



VRISS Västerbotten

Vårdrelaterade infektioner ska stoppas i Västerbotten!

Teamens Slutrapporter 2009

I projektet deltog 12 team från Västerbotten inom specialiserad sjukhusvård.

I Bilagan en sammanställning av teamens slutrapporter.

Rapporterna finns i elektronisk form på www.vll/memeologen

Mer information om projektet kan lämnas av Sara Larsson, projektledare, Memeologen

Tel 070/5152214

Slutrapporter VRISS Västerbotten	Sida
Hjärtcentrum NUS	3
Kirurgkliniken NUS	18
Kvinnokliniken Skellefteå lasarett	26
Medicineriatrikkliniken Skellefteå lasarett	30
Städverksamheten Skellefteå lasarett	36
Kirurg Ortoped Skellefteå lasarett	40
IVA Västerbotten NUS	46
Medicin- och Lungkliniken, NUS	57
Hand- och plastikkirurgiska kliniken operations- och mottagningsavdelning NUS	67
Barnkliniken Västerbotten	75
Allmänrehab/stroke Lycksele lasarett	83
Kirurgkliniken Lycksele lasarett	87
Medicinkliniken Lycksele lasarett	92
Neurocentrum NUS	96

Hjärtcentrum; Thoraxoperation, Arytmienheten Klinisk Fysiologi och CVK-teamet THIVA

Syfte med deltagandet	Teammedlemmar
<p>Att minska antalet sårinfektioner efter kirurgi på Thoraxoperation och efter implantationsingrepp på Arytmienheten, Klinisk Fysiologi.</p> <p>Att förebygga infektioner relaterade till centrala venösa infarter.</p> <p>Att förbättra rapporteringen av postoperativa sårinfektioner.</p>	<p><i>Verksamhetsutvecklare:</i> Karin Olsson, <i>kontaktperson</i> karin.olsson@vll.se</p> <p><i>Intensivvårdssjuksköterska:</i> Marlene Benetoft-Hägglund, marlene.benetoft-hagglund@vll.se</p> <p><i>Anestesisjuksköterska:</i> Ulla Bjurén, ulla.bjuren@vll.se</p> <p><i>Specialistläkare Thoraxkirurgi:</i> Mattias Karlsson, mattias.karlsson@vll.se</p> <p><i>Perfusionist:</i> Lena Lindholm, lena.e.lindholm@vll.se</p> <p><i>Intensivvårdssjuksköterska:</i> Britt-Marie Nilsson, britt-marie.e.nilsson@vll.se</p>
Population	<i>Biomedicisk Analytiker:</i> Carina Pokosta, carina.pokosta@vll.se
Alla patienter som, under projektperioden, genomgått kirurgi på Thoraxoperation och implantationsingrepp på Arytmienheten, Klinisk Fysiologi	<p><i>Undersköterska:</i> Susan Rahimi, susan.rahimi@vll.se</p> <p><i>Överläkare Kardiologi:</i> Folke Rönn, folke.ronn@vll.se</p> <p><i>Överläkare Thoraxanestesi:</i> Mikael Svanström, mikael.svanstrom@vll.se</p> <p><i>Operationssjuksköterska:</i> Louise Söderberg, louise.soderberg@vll.se</p>

Bakgrund och problem:

- På Thoraxoperation, Norrlands Universitetssjukhus, utförs årligen ca 1130 thoraxkirurgiska ingrepp. 2003-2007 rapporterades 6 % ytliga postoperativa sårinfektioner och 1,2 % djupa sårinfektioner.
- På Arytmienheten, Klinisk Fysiologi, utförs årligen ca 278 implantationer. 2003-2007 rapporterades 0,8 % infektioner efter implantationer.
- Brister i handhavandet av centrala venösa infarter har noterats.
- Vårdrelaterade infektioner innebär stora risker och mycket lidande för drabbade patienter.
- Vård av dessa patienter kräver stora personella och ekonomiska resurser.
- Före projektstart fanns möjligen en bristfällig rapportering av infektioner.

Mål

- Att minska förekomsten av ytliga postoperativa sårinfektioner till högst 3 %.
- Att minska förekomsten av djupa postoperativa sårinfektioner till högst 0,5 %.
- Att inga infektioner skall förekomma, efter implantationsingrepp, på Klinisk Fysiologi.
- 100 % av personalen skall följa de basala hygienrutiner och klädregler.
- 100 % följsamhet till åtgärds paketet: ”Förebygg infektioner vid centrala venösa infarter”
- 100 % följsamhet till åtgärds paketet ”Förebygg postoperativa sårinfektioner”.

Mått

- Antal rapporterade fall av ytliga postoperativa sårinfektioner. Antalet presenteras i ett kumulativt diagram över projektperioden och jämförs med ett målvärde beräknat som 3 % av totala antalet operationer.
- Antal rapporterade fall av djupa postoperativa sårinfektioner. Antalet presenteras i ett kumulativt diagram över projektperioden och jämförs med ett målvärde beräknat som 0,5 % av totala antalet operationer.
- Antal rapporterade fall av infektioner efter implantationsingrepp på Klinisk Fysiologi. Antalet presenteras i ett kumulativt diagram över projektperioden och jämförs med ett målvärde beräknat som 0 % av totala antalet implantationsingrepp.
- Procentuell andel av personalen som följer de ”Basala Hygienrutinerna”. Andelen presenteras för alla individer som deltagit i undersökningen men också med separata värden för de olika deltagande enheterna.
- Procentuell andel av personalen som följer ”Klädreglerna”. Andelen presenteras för alla individer som deltagit i undersökningen men också med separata värden för de olika deltagande enheterna.
- Procentuell andel, vid granskning av journaler, där åtgärds paketet: ”Förebygg infektioner vid centrala venösa infarter” har följts och dokumenterats.
- Procentuell andel, vid granskning av journaler, där åtgärds paketet: ”Förebygg postoperativa sårinfektioner” har följts och dokumenterats.

Hur gjordes mätningarna

- Registrering av postoperativa sårinfektioner som rapporterats till Vårdhygien.
- Registrering av infektioner efter implantationsingrepp, som dokumenterats av Klinisk Fysiologi.
- Självskattningssenkät för följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler. Undersökningen har genomförts månadsvis på samtliga enheter inom Hjärtcentrum.

- Mätning av följsamhet till åtgärdsprogrammet för förebyggande av CVK-relaterade och för förebyggande av postoperativa infektioner – genom journalgranskning.

Resultat

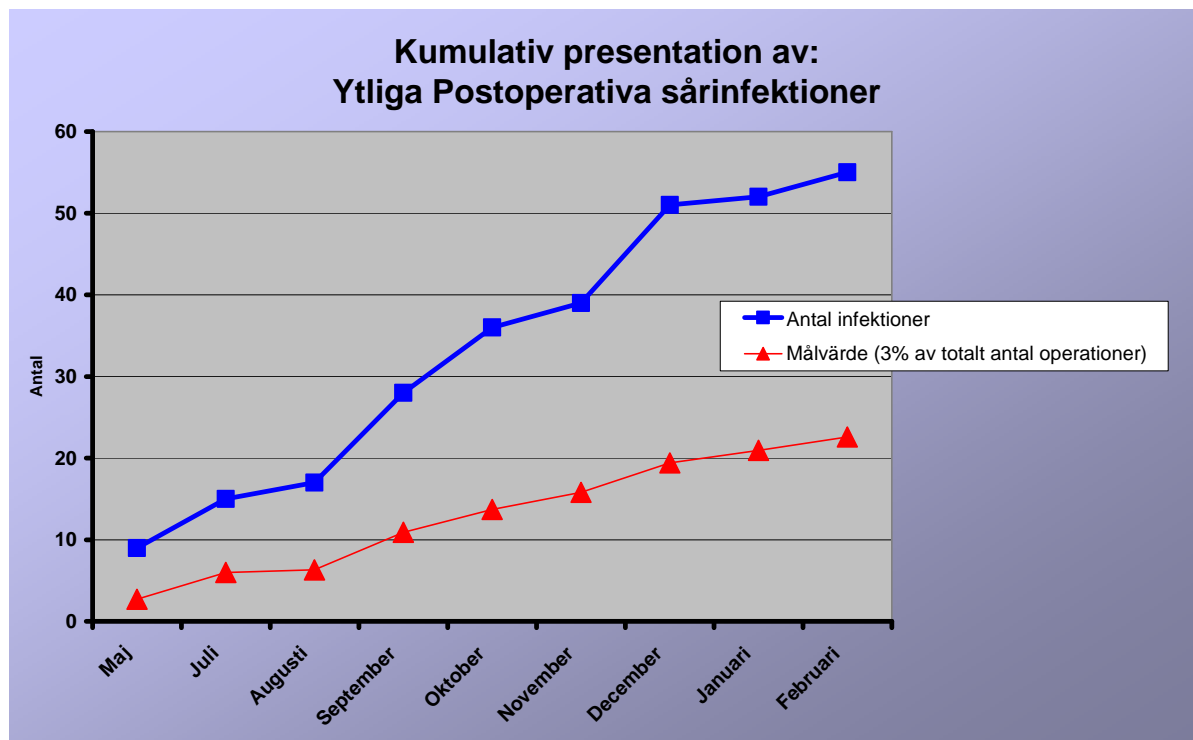


Bild 1. Kumulativ presentation av antalet ytliga postoperativa sårinfektioner, under projektperioden. (Varje mätpunkt på X-axeln innehåller information från alla föregående mätpunkter, nya mätdata adderas succesivt till de föregående.) Den blå kurvan visar antalet ytliga sårinfektioner. Den röda kurvan representerar projektets målvärde, vilket beräknats till tre procent av totala antalet operationer under perioden.

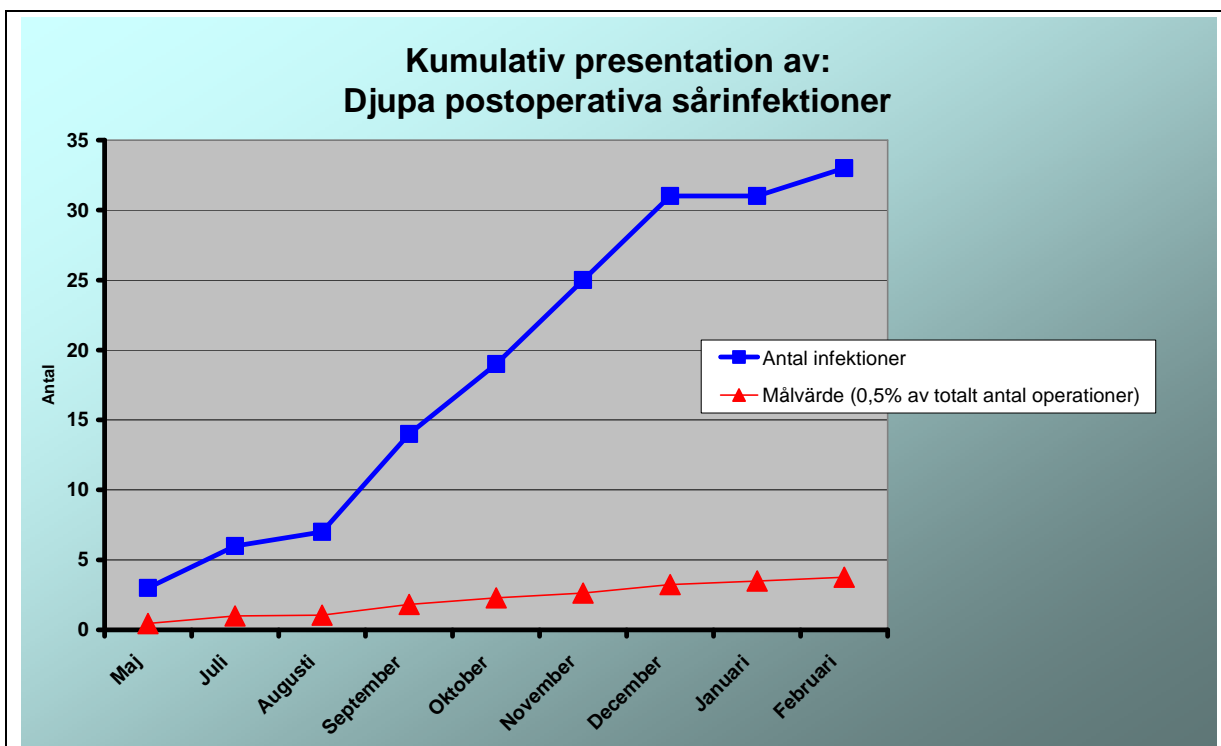


Bild 2. Kumulativ presentation av antalet djupa postoperativa sårinfektioner, under projektperioden. Den blå kurvan visar antalet djupa sårinfektioner. Den röda kurvan representerar projektets målvärde, vilket beräknats till 0,5 procent av totala antalet operationer under perioden.

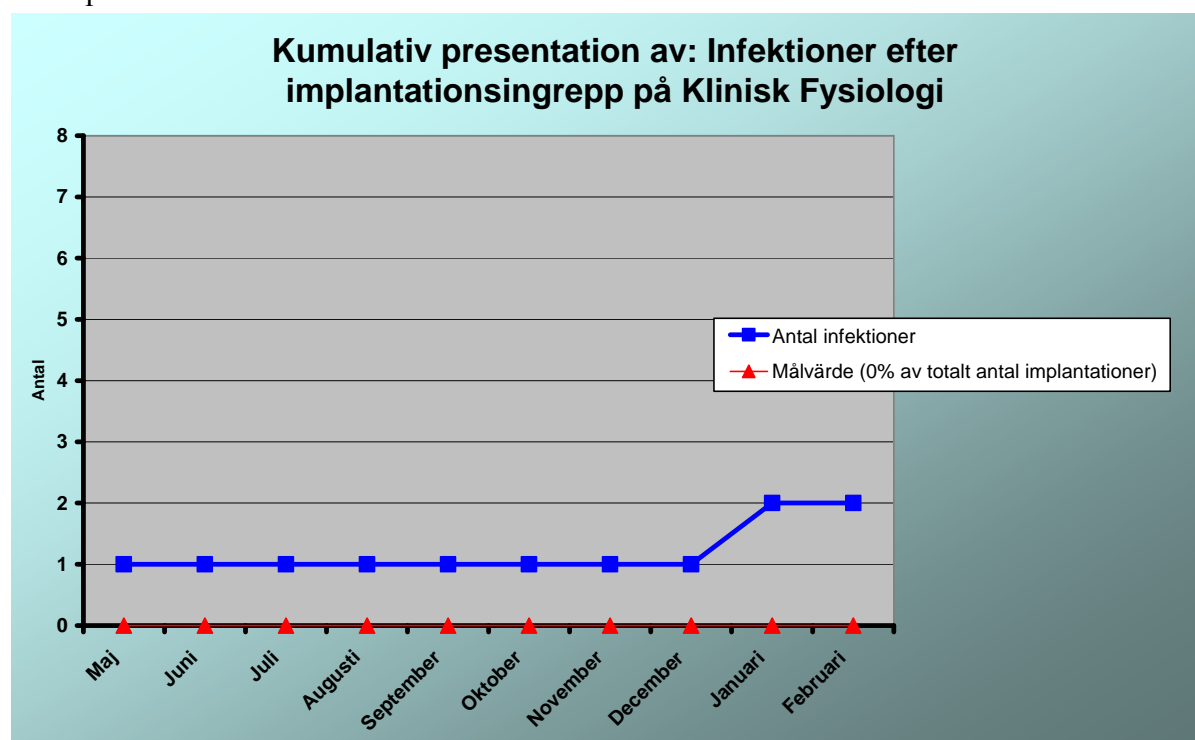


Bild 3. Kumulativ presentation av antalet postoperativa sårinfektioner efter implantationsingrepp på Klinisk Fysiologi, under projektperioden. Den blå kurvan visar antalet sårinfektioner. Den röda kurvan representerar projektets målvärde, vilket beräknats till 0 procent av totala antalet implantationer under perioden.

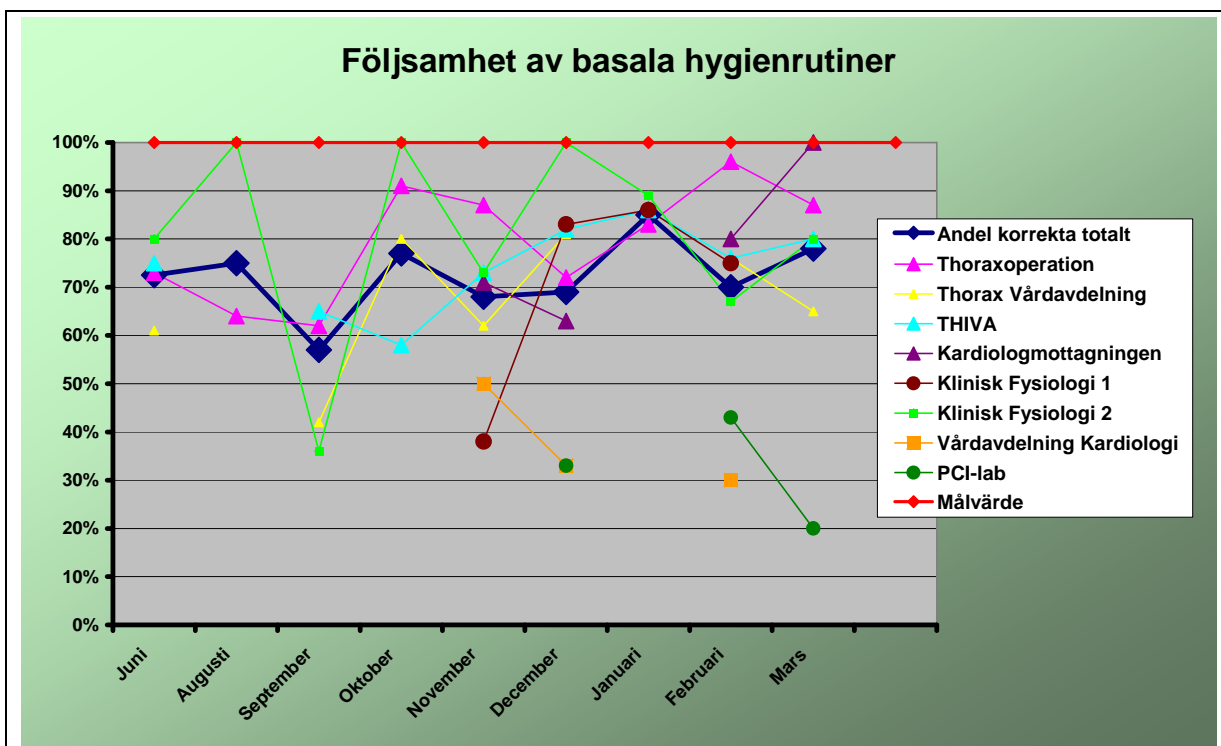


Bild 4. Följsamhet till basala hygienrutiner utvärderades med hjälp av självskattningsenkäter (bilaga 1). Enkäterna delades ut, en gång i månaden, på Hjärtcentrums samtliga avdelningar. Undersökningen baseras på ca 80 – 100 svar varje månad. Den mörkblå linjen visar andelen, som följde hygienrutinerna, på hela Hjärtcentrum. Övriga kurvor visar förhållandet på de enskilda avdelningarna.

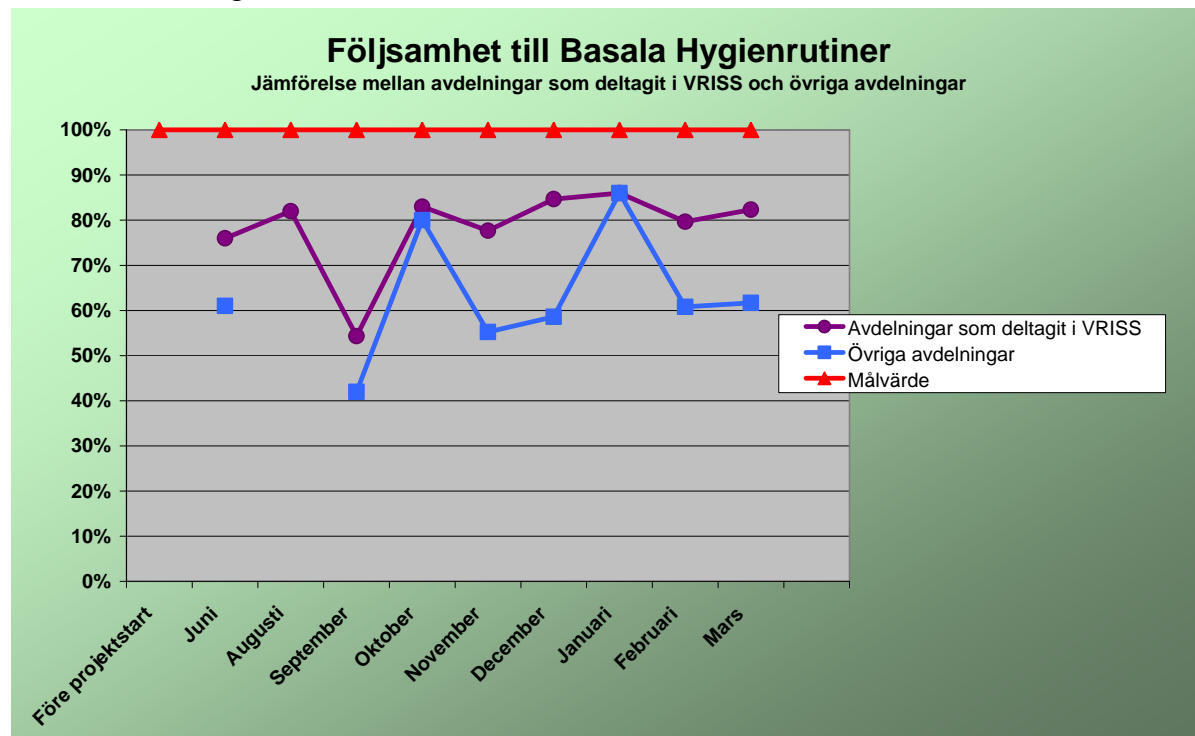


Bild 5. Bilden baseras på samma data som i föregående diagram. Här har medelvärden av procenttalen beräknats för; de avdelningar som deltagit i VRISS-projektet (Thoraxoperation, Klinisk Fysiologi 2 och THIVA). Medelvärdena jämförs med medelvärden för de avdelningar som inte deltagit i VRISS.

