sjuksköterskor och undersköterskor har en mer foglig inställning till att rätta sig efter rutiner och regler och därmed har en högre följsamhet. Läkare har en mer ifrågasättande attityd och anammar sällan om de anser att det saknas evidens för något. Enligt en verksamhetschef skulle det vara svårare för läkarna att byta om och följa hygienrutiner eftersom de är mera individualister.

Det påtalas att det skett en förbättring över tid för all personal till följsamhet av hygienrutiner. Att det har skett mycket de senaste åren och att detta gäller alla yrkeskategorier på sjukhuset. Verksamhetschefer och sektionschefer påpekar att de är förvånade över hur lätt det var att få till hög följsamhet hos läkarna. Det redogörs dock för motståndet till att följa klädregler när det infördes för ett antal år sedan. En chef som är läkare, angav att hon själv protesterade mycket men att det idag är så självklart att byta om och klä sig rätt.

Läkare brukar alltid vara lite av det ”svarta fåret” när det gäller följsamhet till hygienrutiner. Men här fungerar det tämligen bra. Frågan har drivits en längre tid och det har arbetats på att få till följsamhet för alla yrkeskategorier. Sedan kan väl sägas att läkarna är väl den grupp som faktiskt har en väldigt stor naturligt inflytande i gruppen, utifrån sin profession. De har därmed ett naturligt ledarskap, utnyttjat eller inte, och om de är ombytta så följer andra grupper och yngre läkare med i följande av hygienrutiner (Sektionschef).

Vårdenhetschefer anför att det är läkare som har det lite svårare att ha god följsamhet till hygienrutiner. En förklarar att det primärt gäller seniora läkare, inte studenter eller nya läkare. Även verksamhetschefer och sektionschefer tar upp samma problematik och

anför klart att det är ett generationsskifte i frågan om följsamhet till hygienrutiner, att de yngre och nyutbildade har en högre följsamhet.

5.1.2 Chefers egen följsamhet

Cheferna förklarar att de försöker göra sitt yttersta då de arbetar med patienter för att följa handhygien, hygienrutiner och klädregler. De gör det därför att de försöker vara en förebild för den övriga personalen och patienter. Just detta med att vara en förebild som chef poängteras av de flesta informanter som viktigt. Att föregå som gott exempel, följa rutiner och ha ett korrekt arbetssätt. Som ledare och i ledarskapet är det viktigt att göra så som det är sagt att det skall göras, exempelvis att följa klädregler och att inte ha ringar och klocka. Det beskrivs att genom att göra rätt själva så hoppas de motivera annan personal till att ha god följsamhet. Medarbetarna följer ledaren. Det går inte att säga en sak och sedan göra en annan sak själv. Det ingår i chefs- och ledarskapets roll att ha god följsamhet, föregå med gott exempel och förstå att andra iakttar hur du gör saker och sedan gör som du. Därför är följsamheten till hygienrutiner hos chefer och ledare viktigt.

Främst vårdenhetschefer påpekar att de alltid är korrekt klädda i sjukhuskläder, utan ring och klocka, även om de arbetar administrativt, det vill säga utan planerad patientkontakt den dagen. Fördelen med det poängteras, är att de då kan röra sig fritt på enheten. De kan också snabbt rycka in om det behövs samt hjälpa till att lösa för lunch eller liknande eftersom de redan är ombytt. En annan aspekt som framhålls är att chefen genom att alltid vara korrekt klädd och följa kläd- och hygienrutiner föregår med gott exempel och klargör vad som gäller och hur man skall vara klädd vid arbete på en vårdenhets.

Vi hade en ny medarbetare och hon frågade varför jag som chef var ombytt. Det hade hon aldrig varit med om på sin förra arbetsplats på ett annat sjukhus. Jag svarade då att det var därför jag var ombytt. Att jag är chef och om jag är ombytt så förstår alla hur viktiga våra kläd- och hygienrutiner är (Vårdenhetschef).

5.1.3 Svårigheter med att följa hygienrutiner

Samtidigt som följsamheten till hygienrutiner anses vara generellt god tas det upp att det praktiska utförandet av hygienrutiner upplevs som svåra att följa vid vissa tillfällen. Det finns gråzoner där det råder osäkerhet om, och i så fall vilka, hygienrutiner som skall utföras. Som exempel på gråzon är frågan om när skyddsförkläde behöver användas

eller ej. Vissa tillfällen är mera självklara, men sedan finns det tillfällen som är mer tveksamma om man skall sätta på sig skyddsutrustning eller inte.

Det är svårt att få till det och följa alla hygienrutiner och alla principer och så. Ibland känns det väldigt trassligt vad det är som skall användas. Det är inte helt lätt att veta när och vad som skall användas. Det är ju inte så enkelt för oss doktorer – så fort man skall lyssna på ett hjärta, att man skall sätta på sig ett plastförkläde. För det är ju en fråga; var drar man gränsen när plastförkläde behövs? Jag vet att det räcker med att sprita sig om man inte kommit i kontakt med sängen. Men många patienter är så skruttiga och man måste stötta dem och då är det svårt att inte komma i kontakt med sängen (Sektionschef).

Genom att cheferna upplever att det inte anses helt klart när hygienrutiner behöver utföras, så innebär det också ett problem med att få personalen att enas om när hygienrutiner skall användas och vilka. En annan svårighet är att det är personalen själv som avgör vilken av hygienrutinerna som behöver utföras och att det görs en individuell bedömning om skyddsförkläde eller handskar etcetera behöver användas. Det påpekas att olika individer gör olika bedömningar och riskvärderingar och att detta kan ge svårigheter vid uppföljning av följsamheten.

Brist på enkelrum och dessutom bristen på enkelrum med eget hygienutrymme anges också som del i svårigheter med att följa hygienrutiner. Exempelvis skall, enligt riktlinjer, patienter som vårdats på sjukhus utomlands tas mikrobiologiska odlingar på för resistent bakterier vid inläggning inom slutenvård och därefter vårdas på enkelrum i väntan på provsvar. När enkelrum saknas är detta svårt att upprätthålla och det kan innebära ökad risk för smittöverföring.

Att det lokalmässigt är trångt uppges även vara orsak till att det är svårt att utföra hygienrutiner. Just trängseln upplevs som en orsak till svårighet att hålla ordning och reda och gör det svårstädad. Flera chefer påtalar att de har önskat ombyggnationer på sina enheter för att komma bort från trängsel. Medicinteknisk apparatur och hjälpmedel nämndes också som svårigheter i att utföra hygienrutiner, att rengöringsprocessen kring dem inte alltid är så lätt. Det kan vara räfflor, luckor och skrymslen som gör att de tar lång tid att rengöra och att de samlar smuts och damm. Dessutom tar de plats vid förvaring och bidrar till trängsel på avdelningarna.

Att arbeta som chef på en enhet med personal som kommer från olika kliniker anges också vara en orsak till att det är svårt att få till följsamhet till hygienrutiner. Många chefer är involverade och vissa personer är där bara kort tid. De omfattas fysiskt av samma lokaler men har annan chef och har kanske andra arbetsrutiner. Flera vårdenhetschefer påtalade att läkarna sällan är med på avdelningens arbetsplatsträffar och att de därför missar sådant som påpekas och tas upp med avdelningens eller mottagningens fasta personal. I kontrast till det, berättar ett fåtal chefer, framförallt från

mottagningsverksamhet, att på deras möten är allt som oftast de läkare som är stationerade där med på arbetsplatsträffar med all personal. Detta säkerställer att alla får samma information och mer eller mindre följer enhetens arbetsrutiner.

5.2 Punktprevalensmätningar till följsamhet av hygienrutiner

För att få en uppfattning om vilken kännedom de intervjuade har om den mätning till följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) som görs nationellt tillfrågades cheferna om de kände till vilka resultat som nåtts i de senaste två mätningarna för sina enheter. De tillfrågades även om synpunkter gällande den mätning som görs och förtroendet för resultaten samt hur resultaten presenteras; dels för dem själva som chefer, och dels för personalen och om resultaten följs upp. De ombads också reflektera över varför resultaten blev som de blev, samt allmänna synpunkter gällande punktprevalensmätningar.

