



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HJÄLPANDE HÄNDER?

Strategier för ökad följsamhet till rutiner kring handhygien

Anna Sellén

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Tack till min handledare Lotta för motstånd och medhåll.

Tack till Tobias och Majsas för er hjälp med korrekturläsning samt kloka synpunkter på arbetet i stort.

Titel (svensk)	Hjälpande händer?
Titel (engelsk)	Helping hands?
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare	Anna Sellén
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning

Bakgrund Följsamheten till basala hygienrutiner och handhygien specifikt befinner sig på suboptimala nivåer. Den variation i nivåer av följsamhet som existerar i svensk hälso- och sjukvård antyder utrymme för förbättring. Konsekvenser av bristande följsamhet till handhygien är smittöverföring och påföljande fall av vårdrelaterade infektioner som innebär lidande för patienter samt medför ökade kostnader för sjukvården. Sjuksköterskeprofessionen skall verka lindrande, preventivt samt främja hälsa. Att tillämpa hygieniska principer i sitt arbete samt driva och medverka i förbättringsarbete gällande hygienisk standard har således sin givna plats i omvårdnaden. Detta återfinns i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska samt i lagtext som reglerar hälso- och sjukvårdens verksamheter. Uppsatsens **syfte** var att belysa strategier för ökad följsamhet till rutiner kring handhygien inom slutenvård. **Metod** för genomförandet var en litteraturoversikt av nio artiklar som kvalitetsgranskats enligt Friberg (2012). **Resultatet** av översikten visade att bruk av multifaktoriella strategier som införs simultant och tar ett brett grepp på frågan följsamhet till handhygien men även studier av singelstrategier har varit framgångsrika i de kontexter de prövats. Strategier för ökad följsamhet till handhygien som framkommit var för sig men även prövats tillsammans är *direkt återkoppling* på observerat följsamhetsbeteende, *utbildningsinitiativ*, även *kontextualiserad utbildning* där rutiner kring handhygien placeras i specifik kontext, ett initierat *ledarskap* som bidrar till en *organisationskultur* som aktualiserar och betonar problemområdet samt i viss mån *produktplacering* av handdesinfektionsprodukter. **Slutsatsen** är att de strategier för ökad följsamhet som framkommit är uteslutande framgångsrika i sin ansats. Detta antyder att problemområdets förbättringspotential är stor men lyfter även frågan om förändringar i följsamhetsbeteende kan bli varaktiga efter utförd intervention. Dessutom då ett flertal av de studier som granskats lider av en svagare metodologi väcks frågan om generaliserbarhet av resultaten samt ett eventuellt behov av mer metodstark forskning. Behov ses även av utökad kunskap kring *varför* följsamhetsnivåer varierar samt befinnas suboptimala, i sådan kunskap kan ytterligare strategier utvinnas.

Nyckelord: omvårdnad, basala hygienrutiner, handhygien, följsamhet, strategier

Innehållsförteckning

Lista över förkortningar	1
Inledning	1
Bakgrund.....	2
Teoretisk referensram	3
Vårdlidande	3
Handhygien.....	3
Följsamhet	4
Patientsäkerhet.....	4
Vårdskada.....	4
Vårdrelaterade infektioner	4
Problemformulering.....	4
Syfte	5
Metod.....	5
Datainsamling.....	5
Dataanalys	6
Resultat.....	6
Direkt återkoppling	6
Produktplacering	7
Socialt inflytande/ledarskap.....	7
Utbildning	7
Multifaktoriella interventioner	8
Diskussion	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion.....	11
Implikationer för omvårdnad	14
Referenslista.....	14
Bilaga 1: informationssökning	
Tabell 1: Cinahl	
Tabell 2: PubMed	
Tabell 3: Scopus	
Bilaga 2: granskningsmall	
Bilaga 3: artikelöversikt	

Lista över förkortningar

BHR = Basala hygienrutiner

CVK = Central venkateter

HH = Handhygien

HSL = Hälso- och sjukvårdslagen

MeSH = Medical subject headings

MRSA = Meticillinresistenta staphylococcus aureus

PVK = Perifer venkateter

VRI = Vårdrelaterade infektioner

WHO = Världshälsoorganisationen

Inledning

I omvårdnaden av våra patienter så använder vi oss i många aspekter av våra händer. Vi palperar patienter, hanterar CVK, sätter in och hanterar PVK, hjälper patienter med den personliga hygien, lägger om sår, tar hudstatus, tar i hand, torkar tårar etc. Sjuksköterskans händer spelar en stor roll i omvårdnad. Och det existerar många associationer till händerna som kan härledas till disciplinen omvårdnad. En hjälpande hand, en sval hand på en febrig panna, hålla handen, ett skickligt handlag och så vidare. Alla dessa är relativt positiva associationer men reflekterar vi tillräckligt över att vi med våra händer också kan orsaka skada hos patienter?

Den vanligaste smittvägen inom all vård är kontaktsmitta (Vårdhandboken, 2015). Som omvårdnadspersonal rör vi oss konstant bland och mellan patienter och blir i och med det en betydande smittorisk för de vi vårdar. Därför arbetar vi också aktivt för att bryta denna smittväg. Basala hygienrutiner med handhygien som betydande komponent är den mest grundläggande åtgärden för att bryta smittvägar i vården. Det är en rutinmässig och frekvent förekommande uppgift i en sjuksköterskas yrkesvardag. Tidigt i vår utbildning utbildas vi i hygieniska principer och får kontinuerligt praktisk hygienutbildning. Vårdhygien som sådan har också starka, traditionella konnotationer till sjuksköterskans profession med det arbete som Florence Nightingale inledde och utvecklade på 1800-talet.

Trots denna vikt som ges hygien och basala hygienrutiner inom omvårdnad återfinns ständigt en bristande följsamhet till just sådana rutiner och föreskrifter. De omständigheterna gör att det finns anledning att fördjupa sig i problemområdet bristande följsamhet till handhygien och vad som kan göras för att öka följsamheten.

Bakgrund

Ungefär var tionde patient som vårdas inom slutenvården, somatisk vård drabbas av någon form av vårdskada. Med vårdskada avses en skada som uppkommit till följd av vårdens agerande och som är undvikbar. Vårdskador orsakar ett stort lidande hos patienter och är en kostnadsbelastning för sjukvården. Att minska förekomsten av vårdskador är ett primärt syfte med det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet (Socialstyrelsen, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2015).

Av samtliga rapporterade vårdskador i Sverige står vårdrelaterade infektioner (VRI) för drygt en tredjedel, 35 %. Detta gör VRI till den vanligaste formen av vårdskador, en position VRI innehar även på global nivå. Förekomsten av VRI följs regelbundet upp med hjälp av systematiska punktprevalensmätningar som inleddes 2008 i Sverige. Sedan våren 2009 har den förekomsten legat på en relativt stabil nivå runt 9 %. Detta trots att VRI under flera år varit ett nationellt, prioriterat område för patientsäkerhetsarbete (SKL, 2014; Socialstyrelsen, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2015; WHO, 2010).

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) andra paragrafen, (SFS 1982:763), står att *”hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt 1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, ...”*. Det här är en del i arbetet för att uppfylla de krav som ställs på en god vård. Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta på ett sådant sätt att den vårdmiljö som patienter vistas i uppfyller en god hygienisk standard, detta för att säkra patienters trygghet. Att den fysiska vårdmiljön spelar en viktig roll för en god vård i vilken tillfrisknande och återhämtning kan ske är känt sedan länge. Den hygieniska standard som upprätthålls är i sin tur en del av en god, fysisk vårdmiljö (Bergbom, 2014). Uppmärksammandet av detta är också en del av sjuksköterskans professionella arv. När Florence Nightingale 1860 startade den första sjuksköterskeskolan gjorde hon det mot bakgrund av det arbete som hon initierat och lett med att uppmärksamma, betona betydelsen av och markant förbättra den många gånger icke-existerande hygien på dåtidens sjukhus (Ericson & Ericson, 2009; Nightingale, 1860).