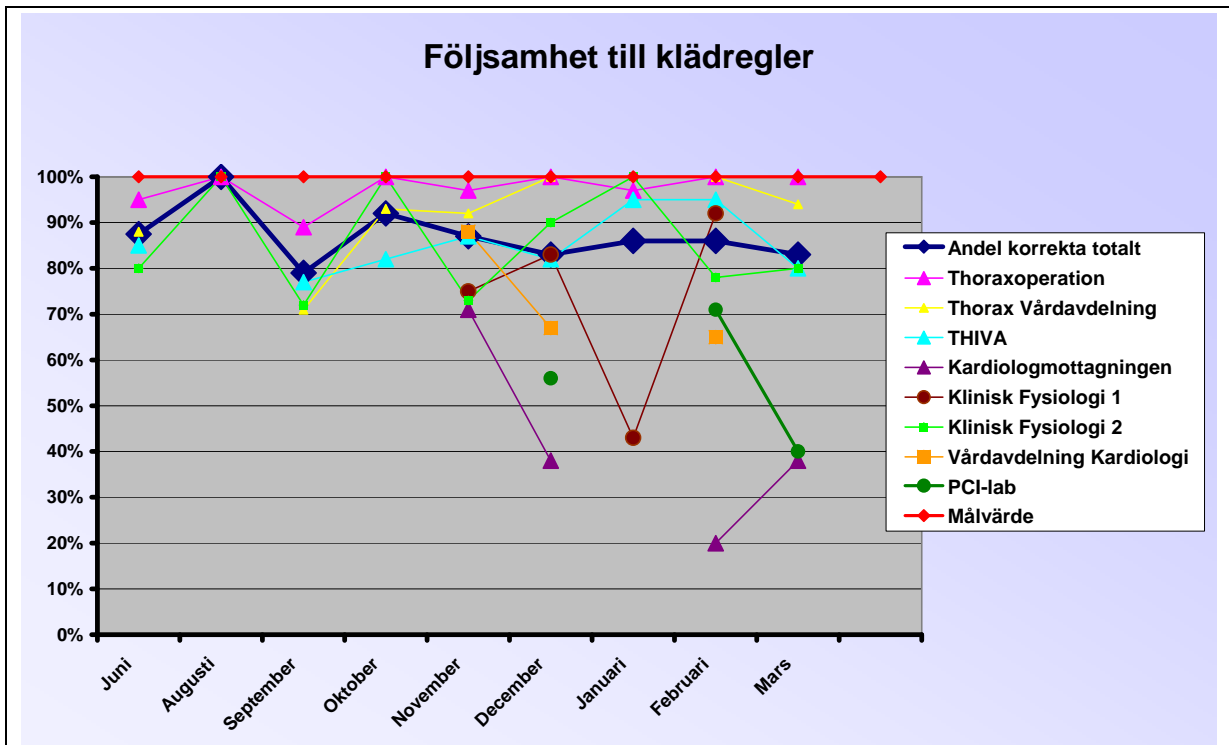


Bild 6. Följsamhet till klädregler utvärderades med hjälp av självskattningsenkäter. Enkäterna delades ut, en gång i månaden, på Hjärtcentrums samtliga avdelningar. Undersökningen baseras på ca 80 – 100 svar varje månad. Den mörkblå linjen visar andelen, som följde hygienrutinerna, på hela Hjärtcentrum. Övriga kurvor visar förhållandet på de enskilda avdelningarna.

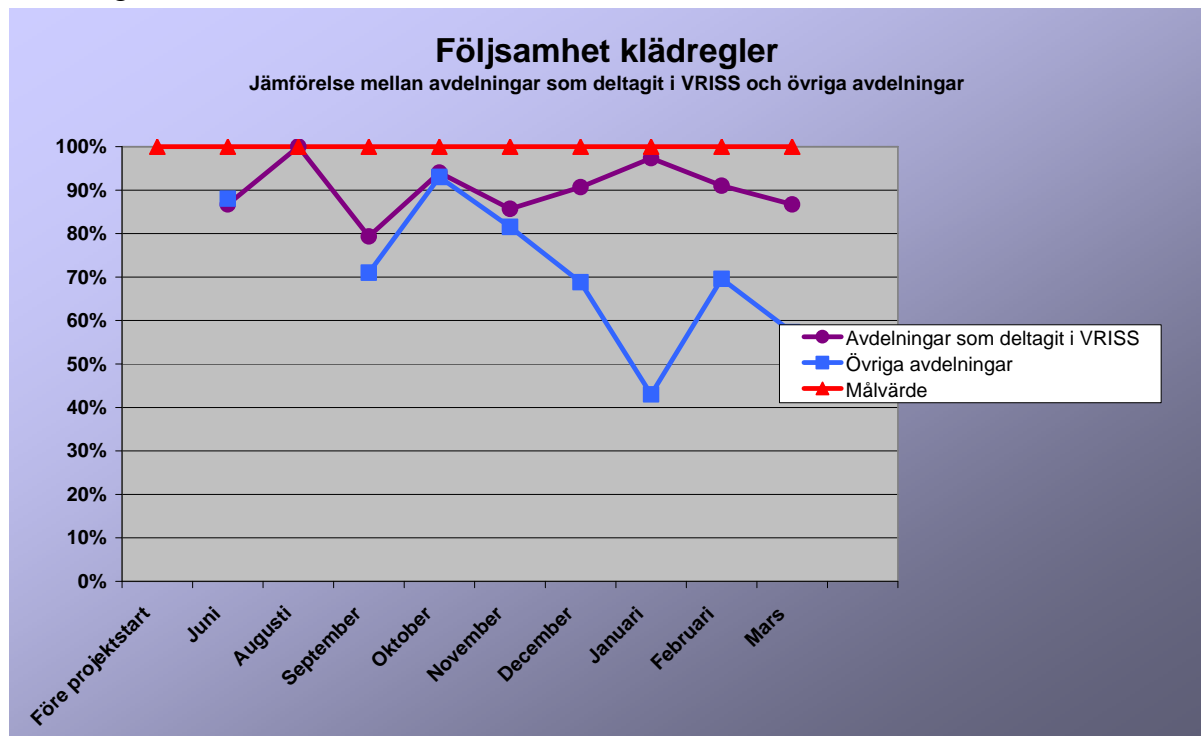


Bild 7. Bilden baseras på samma data som i föregående diagram. Här har medelvärden av procenttalen beräknats för; de avdelningar som deltagit i VRISS-projektet (Thoraxoperation, Klinisk Fysiologi 2 och THIVA). Medelvärdena jämförs med medelvärden för de avdelningar som inte deltagit i VRISS.

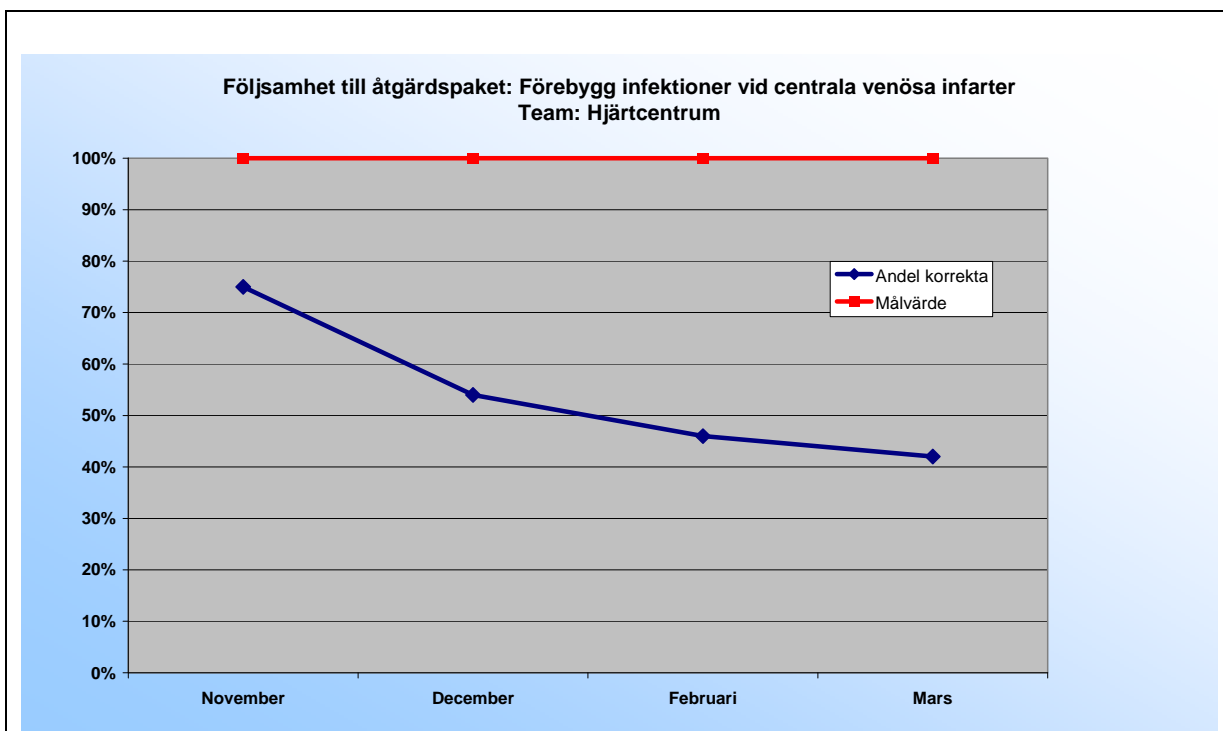


Bild 8. Följsamhet till åtgärds paketet utvärderades med genomgång av protokoll (bilaga 2), som bifogades patientjournalen vid CVK-inläggning (bilaga 2).

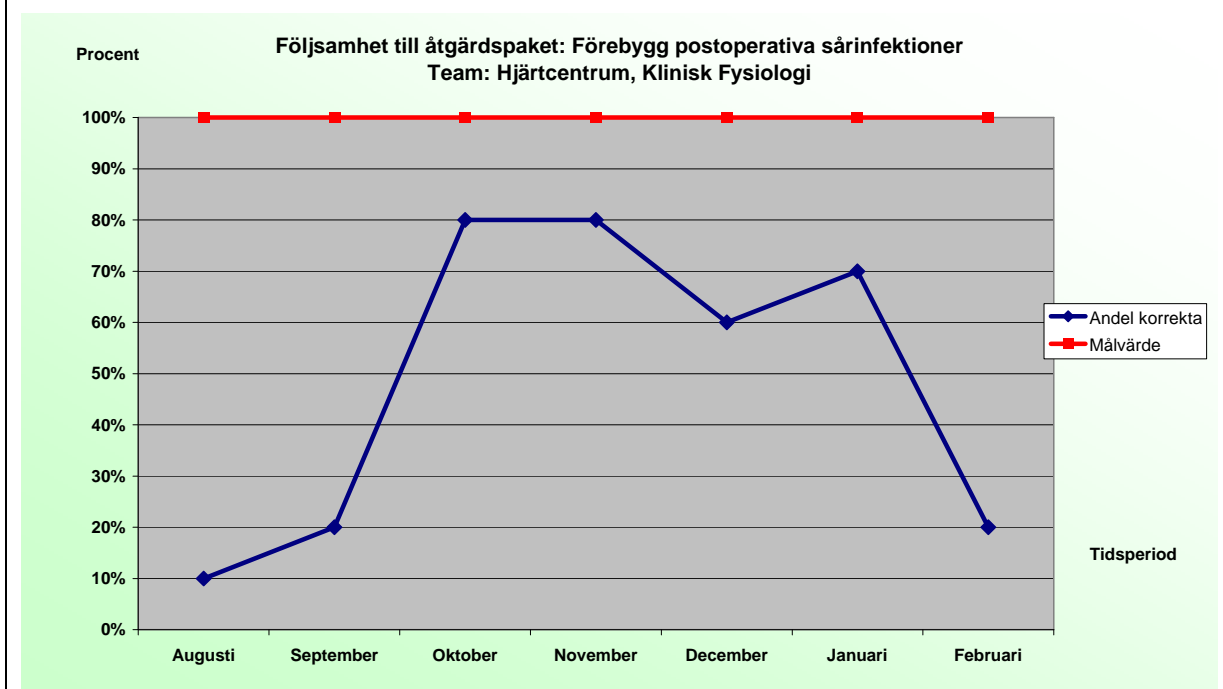


Bild 9. Följsamhet till åtgärds paketet: ”Förebygg postoperativa infektioner” har studerats med hjälp av journalgranskning enligt SKLs protokoll.

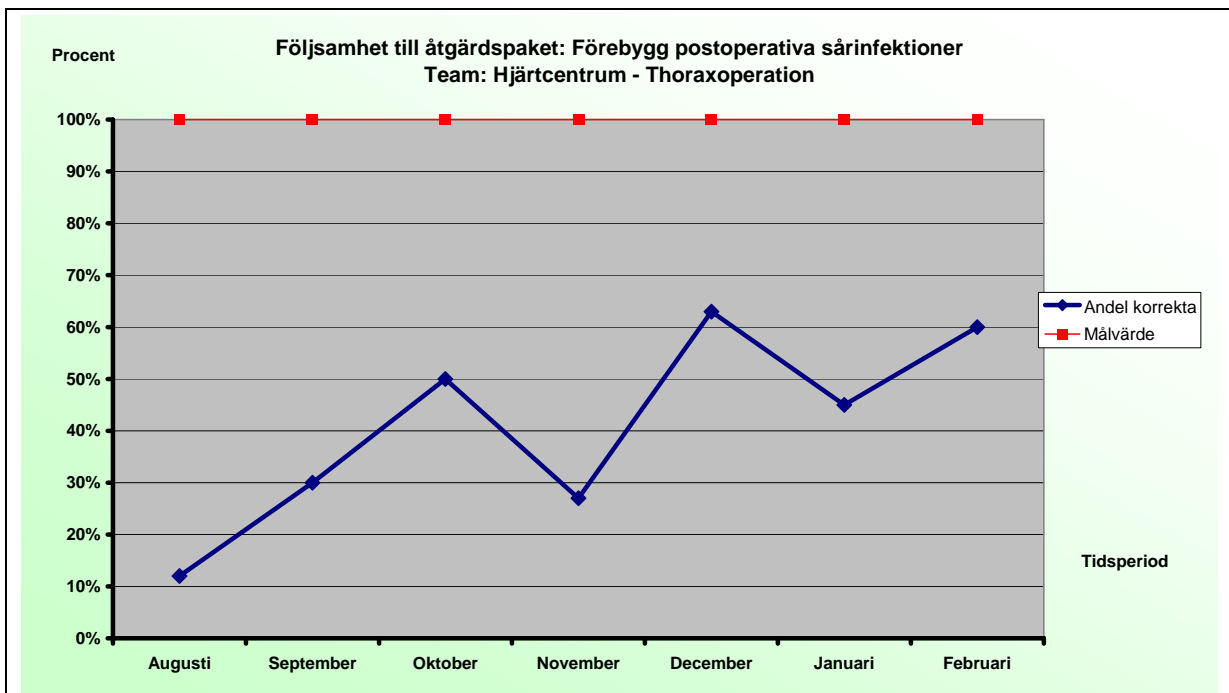


Bild 10. Följsamhet till åtgärds paketet: ”Förebygg postoperativa infektioner” har studerats med hjälp av journalgranskning enligt SKLs protokoll.

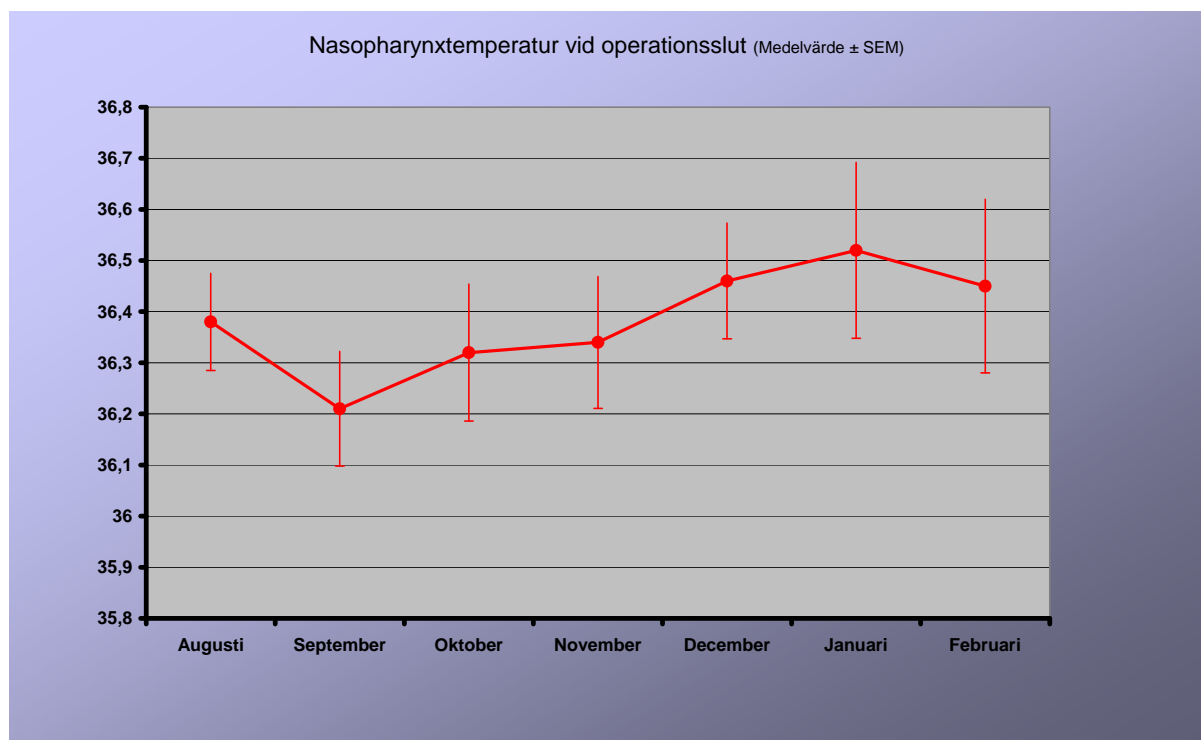


Bild 11. Nasopharynxtemperatur, före transport från operationssal till THIVA, hos hjärtopererade patienter på Thoraxoperation. (Medelvärde ± SEM).

Förändringar som testats

Behovet av spritautomater samt ställ med handskar och plastförkläden har kontinuerligt utvärderats på samtliga avdelningar. Handsprit, handskar och förkläden har inköpts och

placerats där behov och önskemål har funnits

Thoraxoperation

Temperatur: Enligt i åtgärds paketet: ”Förebygg postoperativa sårinfektioner” skall normotermi eftersträvas. I samband med hjärtkirurgi kyls patienten för att minska metabolismen och därmed reducera risken för ischemiska skador. Före avveckling av hjärtlungmaskinen värms patienten. Direkt efter maskinavgång är alltså patienten normoterm. Under operationens slutskede, framför allt i samband med avklädning och förbandsläggning, tenderar patienttemperaturen att sjunka. Under projektet har åtgärder för att bibehålla normotermi utprovats. Följande temperaturhöjande åtgärder har testats:

- Direkt efter maskinavgång höjs vattentemperaturen i hjärtlungmaskinens värmväxlare till maxtemperatur (40,5°C). Blodet som blir kvar i maskin – och som tappas på påse och transfunderas in via CVK - blir därmed varmare. Metoden har införts.
- Succesiv höjning av temperaturen på operationssalen, under operationens slutskede, har provats. Detta har dock inneburit en försämrad arbetsmiljö för främst kirurger och instrumenterande operationssköterskor. Temperaturhöjningar har provats vid olika tidpunkter. I nuläget höjs salstemperaturen till 22° C vid sternumslutning.
- När operationsklädseln tagits bort och förband lagts täcks patienten med täcke omedelbart.

Antal dörröppningar och antal personer på operationssalarna: Thoraxoperations salar är populära besöksmål. Ett stort antal studenter, elever, studiebesök, företagsrepresentanter och externa specialister besöker varje dag våra salar. Detta genererar alltför många dörröppningar och många personer på varje sal. Dörröppningar påverkar ventilation och övertryck på operationssalarna negativt. Operationssamordnarna har utformat och testat metoder för att begränsa antalet personer och för att minimera antalet dörröppningar. Bl a följande rutiner har testats och införts.

- För att begränsa antalet personer på salarna erbjuds: ”Direktsända operationsfilmvisningar” med möjlighet till dialog mellan operationssalen och visningslokalen. Visningarna arrangeras varannan måndag i Hjärtcentrums konferensrum. Dessa är avsedda att, i möjligaste mån, ersätta studiebesöken inne på operationssalarna.
- Antalet besökare/inskolningar etc har begränsats till max en per operation. Besök måste bokas i förväg hos ”samordnarna”. En prioriteringslista för olika besökskategorier har inrättats.
- I möjligaste mån samordnas avlösningarna mellan de olika personalkategorierna, så att flera personer kan passera vid samma dörröppning.

Vid sporadiska tillfällen har antalet dörröppningar räknats och protokollförts. Resultaten från dessa mätningar presenterades och diskuterades på Thoraxoperations hygienmöte 22 april.

Täta, avtvättningsbara, tangentbord: På varje operationssal finns två datorer. Dessa var tidigare försedda med vanliga tangentbord och ”möss”. Datorerna används mycket och frekvent av all personal och tangentborden var, i det närmaste omöjliga, att desinfektera. Fem olika täta, avtvättningsbara tangentbord och även ”möss” testades och utvärderades under några veckor. Efter sammanställning av synpunkterna har täta, avtvättnings- och avspritningsbara tangentbord av märket ”Flexifold” inköpts.

Icke personbundna fryrockar: På operation fanns en samling icke personbundna fryrockar

för flergångsbruk. Då det föreföll oklart; vilka som använde dessa och hur rutinerna för tvätt och byte såg ut, togs dessa rockar bort. Nu hänvisas, i första hand till engångsrockar alternativt till flergångsrockar som skickas på tvätt efter varje dag.

InteguSeal: Integuseal är ett preparat som efter preoperativ huddesinfektion appliceras där hudsnittet skall läggas. Preparatet skall binda sig till huden för att immobilisera bakterier som överlevt behandlingen med konventionella hudrengöringsmedel. Integuseal har testats på ett fåtal patienter. Testet skedde i samband med produktinformation. Vid tidpunkten för testet fanns ännu inte några publicerade kliniska data som påvisade preparatets infektionsförebyggande effekter. En klinisk studie hade varit önskvärd för att kunna införa produkten i våra rutiner.