5.2.1 Kännedom, förmedling och hantering av resultaten

Övervägande av de intervjuade kände till att punktprevalensmätningar genomförts angående följsamhet till hygienrutiner, men att det var en mätning initierad av SKL och att den genomförs på nationell basis var det få som kände till. Främst vårdenhetscheferna hade tagit del av resultaten och kunde ange ungefär i vilket spann resultaten varit i. De hade också satt upp på resultattavlor samt presenterat hur följsamheten ser ut för sin personal. Verksamhetscheferna upplevde att de visste resultatspannen, medan det var få sektionschefer som kände till eller kunde ange i vilket spann mättningsresultatet hade utfallit i. Sektionscheferna uttryckte många gånger vid intervjuerna en förvåning över de resultat som nåtts.

Verksamhetscheferna berättade att de på verksamhetschefsmöten tittar på och går igenom resultaten för följsamhet till olika mätningar, även följsamhet till hygien, där chefläkaren är med. Vid dessa möten har sjukhusets kvalitetssamordnare/vårdutvecklare analyserat resultaten och presenterat dem i staplar, dels sjukhusövergripande och sedan nedbrutet på enhetsnivå. Alla första linjens chefer (vårdenhets- och sektionschefer) får sedan sina resultat och det förutsätts att de jobbar med resultatet på respektive enhet. Uppfattningen från flera verksamhetschefer är att det inte klart har angetts från ledningen att det skall arbetas med att öka följsamheten till hygienrutiner, men att detta

heller inte behövs eftersom det redan är klart att vårdenhets- och sektionschefer ansvarar för vad som sker på enheterna.

Jag kan väl inte direkt säga att det har kommit direktiv från ledningen hur man skall arbeta med följsamhetsfrågan. Inte mer än att resultat för hygienföljsamhet och punktprevalens mätningen har granskats och diskuterats (Verksamhetschef).

Vikten av att synliggöra och arbeta med resultaten påpekas av vårdenhetscheferna. De anger att de själva klart har ett ansvar att se till att punktprevalensmätningarna genomförs på deras enheter och sedan att förmedla resultaten till personalen. Resultaten sätts upp på anslagstavlor och en del berättar att de gärna skriver kommentarer typ ”här var vi extra bra denna gång”, eller ”det här måste vi arbeta extra på att förbättra”. Resultaten tas också upp på arbetsplatsträffar och personalmöten. Flera anger att resultaten också går ut i brev till all personal eftersom inte alla kan vara med på arbetsplatsträffar. Vårdenhetschefer har inte kännedom om hur och om läkarna når av resultaten från punktprevalensmätningar eftersom de oftast inte är med på avdelningarnas arbetsplatsträffar eller får enhetens informationsbrev. Det påtalas att det upplevs en osäkerhet om och hur resultaten når läkargruppen.

Vi sätter inte bara upp resultaten från mätningarna, för det är många som inte går och tittar på dem, utan vi presenterar dem på möten vid arbetsplatsträffar och på LEAN-möten. Dessa möten har vi en gång i veckan för all personal på avdelningen. Läkarna är oftast inte med här. De får väl höra om resultaten på deras läkarmöten (Vårdenhetschef).

Övervägande av de intervjuade vårdenhets- och sektionscheferna uttrycker att de upplever att verksamhetschefen inte direkt har efterfrågat hur det är med följsamheten till hygienrutiner och klädregler på dennes enhet eller resultat från punktprevalenser.

Jag kan inte minnas att vår verksamhetschef har kommit och efterfrågat hur vi har det med följsamheten till hygien och klädregler och resultaten för PPM-BHK. Nej, inte vad jag kan minnas (Vårdenhetschef).

Samtidigt så uttrycker vårdenhetscheferna att de tror att verksamhetscheferna har kännedom om följsamhet till hygien- och klädregler på sina avdelningar samt resultaten från punktprevalenser, men det uttrycktes likväl en osäkerhet och ovetskap om hur verksamhetschefen följer upp, och vad som görs i frågan. Det framfördes dock en förvisning från flertalet respondenter att resultaten säkerligen diskuterades på verksamhetschefsmöten.

Önskemål uttrycktes från både vårdenhetschefer och sektionschefer om att de skulle få möjlighet att redovisa och diskutera resultaten med sin verksamhetschef.

Verksamhetschefen skall få ta del av resultaten. Jag som vårdenhetschef känner att det är jag som är ytterst ansvarig för att min personal följer de basala hygienreglerna. Men det måste komma till verksamhetschefens kännedom hur resultaten ser ut och jag vill diskutera resultaten med denne och vad som kan göras för att förbättra dem (Vårdenhetschef).

Framförallt vårdenhetschefer angav just att det borde ligga på vårdenhetschefernas ansvar att redovisa resultaten och diskutera hur resultaten blev och varför, för just deras avdelning/enhet för verksamhetschefen. Att denne efterfrågar resultaten och tar sig tid att lyssna. Önskemål framkom även med att ihop med verksamhetschefen få analysera resultaten från punktprevalenser och diskutera åtgärder till förbättring. Verksamhetschefen skulle vara som en samordnare för alla resultat på kliniken så att det sedan kan diskuteras avdelnings- och klinikvis hur resultat och följsamhet skulle kunna förbättras. Ett flertal sektionschefer resonerade i samma banor och efterlyste att få diskutera resultaten med verksamhetschefen.

Det klargjordes vid intervjuerna med verksamhetscheferna att det inte är de som följer upp hur följsamheten till hygienrutiner ser ut hos enheternas personal eller genom att analysera enheternas PPM-BHK resultat, eller i alla fall så är det inte dennes personliga ansvar att göra det. Det är vårdenhetschefer och sektionschefer som har ansvaret att svara för det på sina enheter. Samtidigt påpekas från flera verksamhetschefer att om det skulle vara så att det gång på gång var samma enhet som hade dåligt resultat eller som alltid ligger mycket sämre än alla andra, då är det klart att det är verksamhetschefens uppgift att fråga enhetschefen vad de sysslar med på dennes enhet.

Jag som verksamhetschef är kanske med och tittar någon gång på mätresultat. Annars är det sagt som så att jag som verksamhetschef inte skall vara med i förbättringsgrupperna. Det är något som skall drivas av medarbetarna på sina egna enheter. Sedan är det olika hur aktiv just den chefen är i det här arbetet. Men det är ändå chefen på enheten som skall driva arbetet. Det är inget som skall drivas ytterligare en trappa upp, det vill säga inte från verksamhetschefshåll (Verksamhetschef).

5.2.2 Reflektioner och synpunkter om mätningarna och följsamheten

Det lyfts upp att det är bra att mätningar av följsamhet till hygienrutiner följs och mäts. Det diskuterades dock en del om dolda observationer var det bästa sättet att mäta på. Även den motsatta situationen, Hawthorn-effekten, tas upp; då personalen känner till eller förstår att de observeras och därför gör saker bättre än normalt för att framstå i bättre dager, vilket inte skapar en rätt bild av situationen. Det påpekas också upprepade

gångar att en punktprevalens bara är en ögonblicksbild av vad som hände vid just den tidpunkten. De resultat som nåtts känns inte riktigt igen. Det refereras till att de själva tycker att de sällan ser någon som inte följer klädregler och hygienrutiner och åtskilliga ställer sig frågande till resultaten, om de stämmer. De intervjuade upplevde att resultaten var i förhållandevis förvånande låga. Punktprevalensmätningen till vårdrelaterade infektioner tas upp ett antal gånger under intervjuerna - att dessa mätningar visar att sjukhuset ligger bland de bättre i länet, men att det inte rimmar med att på PPM-BHK mätningar ligger sjukhuset bland de sämre.