Med vetskapen om att den vanligaste smittvägen inom all vård är kontaktsmitta via händer samt att basala hygienrutiner (BHR) är den mest grundläggande åtgärden för att bryta den smittvägen (Vårdhandboken, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2015) blir följsamheten till BHR en högtintressant fråga. Och den varierar kraftigt i Sverige idag, mellan landsting (56 % till 88 %), sjukhus (48 % till 94 %) och även inom sjukhus (som mest 48 % till 79 %) (SKL, 2014). Även om alla VRI inte kan förhindras med hjälp av en ökad följsamhet till BHR så finns det betydande evidens för att BHR bidrar till att förhindra smitta i vården. Socialstyrelsen kategoriserar detta evidensläge till kategori I, starkt stöd, samt II, visst stöd (Socialstyrelsen, 2006). Arbete för en ökad följsamhet till BHR är således motiverat utifrån tillgänglig evidens i syfte att åstadkomma en mer säker och god vård.

En god hygienisk standard är således ett krav som ställs på all hälso- och sjukvård i lagtext som reglerar verksamhetsområdet. Förmågan att i sitt arbete kunna tillämpa hygieniska principer och rutiner är en del i den kompetensbeskrivning som ligger till grund för den legitimerade sjuksköterskans yrkesutövning (Socialstyrelsen, 2005). När en god hygienisk standard inte upprätthålls inom hälso- och sjukvård är det problematiskt för patienter och personal i och med de konsekvenser som en undermålig standard kan föra med sig.

Sjuksköterskor, vars arbete i hög grad skall verka preventivt i syfte att förebygga ohälsotillstånd, har ett betydande ansvar att arbeta med främjandet av god hygien i stort och en ökad följsamhet till BHR specifikt. Den professionella förmågan att bidra till utveckling och driva förbättringsarbete är även betydelsefullt i sammanhanget (Wijk, 2014). Genom en utvecklad kunskap kring hur ökad följsamhet till BHR kan åstadkommas finns en förhoppning om att bidra till en mer säker vård och att lindra lidande hos patienter. Detta mer specifikt utifrån en förståelse av vårdlidande som ett lidande manifesterat hos patienter som skapats av vården själv, här genom bristande följsamhet till rutiner för handhygien (HH).

Teoretisk referensram

Vårdlidande

Vårdlidande är ett underbegrepp till begreppet lidande i Katie Erikssons teoribildning där det beskrivs som en av de tre olika former av lidande som vården möter hos människor nämligen livslidande, sjukdomslidande samt vårdlidande. Vårdlidande beskriver specifikt ett lidande som uppstår och upplevs i relation till själva vårdandet. Det är således ett lidande som orsakar patienter till följd av den vård som utförs eller till följd av utebliven vård. Vårdlidandet benämns som ett onödigt lidande, ett lidande som kan undvikas och är därför nära sammankopplat med ett övergripande patientsäkerhetsarbete i syfte att uppnå en god vård (Eriksson, 1994; Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Socialstyrelsen, 2015). När patienters trygghet riskeras på grund av att en god hygienisk standard inte upprätthålls så skapar det en grund för vårdlidande. Att exempelvis riktlinjer kring hygien inte följs exemplifierar utebliven vård som innebär risk för den patient som vårdas. I det beteendet ligger ett, om än omedvetet, maktutövande gentemot en maktlös part (Eriksson, 1994), patienten, som aningslöst när denna är utlämnad till vårdens försorg riskerar att smittas av exempelvis en vårdares händer.

Det genomgående personalperspektiv som anförs i forskningsfrågan kan möjligtvis upplevas förskjutat något i relation till det mer patientfokuserade, filosofiska begreppet vårdlidande. Medvetenhet finns angående eventuell problematik som denna perspektivförskjutning kan innebära för läsaren. Begreppet vårdlidande tillämpas trots detta på grund av den omedelbara koppling begreppet har till konsekvenser av bristande följsamhet till HH vilket får anses som problemområdets kärnbetydelse. Om beteendet, följsamhet till HH, inte inneburit eventuella konsekvenser för patienter och vården skulle det heller inte definieras som ett problemområde.

Nedan följer en kortare beskrivning av uttryck och begrepp som används genom denna uppsats.

Handhygien

En viktig komponent i basala hygienrutiner, BHR, är handhygien (HH). I Socialstyrelsens föreskrifter kring basal hygien inom vård och omsorg omfattar HH ett flertal punkter som sammanfattningsvis innebär följande: händer ska desinfekteras med alkoholbaserat desinfektionsmedel eller motsvarande, före och efter varje patientkontakt. Om händer är synligt smutsiga eller vid vård av patient med befarad gastroenterit ska händer alltid tvättas med tvål och vatten innan desinfektion med desinfektionsmedel. Skyddshandskar ska användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor vid vård- och omsorgsmoment. Som grundförutsättning för att desinfektion och tvätt av händer ska ha avsedd verkan ingår även i föreskrifterna att händer och underarmar ska hållas fria från smycken och liknande samt att

naglar ska hållas korta och inte vara målade med nagellack (SOSFS 2015:10; Vårdhandboken, 2015)

Följsamhet

Följsamhet definieras som en förmåga att anpassa sig till någonting/någon. Smidig anges som synonym till följsam och den engelska översättningen är compliance. Följsamhet kan även relateras till begreppet efterlevnad som innebär det att efterleva bestämmelser och således även ordet efterleva som definieras som att hörsamma någonting/någon ("Följsam", 2015; "Efterlevnad", 2015; "Efterleva", 2015). I denna uppsats är följsamhet eller förmågan att anpassa sig specifikt applicerat på givna föreskrifter och riktlinjer gällande HH.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet innebär att skydda patienter från att utsättas för vårdskada. När patienter kommer i kontakt med hälso- och sjukvården ska den kontakten kunna vara förenad med en känsla av trygghet och säkerhet. Patientsäkerhetsarbete berör således hela vårdens verksamhet men särskilda riskområden existerar som exempelvis, läkemedelshantering, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ålägger vårdgivare att vidta nödvändiga åtgärder som bedöms betydelsefulla för att förebygga uppkomst av vårdskador. Dessutom ska en fortlöpande uppdatering gällande eventuella risker i verksamheten ske. I det systematiska kvalitetsarbetet ska riskanalyser och egenkontroller ingå samt utredning av inträffade händelser (Socialstyrelsen, 2015; Öhrn, 2009).

Vårdskada

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) avses med begreppet vårdskada "... lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården."

Vårdskador är resultat av vad man kallar negativa händelser som skulle kunnat undvikas, och vårdskada förhindras, om omständigheter varit annorlunda (Öhrn, 2009).

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) definieras som infektioner som uppträder hos patienter samt personal i anslutning till behandling, undersökning och omvårdnad. VRI utgör drygt en tredjedel, 35 %, av samtliga rapporterade vårdskador och är därmed den vanligaste formen av vårdskada inom slutenvården, somatisk vård i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2015).