20-sekundersregeln: ”20-sekunders-regeln” innebär att; alla står stilla i 20 sekunder på salen före operationsstart. Regeln testades på alla salar på Thoraxoperation. Metoden rapporterades ha introducerats på många operationsavdelningar men vi hade svårt att hitta publicerade data som styrker teorin.

Vi fick ta del av de mätningar från Sjukhuset i Karlstad som ligger till grund för införandet av regeln. Deras teori bygger på tanken att optimera effekten av de lufttak som finns på ortopedsalarna. Vi har inga sådana lufttak. Deras data, som inte är publicerade, antyder en lägre partikelhalt direkt efter stillaståendet. Däremot finns ingen påvisbar skillnad under de påföljande mätningarna. Vi tyckte inte att vi kunde införa en ny rutin om det inte finns evidens för att förändringen påverkar partikelhalten.

Injektionsventiler, med avspritningsbara gummimembran, har testats och införts på alla infarter för provtagning och injektion.

Implantationsenheten Klinisk Fysiologi

Icke personbundna frysvästar: Tidigare fanns en samling, icke personbundna, frysvästar för flergångsbruk. Då det föreföll oklart, vilka som använde dessa och hur rutinerna för tvätt och byte såg ut, togs dessa västar bort. Nu hänvisas, i första hand, till engångsrockar.

En pärm med aktuella hygienrutiner och information om hygien har sammanställts. Här skall personalen lätt kunna hitta information om hygienrutiner.

CVK-teamet THIVA

Sprutfat med klorhexidin, kompresser/tussar och proppar har, för att vara lättillgängliga, placerats vid patientsängarna, vilket fungerar bra.

Skydd läggs mellan CVK-slangar och säng. Metoden fungerar inte alltid.

Varje person har sin plats vid bäddning hos patient. Den som stått vid huvudändan vid ena sidan sängen, står också vid huvudändan efter sidbyte. Denne person sköter om slangar till CVK samt, vid behov, sugning i endotrachealtub. Metoden verkar fungera i många fall.

Aktiviteter

Hygienombud och VRISS-teamet har, vid upprepade tillfällen på samtliga enheter, informerat om basala hygienrutiner och klädregler.

VRISS-teamets medlemmar har träffats ca en gång i månaden. Däremellan har en relativt

intensiv e-post-korrespondens upprätthållits.

Hjärtcentrums alla hygienombud träffas 1- 2 gånger per termin. Vid dessa möten har stort fokus lagts på VRISS-projektets fortskridande och på uppkomna problem.

Thoraxoperation

All personal har fortlöpande informerats, via e-post, om VRISS-projektet, hygienrutiner, tester, nya rutiner och aktiviteter. Korrespondensen har varit ganska aktiv och interaktiv, många synpunkter och idéer har ventilerats.

En "hygienanslagstavla" har inköpts och placerats vid personalentrén. Här anslås hygienisk information, resultat från de senaste infektions- och hygienmätningarna, den senaste "VRISS-månadsrapporten" och annat av hygieniskt intresse.

SKL: s broschyrer: "Förebygg postoperativa sårinfektioner" och "Förebygg infektioner vid centrala venösa infarter", har distribuerats på avdelningen.

Tre större informationsmöten har arrangerats; Ett möte för Thoraxoperations personal och ett möte för kirurger och anestesiologer. VRISS-teamet har informerat om hygienrutiner och projektets uppläggning samt initierat diskussioner kring "hygieniska problem och funderingar". Ett gemensamt halvdagsmöte för alla personalkategorier arrangerades i slutet av april.

*Rutinerna för antibiotikaprofylax har fortlöpande diskuterats mellan VRISS-teamets kirurg, medicinskt ansvarig kirurg och läkare på infektionskliniken. Strax före projektstart hade ordinationen ändrats från Zinazef 1,5 g * 1 till Ekvacillin 2 g* 1. I december beslutades att: Ekvacillinbehandlingen kvarstår men att alla patienter får förlängt profylax, dvs 2 g * 3.*

Rengöringsrutiner för hjärtlungmaskins- och anestesiutrustning har utarbetats. Sigeringslistor har utformats och anslagits.

Hygienrutiner för hjärtlungmaskinskörning har utarbetats.

Sigeringslistor för städning, rengöring och underhåll av sterilförråd, läkemedelsrum, apparatförråd och laboratorium har utarbetats.

Rutinerna kring start av postoperativt thoraxdränage har skärpts. Dränagets funktion kontrolleras när detta kopplas. Dränaget startas dock inte förrän efter sternumslutning.

Skyltar "STOP – respektera pågående operation" är uppsatta på alla dörrar in till operationssalar.

Rengöringsrutiner och sterilisering av sternumsågarna har diskuterats. Sjukhushygien har odlat på sågarna – efter rengöring och efter sterilisering. Ingen växt kunde påvisas.

Operationssalarna har inspekterats av Vårdhygien och ventilationstekniker. Luftflöden, övertryck och täthet har kontrollerats. Enligt mätningarna fungerar anläggningen väl utifrån de förutsättningar som gällde vid installationen. Ventilationsanläggningen är emellertid av äldre modell och ett starkt önskemål är en ny förbättrad ventilation.

Implantationsenheten Klinisk Fysiologi

Rutinerna för att antibiotikaprofylax ges före operationsstart har strukturerats.

Sprayflaskor med ytdesinfektion har placerats vid tvättställen. Dessa används för att desinfektera blyförklädena.

En dörröppnare/dörrstängare har installerats på operationssalen. Detta innebär att dörren stängs efter dörröppning.

Antalet gäster har begränsats till max en gäst per implantationsingrepp. Vid dosbyte tillåts inga gäster i operationssalen.

Den största förändringen som skett under projektiden är att ett hygieniskt tänkande etablerats hos de flesta medarbetare.

CVK-teamet THIVA

Workshop arrangerades på THIVAs temadagar. CVK-teamet informerade om VRISS och om hur infektioner sprids via centrala infarter. Handboken om CVK-hantering presenterades. Rutiner för CVK-hantering diskuterades i grupper. På avdelningsmöten och APT träffar har CVK-teamet påmint om VRISS och om åtgärds paketet.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Postoperativa sårinfektioner på Thoraxoperation:

Trots det hygieniska förbättringsarbetet har målen, avseende en reduktion av antalet postoperativa sårinfektioner, inte uppnåtts. Möjligen kan ett ökat antal rapporterade infektioner delvis förklaras av en förbättrad rapportering och infektionsregistrering. En annan faktor, som kan ha haft inverkan på infektionsfrekvensen, är förändringar av antibiotikaprofylaxet. Möjligen kan början till en reducerad infektionsfrekvens antyd under 2009 års första månader.

Postoperativa infektioner på Implantationsenheten, Klinisk Fysiologi:

Trots det hygieniska förbättringsarbetet har två infektioner rapporterats.

Basala hygienrutiner och klädregler:

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utvärderades med hjälp av självskattningsenkäter (Bilaga 1). Enkäterna delades ut, en gång i månaden, på Hjärtcentrums samtliga avdelningar. Teamets uppfattning är att berörd personal svarat ärligt på enkäten. Resultaten har varit av varierande karaktär. Färgutskrifter har anslagits på hjärtcentrums olika avdelningar. En tendens till bättre resultat på de avdelningar som deltagit i VRISS-projektet har noterats. För att belysa detta har resultaten från avdelningar som deltagit i VRISS-projektet jämförts med övriga avdelningar (Bild 5 och 7).

På de avdelningar som deltagit i VRISS har en väsentlig förbättring skett avseende basala hygienrutiner och klädregler. Ringar, klockor och armband är borta. Handsprit, handskar och plastförkläden används (nästan) alltid enligt riktlinjerna i SOSFS 2007:19 .

Vid jämförelserna på bild 5 och 7 antyd en sämre följsamhet, av basala hygienrutiner och klädregler, på de avdelningar som inte deltagit i VRISS. Detta kan eventuellt förklaras av att detta inte är opererande avdelningar och att hygienfrågorna inte fokuserats på samma sätt som på tex Thoraxoperation och Implantationsenheten. En annan möjlig förklaring kan vara att VRISS-projektet inneburit en förbättrad följsamhet bland personalen på deltagande avdelningar.

Följsamhet till åtgärds paket: "Förebygg infektioner vid centrala venösa infarter"

Den låga följsamhetsandelen beror huvudsakligen på avsaknad av markeringar, i CVK-protokollet. Eftersom följsamhetsfrekvensen i mätningarna blir sämre för varje månad trots att en förbättring av CVK-hantering upplevs, kan detta kanske delvis bero på utformningen av utvärderingsformuläret. Vid de första mätningarna insamlades protokoll som inte var ifyllda alls. Vid den sista mätningen var alla protokoll noggrant ifyllda. Det förekom dock att någon markering, vid något enstaka arbetspass, saknades vilket innebar att protokollet underkändes. Det förekom också, i de sista mätningarna, enstaka noteringar om att: riktlinjerna inte följts. Kanske speglar mätmetoden snarare noggrannhet avseende dokumentation än följsamhet till riktlinjerna.

Det är CVK-teamets uppfattning att flertalet kollegor arbetar mer aseptiskt vid hantering av CVK jämfört med tidigare. Sprittussar används oftare och katetrarna är bättre fixerade än tidigare. Många använder skydd mellan säng och CVK. Bidragande faktorer är upprepad information om VRISS och att det finns en handbok att följa. Ett kvarstående problem är att få korrekt ifyllda utvärderingar.

Följsamhet till åtgärds paket: "Förebygg postoperativa sårinfektioner" på Klinisk Fysiologi
Den låga följsamhetsandelen beror på bristfällig journaldokumentation, från vårdavdelningen, av preoperativa förberedelser. Hygienombuden från Klinisk Fysiologi har, vid flera tillfällen, informerat personal från vårdavdelningen om vikten av att dokumentera preoperativa förberedelser. Eventuellt kommer en checklista att införas under hösten.

Följsamhet till åtgärds paket: "Förebygg postoperativa sårinfektioner" på Thoraxoperation

Den låga följsamhetsandelen beror, med få undantag, på temperatur under 36,5° C i nasopharynx vid operationens avslutande. De registrerade temperaturerna redovisas i ett separat diagram (bild 11). Under projektets gång har åtgärder vidtagits för att bibehålla minst 36,5° C under operationens avslutande. Som visas i bild 11 har detta mål, beräknat som medelvärde, uppnåtts. I de enskilda mätningarna kan dock vissa temperaturer ligga strax under 36,5° C vilket, vilket med SKLs mätmetod, visar att "samtliga åtgärder inte är utförda".

Så här arbetar vi vidare

Arbetet med basala hygienrutiner, samt uppföljning med självskattningsenkäter kommer att fortsätta på Hjärtcentrums samtliga enheter.

Inom Hjärtcentrum fanns, redan före VRISS, en hygiengrupp med representanter från alla avdelningar. Gruppen arbetade med vårdhygieniska förbättringar - för att minska antalet vårdrelaterade infektioner. Hygiengruppens arbete fortsätter.

Thoraxoperation

Försök till förbättrade rutiner kring preoperativ dusch och hårvaskning, i samarbete med Vårdavdelningen planeras.

Det finns, ej tidsbestämda, planer på ombyggnation av operationssalar och ventilation på Thoraxoperation.

Arbetet med att reducera antalet personer och dörröppningar på operationssalarna fortsätter. Fortlöpande hygienseminarier planeras för all personal.

Implantationsenheten Klinisk Fysiologi

Hygienarbetet kommer att fortgå löpande efter avslutad projekttid.

CVK-teamet THIVA

Blododling för att verifiera CVK-relaterad infektion kommer att införas.

Diskussion, om riktlinjer för CVK- hantering, fortgår. Analys av problem, förbättringar och förändringar fortsätter.

Kommentarer

Hjärtcentrums VRISS-team har valt att mäta följsamhet till basala hygienrutiner med hjälp av självskattningsenkäter (Bilaga 1). Vi tror att enkäten har en pedagogisk effekt. Varje gång den delas ut ger detta upphov till diskussion och frågor. Enkäten delas ut bland all personal på Hjärtcentrum. På så vis får undersökningen en stor bredd och informationen når ut till alla

varje månad. Syftet är, i första hand, att åstadkomma en förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Vi tror att självskattningsenkäten är ett verktyg för att nå detta syfte. Kommentarer som skrivs på enkäterna har varit intressanta och värdefulla för VRISS-teamets arbete. Kommentarer som belyser svårigheter och missuppfattningar som hygienombuden kan arbeta vidare med.

Trots ibland negativa resultat är det en allmän uppfattning att all personal blivit mycket bättre på att följa hygienreglerna. Användningen av handsprit, handskar och plastförkläden har ökat markant.

Målet; att reducera antalet postoperativa sårinfektioner, har ännu inte uppnåtts. Det hygieniska förbättringsarbetet kommer dock att fortsätta för att: skydda patienterna från vårdrelaterade infektioner, för att skydda oss själva från tex blodsmitta och multiresistenta infektioner och för att vårdarbetet blir trevligare i en ren miljö.

Att arbeta med Genombrott

Fördelar

- Projektet har inneburit ett ökat intresse för vårdrelaterade infektioner och för att något måste göras för att minska dessa.
- Arbetsätt och metoder har kommit i fokus.
- Det har varit intressant att ta del av problem som lösningar på andra avdelningar.
- Alla yrkeskategorier har engagerat sig i hygienarbetet.
- Operationspersonalen har varit mycket positiva till VRISS-projektet.

Nackdelar

- Vissa team-medlemmar har haft svårt att schemalägga tid för att arbeta med VRISS. Detta har blivit en stressfaktor vissa månader.
- Läkarrepresentationen i projektet har varit mycket begränsad.
- Det frekventa rapporterandet har tagit mycket tid.
- Hela vårdkedjan (Hjärtcentrum) har inte deltagit i projektet.
- Teamet har haft små möjligheter att påverka mät- och presentationsmetoder.

Mest givande

- Det har varit roligt att arbeta, diskutera, utveckla idéer och skratta tillsammans.
- Att samarbeta med andra yrkeskategorier och avdelningar och att få inblick i deras arbete har varit givande.

Svårast

- Det har varit svårt att få vissa protokoll ifyllda.
- Ibland har det varit svårt att påverka och förändra rutiner och arbetsätt.
- Att engagera läkargruppen.

Lärdomar

- Förändringsarbete är inte alltid lätt.
- Det är viktigt att ta hänsyn till patienter, men också till andra personalkategorier.
- Diplomati och kompromissvilja är viktigt när nya metoder skall testas och införas.

Självskattning – basala hygienrutiner

Datum
Avdelning/enhet
Personalkategori

Mätningen gäller den första patient du hjälpte, undersökte eller behandlade imorse

Hade du landstingets arbetsdräkt (både byxa och blus/tröja) ja nej

Kommentar
.....

Kortärmad tröja/blus i nära vårdarbete* ja nej

Ring ja nej

Klocka (armbandsur) ja nej

Kort eller uppsatt hår ja nej

Kommentar
.....

Handsprit före patientarbete/kontakt ja nej

Handsprit efter patientarbete/kontakt ja nej

Använt handskar vid kontakt med kroppsvätskor ja nej

Använt förkläde/skyddsrock i nära vårdarbete* ja nej

Kommentar
.....

* nära vårdarbete innebär direktkontakt med patienten, sängbäddning eller hantering av kroppsvätskor.

Bekämpa vårdrelaterade infektioner!
Tack för din medverkan!

Bilaga 2

Checklista för åtgärds paket

Infektioner vid centrala venösa infarter

PatientID:
Central venös infart
IN Datum.....
UT Datum.....

	Ja	Nej	Kontra-indicerat	Kommentar
Korrekt indikation för inläggning av kateter enligt lokala riktlinjer				
Steril inläggningsteknik tillämpad				
Kateterrelaterad infektion korrekt diagnostiserad*				

* Blododling från CVK-kateter och perifer ven. Om odling från CVK positiv minst 120 min före prov från ven, talar det starkt för CVK -relaterad infektion

Daglig utvärdering av behov av CVK			
Datum			
Sign.			
Utvärdering av behov av CVK är gjord Ja/Nej			

Utvärdering efter varje arbetspass									
Arbetspass	fm.	em.	natt	fm.	em.	natt	fm.	em.	natt
Sign.									
Skiftliga riktlinjer för daglig skötsel har följts Ja/Nej *									

* Riktlinjer för daglig skötsel

- Inspektion av insticksstället
- Katetern väl fixerad
- Klorhexidinvattnings vid varje injektion/infusion
- Ny skyddspropp efter varje manipulering

Kirurgkliniken, Norrlands Universitetssjukhus

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att minska de postoperativa sårinfektionerna, skapa tydliga rutiner för patienter och personal, förbättra hygienrutiner vid rond och mottagningsbesök.	Helena Leemann, sjuksköterska, avdelning 3, <i>kontaktperson</i> helena.leemann@vll.se Berit Backman, undersköterska, mottagning Monica Lindström, sjuksköterska, endoskopienhet Maria Sandström, undersköterska, avdelning 1 Britt-Inger Åström, undersköterska, avdelning 2 Sven-Erik Persson, specialistläkare
Population	
För alla våra patienter som opererats med snitt.	

Bakgrund och problem:

Kirurgkliniken på Norrlands Universitetssjukhus består av en mottagning, en endoskopi- och behandlingsenhet samt tre vårdavdelningar. Vi tar hand om patienter från Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland. Vårdavdelning 1 har 18 vårdplatser och utför kirurgi mot tjocktarm och ändtarm. Avdelning 2 har 13 vårdplatser och utför kirurgi mot bröst, sköldkörtel, gallblåsa och binjurar. Avdelning 3 har 22 vårdplatser och utför kirurgi mot matstrupe, magsäck, övre delen av tunntarmen, bukspottkörteln, gallblåsa, lever samt kärlkirurgiska sjukdomar på stora kroppspulsådern och förträngningar i stora blodkärlen. Förutom planerade operationer ingår i verksamheten också att ta hand om akuta jourfall som uppgår till 75 % av verksamhetens patientklientel. Dessutom har vi en stor andel polikliniska operationer såsom bråck, bröst, åderbråck och hemorrojder m.fl. Våra patienter opereras mestadels på centraloperation 3 men även på centraloperation 1. År 2007 utfördes 2507 operationer varav 11 patienter drabbades av en djup sårinfektion och 35 av en ytlig sårinfektion. År 2008 utfördes 2297 operationer där 30 patienter drabbades av en djup sårinfektion och 26 fick en ytlig sårinfektion.

Mål:

Resultatmål:

1.) Minska de totala sårinfektionerna med 50% till april 2009. Utgångsvärdet för de totala sårinfektionerna var 4,6 % i maj 2008.

Processmål:

- 2.) 100% följsamhet till basala hygienrutiner
- 3.) 100% följsamhet till klädregler
- 4.) 100% följsamhet till de rekommenderade åtgärderna i åtgärds paketet "Förebygga postoperativa infektioner"

Mått:

- 1.) Andel infektioner som fångas upp av vår befintliga infektionsregistrering.
- 2.) Andel personal som följer de basala hygienrutinerna på kirurgkliniken
- 3.) Andel personal som följer klädreglerna på kirurgkliniken
- 4.) Andel opererade patienter där samtliga rekommenderade åtgärder utförts enligt åtgärds paketet ”Förebygga postoperativa infektioner”

Hur gjordes mätningarna?