Det uttrycks också oro över att den som observerar vid punktprevalensmätningarna, faktiskt inte har sett att personer använt handsprit. Att det är ett observations fel som gör att siffrorna blir som de blir, att observatören inte sett vad som försiggått. Det kan också vara så att observatören bedömer att det skall utföras hygienrutiner som till exempel handskar eller/och förkläde men att den som observeras inte tycker det. Det kan innebära ett fel i observationsprotokollet. Andra uttrycker att det kanske vid observationsmätningarna letas efter personer som gör fel för att ha något att förbättra och att det därför blir lägre siffror.

Svårigheten med att få alla att följa hygienrutiner överhuvudtaget togs också upp. Det uttrycks att det finns individer som har svårare för det här med regler. En verksamhetschef förklarar att dessa alltid måste demonstrera sitt oberoende genom att spara någon gammal operationströja och ta på den fastän sjukhuset har andra kläder nu. Det kan också vara att det finns vissa individer som till exempel alltid har klocka på sig. Detta påpekas, och så tar de av sig, men nästa dag är den på igen.

Ofta är de väldigt duktiga på det de gör. Vi har alltid några som ofta har flera förmildrande sidor som gör att de faktiskt gör ett väldigt gediget arbete trots att de slirar i andra faktorer. Och det är klart att man skall ta tag i det direkt. Men man har många större bollar att spela än att grotta ned sig i det med att de inte vill ta av sig sin rock. Det tar bara en massa tid. Så länge man inte ser, uppenbart, att patienter, enskilda patienter far illa. De här individerna producerar inte sämre sjukvård än de andra... Då låter man det bara bero (Verksamhetschef).

5.3. Ansvar, uppföljning och åtgärder kring följsamheten till hygienrutiner

Enligt föreskrift om basala hygienrutiner (SOSFS 2007:19, i 3 §) ska verksamhetschefen fortlöpande följa upp verksamheten och säkerställa att bestämmelserna tillämpas. Därför tillfrågades vårdenhets- och sektionschefer hur de

upplever att verksamhetschefen, och/eller ledningen, följer upp eller efterfrågar följsamhet och resultat. Samma fråga ställdes också till verksamhetscheferna; hur de anser att de följer upp följsamhet till föreskriften. Frågor ställdes också om hur chefer anser att de arbetar för att få till följsamhet till hygienrutiner.

5.3.1 Upplevd ansvarsfördelning för följsamheten

Huvudparten av de intervjuade vårdenhets- och sektionscheferna anser att det är deras yttersta ansvar, som chefer på avdelningar/enheter, att svara för att vårdpersonalen är rätt klädd och följer hygienregler. Som första linjens chef (vårdenhets- och sektionschef), så anses att det ingår i arbetet att se till att det är hög följsamhet på avdelningen/enheten. Detta gäller inte bara hygienrutiner utan alla rutiner och riktlinjer.

Många framhöll att verksamhetschefen inte har sagt till specifikt att de skall arbeta med frågor kring följsamhet till hygienrutiner och resultat från punktprevalensmätningarna och att det inte har getts några specificerade direktiv, varken skriftligt eller muntligt, från verksamhetschefen i hur de skall arbeta med följsamhet till hygien- och klädregler. Någon bläddrar i sin arbetsbeskrivning och konstaterar att ”nej, det står inget specifikt om hygien”. Ändå ansågs att det ligger delegerat från verksamhetscheferna.

Ja, alltså, jag har nog hört det någon gång från verksamhetschefen, att vi skall arbeta med att få upp följsamheten till hygien och klädregler. Men inte mer exakt hur det skulle gå till (Sektionschef).

Flertalet anger att det ingår i vårdenhetschef och sektionschefens arbete att själv respektera basal hygien samt klädregler och även att påpeka om man ser någon som uppenbart inte är korrekt klädd eller inte följer hygienregler och handspritrutiner. Det poängteras att det ingår i ansvaret att tillse en god följsamhet och att det är ett arbete som pågår kontinuerligt och dagligen.

Nej, verksamhetschefen kommer inte och säger att detta skall vi jobba med. Det gör han ju inte. Utan jag känner att det ligger delegerat till mig som första linjens chef, vårdenhetschef, det ingår i mitt jobb. Det tycker jag inte alls känns otydligt. För mig känns det som om det ingår i mitt omvårdnadsansvar, att det är en del i det hela. Precis som att arbeta med säkra rutiner för stickskador; att vi använder rätt material, så tycker jag att det här med hygienrutiner är en del. Det känns väldigt självklart, utan att vara uttalat, kan jag säga (Vårdenhetschef).

Verksamhetscheferna förklarar motsvarande att det inte är deras ansvar att följa upp följsamhet till hygienrutiner ute på enheterna. Det är respektive vårdenhets- och sektionschefs ansvar. Det uppges att det står beskrivet i uppdragsbeskrivningarna för

dessa chefer vad uppdraget innebär och att de har ett ansvar att driva verksamheten och ansvaret för medarbetarna på enheten. Det finns kanske inget specifikt skriftligt reglerat som säger att de skall följa just hygienregler utan det står att det gäller alla rutiner, riktlinjer och regler.

Vi har väl inte sagt vare sig från sjukhusledningen eller från verksamhetschefs håll att det skall arbetas specifikt med att få upp följsamhetssiffror till hygien föreskriften. Däremot är det underförstått. Det är så vi arbetar. Vi diskuterar det på verksamhetschefsmötena; hur vi skall kunna upprätthålla en hög följsamhet och förbättra den. I alla fall upplever jag det så. Hur det sedan arbetas med nedåt i organisationen vet jag inte. Jag tror att det varierar och varierar med vilken enhet som det berör (Verksamhetschef).

Flertalet vårdenhets- och sektionschefer anser att det från chefläkaren uttrycks tydligt och klart hur viktigt arbetet är med att minska vårdrelaterade infektioner, och att följsamhet till kläd- och hygienregler är en bit i det arbetet. Chefläkaren är med på möten för alla första linjens chefer en gång i månaden. Vid dessa möten tar han upp detta med vikten av följsamhet och klädregler och presenterar olika resultat samt diskuterar hur följsamhet kan ökas sjukhusövergripande. Flera påpekade att verksamhetschefer normalt inte är med på dessa möten. Vårdutvecklaren och kvalitetskoordinatören, det vill säga personer i sjukhusstaben, anses också som nyckelpersoner i följsamhetsfrågor. Flera angav att de får resultatsiffror från vårdutvecklaren och att kommunikation sker med denne kring resultaten.

Just engagemanget ”uppifrån” påpekades. Det angavs att det inte ansågs att följsamhetsfrågor om hygien och kläder tas upp på klinikledningsmöten eller vårdenhetschefsmöten i någon större utsträckning, med undantag om det har varit något speciellt. Annars påpekades att följsamhetsfrågor diskuteras på de månatliga träffarna för alla vårdenhetschefer som arbetar på sjukhuset, där även chefläkare och vårdutvecklare är med.

Uppfattningen är att det nog är så arbetet är uppdelat; att det är chefläkaren och dennes stab som är ansvarig för uppföljningsarbetet om följsamhet till kläd- och hygienregler, inte verksamhetschefens.

Jag kan inte påminna mig om att verksamhetschefen har pratat om det på något klinikledningsmöte eller så. Men jag tror att man har valt den här andra vägen, att chefläkaren tar det på nätverksträffar, och att han är ansvarig sjukhusövergripande (Vårdenhetschef).

Flera sektionschefer angav att det är vårdenhetschefer och sköterskor på enheter/avdelningar som sköter rutiner som rör hygien och klädregler i vardagen. Det är dessa som påtalar vilka hygien rutiner som gäller, vilka kläder och skyddskläder som

behövs och vid vilka situationer. Någon uttryckte sig att det är vårdenhetschefer och sjuksköterskor som verkställer och är mera "hands-on" med vad som gäller ute på avdelningarna och ser till att alla följer de regler de skall.

Ja, det kommer ofta från ledningssköterskorna och vårdenhetschefer att den här rutinen skall införas på avdelningen och att all personal får information; och nu måste ni doktorer också följa det här. Då gör vi det (Sektionschef).