Problemformulering

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste formen av vårdskador. Att all personal inom hälso- och sjukvård tillämpar basala hygienrutiner är en grundläggande åtgärd för att förebygga VRI. Kontaktsmitta via händer en av de vanligaste smittvägarna, vilket gör HH till en mycket viktig beståndsdel i detta förebyggande arbete. Samtidigt påvisas återkommande en suboptimal följsamhet till de riktlinjer som gäller för HH. Hälso- och sjukvården är i lagtext förbunden att i sin verksamhet uppfylla krav för en god hygienisk standard och det finns ett klarlagt samband mellan följsamhet till HH och minskad smittöverföring i vården. Dessa

omständigheter gör det viktigt att utreda hur ökad följsamhet till HH kan uppnås inom hälso- och sjukvården, i syfte att bidra till en mer patientsäker och således god vård.

Syfte

Med syfte att belysa strategier för ökad följsamhet till rutiner kring handhygien inom slutenvård.

Metod

Litteraturoversikt valdes som metod till denna uppsats. Det bedömdes som ett adekvat val i förhållande till den forskningsfråga som skulle beröras där en översikt av kunskapsläget gällande vilka strategier för ökad följsamhet till HH som finns beskrivna i litteraturen definierades som syftet. Att genomföra en litteraturoversikt handlar i essens om att undersöka den forskning som existerar för att uppnå en övergripande bild av vad som studerats samt hur det studerats (Friberg, 2012).

Datainsamling

Initialt gjordes en inledande litteratursökning för att bilda uppfattning om tillgången på producerad kunskap inom det tänkta problemområdet. Denna inledande sökning gjordes huvudsakligen i de vetenskapliga databaser som senare även låg till grund för den egentliga litteratursökningen och den bidrog till att verifiera problemområdet samt gav information om relevanta och användbara sökord.

Den egentliga litteratursökningen genomfördes med utgångspunkt i databaserna Cinahl, PubMed samt Scopus. Sökorden som användes togs fram i relation till problemområdet varpå samtliga bearbetades med hjälp av tesaurusarna Cinahl headings samt MeSH.

Den egentliga litteratursökningen skulle redan från början visa att den tillgängliga forskning som berörde problemområdet relativt snabbt täcktes in med hjälp av de initialt använda sökorden. Således återfinns en majoritet av de artiklar som ligger till grund för denna uppsats i de allra första sökningarna. När sökprocessen fortskred visade detta sig genom att samma träffresultat återfanns upprepade gånger trots ändrade kombinationer av sökord, viss modifiering av sökord samt en viss utvidgning av inklusionskriterier. Denna process finns redovisad i tabellform, se bilaga 1, tabell 1. Åtta av uppsatsens nio artiklar valdes genom dessa sökningar i vetenskapliga databaser.

En artikel valdes med hjälp av manuell sökning. Den hittades i referenslistan hos en annan granskad artikel.

Inklusions-, och exklusionskriterier användes för att sortera bland de träffar som sökningarna gav upphov till. Dessa kriterier gällde vetenskaplig granskning av artiklar, årtal, artiklar som inkluderats i denna översikts resultat faller samtliga inom tidsspannet 2011- 2015, samt att kontexten avgränsades till att gälla slutenvård. Detta innebar att studier vars kontext var

placerad till primärvård och/eller kommunal hälso- och sjukvård exkluderades. Dock skall noteras att endast ett mycket litet antal funna studier exkluderades på basis av detta kriterium.

Dataanalys

Analys av de artiklar vars abstract återspeglade den valda problemformuleringen samt mötte de applicerade inklusionskriterierna skedde härnäst. Under denna process nyttjades granskningsfrågor föreslagna i kurslitteratur (Friberg, 2012). Då endast en av de artiklar som kvalificerade sig för granskning var av kvalitativ art och denna sedermera utslöts efter genomläsning då dess syfte inte i den mån som antytts i abstract svarade mot denna uppsats problemformulering återfinns endast granskningsfrågor applicerade på kvantitativa studier redovisade i bilaga 2.

Ett flertal av de artiklar som sedermera kunde inkluderas i resultat gjorde detta trots att de vid granskning uppvisade en relativt svag metod, diskussion av detta följer under avsnittet metoddiskussion, i övrigt bedömdes dessa artiklar vara av tillräckligt hög kvalitet. Ett mindre antal artiklar bedömdes vara av genomgående hög kvalitet, alltså även metodologiskt starka, vid granskning. Studier som var av lägre kvalitet rent metodologiskt inkluderades som sagt trots detta och det på grund av att de bedömdes vara goda representanter för en typ av svagare metod som vid litteratursökning föreföll dominerande. Därför bedömdes dessa studier fortsatt vara av vikt vid en litteraturöversikt i förevarande problemområde.

Inkluderade artiklar lästes sedan igenom ett flertal gånger för att kunna skapa en rättvis bild av redovisade resultat. Under genomläsningar färgmarkerades de strategier som framträdde i syfte att gruppera dessa senare i processen. Artiklar markerades sedan ytterligare med en kort sammanfattning av redovisade strategier. Därefter sammanställdes dessa och beskrivande rubriker skapades.

Samtliga granskade studier för etiska resonemang däremot redovisar somliga att godkännande från motsvarande etisk kommitté inte behövts inhämtas. Detta relaterat till studiers tillvägagångssätt som i huvudsak endast involverar hälso- och sjukvårdspersonal och beteenden hos denna grupp.

Resultat

Nedan följer ett antal rubriker under vilka de strategier för ökad följsamhet till handhygien (HH) som funnits i denna studie redovisas. Under rubriken multifaktoriella interventioner återfinns studier med inslag av strategier som även skulle platsat under tidigare redovisade rubriker, orsaker till detta diskuteras närmre under avsnittet för resultatdiskussion.

Direkt återkoppling

Med direkt återkoppling menas här att vid observation av följsamhet till HH så förmedlas information om följsamheten direkt vidare till berörd hälso- och sjukvårdspersonal.

I en kvasi-experimentell studie av Marra et al. (2014) prövades omedelbar återkoppling som ensam strategi. Två avdelningar studerades, varav en utgjorde kontrollavdelning. På interventionsavdelningens rum installerades elektroniska desinfektionsstationer som registrerade om handdesinfektion utförts. När hälso- och sjukvårdspersonal kom inom ett visst

avstånd till patientsängarna larmade dessa stationer vidare, genom en bricka som personal bar i fickan under interventionen, till ett ljussignalsystem som installerats på respektive vägg ovanför sängarnas huvudända. Grönt ljus för utförd handdesinfektion, rött ljus för utebliven. På så vis fick personal direkta upplysningar om sin egen följsamhet. Innan interventionen implementerades förelåg inga signifikanta skillnader i följsamhet mellan kontroll- och interventionsavdelning. Efter intervention fann man en signifikant ökning i följsamhet till handdesinfektion hos interventionsavdelningen, både i förhållande till kontrollavdelning såväl som till sig själv innan implementerad intervention.

Produktplacering

Cure & Van Enk (2015) har i sin studie undersökt vilken effekt placering av handdesinfektion har på följsamhet till HH. På ett sjukhus i USA med 12 stycken deltagande avdelningar har man utrett användarvänlighet på tillgängliga handdesinfektionsprodukter. Man räknade fram ett användarindex utifrån ett flertal användarkarakteristika: produktens synlighet, grad av åtkomlighet, proximitet till ingång, placering i förhållande till arbetsflöde samt optimal höjd av placering (85-110 cm över golv). Därefter tittade man på samband mellan avdelningarnas följsamhet till HH och det användarindex som framkommit vid utredning av produktplacering. Dessutom utredde man hur standardiserad placeringen var på avdelningarna och tittade på samband mellan standardisering och följsamhet. Det noterades att ett högt användarindex på avdelningens handdesinfektionsprodukter korrelerade med en högre följsamhet till HH. Däremot påvisades inget större samband mellan enbart standardisering av produktplacering och en högre följsamhet.