Så här mäter vi att vi når målet:

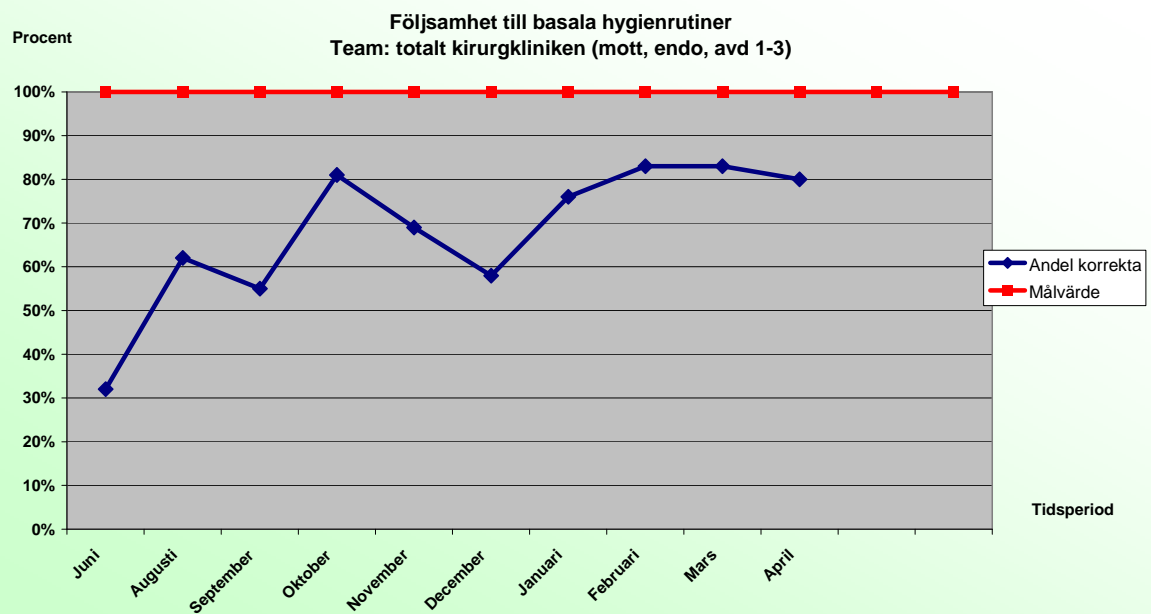
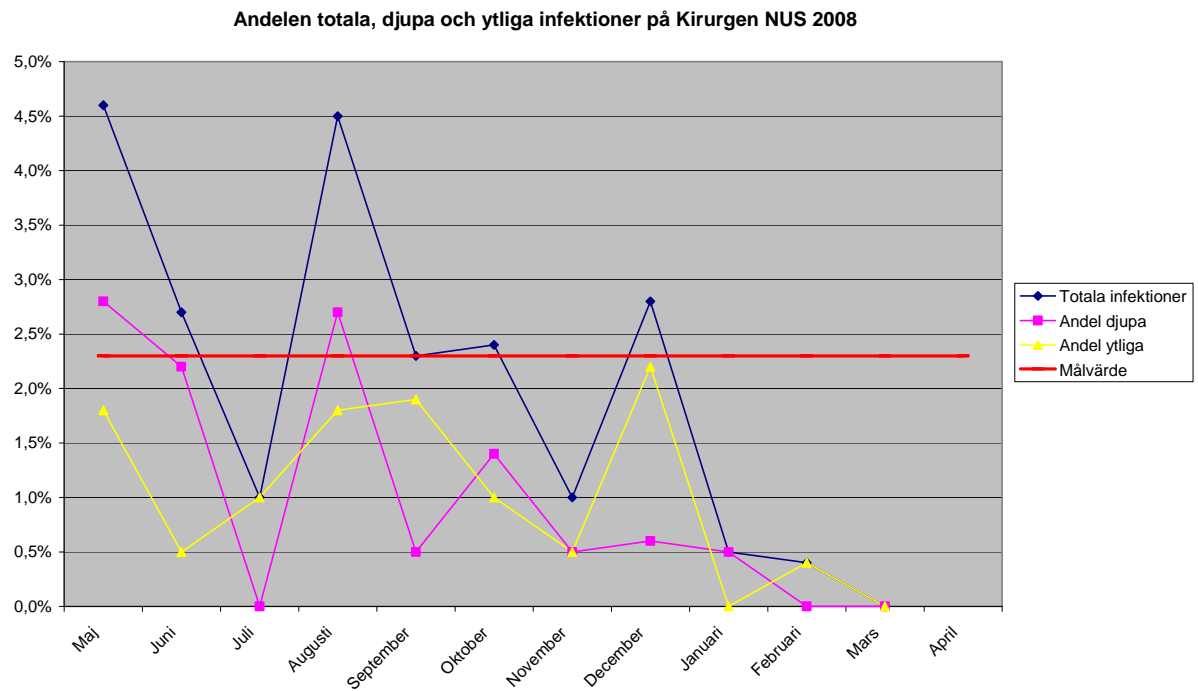
Resultatmål:

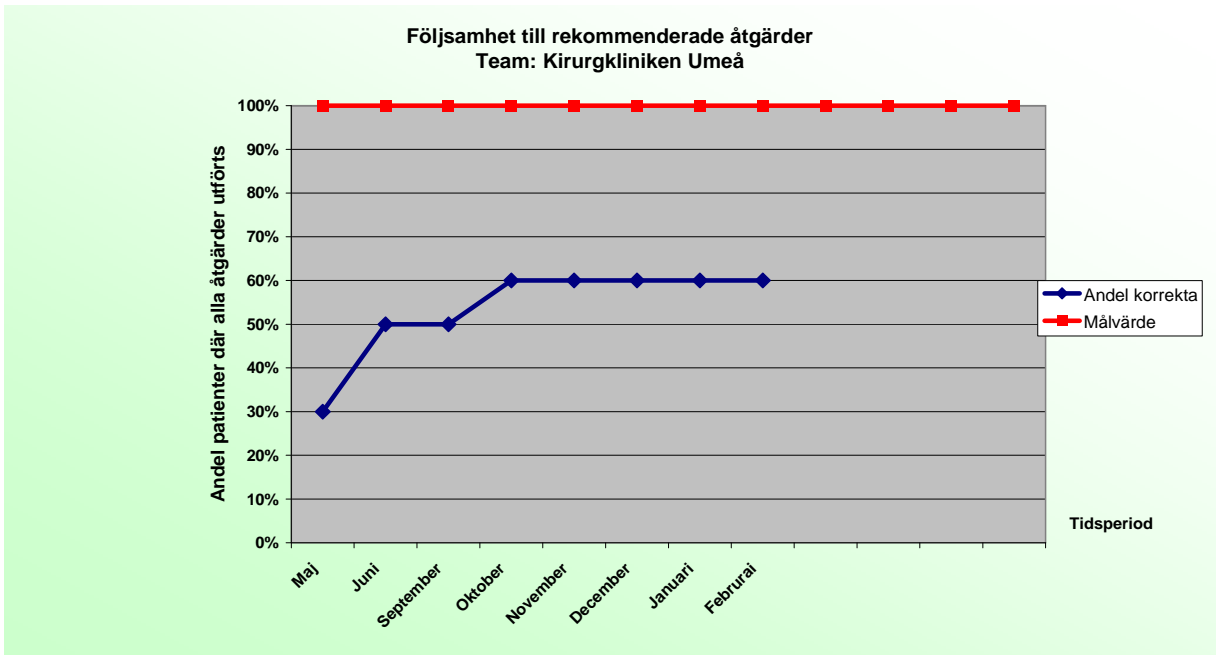
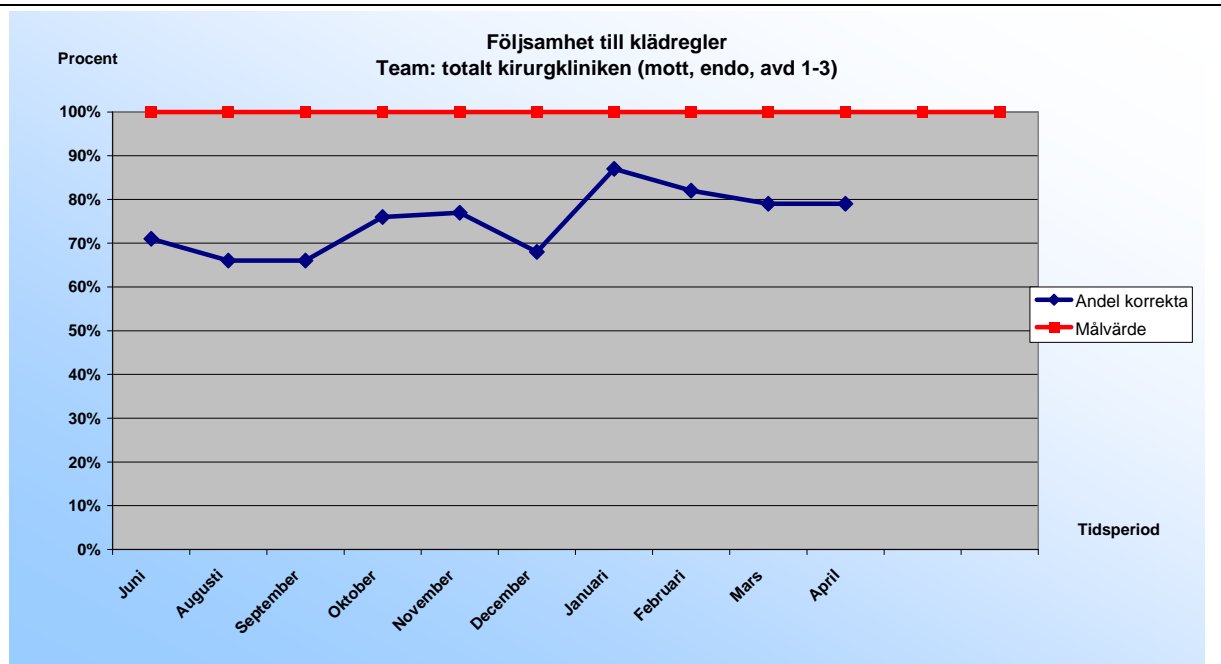
- 1.) Vi får månatliga rapporter på inregistrerade sårreporter från vårdhygien

Processmål:

- 2.) Observationer på 10 personer vardera på endoskopienhet, mottagning, kirurgavdelning 1, 2 och 3 kring andel personal som korrekt följer de basala hygienrutinerna. Dvs., handsprit före och efter patientnära vård samt efter användning av handskar, att handskar används vid direktkontakt med kroppsvätskor eller utsöndringar och att plastförkläde används vid undersökning/ behandling som innebär direktkontakt med patienten eller dennes säng.
- 3.) Observationer på 10 personer vardera på endoskopienhet, mottagning, kirurgavdelning 1, 2 och 3 kring andel personal som korrekt följer klädreglerna. Dvs. använda kortärmad arbetsdräkt, ring- och klockfria händer samt kort eller uppsatt hår.
- 4.) Vi granskar 10 slumpmässigt valda journaler varje månad och kollar att dubbeldusch x 2 genomförts preoperativt, kollar att sårreportering är registrerad vid infektion, att operationspersonal ser till att ordinerad antibiotika givits i rätt tid, att normal kroppstemperatur har hållits under operationen.

Resultat:





Förändringar som testats:

- Alltid dubbeldusch x 2. Personal informerar patienter vid ankomstsamtal, på kvällen innan operation samt på operationsdagens morgon. Ansvarig personal frågar upp om dubbeldusch x 2 har skett och dokumenterar detta i journalen. Dessutom informeras patienterna på avdelning 1 och 2 om dubbeldusch x 2 i en välkomstfolder. Mottagningen informerar patienterna i sina kallelser för dem som ska opereras polikliniskt. Denna förändring har varit lätt att komma igång med och fungerar mestadels.
- Ett informationsblad om dubbeldusch x 2 samt renbäddning inför operation har skickats till sjukhusets alla avdelningar, där kirurgens satellitpatienter kan tänkas hamna, så att även dessa patienter förbereds på samma sätt som de som ligger på kirurgavdelningarna.
- Ansvarig sjuksköterska ska alltid dela ut sårappport vid utskrivning samt när patient som fortfarande är ineliggande drabbas av en sårinfektion. Avdelning 2 hade sedan tidigare en väl fungerande sårapportrutin, som vi nu vill sprida till de andra avdelningarna. Vi har informerat om detta och delat ut minneslappar, men vet ännu inte om det har gett avsedd effekt.
- Upptämning har skett av övriga hygienrutiner som t ex städ samt rengöring av instrument, utrustning och inventarier. I det arbetet har kontakt med städ skett på avdelning 1 och 2 samt mottagningen.
- Sängväskor i plast för upphängning av urinkateteruppsamlingspåsar och dylikt, är beställda till alla avdelningar och på avdelning 2 används dessa nu rutinmässigt.
- Vi ska nu ha instrumenten i en låda med lock på istället för att låta de ligga öppet.
- En hygienrutinpärm har nu utarbetats för att förtydliga rutinerna på mottagningen.

Aktiviteter:

- Vi har haft information om VRISS på varje arbetsplatsträff
- Vi har använt oss av vårdhygiens ”stoppa smittspridning” som informerar om god handhygien. De är uppsatta vid tvättställena på avdelning 1 och 2.
- Vi har haft återkommande VRISS information till personal.
- Ny personal samt elever har blivit informerade om VRISS.
- Informationen kring VRISS har förankrats hos sektionledarna samt sektionscheferna.
- Avdelning 1 och 2 har haft temakväll där VRISS var en central punkt.
- Informationsblad är skriven och lämnad till alla kirurger angående om att signera operationskod i orbit samt klädregler och hygienrutiner. På ”alla hjärtans dag” delades även denna information ut till alla kirurger i form av hjärtan.
- Kontakt med hygienombud från centraloperation 3 har skett i den senare delen av

- Liten informationsbok ”Rätt klädd i vården” är beställd och kommer att lämnas ut till alla läkarkandidater vid introduktionsträffarna varje termin.
- Anslagstavlor om projektet är uppsatta på varje enhet.
- Planscher ”Hos oss är du i rena händer” är uppsatta på alla avdelningar
- Tvättvagnar på avdelningarna har blivit försedda med information till patienterna om att de ska kontakta personal om de behöver rena kläder.
- Handspritsautomater är uppsatta på flera ställen på avdelningarna, bl.a. i matsal och vid entré.
- Hållare med handsprit har försätts på varje patientsäng.
- Vi har satt upp krokar på läkarexpeditionerna och i slussar för att skapa möjlighet för läkare/läkarkandidater att hänga av sig läkarrocken innan patientnära kontakt inför undersökning eller rond.
- Skyddsplast har placerats på tangentbordet i behandlingsrummet på avdelning 2

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Det har varit svårt att se något resultat i antalet minskade sårinfektioner då det innan projektstarten fanns ett mörkertal i inregistrerade sårinfektioner. Följsamhet gällande klädregler och hygienrutiner ligger ännu inte på 100 %, men en klar förbättring kan ses.

Så här arbetar vi vidare:

Vi kommer att fortsätta göra mätningar på följsamhet till klädregler och hygienrutiner. VRISS-gruppen kommer att fortsätta träffas regelbundet och sprida information och kunskap samt komma på nya idéer. Varje fredag har läkarna möte och i maj har ett möte bokats upp med en hygienläkare för information och föreläsning. Då operationscentrum är central i kirurgklinikens arbete kommer vi att fortsätta att förbättra samarbetet med dem. Vi har som ambition att även få ett gott samarbete med uppvakningsavdelningarna när det gäller att minska de postoperativa sårinfektionerna samt följsamhet till klädregler och hygienrutiner.

Kommentarer:

Ett problem vi hade från början var att ingen läkare var med i teamet vilket är en förutsättning för att få med alla yrkeskategorier. Då projektidens slut närmar sig inser vi skulle ha samarbetat med personal från operation långt tidigare och då väcks även tankar att vi borde få med uppvakningsavdelningarna i samma linje.

Att arbeta med Genombrott:

Fördelar – används metoden rätt så är det ett bra verktyg att arbeta efter.

Nackdelar – nytt sätt att jobba i och som tagit tid att sätta sig in i och förstå.

Mest givande – trots att vi inte har följt genombrott till punkt och pricka så har vi ändå fått in en hel del bra förändringar och även om man inte kan mäta en del aktiviteter och förändringar så ser vi att saker har förbättrats gällande klädregler och hygienrutiner.

Svårast – vi har haft svårt att testa nya förändringar i liten skala. Att skapa tid till att kunna sätta sig in i arbetsättet och genomföra förändringsarbetet.

Lärdomar – att göra små testgrupper, t.ex. börja med en förändring på bara en av avdelningarna för att kunna jämföra resultat.

Kvinnokliniken Skellefteå

Syfte med deltagandet i genombrott:	Teammedlemmar:
Minska vårdrelaterade infektioner efter sectio, d.v.s. UVI efter KAD och sårinfektioner.	Ingrid Olofsson, barnmorska <i>kontaktperson</i> ingrid.m.olofsson@vll.se IngeGerd Enmark, undersköterska Katrín Nyström, undersköterska Christin Wikström, undersköterska
Population	Solveig Lindberg, sjuksköterska
Alla sectioförlösta patienter	Annika Olofsson, undersköterska Johanna Sundqvist, läkare

Bakgrund och problem:

Vi gick med i VRISS trots att vi inte upplevde att vi hade något problem med postop. infektioner. Men vi visste inte heller hur det förhölls sig, hade ingen bra registrering av infektioner och dessutom kan patienterna söka hjälp på öppna vården, alltså utanför vår kontroll. VRISS ligger ”i tiden” och den dagen vi eventuellt får multiresistenta bakteriestammar har vi handlingsberedskap.

Mål:

- 100%-ig följsamhet till klädregler
- 100%-ig följsamhet till hygienrutiner
- Nolltolerans för UVI infektioner efter sectio.
- Nolltolerans för sårinfektioner efter sectio.
- 100%-ig följsamhet till åtgärds paketet ”Förebygg postoperativa sårinfektioner”

Mått:

Antal personal med följsamhet till klädregler och hygienrutiner
Inventering av antal postop.infektioner
Följsamhet till åtgärds paketet ”Förebygg postoperativa sårinfektioner”.

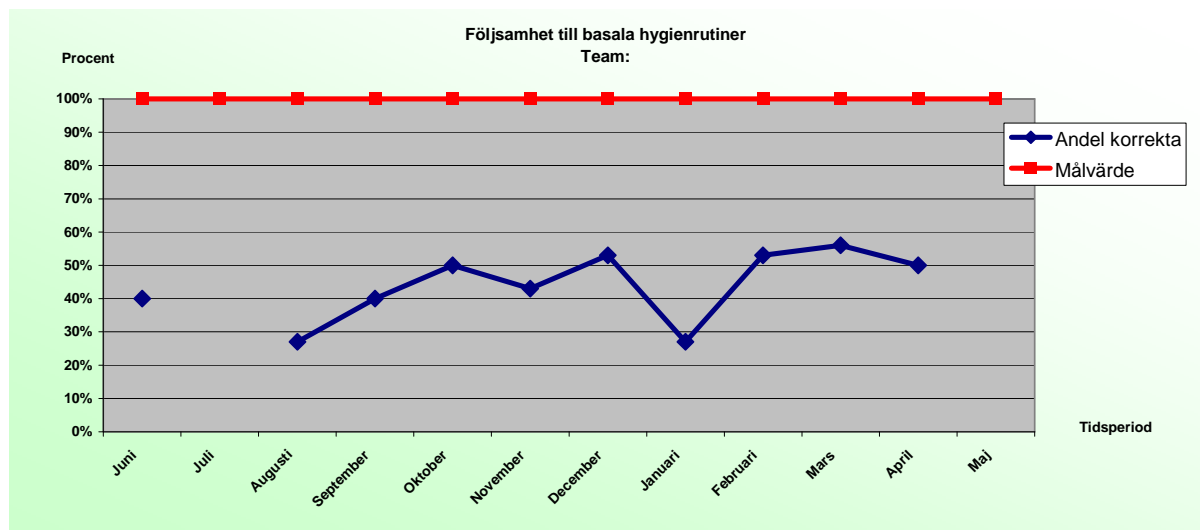
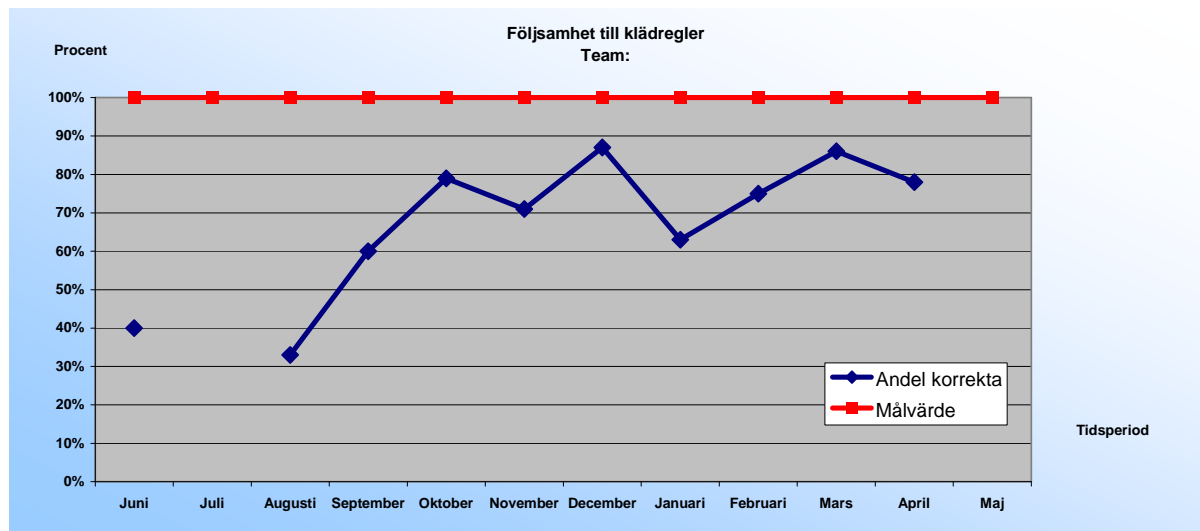
Hur gjordes mätningarna?

Månatliga observationer på 15 personal hur klädregler och hygienrutiner efterföljdes.

En självskattningsenkät till all personal på gyn/förl/BB.

Vid efterkontrollen på MVC har patienterna lämnat en enkät med besvarade frågor angående postpartuminfektioner. De flesta patienterna kommer på efterkontroll.
Journalgenomgång avseende följsamhet till profylaktisk antibiotika på akutsectio-patienter.

Resultat:



Resultatet från självskattningsenkäten visade på överensstämmelse till våra månatliga stickprovsmätningar. Kommentarererna var värdefulla för att förstå varför man inte följer klädregler och hygienrutiner. Det handlar till viss del om attityder hos personalen och att det är kallt.

7 patienter (10%) av 69 akutsnittade fick ej adekvat antibiotikaproylax under 2008.

Värme postop. och hårvaskning har bedömts u.a genom punktobservationer och samtal med operationspersonal.

Oktober -08 till Februari -09: 5 postpartum infektioner i sectioop.såret
0 UVI efter Kad
3 endometritter (ett bifynd)

Förändringar som testats:

Tagit bort KAD 9-10 timmar tidigare än rutin. Vi började i januari och testen har gjorts på 12 patienter, alltså ganska liten % av de sectioförlösta. Det har gått bra på de alla patienter utom en. Misslyckandet blev en överfylld blåsa senare under dygnet.

Monterat spritflaskor på väggarna på BB/förl/gyn. och på gyn.avdelningens sängar. Satt upp handskar och förkläden på alla rum.

Tagit bort alla bideduschar från patienttoaletterna.

Satt upp patientinformation om handhygien på varje patienttoalett och utanför matsalen.

Provar ny diskhantering av nappflaskor, amningsnappar, hållkoppar etc

Undersökt olika operationsbandage och enats på BB och gyn.avdelningen om våra såromläggningsrutiner. Ett PM angående detta är inlagt på Linda. Vi har försökt att få en länsgemensam rutin kring detta på kvinnokliniken.

Aktiviteter:

Gått igenom olika arbetssituationer på avdelningarna och gjort ett schema över vilka hygienrutiner som krävs vid olika arbetsmoment.

Informerat barnläkarna som kommer till BB om klädregler och hygienrutiner

Enkät för att registrera infektioner har skickats till patienterna med kallelsen till efterkontroll 6-10 v. postpartum.

Journalgenomgång på patienter som har akutsnittats för att se följsamheten till antibiotikaprofylax

Har tagit reda på operationsavdelningens rutiner angående hårvkortning och normotermi

Personalen har haft möjlighet att testa UV-lampan vid två tillfällen.

All personal har fått göra en självskattning angående klädreglerna och hygienrutinerna.

Stor skylt ställs fram på matvagnen om att patienterna och anhöriga ska sprita händerna.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vårt mål till 100%-ig följsamhet till klädregler och hygienrutiner har inte uppnåtts. Vi tror att det till största del beror på attityder och personliga inställningar. Vi har förstått att det faktum att vi har kallt i lokalerna, särskilt på nätterna försvårat följsamheten till klädreglerna.

Vårt mål till nollvision om postop.infektioner är inte heller uppnått, men vi visste inte heller hur många infektioner vi har under ett år. Vi trodde att det var bara enstaka sårinfektioner. Nu när vi har en aning om hur många det är håller vi kvar vår nollvision.