Att det är hygiensjuksköterskans jobb att följa upp följsamhet till hygien och klädregler angavs från flera håll. När punktprevalensmätningar har utförts, så tittar hon på resultaten och ger återkoppling och råd om förbättringsåtgärder. Likadant angavs att vid mätningar till följsamhet för kläd- och hygienregler så var det till hygiensjuksköterskan som man vände sig till vid oklarheter eller om funderingar och frågor kring följsamhet uppstått. Flera chefer påtalade att hygiensjuksköterskan också är den som ser till att hygienrutiner följs.

5.3.2 Hur det arbetas med följsamhet

Det framkom tydligt att om en personal inte följer hygienrutiner, inte är korrekt klädd eller har ring och klocka, så är det viktigt att påpeka direkt för personen vad det är som inte stämmer enligt föreskriften, och varför. Här anges klart från alla yrkeskategorier av chefer att de är på och påpekar direkt om de ser någon som inte följer rutiner eller riktlinjer.

Vid verksamhetschefsmöten, påtalas, att det har diskuterats hur följsamhet till hygienrutiner kan ökas sjukhusövergripande. Bland annat berättas att det fattats beslut i verksamhetschefsgruppen att de skall säga till alla de ser som inte följer hygien- och klädregler, även om det är en person man inte är chef över. Det kanske inte alltid sker idag, men beslutet är att försöka vara på, och säga till, oavsett yrkeskategori. Det klargörs att det finns ett ansvar att påpeka när någon inte följer de föreskrifter sjukhuset har.

Jag gör en rundvandring, en slags rond, varje dag på mina enheter och iakttar hur folk är klädda och att de inte har ringar och klocka. Det jag däremot inte ser är hur de sköter och använder handsprit. Om de använder handsprit och när de spritar. Det kan jag inte kolla hela tiden. Däremot så får jag ett snitt genom att iaktta om de följer handspritsregler vid de moment som jag tittar på. Jag har i stort sett ganska god pejl på att de följer rutiner om handsprit och hygien. Hittar jag någon som inte följer, så påpekar jag det direkt. Det gäller även om det är någon som jag ser som inte arbetar hos mig som inte följer det som de skall; jag säger till dem också (Verksamhetschef).

Det förklaras dessutom att följsamhet till hygienrutiner är ett återkommande tema på läkarmöten och på avdelningarna vid arbetsplatsträffar. Även om främst sektionschefer önskar att hygienrutiner tas upp oftare på möten för läkare. Chefer tar upp att sjukhuset har som mål att ha låg infektionsfrekvens och att de arbetar på att hålla nivån låg. Det berättas att vissa enheter haft speciella studiedagar eller temaveckor som bara har ägnats åt hygienrutiner och diskussioner kring dem och att hygiensköterskan varit med och undervisat i föreskriften, hygienrutiner och multiresistenta bakterier.

5.3.3 Möjliga åtgärder vid upprepade icke-följsamhet till hygienrutiner

Det anses som ett olämpligt beteende på arbetet om man är felklädd eller har klocka eller ring, och det måste tas upp direkt med den personen som gör avvikelsen. Men, genom att det finns individer som ständigt har låg följsamhet och det inget händer med dem och de fortsätter ha exempelvis sin klocka och ring, så sänder det fel signaler till övrig personal. Det signalerar att det inte är så viktigt att följa föreskriften, att det inte händer något eller blir konsekvenser för de som inte följer. Att det också saknas straffsats utskrivet i föreskriften från Socialstyrelsen kan uppfattas som att det inte är så väsentligt att följa basala hygienrutiner och klädregler. Det handlar även om trovärdigheten för föreskriften som betonar att den gäller för all personal som arbetar patientnära, och det därför inte finns undantag för vissa personer eller yrkeskategorier att följa dem.

För de som har låg följsamhet kanske det behövs någon slags lite "slap on the finger" för att de inte följer riktlinjer som de skall. Idag kostar det ingenting. Just det enkla som att inte ha smycken, klocka och ring är ju väldigt enkelt att se, det är utanför reglerna att ha dem på arbetet. Personer som har det visar faktiskt inte respekt för andra medarbetare. För det handlar om att ha respekt för reglerna men också respekt för alla medarbetare. Har en personal klocka och ring så blir det lätt diskussion typ varför den personen arbetar med klocka etcetera medan inte jag får, och sedan suddas reglerna ut (Sektionschef).

Det finns personal som konsekvent inte följer och förhåller sig till de riktlinjer som gäller på arbetet, trots upprepade tillsägelser. Vad kan då en chef göra i en sådan situation och vad görs? Det beskrivs att det blir enskilda samtal med personen som vid upprepade tillfällen inte följer regler. Flera påpekar att det är kopplat till lönekriterier och löneutveckling att följa rutiner och riktlinjer, även kläd- och basala hygienrutiner ingår här. Brister personen i lojalitet till följsamhet av rutiner så påverkar det löneutvecklingen. En vårdenhetschef slår fast att det är precis samma sak som att inte komma i tid till jobbet eller att röka på arbetstid, vilket man inte får. Skulle

vårdpersonal slarva med detta flera gånger så ges en tillsägelse och det kan bli löneavdrag.

Att inte följa regler och riktlinjer uppfattar en del chefer som arbetsvägran och de förlänger till exempel inte vikariat om en person inte har god följsamhet. Någon menar att det borde vara skäl för uppsägning att inte följa rutiner, föreskrifter och riktlinjer. En verksamhetschef resonerar i banor som att det inte arbetsrättsligt går att säga upp någon för att de arbetar med långärmad rock, det håller inte i arbetsdomstolen. Han resonerar vidare och menar att det heller aldrig rättsligt har prövats om man kan få löneavdrag på grund av att klocka eller liknande sitter på vid arbete, men att det måste påpekas att personen inte följer rutiner som sjukhuset bestämt.

Jag tror på straffsats typ tillsägning och löneavdrag. Därför att vi utsätter patienter för risk för vårdrelaterad infektion om vi arbetar med ring på. Vi måste följa det här med att inte ha klocka och ring. Det ingår i vår yrkesroll (Sektionschef).

Det går också att gå till en högre chef och påpeka problemet med personer med lägre följsamhet, men det uppger bara enstaka att de har gjort. Ett flertal vårdenhetschefer har tagit frågan med sin verksamhetschef om att det är viss vårdpersonal på avdelningar och mottagningar som är felklädda eller har klocka och ring. Det har sällan inneburit förbättring utan mer ursäkter i stället som till exempel ”Äh, hon är ju alltid så där” eller ”Han har inte patientkontakt så ofta”.

Övervägande av de intervjuade anger att de i löne- och utvecklingssamtal med de anställda tar upp följsamhet till klädrutiner och hygienföreskrifter/riktlinjer. Det beskrivs att det är kopplat till lönekriterier och löneutveckling att följa samtliga av sjukhusets rutiner och riktlinjer, inte bara hygienrutiner. Brister personen i lojalitet till följsamhet av rutiner då påverkar det löneutvecklingen negativt. Det framhålls ett flertal gånger att personer som brister i fråga om följsamhet till klädregler och har klocka och ringar brister ofta vad gäller följsamhet till andra rutiner.

Om vårdpersonal inte stödjer och följer verksamhetens mål, då blir det ett minus i kanten. Då blir det minus i lönekuvertet också för den personen (Sektionschef).

Enligt de intervjuade finns ingen sjukhusövergripande mall för om och hur lönen kan eller skall påverkas av följsamhet utan det är upp till enskild chef att själv avgöra. Hur följsamhet till kläd och hygienföreskriften hänger ihop med löneutvecklingen uttrycktes också lite olika bland cheferna. Det fanns de som klart menar att det är skäl att ta upp detta med att vara felklädd på arbetet i lönesamtal. Arbetar personal inte enligt de rutiner som bestämts så ska det synas på lönen. Enstaka uttrycker en mer försiktig inställning och menar att det kanske inte enbart är följsamhet till kläd och hygienregler som är skäl nog för en lönepåverkan. Däremot skulle det nämnas och tas upp vid ett lönesamtal om personer alltid hade ring eller klocka eller om de alltid vägrade att byta om. Alla chefer är synnerligen överens om att det måste göras tydligt vad personen inte

är följsam på eller har dålig följsamhet till. Att det måste förklaras noggrant varför, så att personen får möjlighet att ändra sig.