Socialt inflytande/ledarskap

I en kluster-randomiserad studie av Huis, Schoonhoven, Grol, Donders, Hulscher & Achterberg (2013) prövades en så kallad team- och ledarskapsorienterad strategi på tre sjukhus i Nederländerna. 67 avdelningar utgjorde population i studien och dessa randomiserades sedermera till två grupper. Interventionen sträckte sig över sex månader. Den ena gruppen, kontrollgruppen, mottog en serie av interventioner som inkluderade utbildning, återkoppling samt produktplacering. Den andra gruppen, interventionsgruppen, mottog *utöver* (egen kursivering) dessa ytterligare interventioner som baserades på socialt inflytande, teamaktiviteter och ledarskap. Interventionsgruppens ytterligare strategier utmärktes av teambaserade sessioner där normer och mål inom teamet på avdelningarna diskuterades och sattes upp, ett utökat initiativtagande från avdelningens ledning vad gällde HH samt ett utövande av informellt ledarskap bland personalen vad gällde rutiner kring HH i syfte att uppnå ett främjande klimat för adressering av HH-frågor bland personal. Studien visade att båda grupper kunde visa på en substantiell ökning av följsamhet till HH men interventionsgruppens ökning var högre 20 % till 53 % (interventionsgrupp) mot 23 % till 42 % (kontrollgrupp).

Utbildning

Wiles, Roberts & Schmidt (2015) prövade i sin studie en strategi som inbegrep utbildningstillfällen med visuella inslag där kunskapstest utfördes före och efter genomförd intervention. På en akutvårdsavdelning fick personalen initialt genomföra ett kunskapstest, därefter delta i två interaktiva läroaktiviteter med visuella inslag där rutiner för handhygien och

dess effekt på spridning av mikrober förevisades. Efter att personal tagit del av utbildningstillfällena fick man igen genomföra ett kunskapstest. Studien visade att personalens kunskapsnivå ökade efter genomförd intervention och så gjorde även avdelningens följsamhet till HH, 70 % till 84 %.

Multifaktoriella interventioner

Fem studier beskrev multifaktoriella interventioner med ibland varierande strategier dock gemensamt att de prövades tillsammans, så kallade bundle of interventions. Dessa studier återges var för sig nedan.

Walker et al. (2014) implementerade ett interventionsprogram på två avdelningar med två avdelningar som kontroll. Interventionsprogrammet bestod av utbildning, observation och direkt återkoppling vid observation både till hälso- och sjukvårdspersonal samt till ledning för respektive avdelning. Observation av följsamhet skedde öppet på interventionsavdelningarna eftersom även direkt återkoppling ingick i programmet. På kontrollavdelningarna var observationerna dolda. Studien visade signifikanta skillnader i följsamhet till handhygien hos båda interventionsavdelningar, 49 % till 90 % samt 60 % till 96 %. Kontrollavdelningarna uppvisade inga signifikanta skillnader i följsamhet.

I en studie av Johnson et al. (2014) prövades en multifaktoriell kvalitetsintervention som omfattade områdena: utbildning, ansvar, produktplacering samt organisationskultur. Interventionen omfattade ett flertal sjukhus med sammanlagt 540 patientplatser och pågick under perioden 2006-2012. Personal återutbildades angående HH med hjälp av en gemensam utbildningsmodul. Representanter från vårdhygien och/eller hälso- och sjukvårdspersonal som utbildats av vårdhygien genomförde ett ökat antal observationer av följsamhet till HH vars resultat månatligen återkopplades till vårdhygien. Direkt återkoppling skedde vid observation av icke-följsamt beteende till HH. Placering och inköp av handdesinfektionsprodukter sågs över och omplaceringar utfördes. Dessutom etablerades, delvis med hjälp av ovan nämnda interventioner, en organisationskultur som tydligt framhöll vikten av HH. Vid studiens slut noterades en sammanlagd ökning av följsamhet till HH från 58 % till 98 %. Dessutom noterades en nedgång i antalet fall av CVK-relaterade infektioner.

Sopirala et al. (2014) implementerade en kvalitetsintervention med så kallade länk-sjuksköterskor, där utvalda sjuksköterskor på sjukhusets avdelningar agerade länkar mellan respektive avdelningar och vårdhygien. Dessa länk-sjuksköterskor utbildades i vårdhygien och deltog i månatliga möten med företrädare för vårdhygien, dit de tog med avdelningsspecifika frågeställningar och eventuella problem, de förmedlade dessutom vidare kunskap till sina respektive avdelningar. De observerade även följsamhet till HH och gav direkt återkoppling vid observation till berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Studien visade på en ökad följsamhet till HH, från 30 % till 93 %. Dessutom noterades en minskning på 28 % av antalet vårdrelaterade fall av MRSA.

I en studie av Son et al. (2012) prövades ett interventionsprogram på ett cancercentrum i USA omfattandes totalt 464 vårdplatser. Interventionen innebar att multidisciplinära team bildades bestående av representanter från avdelning, vårdhygien samt en projektledare. Dessa team mottog först en allmän utbildning gällande HH som utgick från världshälsoorganisationens riktlinjer i ämnet och fick sedan kontextualisera denna kunskap i förhållande till sina respektive avdelningar. Det innebar att avdelningsspecifika flödesscheman utformades i vilka rutiner för HH sattes in i sin specifika kontext. Teamen förde vidare kunskap till sina

respektive avdelningar, observerade följsamhet till HH samt gav direkt återkoppling gällande följsamhet till personal. Studien visade en genomsnittlig, sjukhusgemensam ökning av följsamhet till HH från 60 % till 97 %.

Kirkland, Homa, Lasky, Ptak, Taylor & Splaine (2012) prövade en serie av kvalitetsinterventioner som infördes sekventiellt under en tidsperiod på tre år. Interventionerna delades in i fem kategorier: ledarskap, återkoppling, utbildning, tillgänglighet av desinfektionsprodukter och kommunikation. Ledarskap på alla organisationsnivåer betonade vikten av HH, att nuvarande nivåer av följsamhet var oacceptabla samt att det fanns en allmän vilja till förbättring. Feedback på observationer av följsamhet presenterades via intranät för varje enskild enhet samt rapporterades till ledning för respektive enhet. Tillgängligheten för desinfektionsprodukter utvärderades och uppdaterades från centralt håll med förankring i varje enskild enhet, som fick utvärdera sina kliniska omgivningar för optimal placering. Utbildning genomfördes via intranätet och ett certifieringsprogram infördes där personal förväntades genomföra utbildning och därigenom certifieras, dock frivilligt. Kommunikation skedde genom att på olika sätt höja uppmärksamheten kring HH, posters och skärmläckare, artiklar samt direkt kommunikation med medarbetare på enheterna om förväntningar och framsteg. Studien kunde visa på en sjukhusgemensam ökning av följsamhet till HH från 41 % till 91 % samt en minskning av förekomsten av VRI på 31 %.

Diskussion

Metoddiskussion

Vid datainsamling visade det sig relativt enkelt att erhålla träffar på valda sökord och detta lade en god grund för urval av studier. Den allra första kombinationen av sökord gav upphov till ett flertal av de artiklar som resultatet i denna uppsats bygger på. Samma artiklar som då valdes ut som potentiella studier att inkludera återkom vid ett flertal tillfällen i nästföljande sökningar. Detta bidrog till att underbygga urvalet av inkluderade studier.