UVI är uppenbarligen inget problem, ingen infektion är registrerad. Vi fortsätter ändå med att ta bort KAD tidigare, d.v.s. c:a 11 timmar postop. på patienter som är mobiliserade.

Det var 10 % av de akutsnittade som inte fått antibiotika profylaktiskt. Detta faktum har gjort att alla läkare blivit påmind till att följa rutinen.

Så här arbetar vi vidare:

Vi kommer att fortsätta att göra mätningar på klädregler och hygienrutiner och de kommer att läggas in som nyckeltal att följa kvartalsvis.

Vi kommer att skriva in våra klädregler och hygienrutiner i introduktionpaketet till ny personal samt VRISS-information till personal som kommit tillbaka från ex. sjukskrivning och gravledighet.

Vi kommer att arbeta på att få en tillförlitlig infektionsregistrering, antingen via diagnossättning i System Cross eller genom infektionsrapport till hygiensköterskan eller patientenkät.

Fortsätta att träffas regelbundet i VRISS-gruppen för att få inspiration att arbeta mot våra mål.

Kommentarer:

Genom infektionsregistreringen har vi fått veta även antalet endometritter.

Att arbeta med Genombrott:

- All personal blev fort medvetandegjord om arbetet.
- Att det gick så naturligt att personalen började följa klädreglerna. Klockor och ringar togs av, hår sattes upp och personal som jobbat i privata kläder började använda personalkläder.
- Följsamhet till klädregler och hygienrutiner varit svårt att uppnå p.g.a. av attityder. Rumstemperaturen på natten är också ett problem.
- Det har varit svårt att få infektionsstatistiken. Vi tror att det kan beror på hög arbetsbelastning på MVC och vårt infektionsblad blev en extra rutin.
- Det tar tid att genomföra en förändring till 100 %.
- Det fanns mer infektioner än vad vi trott. Bra att få reda på det.
- Jobbigt när datorn krånglar och när datorkunskapen sviktar...
- Tanken är förstås att titta på andras arbeten via grupparbetsplatsen men det är svårt hinna med detta, och förstås lite ovana att leta sig fram dit.

Medicineriatrikklíniken Skellefteå lasarett

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner på kliniken och införa enhetliga rutiner på hela kliniken	Avdelningschef Karina Persson, <i>kontaktperson</i> karina.s.persson@vll.se Sjuksköterska Anna Gyllenberg Sjuksköterska AnnCharlotte Lundmark Sjuksköterska IngaLill Norgren-Lundmark
Population	Sjuksköterska Iris Forsberg Undersköterska Nina Hedlund Undersköterska Lena Persson Läkare LeifGöran Carlsson (konsulterande läkare) Ingegerd Jönsson
Riskpatienter enligt nationella programmet vilket innebär patienter födda före 1944, patienter med KAD samt yngre sängliggande.	

Bakgrund och problem:

En stor klinik med 5 akutavdelningar, dialysavdelning, dagsjukvårdsplatser samt 3 mottagningar. Behandlingar, rutiner och dokumentationen är inte lika på de olika enheterna. En samordning behöver göras för att få enhetliga riktlinjer på hela kliniken.

Mål

Minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner med 50%
100 % följsamhet till basala hygienrutinerna
100% följsamhet till klädreglerna
100 % följsamhet till nationella programmet om att förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner

Mått:

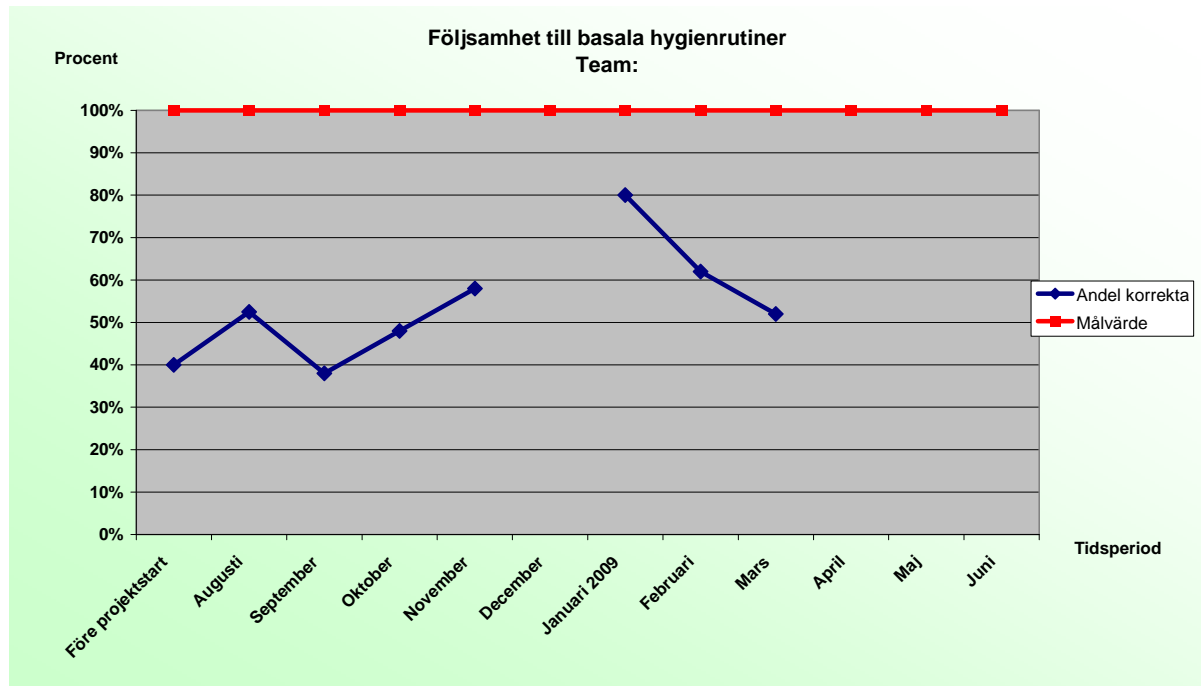
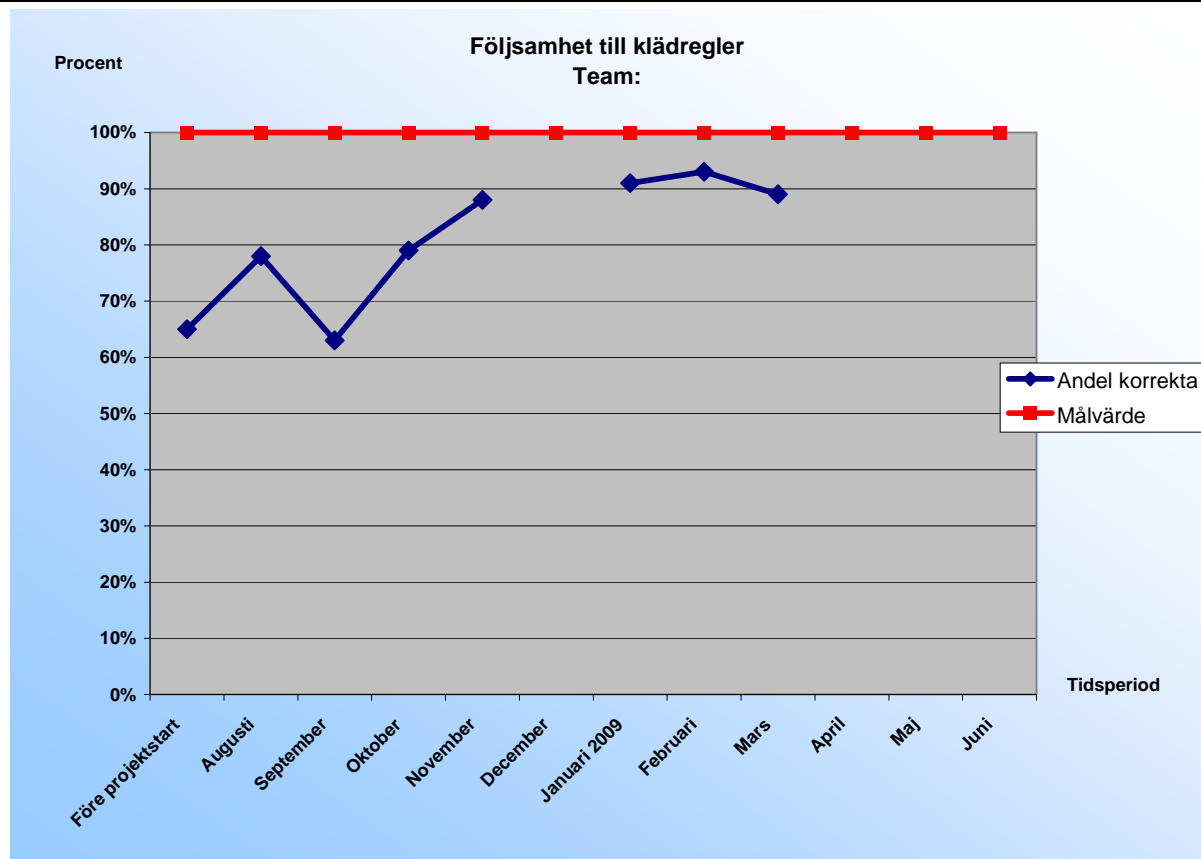
Följsamhet till basala hygienrutinerna
Följsamhet till klädreglerna
Följsamhet till nationella programmet om att förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner

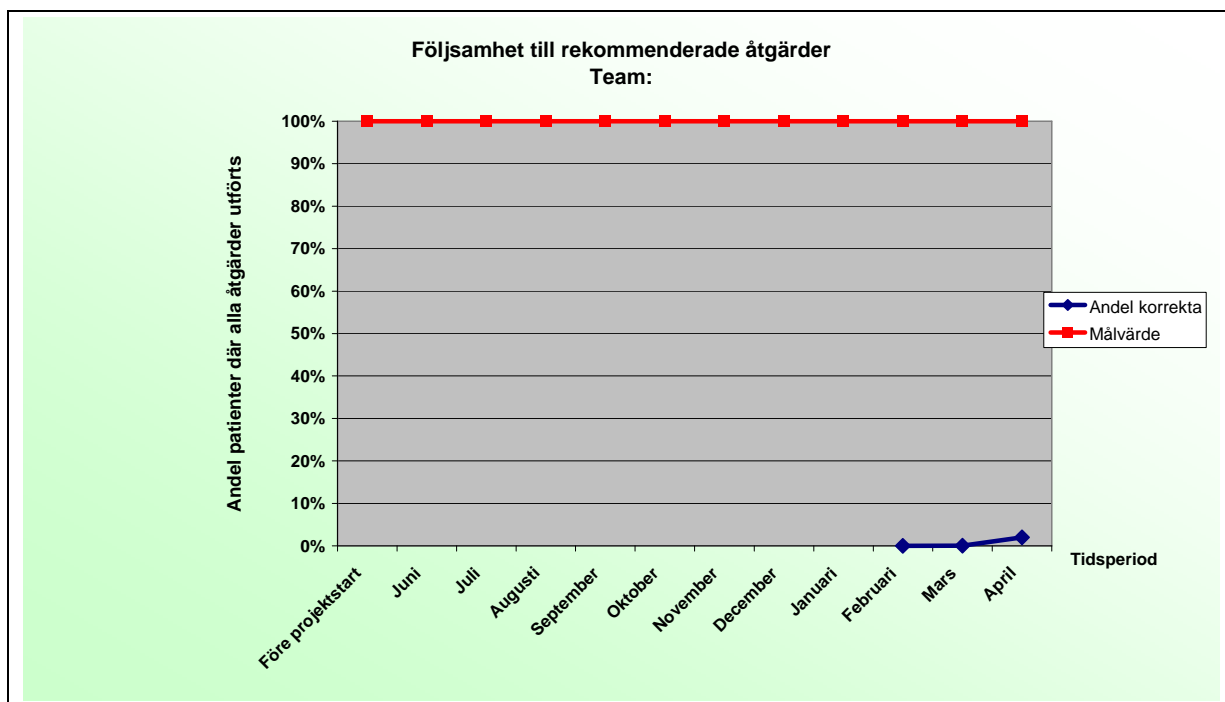
Hur gjordes mätningarna?

Följsamhet till klädregler och hygienrutiner har mätts varje månad på varje enhet, avdelningar och mottagningar. Från början gjordes mätningen av en person/enhet medan senaste månadernas mätningar har man på några av enheterna låtit personalen fylla i formuläret själv. Antal vårdrelaterade UVIER och följsamhet till nationella programmet har mätts på akutavdelningarna 1, 3, 7 och avd 6. Antalet vårdrelaterade UVIER togs fram genom sökning i datajournal på samtliga inläggande under första halvåret 2008. Det framtagna underlaget för journalgranskning har använts vid mätningen av följsamhet till nationella programmet. Tio slumpvis utvalda patientjournaler har granskats på respektive avdelning under februari, mars och april.

Resultat:

Sammanställning av journalgranskning pågår .





Förändringar som testats:

Riskbedömningar vad gäller UVI tillsammans med Fall, Trycksår och Nutrition bedömning samt åtgärder och uppföljning görs på 2 avdelningar och ska spridas till de andra enligt planering.

Aktiviteter:

Följande är gjort vad gäller :

- följsamhet till klädreglerna :
 - information och redovisning av månadsmätningar till egen personal och personal som tillhör annan klinik som även arbetar på vår klink
 - tagit fram affischer som satts upp i personalens omklädningsrum
- följsamhet till hygienrutinerna:
 - översyn av tillgång på sprit , handskar och plastförkläden och utifrån behov åtgärdat brister så att det ska vara lätt att följa rutinen
 - information och redovisning av månadsmätningar
 - samarbete med städpersonalen kring städning av patientsalar har inletts
- följsamhet till nationella programmet:
 - utbildning
 - information och redovisning av resultatet av granskning till undersköterskor, sjuksköterskor och läkare
 - nytt sökord i datajournalen, KAD under sökordet elimination
 - utarbetat dokumentationsrutiner som ska göra det enkelt att följa programmet och att kunna mäta att programmets delar följs
 - riktlinjer för rutiner vid tappning och kontroll av kvarurin håller på att utarbetas
 - dokument att användas för identifiering av riskpatienter är framtaget och använda tillsammans med ”senior alert”
 - sökord i datajournalen under vårdprevention, urinvägsinfektion, där dokumentationen kring ”senior alert , fall trycksår och Nutrition” ska införas

Exempel på affischer

HOS OSS PÅ MEDICIN- GERIATRIKKLINIKEN GÄLLER

- Kortärmad arbetsdräkt som byts dagligen och som endast används på arbetsplatsen
- Inga ringar, klockor och armband
- Kortklippta omålade naglar
- Långt hår alltid uppsatt



HOS OSS PÅ AVD 6 GÄLLER



- Kortärmad arbetsdräkt som byts dagligen
- Inga ringar, armband och armbandsur
- Kortklippta omålade naglar
- Långt hår alltid uppsatt

Dokumentationsrutin

All dokumentation kring katetervård förs under sökordet Elimination/KAD.

Typ av kateter och storlek förs in i IN och UT farter katetrar/urin

Under sökordet Elimination/KAD dokumenteras indikation och planerad längd eller när utvärdering ska göras. Resultat av utvärdering förs också in under Elimination/KAD eller i vårdplan.

Datum för utvärdering eller dragning av kateter förs in på arbetslistan och signeras när det är utfört.

Urinodling dokumenteras under Elimination och förs in på arbetslista

Resultatet av riskbedömningsinstrumentet och eventuella åtgärder samt uppföljning förs in under Elimination/KAD.

Kan med fördel användas tillsammans med ”senior alert” instrumentet.

Riskbedömningsinstrument

Riskbedömning för att förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner

- | | |
|---|----|
| A. Patienten klarar att sköta toalettbesök självständigt | 1. |
| Patienten behöver hjälp för att komma till toaletten | 2. |
| Patienten är sängliggande | 3. |
| Patienten är medvetandesänkt | 4. |
| B. Patienten är urinkontinent | 1. |
| Patienten är tillfälligt inkontinent | 2. |
| Patienten är inkontinent, använder blöja eller liknande | 3. |
| Patienten bär urinkateter | 4. |
| C. Patienten har ett känt avflödeshinder t ex på grund av prostataförstoring, blåsdivertiklar och andra urologiska avvikelser. Patienten har en neurologisk störning i blåsans funktion eller känd östrogenbrist hos äldre kvinnor. | 3. |

3 poäng och mer risk för att få urinvägsinfektion.

Åtgärder

Observera så patienten kissar

Toapassa

Bladderscan vid behov

Vid resurin, utför ren intermitterent kateterisering (efter läkarordination?)

Kad sättes efter läkarordination, tidpunkt, indikation och planerad längd dokumenteras.

Daglig utvärdering av fortsatt behov av kad

Endast slutna urinuppsamlingssystem används.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

I arbetet med kläd och hygienrutiner fick vi snabbt ett förbättrat resultat som sen har hållit sig på en hög nivå. Klädreglerna har snabbt anammats av omvårdnadspersonalen men har varit svårare att följa av läkargruppen. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster hade inte fått samma information som övrig personal men efter genomgång med dem har vi sett en förbättring även hos dom. Ny personal gör som vi lär ut och vad gäller klädregler har även nya läkare börjat använda kortärmade rockar. Det som dragit ner resultatet på hygienrutinen är spritning av

händerna **före** patientnära arbete. Vid redovisning av mätresultaten blev det många diskussioner om vad som menades med sprita före och om i vilka situationer förklädet skulle användas och inte. Många kommentarer beror på att det upplevs jobbigare med fler moment men det är kanske uppfattningar som försvinner när man väl lärt sig nya rutiner. Att låta personalen själva fylla i mätprotokollet har gjort att de återigen fått fundera kring vad som menas med korrekt följsamhet till rutinerna.

Den första journalgranskningen visade att diagnosen vårdrelaterad UVI ej används. När vi tittat på 30 stycken som fått diagnosen UVI var det 6 stycken som var vårdrelaterade. Dokumentationen kring infektionsförebyggande åtgärder var väldigt svår att följa i datajournalen och den var dessutom väldigt bristfällig. Behovet av rutiner och riktlinjer var stort och en viktig del att arbeta med.

De gånger vi presenterat program eller riktlinjer som ska gälla och samtidigt kunnat visa siffror på hur det faktiskt ser ut på enheten har vi fått de bästa diskussionerna och förslag på hur vi ska arbeta för att få bättre resultat som gagnar patienterna. Vid mätningarna efter dessa genomgångar har vi kunnat se förbättringar i beteende och dokumentation.

Vi har kunnat se att den avdelning som testat riskbedömningsinstrumentet har snabbt börjat jobba enligt åtgärdsprogrammet. Dom gick från 0 rätt till 5 rätt av 10 på tre månader medan övriga avdelningar ej gjort någon riskbedömning och därför hannar på 0 rätt av 10.

Testavdelningen även arbetat med "senior alert" riskbedömningsinstrument och vårdplaner en längre tid på kliniken så arbetssättet är väl inarbetat.

Så här arbetar vi vidare:

Varje enhet kommer att fortsätta med mätningarna av följsamhet till kläd och hygienrutiner. Fortsatt arbete med införande av rutiner kring identifiering av patient och dokumentation av infektionsförebyggande åtgärder kommer. Journalgranskning kommer att göras en gång / månad under året, ej under sommaren och i januari 2010 tas beslut om hur vi kommer att följa upp detta i framtiden.

Framtiden. Nätverk på hela sjukhuset utifrån nationella satsningen. Första träffen 25/3 och t ny träff planeras i september för erfarenhetsutbyte och åtgärder.

Dokumentation kring dessa behöver samordnas och utvecklas. Vi har tagit oss an urinvägsinfektion och ser att vi självklart också ska ta oss an infarter på samma sätt.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar** Flera grupper som arbetar med olika eller liknande problem där man får ta del av varandras arbete och får tillfälle att fråga är bra.
- **Nackdelar** Lättare att jobba med ett problem eller en förändring som kommer från medarbetarna än att införa rutiner eller program som är framtagna av andra och som kan upplevas jobbiga eftersom det krävs ett förändrat arbetssätt.
- **Mest givande** Inspirerande med erfarenhetsutbytet med andra som jobbat med andra delar och att andra frågat om det vi jobbat med.
- **Svårast** Kunna avsätta tillräckligt med tid.
- **Lärdomar** Förändring tar tid och måste få göra det

Städverksamheten Skellefteå Lasarett

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
100 % följsamhet till klädrutinerna. Minska vårdrelaterade infektioner.	Carola Berndtsson, <i>kontaktperson</i> carola.berndtsson@vll.se Ann-Charlotte Lindgren Lilian Lundmark Margaretha Markström
Population	
-	

Bakgrund och problem:

På initiativ av medicinkliniken i Skellefteå kom vi med i VRISS.
Vi ser allt! Vi vet att vi kan göra ett bättre jobb om förutsättningarna finns!
Små små saker kan bli stora problem för oss.
Vi rör oss mellan olika avdelningar/verksamheter.
Patienterna, anhöriga och personal är våra kunder.
Städverksamheten vill bidra till att öka patientsäkerheten genom att medverka till att minska risken för smittspridning.