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Kvalitativ forskning syftar till att förstå informanternas sätt att resonera, beskriva och förklara tankar, agerande och handlanden. Kvalitativ ansats valdes för denna studie eftersom den, jämfört med en kvantitativ inriktad studie, är mera lämplig för att urskilja varierande handlingsmönster och bidra till ökad förståelse för variationer i det fenomen som studeras (Forsberg & Wengström, 2008). Intervjuer som datainsamling ansågs skäligt framför användning av enkät/frågeformulär eller fokusintervjugrupper då enskilda intervjuer ger större möjlighet att be om förtydliganden och ställa följdfrågor under själva intervjumomentet (Kvale & Brinkman, 2009).

I studier med kvalitativ ansats arbetas det kontinuerligt med validitet och reliabilitet, som handlar om att kunna beskriva att insamlandet och bearbetningen av data skett på ett systematiskt och hederligt sätt och att de representerar verkligheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Om ett resultat skall ha hög validitet skall ändamålsenliga vägar användas för att komma fram till resultatet (Malterud, 2009). Urvalsprocessen spelar därmed en stor roll. Målet är att göra ett urval som leder till en ökad förståelse för variationer i det fenomen som studeras (Malterud, 2009). I denna studie gjordes ett strategiskt riktat urval, där chefer med personalansvar tillfrågades om deltagande, då de troligen skulle ha erfarenhet och kunskap om hur det arbetas med följsamhet till hygienrutiner på sjukhuset. Att urvalet bestod av 41 personer skulle ge möjlighet till att variationer i upplevelser skulle kunna fås fram. Enligt Holme och Solvang (1997) bör urvalet av informanter göras systematiskt utifrån kriterier som definieras utifrån den förförståelse och de teorier och meningarna som finns vid starten av en studie. Författarens förförståelse och förkunskap inom området avgjorde valet av intervjupersoner där målet var att få fram data för att kunna svara på frågeställningarna.

Vikten av professionell förförståelse och en viss insikt i den värld som ska studeras betonas av Holme och Solvang (1997) som mer eller mindre nödvändiga för att förstå sammanhanget. Enligt Malterud (2009) är förförståelse det "bagage" som forskaren tar med in i studien och som påverkar i hela processen. I kvalitativa studier är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av texten, liksom forskarens förförståelse också är en viktig del av tolkningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Författaren till studien arbetar som hygiensjuksköterska med tio års yrkeserfarenhet, och merparten av arbetstiden förlagd till det sjukhus som studien genomförts på. I samband med intervjuerna ansågs förförståelsen vara till fördel, eftersom det inte behövdes läggas ned tid på att lära känna varandra eller för att definiera begrepp och vokabulär som återfinns inom sjukhusvärlden. Under analysprocessen kunde förförståelsen ses som en nackdel, eftersom det stundtals kunde vara svårt att finna en balansgång mellan den egna förförståelsen och en objektiv tolkning av materialet.

Enligt Malterud (2009) kan det att forska på ”kollegor” innebära utmaningar både för den som intervjuar och den intervjuade, varför det är viktigt att arbeta ansvarsfullt och enligt de forskningsetiska reglerna. Författarens yrkesmässige relation till de intervjuade cheferna kan tänkas ha påverkat valet för villighet att delta i studien. Frågan är dessutom om informanterna har ”hållit igen” eller motsatt varit mer öppna under intervjutillfällena, och om en utomstående intervjuare skulle ha fått andra svar. Att det just var hygiensjuksköterskan som ställde frågorna kan även ha resulterat i att informanterna inte velat blotta okunskap eller sanna tankar. Det som talar emot detta är dock att informanterna, främst läkarna, bland annat ställde frågor till intervjuaren under intervjun om vårdhygienaspekter och hygienrutiner.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet av studien kan överföras till andra grupper, situationer eller annan kontext (Lundman & Graneheim, 2008). De framkomna resultaten från studien motsvarar det som de intervjuade cheferna uttryckt vid intervjutillfällena och den kontext som gällt vid intervjuerna. Vid analysen letades efter återkommande mönster och gemensamma drag, vilket ändå gör att viss överförbarhet kan förmodas gälla i en större population än de som undersökts, i alla fall kan det ge en fingervisning om vad en större andel av chefer kan antas tycka i samma frågor.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att få fram hur chefer upplever och arbetar för patientsäkerhet genom följsamhet till kläd- och hygienrutiner på ett sjukhus i Stockholm, med mål att ge förslag och inspiration i hur följsamheten till hygienrutiner kan optimeras.

6.2.1 Chefers upplevelser av följsamhet till hygienrutiner och arbete för förbättring

Överlag ansåg cheferna att följsamheten generellt var bra eller ganska bra hos personalen. Däremot uttrycktes, främst av vårdenhetschefer, att läkare som yrkesgrupp

mer ofta hade sämre följsamhet till hygienrutiner. Detta med att följsamheten varierar med yrkeskategori har visats i ett flertal studier (Boyce & Pittet, 2002, WHO, 2009, CMHH, 2010), där läkare som yrkeskategori associeras med lägre följsamhet till hygienrutiner, och samma gäller om det är en manlig vårdpersonal jämfört en kvinnlig sådan. Att läkare har sämre följsamhet till hygienrutiner kan handla om vilken introduktion och kontinuerlig utbildning i vårdhygien, som läkargruppen får. Vid en riksomfattande verksamhetstillsyn inom området vårdhygien under 2006, fann Socialstyrelsen att vårdpersonal i regel fick någon form av introduktion om enhetens vårdhygieniska rutiner i samband med sin anställning, men att läkarna sällan omfattades av denna introduktion. Dessutom hade läkarna också sämre tillgång till fortbildning på området än annan vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2007). Enligt vårdenhetscheferna är läkare sällan med på möten och utbildningar i vårdhygien för vårdpersonalen på enheterna, och läkarna kan därför ha lägre kännedom om vilka handlingsprogram och hygienrutiner som gäller i vårdarbetet. Tydligt framkom också att sektionschefer menade att detta med kännedom och kunskap om handlingsprogram och hygienrutiner var en fråga för sköterskorna att hålla reda på och se till att de följs.

Cheferna påpekar att medvetenheten om hygienrutiner har ökat genom åren, i takt med att vårdrelaterade infektioner drabbat både patienter och personal, men att de alltså på sina enheter har personal som har det svårare med att ha god följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Detta noterades också vid den tillsyn som Socialstyrelsen genomförde; att det inom samtliga verksamhetsområden observerades vårdpersonal som gjorde avsteg från basala hygienrutiner i samband med vård och undersökning av patienter (Socialstyrelsen, 2007). Informanterna påtalar just det att det kan vara personer som glömt att ta av sig klocka och ring eller rock vid patientarbete, men att personen oftast tar av sig om det påpekas från en kollega eller chef. Det kan emellertid också röra sig om personer som trots påpekande likväl kan komma dagen efter med ring eller klocka eller rock på igen. En verksamhetschef betecknar detta som att det finns ”notoriska icke-följare”.

Genom att det finns individer som väljer att ha sämre följsamhet och inget händer med dem, trots upprepade tillfällen av lägre följsamhet, kan det sända signaler om att följsamhet till föreskrifter inte är så viktigt (WHO, 2009). Studien visade tydligt att cheferna hade olika tilltag eller åtgärder för att få till en god följsamhet till hygienrutiner och att det inte finns någon klar sjukhusövergripande strategi som cheferna har att luta sig emot angående åtgärder eller konsekvenser för de i personalgruppen med låg följsamhet. I stället är cheferna lämnade till att själva avgöra vilket tilltag/åtgärd som kan användas. En del tar upp problem med följsamhet vid utvecklings- och lönesamtal, en låg följsamhet kan till exempel rendera i en lägre löneutveckling, eller kan vara skäl nog för att inte förlänga vikariat, medan andra aldrig tänkt i sådana banor.