Samtliga granskade studier var av kvantitativ art vilket kan innebära en begränsning. Anledningen till detta var att inga studier med kvalitativ ansats återfanns i litteratursökningen. Detta ansågs förmodligen vara relaterat till forskningsfrågans sammansättning och därför lades ingen större vikt vid avsaknaden av kvalitativa studier.

Vid granskning av potentiella artiklar var granskningsmallen enligt Friberg (2012) till god hjälp. Vissa svårigheter uppstod vid granskning av metodavsnitt i de studier som redovisade kvalitetsinterventioner. Här uppstod frågeställningar till hur den granskande parten skulle ställa sig till en lägre kvalitetsnivå vad gällde just metodavsnitt. Denna problematik diskuteras närmre nedan.

En potentiell begränsning för det resultat som presenteras i denna uppsats är att ett flertal av de studier som resultatet baseras på är av en metodologiskt svagare natur. De har det gemensamt att de beskrivit så kallade kvalitetsinterventioner som utförts i förbättringssyfte inom området HH. Studierna har då exempelvis använt sig av ett mycket brett urval och konsekvent genomfört kvalitetsinterventioner och redovisat resultat före- och efter intervention. Kontrollgrupper har använts i mycket låg utsträckning. Att de ändå inkluderats beror på att de utgjorde en betydande del av det material som framkom vid

informationssökning och därför bedömdes som viktbar i översikten. Det är en intressant frågeställning varför en översikt av ämnet följsamhet till HH ger upphov till en så pass stor andel metodsvaga studier.

Samtliga artiklar som tillhör den mer metodsvaga gruppen är medvetna om och diskuterar valet av metod och dess implikationer för resultat. Son et al. (2011) skriver *"From the outset, our objective was to immediately improve the quality of patient care, not to achieve statistically significant improvements in hand hygiene compliance."* (s. 723). Detta uttalande sammanfattar i stort det som de flesta studier som beskrivit kvalitetsinterventioner försvarar sitt val av metod med. Det har funnits en uttalad önskan om att åstadkomma förändring i en patientsäkerhetsfråga på grund av dess konsekvenser för patienter och vården som sådan.

En annan förklaring som ges i de studier som granskats är att flertalet i sin ansats betonar betydelsen av etiska frågeställningar som grund för valet av metod. Det förs resonemang kring att det finns etiska problem med mer metodstark, klinisk forskning i ämnet på grund av att eventuella positiva effekter av en intervention inte skall komma alla patienter till del. Dessutom menar man vidare att på grund av den komplexa, sociokulturella miljön som beteendet följsamhet till HH måste studeras inom ger vid hand att prövandet av mer multifaktoriella interventioner som riktar in sig på ett flertal aspekter är att föredra framför en kliniskt, kontrollerad studie av en singelfaktor exempelvis (Kirkland et al., 2012). Det här antagandet kan till viss del stödjas med begreppet extern validitet som behandlar just generaliserbarheten hos studier. Extern validitet berör just svårigheter med att generalisera resultat som visats i en mycket kontrollerad studiemiljö. Har resultat istället kunnat visas på i en studiemiljö som skiftar i sammansättning kan detta bidra till en starkare generaliserbarhet (Polit & Beck, 2012).

Det finns invändningar mot ovanstående argument. Liknande skulle kunna hävdas om en stor del av den forskning som bedrivs. Det existerar naturligtvis en etisk problematik kring att pröva nya metoder eller nya läkemedel i kontrollerade studier där en eller flera grupper mottar intervention och en eller flera inte gör det. I specifikt den kontext som studerats innebär, exempelvis en kvalitetsintervention i syfte att öka följsamheten till HH som slår väl ut, att förekomsten av VRI minskar (Kirkland et al., 2012) och därmed även att det lidande som orsakas patienter minskar. Med ett liknande resultat i en randomiserad, kontrollerad studie innebär det att kontrollgruppen och patienter som vårdats i den kontexten går miste om dessa positiva effekter. Men då metodiken är erkänt starkare i den randomiserade, kontrollerade studien och resultatet därför lättare kan generaliseras skulle man i argumentation kunna hävda att det i sin tur gör att de positiva effekter och mer patientsäkra arbete som kunnat uppnås i studien i förlängningen kan komma fler till del. Hälso- och sjukvården och de professioner som verkar inom den ska i sitt arbete utgå från evidensbaserad kunskap (SFS 2010:659). Med det kravet på sjuksköterskans arbete kan det uppstå problematik om förbättringsarbeten inom viktiga patientsäkerhetsområden inte har tillräckligt med metodstark forskning att bygga vidare på.

I en Cochrane-översikt av Gould, Moralejo, Drey & Chudleigh (2010) konstaterar man att kvalitén på den tillgängliga litteraturen vad gäller hur en ökad följsamhet till HH kan uppnås inte är tillfredställande ur metodsynpunkt. Efter denna översikt som bygger på data som publicerats efter 2010 kan liknande slutsatser dras. Tillgänglig litteratur inom området följsamhet till HH är fortsatt mindre tillfredställande ur metodsynpunkt.

Resultatdiskussion

Inledningsvis så redovisades resultatet av denna litteraturöversikt under tematiska rubriker som beskriver kärninnehållet i det resultat som framkommit. På grund av det faktum att ett flertal studier implementerade multifaktoriella interventioner och således ett resultat baserat på dessa interventioner sammantaget valdes en gemensam rubrik utifrån denna multifaktoriella ansats. Dels för att åstadkomma ett tydligare resultat med klarare härledning dels på grund av svårigheter att särskilja resultat som framkommit i studier med multifaktoriella interventioner utifrån enskilda interventioner. Därför ses under rubriken ”Multifaktoriella interventioner” en återgivning av resultat från strategier som även skulle platsat under resultatdelens andra rubriker men som på grund av sin sammansättning placerades under egen rubrik.

Dessa multifaktoriella interventioner med ett flertal strategier för ökad följsamhet till HH har sina metodologiska brister, som beskrivits mer ingående under avsnittet metoddiskussion. Samtidigt pekar mycket på att just användandet av flera, multimodala strategier är del av ett framgångsrikt koncept för att öka följsamhet till HH och minska förekomsten av VRI. Ett sätt att stärka evidensen givet detta faktum vore att med hjälp av mer metodstark forskning pröva singelfaktorer som sedermera, efter att de prövats enskilt, kan inkorporeras i multifaktoriella interventioner (WHO, 2009). Sveriges kommuner och landsting (SKL) har i en fördjupad studie analyserat mätdata samt intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal och ledning från olika landsting med varierande nivåer vad gäller förekomst av VRI. Utifrån de data som då framkommit har åtta stycken framgångsfaktorer identifierats som kännetecknar de sjukhus och respektive landsting som uppvisar en lägre förekomst av VRI. Dessa faktorer är (SKL, 2014):

1. VRI ses som oacceptabla.
2. Hygienriktlinjer ses som självklara.
3. Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt.
4. Det skapas goda lokalmässiga förutsättningar för att minska smittspridning och infektion.
5. Budskapet är konsekvent och återkoppling sker regelbundet.
6. Städning ses som en viktig del i verksamheten.
7. Funktionen vårdhygien och verksamheterna samarbetar tätt.
8. Det finns en fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

Ett flertal av dessa faktorer kan igenkännas även från de strategier för ökad följsamhet till HH som framkommit i denna översikt.