Mål:

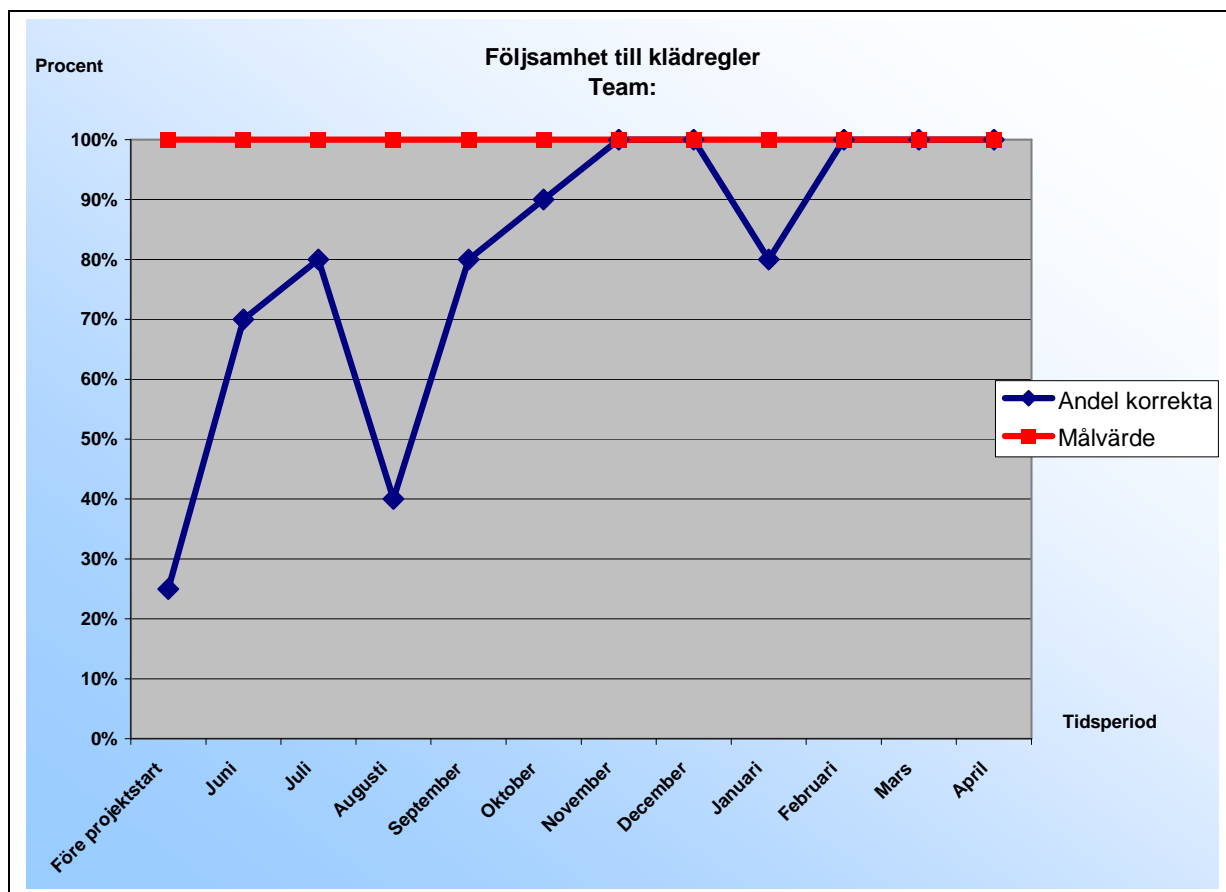
100% följsamhet till klädrutiner

Mått:

Hur gjordes mätningarna?

Vi kollade de första 10 medarbetarna vi träffade en gång varje månad.

Resultat:



Förändringar som testats:

- Slutstädningsblankett
- Städpärm
- Rengöring av städvagnar och redskap
- Översyn av förbrukningsartiklar vid handfat och inne på toaletter

Aktiviteter:

Vi har informerat om regler för arbetsklädsel på arbetsplatsträffar vid ett flertal tillfällen.
Vi har gjort mallar för slutstädning vid infektioner till vår städpärm.
Ett schema till städvagnsstädning.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi är nöjda med resultatet för klädrutinerna. All information gav till slut resultat.
Schema till städvagnsstädning har gått mindre bra men vi har inte gått ut med lika mycket information om detta.
Städpärmen är enbart provad på 2 avdelningar och informationen har varit dålig. Alla har inte fått samma information av personalen.

Så här arbetar vi vidare:

Fortsätta att följa och mäta klädrutinerna en gång i månaden.
Spridning av städparmen i Skellefteå och länet.
Mer sprit på händerna och mindre på golvet.



Vi vill utveckla kommunikationen mellan oss och vårdavdelningarna.



Svårstüdat och Lättstüdat



Dammsamlare och Dammfritt

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Det finns mallar för det mesta.
- **Nackdelar:** Man måste skriva i princip samma sak i flera olika dokument.
- **Mest givande:** Alla yrkeskategorier jobbar mot samma mål. Vi har känt oss hörda i tvärgruppsdiskussionerna.
- **Svårast:** Ta sig tid att träffas och jobba med VRISS.
- **Lärdomar:** Om ALLA hjälps åt och lyssnar på varandra så kan vi skapa förändringar.

Kirurg Ortoped Skellefteå lasarett

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att öka patientsäkerheten genom att minska postoperativa sårinfektioner hos patienter med vårdtid mer än ett dygn.	Ssk Charlotta Näslund, <i>kontaktperson</i> charlotta.naslund@vll.se Usk Sara Holmström Usk Kristina Bergstedt Ssk Kristina Eklund Usk Karin Wingård Dr Emil Bjurman
Population	
Kirurgpatienter med ett operationssår, ineliggande på kirurgavdelning 2 och kirurgavdelning 8. Planerade höft- och knäprotes operationer, ineliggande på ortopedavdelning 4. Skellefteå lasarett.	

Bakgrund och problem:

Kirurg-ortoped kliniken i Skellefteå består av två allmänna och akuta kirurgavdelningar. Kirurgen 8 är en veckoavdelning där bl.a. gallor, bröst, tarmvred och bråck opereras. På Kirurgen 2 opereras även större bukoperationer och amputationer. Ortopeden 4 är en avdelning för akuta och planerade ortopediska åkommor.

Vi upplevde att det inte var så många postoperativa sårinfektioner på våra avdelningar. Få rapporterades till hygiensjuksköterskan, var det en underrapportering?

Mål:

Resultatmål:

Att minska de postoperativa sårinfektionerna på de två kirurgavdelningarna.
Att minska djupa och ytliga postoperativa sårinfektioner på höft- och knäproteser på ortopedavdelningen.

Processmål:

100% av personalen ska följa de basala hygienrutinerna.
100% av personalen ska följa klädreglerna.
100% av personalen ska följa valt åtgärds paket, förebygg postoperativa sårinfektioner.

Mått:

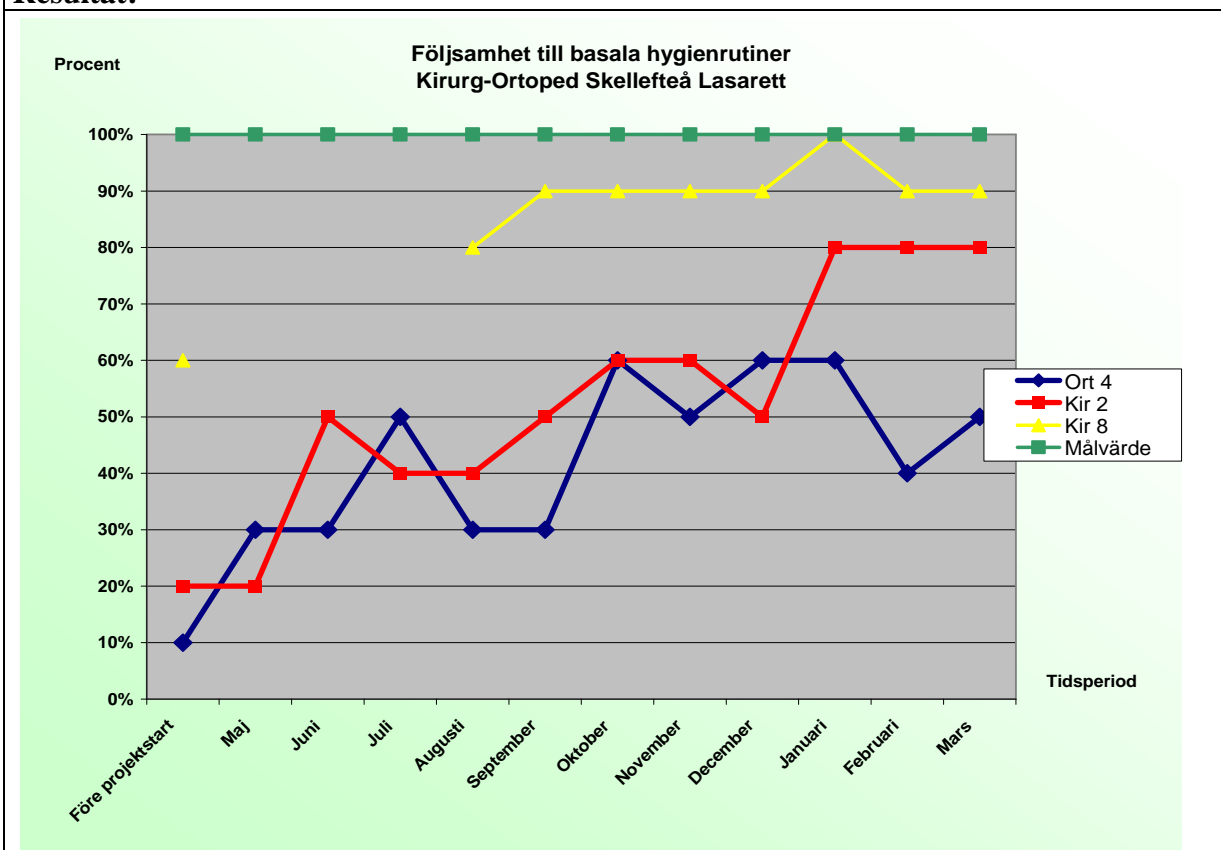
Antal patienter med misstänkt eller verifierad postoperativ sårinfektion.

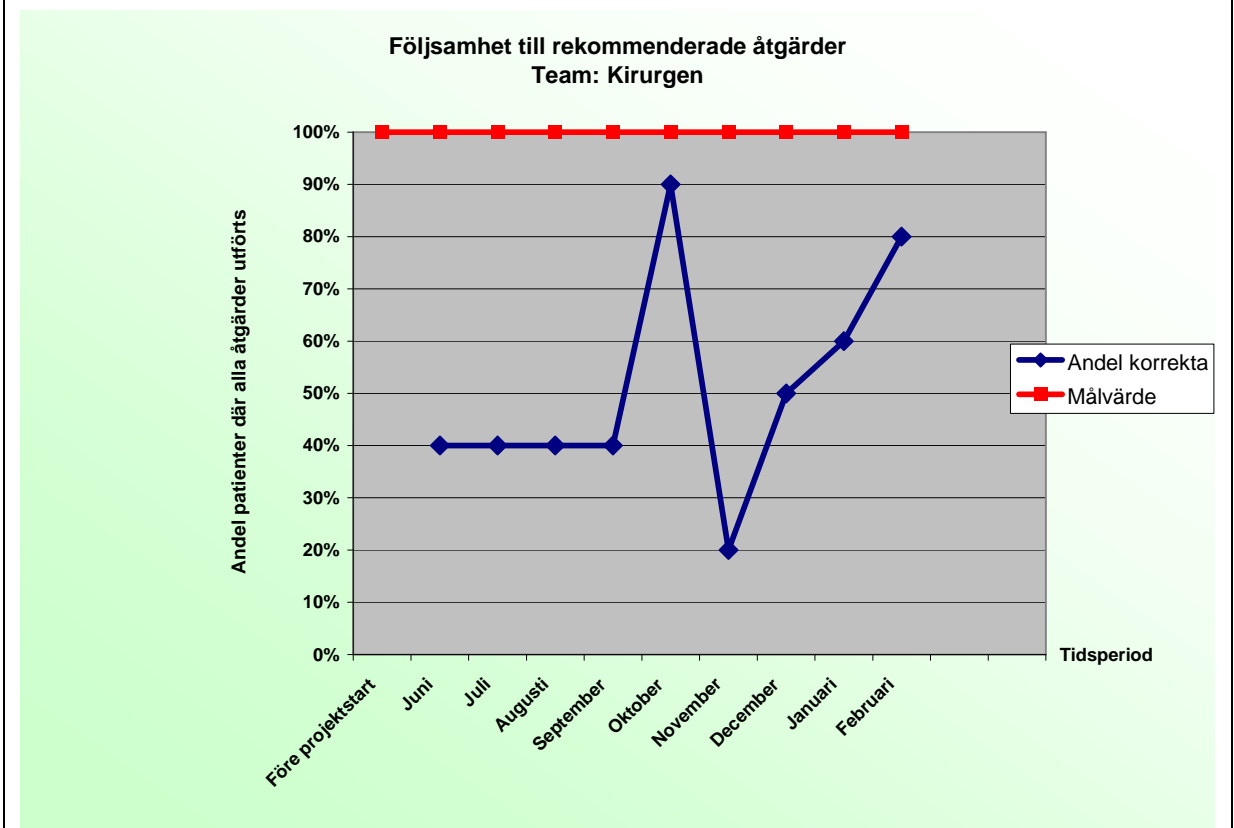
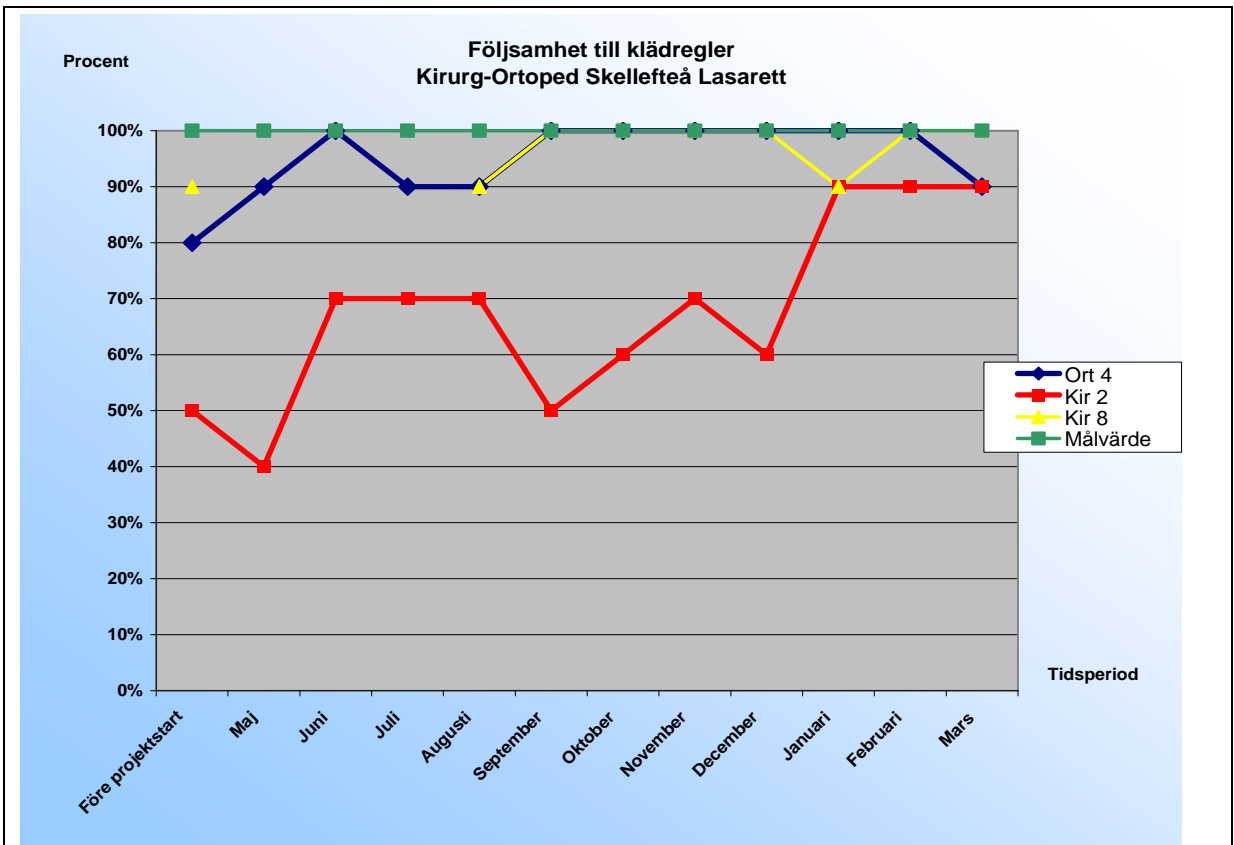
Hur gjordes mätningarna?

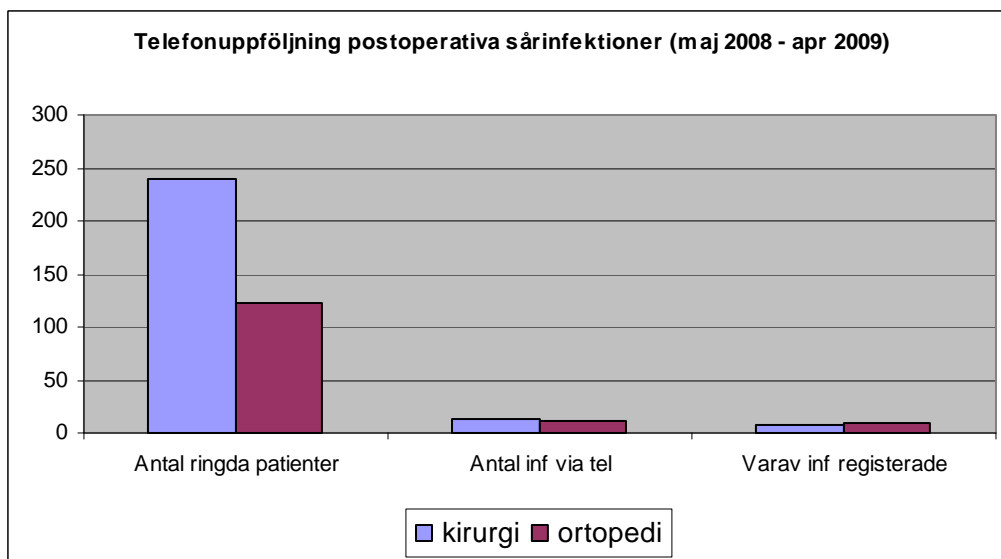
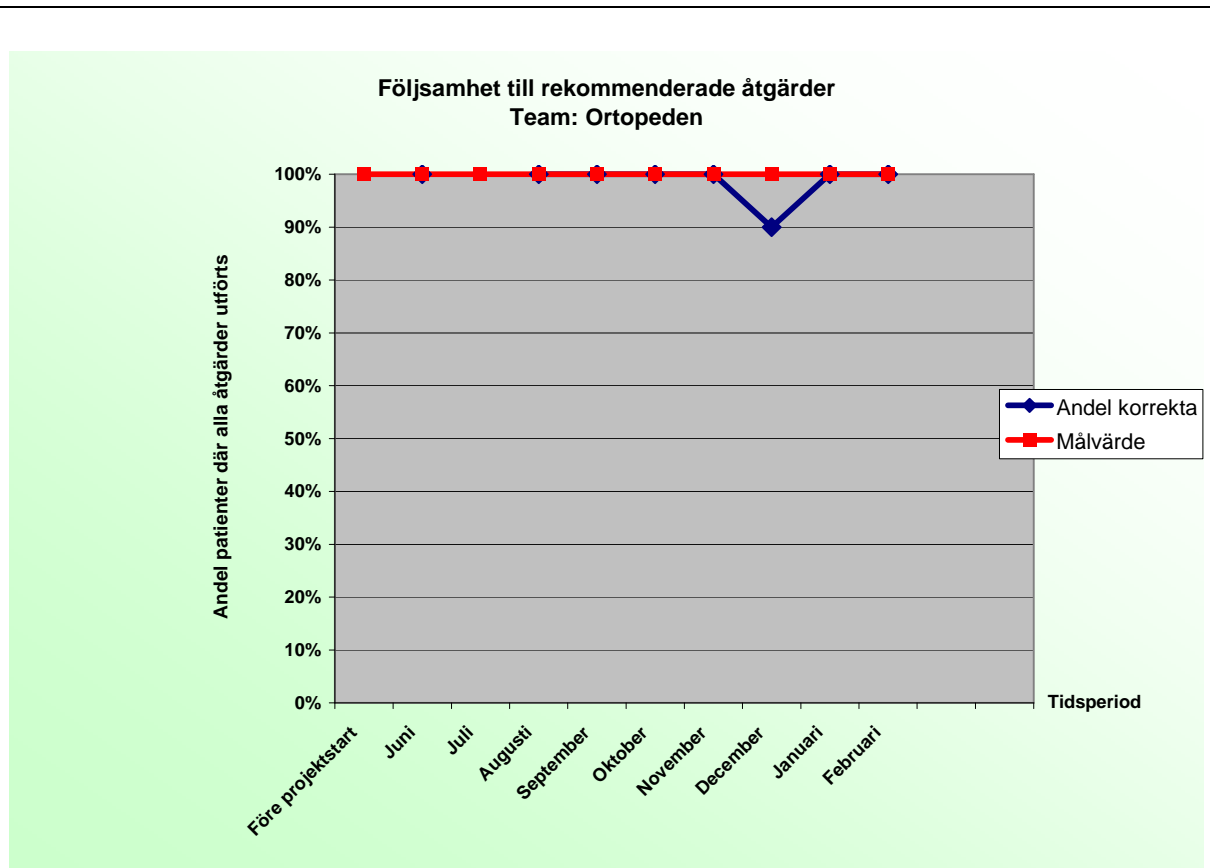
Ca 30 dagar efter operation ringde vi alla kirurgpatienter med ett synligt operationssår och alla planerade knä- och höftprotespatienter för att undersöka om de haft problem med sina operationssår eller behandlats mot sårinfektion.

Resultaten av telefonsamtalen jämfördes med hygiensköterskans inrapporterade postoperativa sårinfektioner.

Resultat:







Kirurgen har ringt till 240st patienter. 31 personer har inte svarat. Det hittades 14st postoperativa sårinfektioner, utav dessa var 7st registrerade hos vårdhygien.

Ortopeden ringde 123st patienter. Hittade 12 postoperativa sårinfektioner, utav dessa var 9st registrerade hos vårdhygien.

Förändringar som testats:

Lyckade tester

Handsprit med hållare på varje sängplats, vilket har lett till ökad användning av handsprit både bland personal, patienter och anhöriga.

Uppsättning av hållare för handskar på alla vårdssalar. Ökad handsktillgång i alla storlekar. Hållare till plastförkläden på alla patientsalar, behandlingsrum och sköljrum.

Bytt ut alla väggklockor på patientsalarna till klockor med sekundvisare för att ingen ska kunna motivera användning av armbandsur.

En fraskod ”Rapport om sårinfektion är lämnad till hygienheten.” i System Cross är inlagt under sökordet speciell omvårdnad.

Vi har informerat all personal om att dokumentera opdusch i journalen samt att ortopedavdelning har infört dubbeldusch inför operation.

Delvis/pågående lyckade tester

Krokar är uppsatta för läkarnas rockar så att de inte ska ha dem på sig i samband med patientkontakt. Dock är det mycket svårt att få läkarna att ta av sig rockarna men alla läkare har numera uppkavlade rockärmar.