Ett flertal gånger under intervjuerna framförs att personer med låg följsamhet till hygienrutiner inte sällan också har sämre följsamhet till andra rutiner och riktlinjer. Det berättas om individer som vill markera självbestämmande och framhålla eget arbetssätt och val av klädsel. En verksamhetschef påpekar att dessa personer inte gör ett sämre jobb även om de inte följer riktlinjer till 100-procent; att dessa finns på alla kliniker och att de har fått tillsägelser men att de ändå inte har god följsamhet. Det understryks från flera verksamhetschefer att det tar sådan tid och kraft att försöka få till följsamhet hos dessa att de många gånger låter dem vara, så länge de inte uppenbart skadar patientsäkerheten.

Vårdenhetschefer uttryckte en sorts uppgivenhet i arbetet med att få till följsamhet hos notoriska icke-följare, eftersom det inte finns några sanktionsmöjligheter eller påföljder för dem med låg följsamhet. För att kunna nå en förändring av hög följsamhet till rutiner, behöver vårdpersonalen enligt Grol och Grimshaw (2003), utbildas, informeras om, motiveras till, och även tränas i att involvera riktlinjer i det dagliga arbetet. Personalen skall också känna att de arbetar i en organisation som har stöd från ledningen och chefer, och att organisationen är strukturerad så att riktlinjer skall följas. Cheferna måste arbeta med att motivera personalen till bättre följsamhet till hygienrutiner och en vilja till utförande av hand- och hygienrutiner. De måste också arbeta på att skapa beteendeförändringar hos de i personalen som väljer att inte ha god följsamhet.

6.2.2 Ansvarsfördelning, utvärdering och samverkan kring följsamhetsarbete

Vid intervjuerna framkom tydligt att vårdenhets- och sektionschefer anser att de är ansvariga för att personalen på deras enheter eller sektioner följer riktlinjer och rutiner. Enligt dessa informanter finns det inte specifikt skriftligt att det skall arbetas med hygienrutiner, utan med alla rutiner. Deras verksamhetschef har inte påtalat att de skall arbeta särskilt med att öka följsamhet till hand- och hygienrutiner. I samma veva framförs av dessa båda chefskategorier att de inte vet om deras verksamhetschef har kännedom om hur följsamheten hos personalen ser ut eller om denne nås av resultat från punktprevalensmätningar. En önskan framförs om att tillsammans med sin verksamhetschef få tid att diskutera hur följsamheten ser ut på dennes enhet samt få tid att reflektera över varför resultaten blev som de blev och vad som kan göras för att bibehålla eller öka följsamheten. Då skulle även svårigheter på enheten med att utföra olika rutiner kunna dryftas och strategi tas fram för de individer på enheten som eventuellt har sämre följsamhet. Enligt verksamhetscheferna vet de för nuvarande inte vad som görs av vårdenhets- och sektionschefer i frågan om följsamhet till hygienrutiner. Det anges vara så arbetet är upplagt på sjukhuset; att det är vårdenhets- och sektionschefer som ansvarar för personal på sin enhet, och att verksamhetschefer på sin nivå inte skall "lägga sig i" hur detta arbete sköts.

Det arbetas således med följsamhet till hygienrutiner på sjukhuset, men arbetet är inte synkroniserat och det tycks vara upp till varje enskild chef att avgöra hur arbetet skall fortgå. Studien visar att det saknas en gemensam strategi för cheferna att ta till för de individer som har sämre följsamhet och även divergerande meningar om konsekvenser för dem som inte följer riktlinjer. Det är här som synergieffekter skulle kunna uppstå, genom att det fanns en mer uttalad strategi kring att arbeta med följsamhet till rutiner. Om chefer och ledning hade kännedom om hur det arbetas med följsamhet till rutiner och alla arbetar på liknande arbetssätt så att chefer på alla nivåer samverkade kring frågorna sjukhusgemensamt skulle följsamheten troligen öka ytterligare. Om det är svårt att driva denna fråga sjukhusövergripande borde i alla fall det minst ske klinikvis, att cheferna på en klinik arbetar gemensamt och möts kring arbetet med följsamhet, har likartat synsätt och kan stödja varandra. Vid dessa möten kunde resultat från mätningar av följsamhet och problem med individberoende följsamhet diskuteras och gemensamma åtgärder tas fram och lyftas.

Betydelsen av samverkan och utvärdering av samverkansstrategier kan göras genom att använda Donabedians modell, utvecklad för kvalitetsuppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvården (Brandt et al, 2007). Enligt modellen, kan information om vårdkvalitet dras utifrån tre perspektiv; struktur, process och resultat (Donabedian, 1966). Vid utvärdering söks och görs underbyggda antaganden om orsakssamband mellan struktur, process och resultat, samt kvaliteten i dem (Brandt et al, 2007). Enligt Donabedian (1966) har vart och ett av de tre perspektiven fördelar och nackdelar som kräver att kopplingar mellan dem dras i syfte att skapa en kedja av orsakssamband som är användbart för att förstå system, samt för att designa experiment och interventioner. I denna studie, där syftet är att optimera följsamhet till utförande av hygienrutiner, och därmed en bättre patientsäkerhet, kan Donabedians modell användas för att värdera samt förbättra kvaliteten på följsamhet och rikta förbättringsarbetet kring den inom sjukhuset.

- Struktur omfattar alla de faktorer som påverkar det sammanhang i vilket vård levereras, och innebär en bedömning av kvaliteten utifrån gällande lagar, krav och riktlinjer och hur organisationen är uppbyggd för att efterleva dessa. Hit hör även verksamhetens materiella resurser, den fysiska anläggningen och utrustning, personella resurser samt personalutbildning.
- Process inbegriper att kvaliteten bedöms utifrån summan av alla åtgärder som utgör sjukvård, men också utifrån hur vården levereras, samt de mellanmänniska processerna. I detta fall kan processen utgöra hur ledning och sjukhusets chefer ser till att riktlinjer om hygienrutiner följs, samt ansvarsfördelningen kring följsamheten bland cheferna och hur utbildning, information och påminnelser ges för att vårdpersonal ska motiveras till att utföra hand-och hygienrutiner och arbeta patientsäkert, i kontakten med patienten.

Enligt Donabedian (1966), är mätning av processen likvärdig med mätning av kvalitet i vården eftersom processen innehåller alla handlingar som görs av hälso- och sjukvårdspersonalen. Information om processen kan både erhållas från journaler, via intervjuer med patienter och vårdpersonal, och som direkta observationer.

- Resultat, eller utfall, innebär en bedömning av kvaliteten utifrån alla effekter av vård för patienter; som förändringar i hälsotillstånd samt patientens tillfredsställelse, även effekter av kunskaps- och beteendeförändringar både för patient och för personalens del (Donabedian, 1966). Ett bra resultat torde här leda till ett högre/förbättrat resultat vid observationsmätningarna till följsamhet av hygien- och klädrutiner samt till en generell upplevelse av god följsamhet.

Samverkan betraktas som ett strukturellt förhållande, som tvingar fram olika processaktiviteter, t.ex. kunskaps- och informationsutbyte (Donabedian, 1966). Samverkan bygger på lokal, horisontell kommunikation över organisationsgränser runt individer och behovsgrupper. I detta fall kan det utgöra att alla chefer arbetar samordnat och enat kring strukturuppbyggandet av riktlinjer och följsamhetsfrågor. Genom samverkan, att samarbetet kring följsamhetsfrågor till hand- och hygienrutiner ökar, skapas motivation till koordinering, harmonisering och synkronisering av följsamhetsarbetet, det vill säga processarbete. Resultat eller utfall kan mätas via mätningar av följsamhet och observationer. Donabedian (1966) påpekar att framgångsfaktorerna har sin tyngdpunkt i struktur och processperspektiven, medan resultatperspektivet framför allt omfattar den motivation som en gemensam vision om det goda resultatet innebär, det vill säga här; hög följsamhet till hygienrutiner.