Betydelsen av återkoppling har varit en återkommande strategi både som del i de multifaktoriella interventioner som granskats samt även prövad som ensam strategi. Direkt återkoppling på observerad följsamhet gällande riktlinjer till HH samt återkoppling gällande övergripande resultat från ledning framträder som en betydelsefull komponent i de studier som visat på en ökad följsamhet till handhygien. Att återkoppling både på ett individuellt samt ett systemiskt plan spelar roll är möjligtvis sammankopplat med att det existerar ett behov av påminnelse vad gäller den i vården så vardagliga och frekvent utförda handlingen att utföra HH. Dessutom öppnar direkt återkoppling upp för att på ett konkret sätt uppmärksammas på när brister i följsamhet sker för att där och då få möjlighet att reflektera kring varför följsamheten brustit samt motta eventuell handledning i hur den bättre kunde ha

upprätthållits.

Denna slutsats leder in på ett annat område som adresserats i resultatet nämligen brister i kunskap och utbildning som kan påverka beteendet kring HH. Upprepad utbildning har därför varit en återkommande, ofta grundläggande strategi i dels kvalitetsinterventioner med ett flertal strategier men även prövad som singelfaktor. Att hälso- och sjukvårdspersonal besitter adekvat kunskap om HH och föreskrifter om HH kan tyckas överflödigt att påpeka som betydande faktor i följsamhet till HH men förefaller ändå vara av vikt att adressera. Även om hygienisk utbildning obligatoriskt ingår i vårdutbildningar verkar det finnas behov av upprepade, återkommande utbildning i ämnet. En fördjupad dimension av detta som återfinns i resultatet är en mer kontextualiserad utbildning, här specificerat i form av olika flödesscheman för rutiner kring HH. Det förefaller som om att en generaliserad utbildning kring HH kan vara svår att abstrahera och överföra till den specifika kontext som hälso- och sjukvårdspersonal verkar inom. Här fyller flödesscheman den uppgiften att konkretisera rutiner för HH inom just den specifika kontext som föreligger. Denna konkretisering har visats få positiv effekt på följsamhet till HH. Det antyder att gapet mellan faktisk följsamhet och förväntad följsamhet till HH inte enbart måste innebära att kunskapsnivån bland hälso- och sjukvårdspersonal måste höjas utan att den kunskap som finns behöver kontextualiseras i högre grad.

Ytterligare en aspekt relaterat till kunskap och utbildning som lyfts är att samarbete mellan vårdhygien och verksamheter är betydelsefull. Vårdhygien är inte, som påpekats emellanåt, enbart en kontrollerande funktion i hygienfrågor utan även en enhet med tillgång till mycket initierad kunskap på området. Kunskap som med hjälp av utökat samarbete kan spridas mer och således bättre utnyttjas (Sopirala et al., 2014). Som synes är även detta en av de framgångsfaktorer som noterats i landsting med låg förekomst av VRI (SKL, 2014).

Punkt 1, 2 och 8 i framgångsfaktorerna beskrivna av SKL kan relateras till den kultur gällande hygien som råder inom organisationer som i ett antal studier beskrivits som betydande för följsamheten till HH. Hur ser man på och förhåller sig till VRI, HH och följsamhet? Betonas detta som viktiga delar i verksamheten eller finns ett mer nonchalant förhållningssätt? Det här kan även sammanlänkas med betydelsen av ledarskap i frågan. Exempelvis, finns det ett påtagligt intresse för vikten av följsamhet till HH hos ledning som på ett kontinuerligt vis kommuniceras kan detta bidra till att organisationskulturen stärks i den positiva riktningen att HH och dess implikationer upplevs och kommuniceras som väsentliga delar i en god vård. Detsamma gäller motsatsen. En organisationskultur som betonar vikten av följsamhet till HH och uppmärksammar brister som oacceptabla är såväl i samklang med de lagrum som reglerar hälso- och sjukvårdens område (HSL, 1982:763) som det är en gynnsam miljö för ökad följsamhet. Att ledarskapet spelar en viktig roll för framgångsrikt förbättringsarbete betonas i litteraturen. Det har möjlighet att genom ett stödjande och uppmuntrande handlande skapa gynnsamma miljöer som underlättar genomförandet av olika kvalitetshöjande projekt (Wijk, 2014; Fransson Sellgren, 2009).

Att mäta följsamhet till HH, vilket är en grundförutsättning i alla studier som granskats, är kombinerat med vissa svårigheter. Det existerar frågeställningar att reflektera kring som handlar om vad en observatör av följsamhet ser och vad den inte ser. Observation som sådan i mätning av följsamhet till HH räknas dock som guldstandard idag (Sax, Allegranzi, Chrait, Boyce, Larsson & Pittet, 2009).

Alternativa sätt att mäta följsamhet kan vara exempelvis med hjälp av elektroniska lösningar eller att mäta åtgång på handdesinfektionsmedel. Detta är exempel som har noterats också i de studier som ligger till grund för denna litteraturoversikt men samtliga har även använt sig av observation som främsta mätmetod vad gäller följsamhet till HH. När studierna specificerar hur observationer gått till ges med detta en inblick i den frågeställning som återges ovan, vad som observerats eller inte. Många koncentrerar sig på observerad följsamhet in och ut ur patienters rum vilket då förutsätter att stationer för handdesinfektion finns placerade vid samtliga ingångar och/eller i proximitet till dessa. Exempel på vad som då inte observeras är huruvida handdesinfektion utförs mellan olika moment i patientvården. Inga artiklar som inkluderats i resultatet har brukat observation som mätmetod där observatörer skuggat personal genom samtliga moment i den patientnära vården. Ytterligare en aspekt som förefaller svår att komma åt är huruvida den handdesinfektion som utförs är av god kvalitet. Vissa försök finns representerade i denna uppsats resultat där personal genomgått utbildningsmoment som inkluderat visuella inslag i form av bland annat belysning av händer med ultraviolett strålning efter utförd desinfektion men detta har då fungerat som del av en intervention i syfte att öka följsamhet och inte som bedömningsfaktor i den efterföljande mätningen av faktisk följsamhet (Wiles et al. 2015). Frågan om kvalitet på den HH som observeras hyser en starkt inneboende problematik vad gäller upptäckt och är något som framkommit vid granskning av artiklar i denna uppsats.

En annan aspekt av observation som mätmetod är den så kallade Hawthorne-effekten som samtliga studier diskuterar. Hawthorne-effekten innebär att observation som mätmetod kan ge ett missvisande resultat då den används öppet eftersom personal kan anpassa sitt beteende kring HH på grund av vetskap om att observation pågår. Därför riskerar man att se en ökning i följsamhet endast i direkt relation till själva observationen. Trots detta är observation, som nämnts tidigare, erkänd guldstandard vid mätning av följsamhet och resultat kan kontrolleras med hjälp av exempelvis dolda observationer som inte förannonseras (Sax et al., 2009).