Sedan januari -09 vårdas de planerade knä- och höftprotespatienterna på ett vårdlag. Ska ej blandas med andra opererade patienter (t.ex. vanliga höftfrakturer eller patienter med UVI)

Aktiviteter:

1. Kontinuerlig information på arbetsplatsträffar har getts om projektet.
2. Inköp av handsprithållare till sängar. Information om att hållaren tillhör sängplatsen och ska ställas på patientens sängbord när patienten åker iväg på operation eller undersökning.
3. Inköp av hållare till plastförkläden och handskar.
4. Inköp av klockor med sekundvisare.
5. Läkarna har blivit informerade på deras arbetsplatsträff.
6. Planscher t.ex. ”Rätt klädd i vården” har satts upp på avdelningarna.
7. Delar av projektgruppen och hygiensköterskan var på ett av kirurg-ortopedklinikens ledningsmöten för att informera om vårt arbete inom VRISS-projektet.
8. Avdelningens statistik i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler visades konkret för personalen efter halva projektstiden i diagram. Samtal har också förts under övrig tid om följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och om hur läget är på avdelningarna.
9. Påmint personal om att registrera postoperativa sårinfektioner till hygienheten.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Resultatmålet vilket var att minska postoperativa sårinfektioner på kirurg ortopedklinikens är svårt att utvärdera. Det kan bero på en tidigare underregistrering av postoperativa sårinfektioner.

Processmålen

Gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats avsevärt och det tror vi beror mycket på detta projekt som har lett till ökad tillgänglighet av engångsmaterial och handsprit på patientsalarna. Även insikten och kunskapen hos personalen om vikten av att följa basala hygienrutiner och klädregler har ökat.

Följsamhet till åtgärds paketet, *förebygg portoperativa sårinfektioner*, som var 100 % har ej uppnåtts. Framför allt i projektstarten var största orsaken till detta att opdusch inte var dokumenterat i patientjournalerna.

Så här arbetar vi vidare:

Vår förhoppning är att våra kollegor inte bara har sett de införda förändringarna som ett tillfälligt projekt utan något som vi ska arbeta utifrån i fortsättningen. Vi kommer att följa upp och hålla igång det vi har lärt oss och infört.

Förbättringsarbeten går ofta bra i början men rinner lätt ut i sanden. Regelbundet behöver man påminnas och entusiasmeras. Peppa varandra!

Kommentarer:

Tillförlitligheten i sårreporteringen kan ifrågasättas eftersom det bedöms av flera olika instanser, yrkeskategorier och med olika erfarenheter av att se operationssår under läkning. Vi tycker att "Patientrapport vid eventuell sårinfektion" som kan skrivas ut från patientens journal i Systemcross är bra. Där finns bra definitioner av ytliga och djupa sårinfektioner.

Att arbeta med Genombrott:**- *Fördelar***

Förhoppningsvis leder projektet till något positivt och fördelaktigt för patienterna.
Bättre rutiner vad gäller hygien.
Lärande seminarier som vi varit på har gett inspiration och satt lite fart på vårt projektarbete.
Ökat observandum kring vårdrelaterade infektioner.
Har haft roligt och trevligt i vårt "VRISS-team".

- *Nackdelar*

Mycket mer tidskrävande och omfattande än vad vi trodde när projektet drog igång.
För att alla i gruppen ska ha haft möjlighet att träffas har det krävts att några offrat sina lediga dagar (fått tid mot tid).
Tid har inte funnits att sätta sig in i andra teams arbeten.
Har mötts av delvis negativa reaktioner bland medarbetare.
Genom att flera projektarbeten är på gång samtidigt är det svårt för alla att engagera sig i allt.
Vi som jobbar med projektet är bara en liten länk av hela vårdkedjan vad gäller opererade patienter.

- *Mest givande*

Att arbeta tillsammans i grupp när vi vanligtvis arbetar på olika avdelningar.
Vi lär av varandra.

- *Svårast*

Att informationen ska nå fram till alla berörda på en avdelning. Stora avdelningar med mycket personal, vikarier och studenter.
Energikrävande och lite "tjatigt" att varar "hygienpolis" bland sina kollegor.
Tidskrävande och ibland för mycket prat om annat i samband med patientringningarna. Flera patienter fick vi ringa flera gånger.

- *Lärdomar*

Vi har lärt oss att förändringsarbeten tar tid och kräver engagemang från alla berörda.

IVA Västerbotten

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Att minska förekomsten av ventilator associerad pneumoni (VAP) med 50% på Intensivvårdsavdelningen, Norrlands universitetssjukhus	Sonja Nordin, <i>kontaktperson</i> sonja.nordin@vll.se Sofie Jacobsson, Katarina Karlsson, Monica Molin, Sonja Nordin, Ulla Ryttberg, Carina Rönnholm
	Resurspersoner
	Annika Kumlin, Lennart Styrke, Mariann Ekström, Anna-Lena Östlund
Population	
IVA-patienter vårdade ≥ 48 timmar i ventilator, mellan 20080915-20090331	

Bakgrund och problem:

Intensivvårdsavdelningen (IVA), Norrlands universitetssjukhus (NUS) Umeå, har 14 vårdplatser. Upptagningsområdet är hela Norrland från Sundsvall i söder till Kiruna i norr. Här vårdas alla kategorier av patienter som kräver intensivvård, förutom thoraxkirurgi och prematurer. Vi är ungefär 100 anställda (sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast och kurator) som arbetar på avdelningen tillsammans med cirka tio specialläkare.

Totalt antal vårdade patienter år 2008 var 853 personer. Av dessa har 450 patienter varit intuberade, och av dessa vårdades 208 patienter i ventilator ≥ 48 timmar. Patienter som vårdas mer än två dygn i ventilator anses enligt genomförda studier ha ökad risk att drabbas av ventilator associerad pneumoni (VAP). VAP innebär ofta förlängd vårdtid, ökade vårdkostnader, ökat lidande och högre frekvens av mortalitet. I en del tidigare VRISS-projekt uppvisas en hög frekvens av VAP, upp till 40 % .

Vad gäller registrering, journaldokumentation och diagnostik av VAP, fanns det på IVA behov av förbättringar. Det är dock svårt att diagnostisera VAP. Det har funnits, och finns fortfarande, flera olika definitioner och olika metoder för att ställa diagnos. Olika metoder har olika sensitivitet och specificitet. För VAP finns studier som visar att en vanlig använd definition, utgående från lungröntgen och förekomst av purulent sekret ger en överdiagnostik av VAP med 50 %. Andra metoder som bygger på bronkoskopisk odlingsteknik är mer tillförlitliga men kräver både utrustning, utbildning och kunnande vilket gör att dessa metoder inte alltid är tillämpliga i den kliniska vardagen. Under hösten 2008 kunde bakteriologiska laboratoriet på NUS tillhandahålla kvantitativa odlings svar varmed diagnostiken på IVA förbättrades betydligt jämfört med tidigare.

För att få en uppfattning om hur stor del av patienterna, som vårdas mer än 48 timmar i ventilator, som uppfyller diagnoskriterier för VAP har vi därför granskat de journaler där diagnosen VAP är registrerad. Vi har granskat journaler från 2006 och fram till projektstart. Därefter har daglig registrering och utvärdering av inneliggande patienter genomförts.

Förutom att registrera VAP, såg vi vårt deltagande i genombrottsprojektet som ett tillfälle att förbättra patientsäkerheten genom att öka följsamheten till de basala hygienrutinerna på

avdelningen, gällande alla vårdmoment runt patienten.

I teamet hade vi en föreställning om att efterlevnaden till hygienrutinerna var bristfällig, men att det var så skrämmande dåligt som det visade sig vara, kom som en chock för alla! Detta faktum gav dock energi till en beteendeförändring i hela personalgruppen.

Den största utmaning för oss på IVA har ändå varit att förändra den klädkod som varit gällande: bla bärandet av ringar, klockor samt långärmad arbetsdräkt nattetid.

Förbrukning av handsprit har vi registrerat sedan tidigare (start april 2006), men konsekvenserna av den låga förbrukningen hade inte gått in i medvetandet hos oss i personalgruppen, förrän vi kopplade ihop det resultatet med mätningarna av basala hygienrutiner och klädregler. Då fick vi ett genombrott i vårt förändrings-/kvalitetsarbete!

Mål

Resultatmål

- Att reducera andelen diagnostiserade Ventilator Associerad Pneumonier med 50 %
- Att nå målet för handspritsanvändning på intensivvårdsavdelning enligt den optimala gränsen på 221 milliliter per patient och dygn (Karin Mannerquist, Smittskyddsinstitutet)

Processmål

- 100 % följsamhet till basala hygienrutiner
- 100 % följsamhet till klädregler

Mått

Resultatmål

1a. Antal verifierade patienter med VAP, enligt Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) kriterier (ventilatorbehandling ≥ 48 timmar, nytillkommet/progredierande infiltrat på röntgen och positiv kvantitativ trakealodling)

2009 ändrades kriterierna till att även omfatta suspekt VAP med tillägg av kriterierna temperatur ≥ 38.5 och CRP ≥ 100

1b. Totala antalet ventilatortimmar för patienter med diagnosen VAP, samt antalet ventilatortimmar efter diagnos fram till extubation eller utskrivning

2. Handspritsförbrukning uträknad på beställning/förbrukning per kvartal, delat på antal inneliggande patienter per dag under denna period

Processmål

1. Mätning av antal personal som följer basala hygienrutiner enligt SKL-mall
2. Mätning av antal personalens följsamhet till klädregler enligt SKL-mall

Hur gjordes mätningarna?

För att få överblick över VAP-frekvensen på vår avdelning, har vi genomfört en retrospektiv genomgång av journaler för 2006, 2007 samt fram till 2008-09-14. Granskningen bestod av genomgång av röntgensvar, temperaturstegring, CRP-stegring samt läkarbedömningar. Under

denna period fanns inte möjlighet till kvantitativa odlingar på NUS.

Från 15 september, 2008 har registrering av ineliggande patienter gjorts dagligen enligt SFAI:s VAP-kriterier. När en patient varit ventilatorbehandlad ≥ 48 timmar (kriterie nr.1) fylls ett protokoll i varje dag. När även kriterie nr.2 är uppfyllt (nyttillkommet eller tilltagande lunginfiltrat på röntgen eller CT) ordinerar ett trakealsekretprov. En positiv odling innebär att alla kriterier för diagnosen VAP är uppfyllda.

I januari 2009 ändrades kriterier för diagnostisering av VAP. Man skiljer nu mellan verifierad VAP enligt tidigare kriterier och suspekt VAP, där temp ≥ 38.5 och CRP ≥ 100 följs 48 timmar före och efter nyttillkommet infiltrat enligt röntgen.

På alla patienter med diagnosen VAP (suspekt samt verifierad) har totala antalet ventilatortimmar samt antal timmar efter diagnos till extubation/utskrivning registrerats.

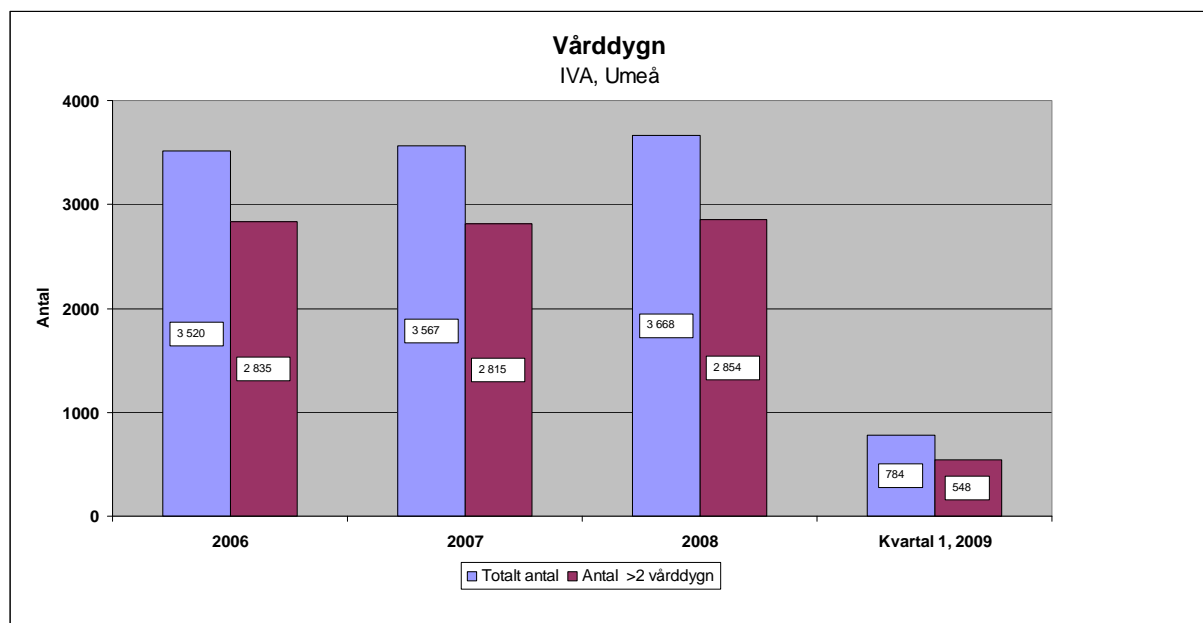
Vi har även registrerat förbrukning av handsprit i förhållande till antal ineliggande patienter. Vi strävar efter att nå målet för intensivvårdsavdelningar, dvs. 221 ml/dag/patient. Till denna registrering har vi fått uppgifter från materialcenter/BAMSE och från patientdatasystemet Picis.

Varje månad registreras följsamhet till klädregler och basala hygienrutiner (se diagram) enligt observationsmall SKL. Dessa registreringar görs tre gånger under samma dygn (förmiddag, eftermiddag och natt) där tio stycken personal slumpvis observerades. Observationerna görs av personer från hygiengruppen. Enbart den egna personalgruppen observeras, inga besökande konsulter ingår i registreringen.

Korrekt klädregler innebär kortärmad klädsel, kort eller uppsatt hår, varken ring, klocka eller armband. Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner är när observerad person spritar händerna, använder handskar och plastförkläde i patientnära vårdarbete. Följsamheten räknas ut i procent och förs varje månad in i ett diagram.

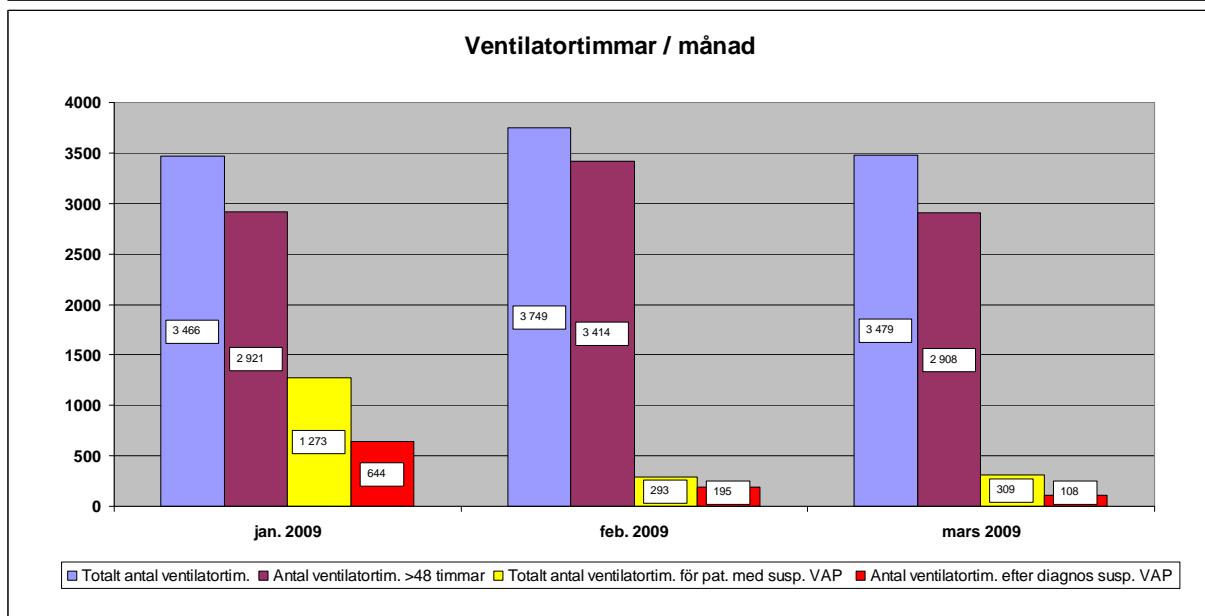
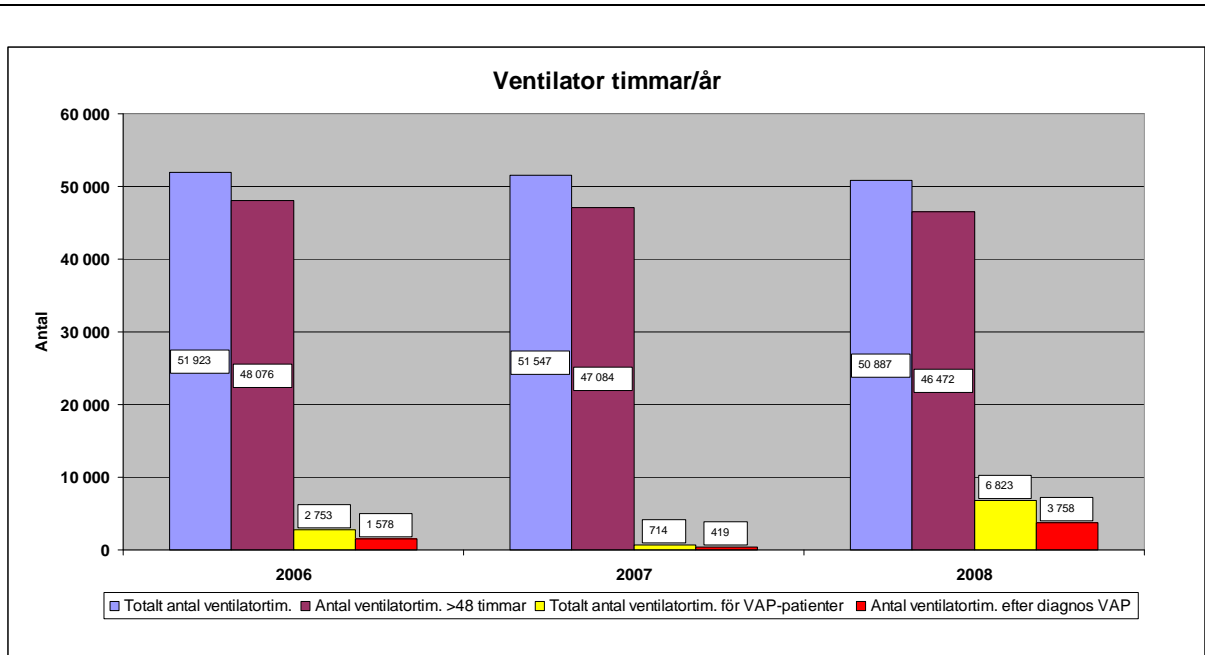
Resultat:

VAP-registrering



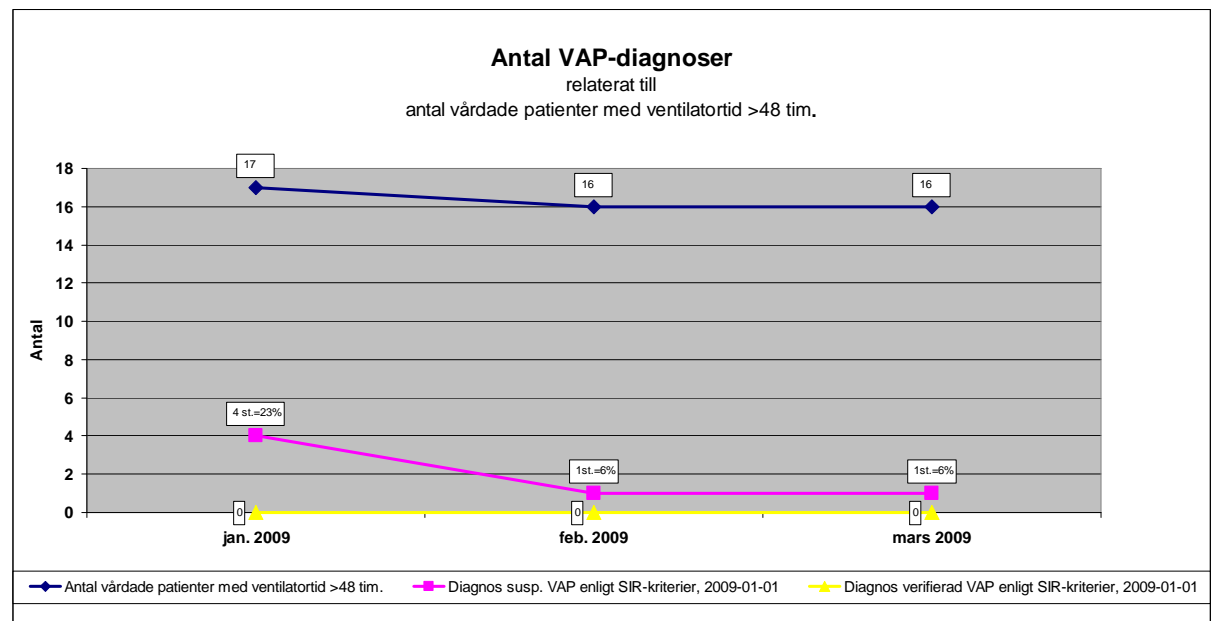
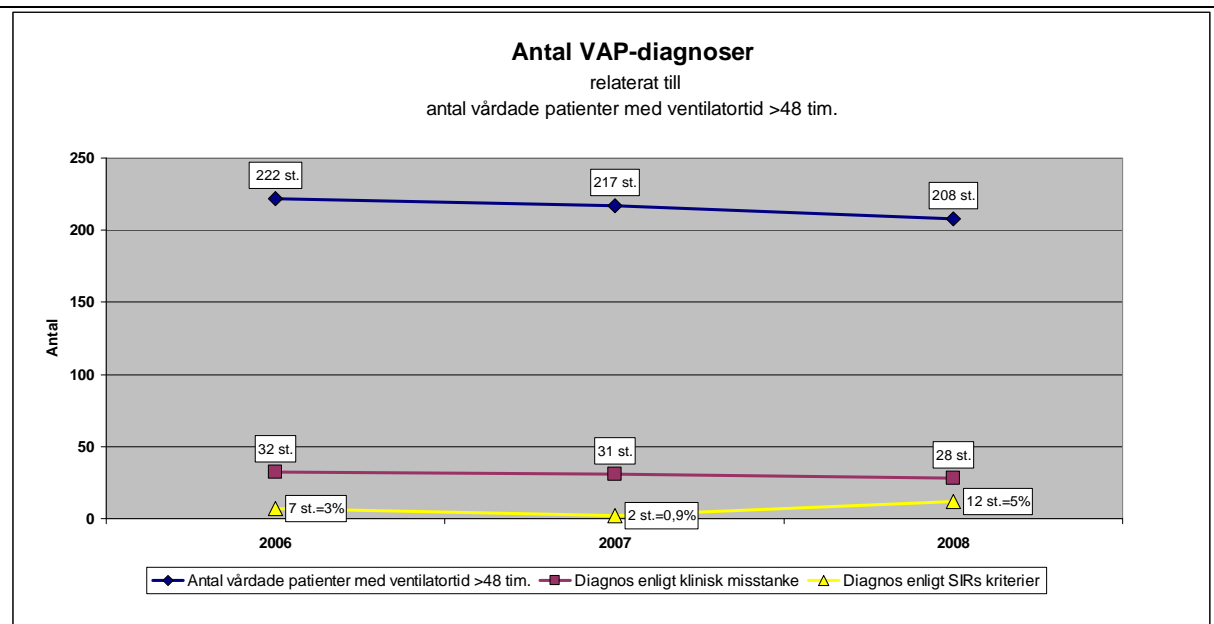
Kommentar

Vi kan konstatera att vi har många patienter som vårdas mer än två dygn



Kommentar

Vi har få patienter med diagnos VAP trots högt antal ventilatortimmar.