Framgångsfaktorerna i termer av process, struktur och resultat, intersektoriell samverkan, är att det från ledningen finns ett beslut och en tydligt uttalad strategi om att hygienrutiner skall följas, att det finns en känd handlingsplan för chefer och personal, som bygger på kunskap och behovet av samverkan och allas stödande och utförande av hygienrutiner. Enligt Donabedian (1966) måste följsamhetsarbete följas strukturellt med systematisk uppföljning och utvärdering samt mätningar och uppföljningar som är integrerade i vardagen.

6.2.3 Ledarskapets roll i kvalitetsförbättringsarbete

WHO (2009) betonar områden som är särskilt viktiga för arbetet med att förbättra följsamhet till hand- och hygienrutiner, där grundförutsättningen är sjukhusledningens och chefers involvering och engagemang. Just organisationens ledarskap, dess engagemang och åtagande är en av framgångsfaktorerna som i slutändan har störst effekt på förbättringsåtgärder (WHO, 2009). Hälso- och sjukvård innehåller i hög grad

tvärprofessionellt och multidisciplinärt arbete. För att multidisciplinära team skall kunna utvecklas på ett framgångsrikt sätt ställs krav på tydligt ledarskap för att få dem att arbeta tillsammans och följa rutiner (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Under intervjuerna framkom att cheferna förväntar sig en lojalitet till och respekt för riktlinjer och föreskrifter om hygienrutiner hos personalen. Den personal som har dålig eller låg följsamhet får en påminnelse om vad som inte stämmer enligt riktlinjer. Enligt en studie av Sax et al. (2007) är det att vilja vara till lags och följa den gängse kulturen på arbetsplatsen ett större incitament till följsamhet av hygienrutiner, än kännedomen om att det kan minska antalet vårdrelaterade infektioner. Chefer och kollegors påtryckningar motiverar således mer till högre följsamhet, än risken att utsätta patienten för infektion vid vård. Samma studie visade att ledningens säkerhetstänkande motiverade vårdpersonalen till att utföra handhygien. Detta styrker att chefer och ledning måste tydligt uttala att följsamhet till hygienrutiner förväntas och efterfrågas. Alla intervjuade chefer påtalar att när de själva är ute i vården och i kontakt med patienter; försöker de göra sitt yttersta för att följa hygienrutiner och vara korrekt klädda, att föregå som gott exempel, agera förebild. Tanken med det är, som det uttrycks, att motivera personalen till att göra samma sak som cheferna vid patientarbete. Det tas upp i intervjuerna att övriga i personalen följer det som ledaren gör och att det därför är viktigt att göra rätt.

Enligt WHO (2009) bör ledarskap inte bara inkludera organisationens ledning, chefläkare och verksamhetschef utan bör också inkludera klinisk vårdpersonal i ledande ställning och ledare för olika team och förbättringsarbeten. Dessa måste inte bara efterfråga och kontrollera att det är hög följsamhet till hygienrutiner, men också söka underlätta följandet av hygienrutiner genom att undvika stress och underbemanning på enheterna, samt säkerställa att utrustning finns för att utföra rutiner enligt de fastställda reglerna (WHO, 2009).

6.2.4 Åtgärder för förbättring av följsamhet till hygienrutiner

WHO (2009) samt CMHH (2010) framhåller vikten av att regelbundet mäta patientsäkerheten genom att följsamhetsmätningar till hygienrutiner utförs regelbundet, och att resultaten sedan skall återkopplas till personalen och arbetas med. Övervägande av de intervjuade kände till att punktprevalensmätningar genomförts angående följsamhet till hygienrutiner. Vårdenhetscheferna hade tagit del av resultaten och kunde ange ungefär i vilket spann resultaten varit i. De hade också satt upp samt presenterat hur följsamheten ser ut för sin personal.

Punktprevalensmätningen till vårdrelaterade infektioner tas upp ett antal gånger under intervjuerna - att dessa mätningar visar att sjukhuset ligger bland de bättre i länet, men

att det inte rimmar med att sjukhuset på punktprevalensmätningar till hygienrutiner ligger bland de sämre. Det uttrycks också oro över att den som observerar vid punktprevalensmätningarna, eventuellt inte har sett att personer t.ex. använt handsprit, att det kan vara ett observationsfel som gör att siffrorna blir som de blir. Flera gånger framförs idéer om att i egen regi oftare utföra punktprevalensmätningar till hygienrutiner för att ha möjlighet att upptäcka svårigheter med följsamhet på enheten och att kunna diskutera och samverka kring rutiner och arbetssätt och påtala vikten av god följsamhet med alla i det multidisciplinära teamet.

Föreskrifter och riktlinjer är värdefulla för att fastställa evidensbaserad praktik, för att förbättra kvaliteten, och reducera olämpliga variationer i vården (Grol & Grimshaw, 2003), men de är ibland, trots sitt budskap, inte effektiva i att få folk att ändra sitt invanda beteende. Det räcker inte bara med att riktlinjerna finns till, de måste också göras kända och arbetas med för att nå konsensus och vilja till utförande av dem hos personalen (CMHH, 2010).

Grol och Grimshaw (2003) har identifierat en rad olika barriärer till varför personalen inte utför handhygien eller följer hygienregler:

- Kognitiva faktorer, att det är låg kännedom och kunskap om riktlinjerna, att riktlinjerna inte anses vara evidensbaserade, eller att det finns avsaknad av kunskap om vilka komplikationer som kan uppstå om handhygien inte utförs.
- Attityder hos individen, exempelvis att riktlinjerna uppfattas som för rigida, att utföranden av dem tar för lång tid, eller att man inte håller med om de föreslagna aktiviteterna.
- Sociala och organisatoriska barriärer, som att det inte är någon efterfrågan eller kontroll om handhygien utförts, att det saknas förebilder hos ledande personer och stöd från ledningen, att det är underbemannat på enheterna eller för stor arbetsbörda för att hinna med att utföra handhygien, och även att faciliteterna för att utföra korrekt handhygien inte är tillräckliga.

För att kunna nå till en förändring måste hinder för att nå målen identifieras och det skall finnas en realistisk plan för hur organisationen skall komma runt dessa hinder och barriärer (Grol & Grimshaw, 2003). I försöken att uppnå förändring bör det både fokuseras på den individuella vårdpersonalen och på interpersonella faktorer, system och organisationsfaktorer. Vårdpersonalen behöver utbildas och informeras om, motiveras till och även tränas i att involvera riktlinjer i det dagliga arbetet. Personalen skall också känna att de arbetar i en organisation som har stöd från ledningen och chefer, att organisationen är strukturerad så att riktlinjer skall följas. För att stödja hälso- och sjukvårdsorganisationer i arbetet med åtgärder som kan förbättra utförande av hand- och hygienrutiner och öka följsamheten till dem, har experter i samråd från CMHH (2010) sammanställt förslag på åtgärder, och verktyg.

Vikten av att involvera all personal, och i synnerhet ledare och chefer understryks, samt att genom mätningar och kontroller och återkopplingar av dessa till personalen, fokusera på förbättring. Vårdpersonalens kunskap och attityder framhålls ha stor betydelse, liksom yttre faktorer som avtal och lagar också kan påverka viljan till att utföra hygienrutiner. Som exempel kan vara om sjukhuset i avtal reglerat att om de uppfyllar en viss nivå på följsamhet till rutiner eller en låg nivå på uppmätt andel vårdrelaterade infektioner så erhålls ett monetärt utfall, vilket kan öka motivationen till följsamhet. Slutligen påtalas att ett sjukhusövergripande åtagande och engagemang bland ledarna kring rutinföljsamhet och säkerhetskultur är en nyckel till att få till en bra följsamhet till hand- och hygienrutiner (CMHH, 2010).

7. KONKLUSION

Följsamheten till hygienrutiner skulle sannolikt kunna öka genom att samverka, samordna och ha en mer sjukhusövergripande enad fokusering på hygienrutiner. Trots en relativt god följsamhet redan idag var upplevelsen efter intervjuerna att det framförallt arbetas med följsamhet på den egna enheten, medan det är liten koordinering mellan enheterna. På så sätt förloras möjligheten att på gemensamma chefsmöten diskutera vad som kan göras annorlunda eller förbättras, och därmed uppnå ett gemensamt arbetssätt kring hygienrutiner och en klart uttalad strategi för den personal som har sämre följsamhet. Detta kommer inte bara kunna leda till en förbättrad patientsäkerhet, utan även säkerställa att intentionerna i både internationella och svenska föreskrifter och lagar om vårdhygien och hygienrutiner uppfylls på ett bättre sätt.