När följsamhet till HH brister, vilket den genomgående gör i svensk hälso- och sjukvård (SKL, 2014), skadar det patienter. Cirka 9 % av samtliga inneliggande patienter drabbas av VRI. Det är en siffra som varit relativt konstant under flera år. Sambandet mellan ökad följsamhet till HH och minskad smittöverföring i vården är klarlagt med hög evidensgrad (Socialstyrelsen, 2015). Inom detta område skadar således hälso- och sjukvården de som vårdas. Detta kan också benämnas som att vården direkt orsakar sina patienter lidande som kunde undvikas, vårdlidande. Brister i följsamhet i HH kan möjligtvis snarare kategoriseras som underlåtenhet gentemot patienter än aktiv handling som skadar dem men båda beteenden faller inom ramen för vårdlidande, lidande som orsakas patient på grund av vårdens handlande eller icke-handlande. Att inte iaktta rutiner för HH är ett icke-handlande. Kanske ligger häri en del av förklaringen till att skadenivåer gällande VRI, trots varande ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbete, förblivit relativt konstanta och inte kunnat uppvisa en nedåtgående trend. Underlåtenheten främjas möjligtvis av att hälso- och sjukvårdspersonal inte direkt ser problemet, inte ser sitt icke-handlande i tillräckligt stor utsträckning. Dels kan detta exempelvis bero på att rutiner för HH inte är tillräckligt förankrade i den specifika kontext som hälso- och sjukvårdspersonal verkar inom och att återkoppling på brister i följsamhet inte existerar i tillräcklig utsträckning. Kanske existerar en organisationskultur samt ett ledarskap som inte lyfter frågan och problematiken. Samtliga av dessa faktorer har vid tillämpning visats ha positiv effekt och lett till ökad följsamhet till HH. Detta att samtliga studier kunde visa på skillnader och ökad följsamhet är en aspekt som visar att

uppmärksamhet och fokus på frågan och problemområdet verkar ha en genomgående positiv effekt och spär på antagandet att underlåtenheten och orsakandet av lidande till viss del kan härledas till en omedvetenhet.

Följsamhet till rutiner kring HH är ett krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonal. Ett krav som inte alltid levs upp till på ett tillfredställande sätt. Därför är en fortsatt viktig forskningsfråga som framkommit också *varför* följsamheten till HH är suboptimal, inte enbart hur den kan bli bättre. I svaret på varför finns möjligtvis ytterligare strategier för att uppnå ökad följsamhet i syfte att undvika att orsaka patienter vårdlidande och tillhandahålla en god, säker vård.

Implikationer för omvårdnad

Den här litteraturoversikten har bidragit med kunskap kring vilka strategier för ökad följsamhet till HH som kan ingå i förbättringsarbeten för en stärkt patientsäkerhet. Den har även belyst att viss försiktighet måste iakttas vad gäller hur evidensen bakom de strategier som presenterats ser ut. Att medverka till en ökad patientsäkerhet genom att öka följsamheten till HH är en viktig del i sjuksköterskans profession. Dels att rent praktiskt genomföra de konkreta förbättringsarbeten som krävs då följsamheten nu ligger på suboptimala nivåer dels att genom detta konkreta arbete även uppfylla viktiga värden i omvårdnaden. De värdena handlar om att reducera lidande, här mer specifikt vårdlidande som orsakats av patienter av vården, samt att verka förebyggande vad gäller ohälsa genom att minska förekomsten av VRI. Utöver sådana humanistiska värden finns det potential för ekonomisk kostnadsreducering vad gäller ökad följsamhet. VRI innebär betydande kostnader för hälso- och sjukvården i form av utökad vårdtid samt mer komplicerade vårdförlopp. Här kan patientsäkerhetsarbetet bidra också till den viktiga hushållningen av resurser inom vården. Dessutom finns en maktaspekt att ta hänsyn till där följsamhet till HH handlar om att inte missbruka den makt som sjuksköterskan besitter vad gäller åtkomst till patienters kroppar och nära omgivning. Följsamhet till HH kan här sammankopplas med vårdrelationen i stort, vilket förtroende man skapar för varandra samt med vilka avsikter man närmar sig varandra. Genom att aktivt, på flera plan, verka för att bryta smittvägar kan sjuksköterskan lindra lidande, verka preventivt, bidra till en hälsofrämjande vårdmiljö och säkerställa att de händer som vårdar patienten inte skadar utan bidrar till att hjälpa denne.

Referenslista

* markerar artiklar som använts i resultat.

Bergbom, I. (2014). Vårdande vårdmiljöer. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse*. (s. 17-37). Lund: Studentlitteratur

* Cure, L., & Van Enk, R. (2015). Effect of hand sanitizer location on hand hygiene compliance. *American Journal Of Infection Control*, 43(9), 917-921.
doi:10.1016/j.ajic.2015.05.013

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur

Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi*. Stockholm: Liber

Eriksson, K. (1994). Den lidande människan. Stockholm: Liber

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner*. Hämtad 2015-10-12 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/varldhygien-och-varldrelaterade-infektioner/>

Fransson Sellgren, S. (2009). Ledarskap och organisering av förbättringsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (s. 245-267). Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade uppsatser* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur

Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH. (2010). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. DOI: 10.1002/14651858.CD005186.pub

*Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Donders, R., Hulscher, M., & Achterberg, T. v. (2013). Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(4), 464-474. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.004

*Johnson, L., Grueber, S., Schlotzhauer, C., Phillips, E., Bullock, P., Basnett, J., & Hahn-Cover, K. (2014). A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections. *American Journal Of Infection Control*, 42(11), 1146-1151. doi:10.1016/j.ajic.2014.07.00

*Kirkland, K. B., Homa, K. A., Lasky, R. A., Ptak, J. A., Taylor, E. A., & Splaine, M. E. (2012). Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series. *BMJ Quality & Safety*, 21(12), 1019-1026.
doi:10.1136/bmjqs-2012-000800

*Marra, A. R., Sampaio Camargo, T. Z., Magnus, T. P., Blaya, R. P., dos Santos, G. B., Guastelli, L. R., & ... Edmond, M. B. (2014). The use of real-time feedback via wireless

technology to improve hand hygiene compliance. *American Journal Of Infection Control*, 42(6), 608-611. doi:10.1016/j.ajic.2014.02.006

Följsam. (2015). I Nationalencyklopedin. Hämtad 2015-09-20 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/följsam>

Efterleva. (2015). I Nationalencyklopedin. Hämtad 2015-09-20 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/efterleva>

Efterlevnad. (2015). I Nationalencyklopedin. Hämtad 2015-09-20 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/efterlevnad>

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing*. Cambridge: Cambridge University Press

Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins

Sax, H., Allegranzi, B., Chraiti, M. N., Boyce, J., Larsson, E., Pittet, D. (2009). The World Health Organization hand hygiene observation method. *American Journal Of Infection Control*, 37(10), 827-834. doi:10.1016/j.ajic.2009.07.003

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SKL. (2014). *Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger*. Stockholm: SKL

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 2015:10. *Basal hygien i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen

*Son, C., Chuck, T., Childers, T., Usiak, S., Dowling, M., Andiel, C., & ... Sepkowitz, K. (2011). Practically speaking: Rethinking hand hygiene improvement programs in health care settings. *American Journal Of Infection Control*, 39(9), 716-724. doi:10.1016/j.ajic.2010.12.008

*Sopirala, M. M., Yahle-Dunbar, L., Smyer, J., Wellington, L., Dickman, J., Zikri, N., & ... Mangino, J. E. (2014). Infection Control Link Nurse Program: An interdisciplinary approach in targeting health care-acquired infection. *American Journal Of Infection Control*, 42(4), 353-359. doi:10.1016/j.ajic.2013.10.007

Vårdhandboken. (2015). *Basala hygienrutiner*. Hämtad 2015-09-03 från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Basala-hygienrutiner-och-kladregler/Basala-hygienrutiner/>

*Walker, J. L., Sistrunk, W. W., Higginbotham, M., Burks, K., Halford, L., Goddard, L. & ... Finley, P. J. (2014). Hospital hand hygiene compliance improves with increased monitoring and immediate feedback. *American Journal of Infection Control*, 42(4), 1074-8. doi: 10.1016/j.ajic.2014.06.018

Wijk, H. (2014). Vårdutveckling omfattar även vårdmiljön. I H. Wijk (Red.) *Vårdmiljöns betydelse* (s. 333-345). Lund: Studentlitteratur

*Wiles, L. L., Roberts, C., & Schmidt, K. (2015). KEEP IT CLEAN: A VISUAL APPROACH TO REINFORCE HAND HYGIENE COMPLIANCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, 41(2), 119-124. doi:10.1016/j.jen.2014.11.012

WHO. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Genève: WHO

WHO. 2010. *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide A Summary*. Genève: WHO

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (s. 371-400). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1: informationssökning

Tabell 1: Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
8/9	handhygiene AND compliance AND quality improvement AND hospital	Peer reviewed + 5 år	30	15	12	7
8/9	handwashing AND compliance AND quality improvement AND hospital	Peer reviewed + 5 år	34	15	tidigare granskade	
11/9	handhygiene AND quality improvement AND hospital	Peer reviewed + 5 år	27	7	2	1
13/9	handhygiene AND quality improvement AND RCT AND nurs*	Peer reviewed	2	1	tidigare granskad	
13/9	handhygiene AND quality improvement AND nurs*	Peer reviewed + 5 år	31	7	1	0

Tabell 2: PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
9/9	handhygiene AND compliance AND quality improvement AND hospital	5 år	19	6	2	0
11/9	handhygiene AND quality improvement AND hospital	5 år	34	10	tidigare granskade	
13/9	handhygiene AND compliance AND quality improvement AND health personnel	5 år	17	3	tidigare granskade	
13/9	handhygiene AND quality improvement AND RCT	5 år	3	1	tidigare granskade	

Tabell 3: Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
9/9	handhygiene AND compliance AND quality improvement AND hospital	5 år, engelska	53	10	tidigare granskade	
11/9	handhygiene AND quality improvement AND hospital	5 år, engelska	81	10	tidigare granskade	

Bilaga 2: granskningsmall

Enligt Friberg, 2012:

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?

Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?

Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?

Vad är syftet? Är det klart formulerat?

Hur är metoden beskriven?

Hur har urvalet gjorts?

Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?

Hänger metod och teoretisk utgångspunkter ihop? I så fall hur?

Vad visar resultatet?

Vilka argument förs fram?

Förs det några etiska resonemang?

Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, exempelvis vad gäller generaliserbarhet?

Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?

Bilaga 3: artikelöversikt

Författare: Cure, L., & Van Enk, R.

Titel: Effect of hand sanitizer location on hand hygiene compliance.

År: 2015

Tidskrift: *American Journal Of Infection Control*

Land: USA

Syfte: Att undersöka om det existerar någon korrelation mellan användarvänlighet av handdesinfektionsprodukter och följsamhet till HH.

Metod:

Resultat: En högre poäng i användarindex på handdesinfektionsprodukter korrelerade med en högre nivå av följsamhet. Endast standardisering av placering av handdesinfektionsprodukter visade inte på någon signifikant skillnad på observerad följsamhet.

Författare: Huis et al.

Titel: Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial.

År: 2013

Tidskrift: *International Journal of Nursing Studies*

Land: Nederländerna

Syfte: Att undersöka om en innovativ, teoribaserad team och ledarskaps-orienterad strategi är mer effektiv i att öka följsamheten till HH bland sjuksköterskor än en litteraturbaserad ”state of the art”- strategi.

Metod: Kluster randomiserad kontrollstudie

Resultat: Följsamheten till HH ökade från 20 % till 53 % i interventionsgruppen, motsvarande siffror i kontrollgruppen var 23 % till 42 %.

Författare: Johnson et al.

Titel: A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections.

År: 2014

Tidskrift: *American Journal Of Infection Control*

Land: USA

Syfte: Att pröva om ett gemensamt kvalitetsinterventionsprojekt kunde öka följsamheten till HH upp till en nivå på minst 95 %.

Metod: Kvalitetsintervention

Resultat: Följsamheten till HH ökade överlag från 58 % innan intervention till 98 % efter utförd intervention.

Författare: Kirkland et al.

Titel: Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series

År: 2012

Tidskrift: *BMJ Quality & Safety*

Land: USA

Syfte: Att förbättra följsamheten till HH bland hälso- och sjukvårdspersonal samt reducera förekomsten av VRI.

Metod: Kvalitetsintervention

Resultat: Följsamhet till HH ökade från 41 % till 87 % under kvalitetsinterventionen samt ökade ytterligare till 91 % vid uppföljning ett år efter utförd intervention.

Förekomst av VRI minskade från 4,8 till 3,3 per 1000 vård dygn.

Författare: Marra et al.

Titel: The use of real-time feedback via wireless technology to improve hand hygiene compliance.

År: 2014

Tidskrift: *American Journal of Infection Control*

Land: Brasilien

Syfte: Att utvärdera effekten av ett elektronikbaserat återkopplingsystem på följsamheten till HH inom slutenvård.

Metod: Kvasiexperimentell, kontrollstudie.

Resultat: En signifikant ökning i följsamhet till HH sågs hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen samt även vid jämförelse av interventionsgruppens följsamhet innan respektive efter intervention. Det noterades även en ökad åtgång av mängd volym desinfektionsprodukt i interventionsgruppen.

Författare: Son et al.

Titel: Practically speaking: Rethinking hand hygiene improvement programs in health care settings.

År: 2011

Tidskrift: *American Journal of Infection Control*

Land: USA

Syfte: Att pröva om ett kvalitetsinterventionsprogram kunde öka följsamheten till HH.

Metod: Kvalitetsintervention

Resultat: Följsamhet till HH ökade från 60 % (lägsta nivå) till 97 %.

Författare: Sopirala et al.

Titel: Infection Control Link Nurse Program: An interdisciplinary approach in targeting health care-acquired infection.

År: 2014

Tidskrift: *American Journal Of Infection Control*

Land: USA

Syfte: Att pröva om ett interdisciplinärt länk-sjuksköterskeprogram kunde öka följsamheten till HH samt minska förekomsten av VRI.

Metod: Kvalitetsintervention

Resultat: Följsamhet till HH ökade från 30 % till 93 %. Förekomsten av nosokomial MRSA minskade med 28 %.

Författare: Walker et al.

Titel: Hospital hand hygiene compliance improves with increased monitoring and immediate feedback.

År: 2014

Tidskrift: *American Journal Of Infection Control*

Land: USA

Syfte: Att utvärdera effekten av ett nytt kvalitetsinterventionsprojekt på följsamheten till HH.

Metod: Kvalitetsintervention som använde sig av intervention/kontrollgrupp.

Resultat: Interventionsgrupper uppvisade en ökad följsamhet till HH, 49 % till 90 % samt 60 % till 96 %. Ingen skillnad i följsamhet uppvisades hos kontrollgrupper.

Författare: Wiles, L. L., Roberts, C., & Schmidt, K.

Titel: Keep it clean: a visual approach to reinforce hand hygiene compliance in the emergency department.

År: 2015

Tidskrift: *Journal Of Emergency Nursing*

Land: USA

Syfte: Att pröva om ett utbildningsinitiativ med visuella inslag kunde öka kunskapsnivån hos HSP samt följsamhet till HH.

Metod: Kvalitetsintervention.

Resultat: Följsamhet till HH ökade från 70 % till 84 %. Kunskapsnivån var signifikant högre efter utförd intervention.