8. OMNÄMNADEN OCH TACK

Ett stort tack skall riktas allra först till chefläkaren på det aktuella sjukhuset som gav tillstånd till att studien skulle få genomföras och naturligtvis ett stort tack till alla intervjuade chefer som ställde upp. Utan er skulle det inte ha blivit någon studie. Hoppas att jag har gjort era tankar och meningar rättvisa; det vill säga att ”mina resultat” kan användas för viss optimering av följsamhet till hygienrutiner i er arbetsvardag. Min handledare, Lene Povlsen, från NHV förtjänar en riktig hedersomnämning. Lene har arbetat hårt på att få mig att gå ifrån en övertydlig hygiensjuksköterska till att ha en mer vetenskaplig inriktning och tänk. Jag har lärt mig mycket! Jag önskar att alla kunde få ha en sådan engagerad, stenhård och kritisk (på ett konstruktivt sätt) samt positiv handledare som Lene. Därtill vill jag tacka min

arbetsgivare; Vårdhygien Stockholms län, för att ha fått möjlighet att studera vid NHV. Jag vill också tacka mina arbetskollegor som kommit med uppmuntrande ord och försökt att stötta under kurser och skrivandet av masterarbetet. Till sist återstår att tacka de som jag nog har försummat en del, både under kurser nere på NHV och under skrivandet av masterarbetet; nämligen min familj; bestående av make Patrik och barnen; Karin, Ella och Martin. Ett stort tack också till mamma Solveig som stöttat med matlagning, läxläsning med barnen och körning till aktiviteter med dem då jag varit på kurser på NHV eller suttit vid datorn med uppsatsen.

REFERENSER

Arbetsmiljöverkets författningssamling, AFS 2005:1. *Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – Smitta, toxinpåverkan, överkänslighet*. Webbsida. Hämtat 15 mars 2013.

http://www.av.se/dokument/afs/afs2005_01.pdf

Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (2007). I: *Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (Red.). Studentlitteratur, Malmö. Kap 1, sid 11 – 31.

Boyce, J., Pittet, D. (2002) Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. MMWR 2002; 51(No. RR-16): [inclusive page numbers].

Webbsida. Hämtat 21 oktober 2012. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>

Brandt, E., Frank, L., Fredén, B., Kringeland, T. & Stark, L. (2007). I: *Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (Red.). Studentlitteratur, Malmö. Kap 6, sid 143 – 162.

CMHH (2010). The Consensus Measurement in Hand Hygiene. *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*. The Joint Commission. Utlagt på webbsida 4 maj 2010. Hämtat 8 oktober 2012.

http://www.jointcommission.org/Measuring_Hand_Hygiene_Adherence_Overcoming_the_Challenges/

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol 44, (3), page 166-203. Reprinted in *The Milbank Quarterly*. Vol 83, (4), 2005, page 691–729.

ECDC (2009). *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control; 2009 p.201. Webbsida. Hämtat 15 mars 2013.

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1011_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf#page=184

Ericson, E., Ericson, T.(2009). *Klinisk mikrobiologi: Infektioner, Immunologi, Vårdhygien*. Liber Förlag AB, Falköping

Forsberg, C. Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur, Stockholm.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). 105-112

Grol, R., Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change. *The Lancet*, 11(362), 1225 – 1230.

Holme, I.M., Solvang, B.K., (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund.

Hughes JM. (1987) Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): Nosocomial infection surveillance in the United States: historical perspective. Results and implications for the future. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 1987 nov; 8(11):450-3. Review.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I: *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (Red). Studentlitteratur, Lund. (sid. 159 – 172).

Malterud K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund.

Pittet, D., Boyce, J.M. (2001). Hand hygiene and Patient care: Pursuing the Semmelweis legacy. *The Lancet*, Infectious Diseases, April, 9 – 20.

Sax, H., Uckay, I., Richet, H., Allegranzi, B. & Pittet, D (2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, November; 28(11), 1267 – 1274

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*. Svensk författningssamling. Webbida. Hämtat 20 mars 2013. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Svensk författningssamling. Webbida. Hämtad 20 mars 2013. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Svensk författningssamling. Webbida. Hämtad 20 mars 2013. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/

SKL; Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Resultat från punktprevalensmätningar; Vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner och klädregler – våren 2013. Webbsida. Hämtat 18 juni 2013.
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar/resultat-vri-och-bhk/vardrelaterade-infektioner-och-basala-hygienrutiner-och-kladregler---varen-2013

Socialstyrelsen (2006) *Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag*. Socialstyrelsen. Webbsida. Hämtat 26 februari 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-12>

Socialstyrelsen (2007). *Vårdhygien i praktiken – En nationell verksamhetstillsyn*. Publiceringsår: 2007. Artikelnummer: 2007-109-5. Webbupplaga. Hämtat 3 februari 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-109-5>

Socialstyrelsen (2011). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner*. Artikel nr 2011-4-16. Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2011. Webbupplaga. Hämtad 17 mars 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18317/2011-4-16.pdf>

Socialstyrelsen Termbank. Webbsida Hämtat 26 augusti, 2013.
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>

Socialstyrelsen (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete - en översikt*. Artikelnummer: 2004-110-1. Webbsida Hämtat 21 mars 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-1>

Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Artikelnummer: 2008-109-16. Webbsida. Hämtat 20 oktober 2012.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-16>

SOSFS 2007:19. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Webbsida. Hämtat 20 oktober 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-19>

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Webbsida. Hämtat mars 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>

Svenska Akademiens ordbok. SAOB. Hämtat 13 februari, 2013. Webbsida.
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Tengelin E, Kihlman A, Eklöf M & Dellve L. (2011) *Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress*. *Arbete och Hälsa* 2011;45(1).

Göteborgs Universitet. Webbida. Hämtad 26 augusti 2103.

<http://www.stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20f%c3%b6r%20stressmedicin/Publikationer/%c3%96vrigt/Tengelin,%20Kihlman%20et%20al%202011,%20Chefsskap%20i%20sjukv%c3%a5rdsmilj%c3%b6.pdf>

World Health Assembly (2002). WHA55.18. WHO *Quality of care: patient safety. Agenda item 13.9 18 May 2002*. FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. Webbupplaga. Hämtat 10 Mars 2013.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf

World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Webbida. Hämtat 28 oktober 2012.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature*. Webbida. Hämtad 10 mars 2013.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

Bilaga 1

Intervjuguide. Kvalitativ Intervjustudie. Monica Ling-Roos

1. Vilken klinik/enhet är du verksamhetschef/vårdenhets- eller sektionschef för?
Vilken yrkeskategori är du chef över?
2. Vad är din uppfattning om hur följsamhet till hygienrutiner ser ut på sjukhuset?
a) generellt b) på din enhet
3. Hur är din egen följsamhet till hygienrutiner?
4. Föreskriften SOSFS 2012:19 om basal hygien i hälso- och sjukvård finns; hur arbetar och diskuterar ni kring den?
5. Ser du några svårigheter i följsamhetsfrågorna? Är det någon grupp eller yrkeskategori som du tror har svårare att följa föreskriften? Varför?
6. Enligt SOSFS föreskrift är det verksamhetschefens ansvar att följa upp att föreskriften följs. Hur gör denne det hos er?
7. Hur följs följsamheten upp? (PPM-BHK)
8. Vilka resultat nådde ni på senaste mätningarna av följsamhet (PPM-BHK)?
9. Hur följdes denna mätning upp? Redovisades detta för personalen? Hur kommer ni att arbeta med resultatet?
10. Vilka åtgärder vidtas för personal med lägre följsamhet till hygienrutiner? Finns det personal med upprepad icke följsamhet? Vad görs för att förbättra?
11. Är det något annat du har att framföra kring följsamhetsfrågor?