Kommentar:

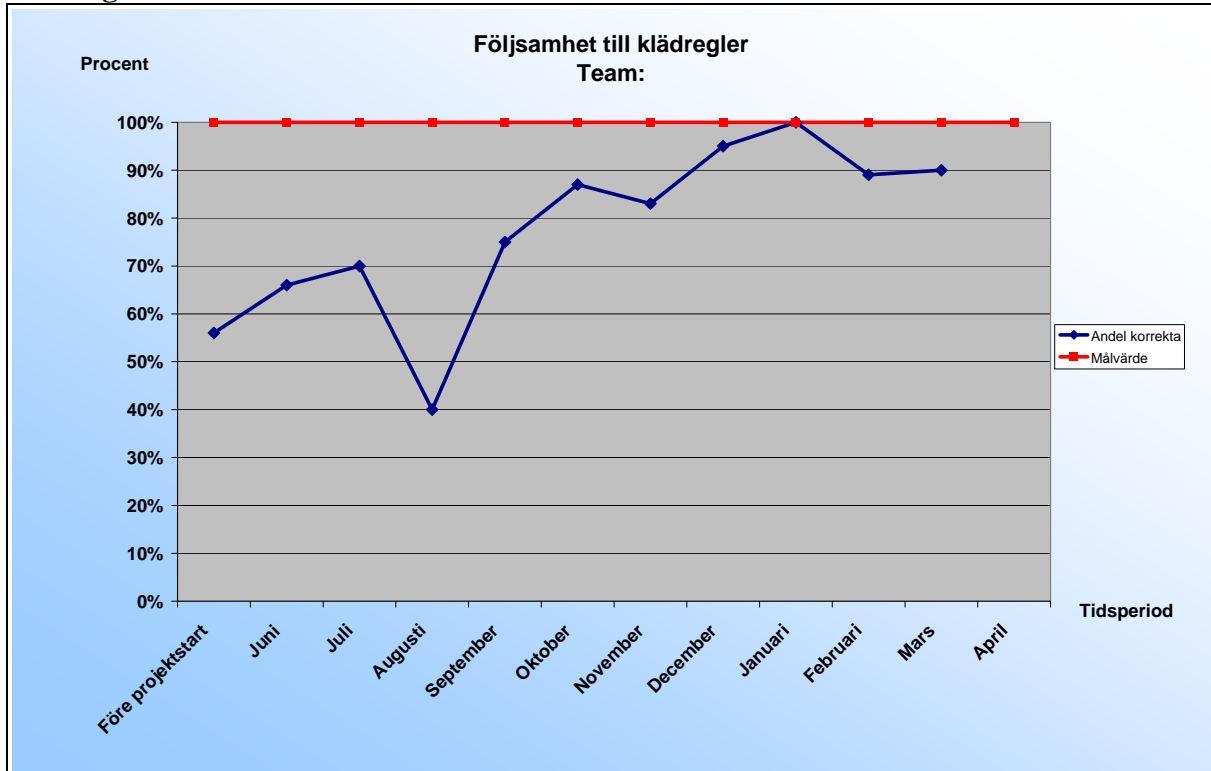
Registreringsperiod: 2008-09-15 t.o.m. 2009-03-31

Antal registrerade patienter: 310 stycken

Antal VAP-odlingar: 39 st. patienter har uppnått kriterierna för att ta en VAP-odling, varav tre patienter hade positiva odlingar (hemofilus influenza, enterobacter, klebsiella). Sedan de nya kriterierna 2009-01-01 infördes har vi ingen verifierad VAP men däremot sex stycken patienter som uppfyllde kriterierna för suspekt VAP.

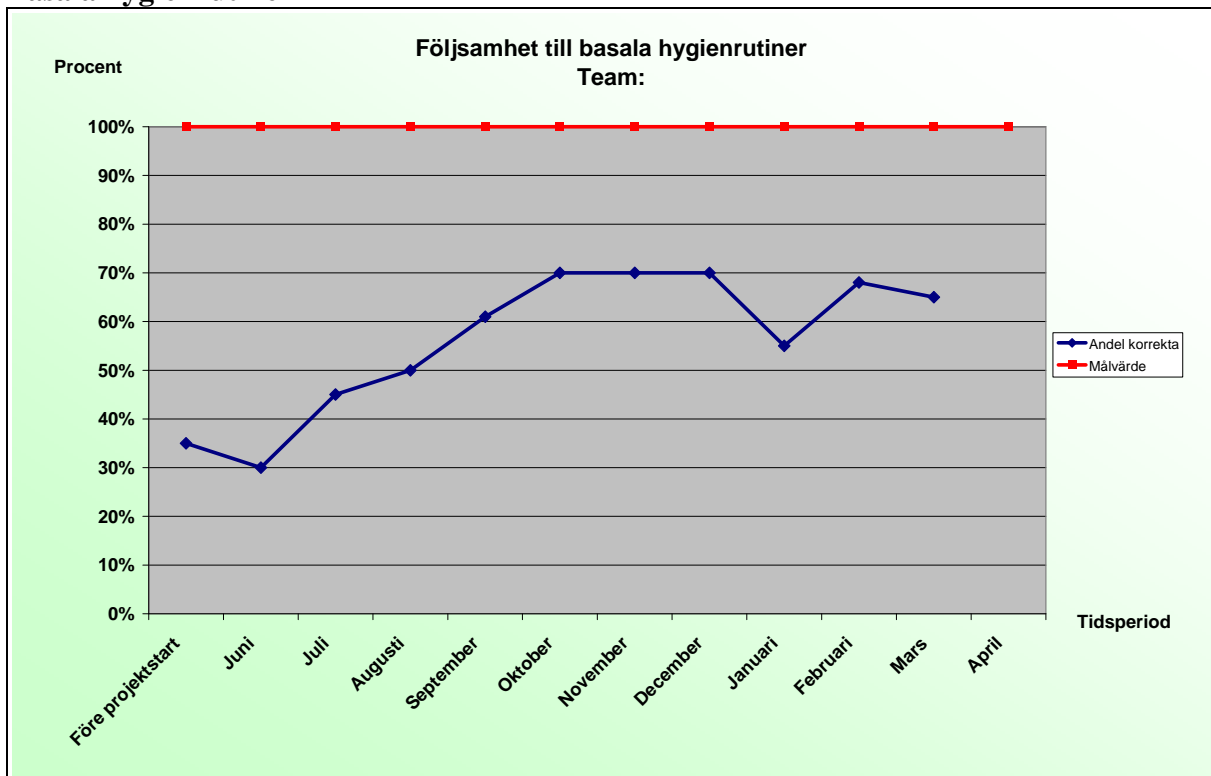
Under den retrospektiva journalgranskningen, framkom att läkarna varit generösa med diagnos VAP (enligt klinisk misstanke). När vi kontrollerade journaler/provtagning visade det sig att det var färre patienter som verkligen hade VAP (enligt SIR-kriterierna).

Klädregler



Kommentar: Bottennoteringen i augusti avspeglar att observationen endast utfördes nattetid denna månad. Ökningen i följsamhet under hösten sammanfaller med stor utbildningsinsats i början av september.

Basala hygienrutiner

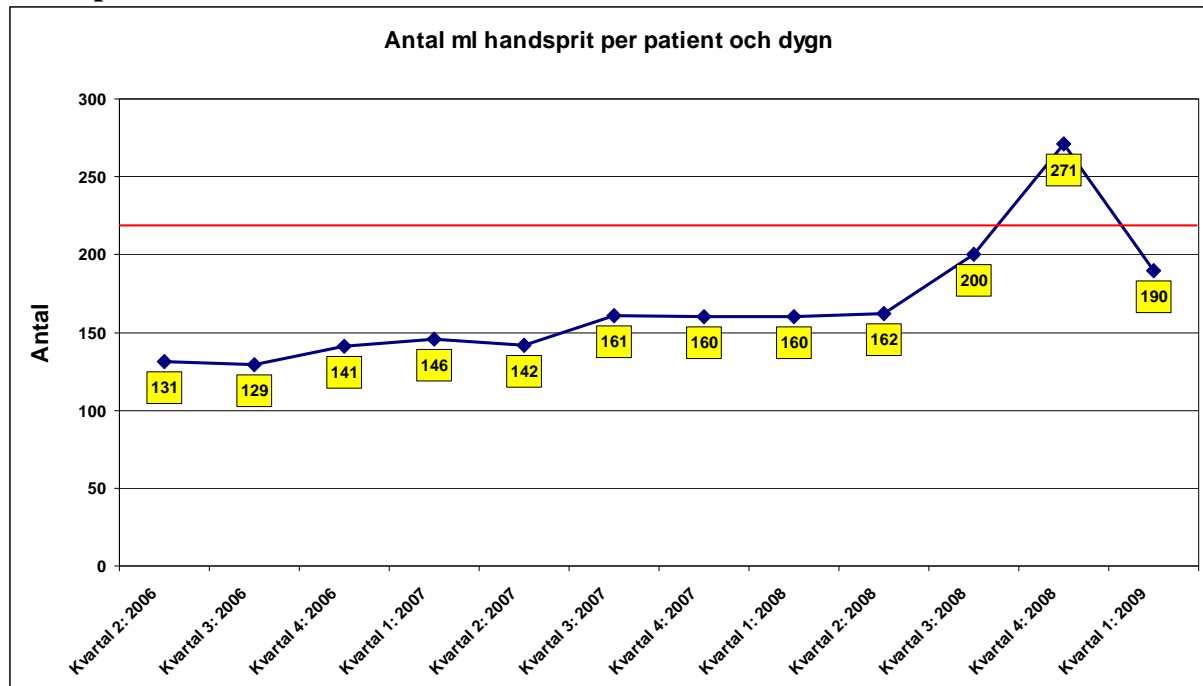


Kommentar: Resultatet varierar över tid och vi har ännu inte nått upp till 100% följsamhet. Vi är besvikna över att vi inte lyckats motivera våra medarbetare till att nå en högre lägsta

nivå. Många gånger motiverar man sig med att man inte hinner i akuta situationer som vid
rensugning av luftväg

Det moment i basala hygienrutiner som hade lägst följsamhet var korrekt utförd spritning av
händerna innan handskpåtagning.

Handsprit



Kommentar:

Efter projektstart ser vi en tydlig ökning av handspritsförbrukning. Toppnoteringen kan
förklaras av att många patienter med isoleringsbehov vårdades på IVA under kvartal 4,2008.

Förändringar som testats:

1. Höjd huvudända 30-45 grader till de patienter som inte har ordinerade restriktioner (till exempel pga. skallskada) förändringsstart 2009-02-01.
2. Krokar, samt skyltar, för upphängning av läkarrockar 2009-03-25.
3. Nya munvårdsrutiner är införda. Förändringsstart 2009-04-06.
4. Handspritsförbrukning per månad (inhämtad via centralförråd), återkopplad till personalgruppen.
5. VAP-registrering med kvantitativ odling påbörjad 2008-09-15 samt retrospektiv journalgenomgång 2006-2008-09-14

Kommentar

- IVA vårdar många neurokirurgiska patienter där behandlingen förutsätter planläge. Pga. detta har det funnits/finns ett motstånd att höja huvudändan.
- Vi har upplevt stor tröghet i att åstadkomma små förändringar, såsom upphängning av krokar, vilket beror på att dessa små åtgärder är bortprioriterade aktiviteter av drift och fastighet.
- Återkoppling av förbrukad handsprit till personalgruppen har gett gott resultat. Det finns en stor iver att öka förbrukningen av handsprit.
- Upplever att VAP registreringen har skapat intresse för pneumonier och dess uppkomst.
- Det nya odlingsförfarandet med kvantitativa odlingar har utökat samarbetet med bakteriologiskt lab.

Aktiviteter:

1. Temadagar för all personal, samma program vid tre separata tillfällen:

- Presentation av VRISS-projektet
- Sketch om följsamhet till basala hygien- och klädrutiner, ”ordningsamma-Sonja & slamsiga-Monica”
- Presentation om hygien: en historisk bakgrund och hur vi ser på hygien inom hälso- och sjukvården idag
- Praktiska övning: handspritning med utvärdering under UV-lampa
- Praktisk övning: Metod för trakealodling för kvantitativ odling (utarbetad i samarbete med baktlab)
- Föreläsning om VAP av IVAs medicinska chef
- Påminnelse om den arbetsordning som finns sedan tidigare (använda de förkläden & den handsprit som finns i direkt anslutning till patientplatsen)

2. Avdelningens alla datorer har fått nytt utseende. Vi har bytt skrivbordsunderlägg till två gröna kladdiga händer med texten; stoppa smittspridningen (vårdhygiendrive inom VLL)

3. Uppskyltning av avdelningen med SKL-plancherna ”rena händer” och tavlor med

hygienbudskap. Tavlorna är av humoristisk/ironisk karaktär, vilket inte uppskattas av alla men som skapar debatt

4. Lätt tillgängliga inplastade informationsblad om patientplatsstädning beroende på vad patienterna är infekterade av
5. Skyltar och krokar som visar var läkarna ska hänga upp sina vita rockar
6. Information till alla nyanställda
(Rätt klädd i vården, Basala hygienrutiner, vårdhygienisk introduktion)
7. På alla avdelningsdatorer har en mapp med hygienlänkar lagts till under favoriter
8. Vi bjöd in representanter från vårdhygien, infektionskliniken, arbetsledningen på IVA samt från de arbetsgrupper på IVA som är/kommer att bli involverade i förändringsarbetet under VRISS-projektet, för gemensam diskussion om upplägg och genomförande av projektet.
9. Hygien är en återkommande punkt på arbetsplatsträffarna på avdelningen (ett tillfälle per månad). Här ger vi återkoppling på hur följsamheten till klädrutiner och basala hygienrutiner utvecklats under projektets gång
10. Fortlöpande samarbete med arbetsgrupperna på IVA för utarbetande av arbetsrutiner
11. Hygienlimerick som varje vecka anslås i personalrum och avdelningens konferensrum, som ofta används av läkarkåren vid överrapportering mm.
12. Gradskivor för kontroll av 30 -45 graders höjd huvudända, är inköpta till avdelningen.
13. Möte med säljare av endotrakealtub med subglottiskanal, som informerat oss om skötsel och rutiner kring dessa tuber.
14. Utarbetat munvårds-PM utifrån tidigare VRISS-projekt. Befintlig IVA-rutin innebar tandborstning morgon och kväll. Vi har lagt till klorhexidinpreparat (Corsodyl[®]) som stryks på munslemhinnan efter tandborstning av anpassad tandkräm (Zendium[®]) som ej motverkar klorhexidineffekten
15. VAP-registreringsmall har under projektets gång omarbetats flertal gånger pga. förändrade kriterier enligt SIR 2009-01-01. Bilaga 1.
16. Har haft ingående diskussioner om införande av kufftryckskontroller i samråd med ventilationsgruppen. De har tidigare registrerat kufftrycksnivåer på avdelningen, och tillsammans beslutar vi, att för närvarande avstå från införande av ordinationsstyrd kufftryckskontroll. Detta pga. av att i samband med mätning tappar kuffen tryck, vilket kan innebära risk för patienten (mikroaspiration).

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Att inse vikten av bra hygien förstår alla, men att få till en 100 % förändring i beteende är svårt och tar tid. En del akuta situationer kräver snabba insatser där kläd- och hygienrutiner är svåra att tillgodose. Men i det vanliga rutinarbetet ser vi en stor förbättring hos våra medarbetare och en förändring i tankesättet. Den ökade handspritsförbrukningen torde spegla en bättre hygienstandard på avdelningen.

När det gäller VAP så finns det en svårighet att med säkerhet diagnostisera detta tillstånd. För VAP har det funnits, och finns fortfarande, olika definitioner och olika sätt att ställa diagnos. Under projektiden har kriterierna ändrats vilket påverkar resultatet från januari 2009 och framåt. De förändrade kriterierna gör det även svårare att se om förändringar gett resultat. Målsättning i genombrottsprojekt brukar vara en 25 % -ig förändring.

För vår del var problemet 25 % av vad? Mycket tid och möda har lagts ned på att försöka få en basnivå att utgå ifrån.

Ett annat problem med VAP-diagnostiken är att många patienter redan står på antibiotika när odlingar tas och att lungröntgen inte utförts vid misstanke om suspekt VAP.

Våra resultat visar att vi har mycket få odlingsverifierade VAP (inte så många misstänkta heller) redan innan vi har gjort några förändringar.

Så här arbetar vi vidare:

- VAP-registreringen kommer att fortgå, men ansvaret kommer inte enbart att ligga på vår lilla grupp.
- Att fortsätta mäta basal hygien och klädregler, med jämna mellanrum, samt återkoppla resultatet till avdelningen.
- Att fortsätta mäta handspritsförbrukning som ett delmått på vår basala hygien.
- Med hygien gäller det att fortsätta undervisa och åter undervisa för att bibehålla en hög grundstandard.
- Ingå i nytt projekt om odlingar för att diagnostisera CVK-relaterade infektioner.

Kommentarer:

Vissa förändringar är svåra att genomföra då vi har ett stort upptagningsområde med många sjukhus från Sundsvall upp till Kiruna. Detta medför att vi inte kan välja själva vilken typ av utrustning vi vill använda, t.ex. subglottistub. Utan vi får använda den tub patienten anländer med. Det är större risk för infektion och aspiration om man skulle byta tub.

Att arbeta med Genombrott:

Fördelar

- Se över redan befintliga rutiner och medvetandegöra dessa.
- Att få igång alla grupper från städ till läkare.
- Alla vet nu vilka som är med i hygiengruppen och vart de skall gå, med funderingar och frågor.

- Knutit specialister till projektet. Fått material och tid avsatt
- En bra plattform att bygga på inför framtiden, då mer resistent bakterier förväntas.

Nackdelar

- Projektet är betydligt mer omfattande än vad vi förväntade oss vid projektstart
- Tidskrävande arbetsätt
- Projektstart låg felaktigt i tid på året, med start inför stundande sommar
- Svårt att på kort tid införa många nya rutiner –inköp ,utbildning, ,pm, godkännande och införande...osv.

Mest givande

- Kunskap
- Nätverk
- Insikt i VAP, -uppkomst, -behandling och -prevention

Svårast

- Långa vägar till resultat och mål
- Mallar skall följas, skrivkunskapsvana

Lärdomar

- Kunskap är färskvara, behöver ständigt uppdateras
- Behovet av hygiengruppen på IVA
- Hygien skall alltid stå på dagordningen

Medicin- och Lungkliniken, Umeå

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att öka patientsäkerheten genom att förhindra smittspridning av vinterkräksjuka på Medicin- och Lungkliniken avdelningar. Att klinikens alla personalkategorier har fungerande basala hygienrutiner och följer landstingets klädregler.	Sektionschef Katrin Näslund, <i>kontaktperson</i> katrin.naslund@vll.se Undersköterska Barbro Thorneus, barbro.thorneus@vll.se Undersköterska Taina Sannholm Undersköterska Birgitta Hultqvist Sjuksköterska Susanne Lindgren Sjuksköterska Karin Klarin Sjuksköterska Cathia Boqvist Läkare Elisabeth Öberg Carlsson Läkare Ola Lundström
Population	
Patienter och personal på Medicin- och Lungkliniken, NUS	

Bakgrund och problem:

Kliniker inom Specialiserad sjukhusvård i VLL blev ålagda att delta i VRISS-projektet. Medicin- och Lungkliniken bestod av sex olika avdelningar med olika inriktningar och patientklientel. Vårt förbättringsteam ville hitta ett gemensamt angeläget förbättringsområde och vi valde till slut att inrikta oss på vinterkräksjuka.

På Medicin- och Lungkliniken har vi under flera år märkt att många har insjuknat, både bland patienter och bland personal, när avdelningarna har drabbats av vinterkräksjuka. Denna smittspridning skapar stora problem, både i form av individuellt lidande och negativa konsekvenser för ekonomin.

Mål:

Resultatmål:

Minska antalet patienter, som insjuknar i vinterkräksjuka på klinikens vårdavdelningar, från förväntade 100 fall till max 50 fall per år.
(Förväntat antal baseras på 2007 års siffror då det inrapporterades 110 fall på kliniken).

Processmål:

1. 100 % följsamhet gällande basala hygienrutiner.
2. 100 % följsamhet gällande klädregler.

Mått:

Resultatmål

Antal patienter som insjuknat, baserat på uppgifter om positiva virusprov inrapporterade till Vårdhygien.

Processmål

- 1: Andel av personalen på Medicin- och Lungkliniken som följer gällande basala hygienrutiner.
- 2: Andel av personalen på Medicin- och Lungkliniken som följer gällande klädregler.

Hur gjordes mätningarna?

Resultatmål

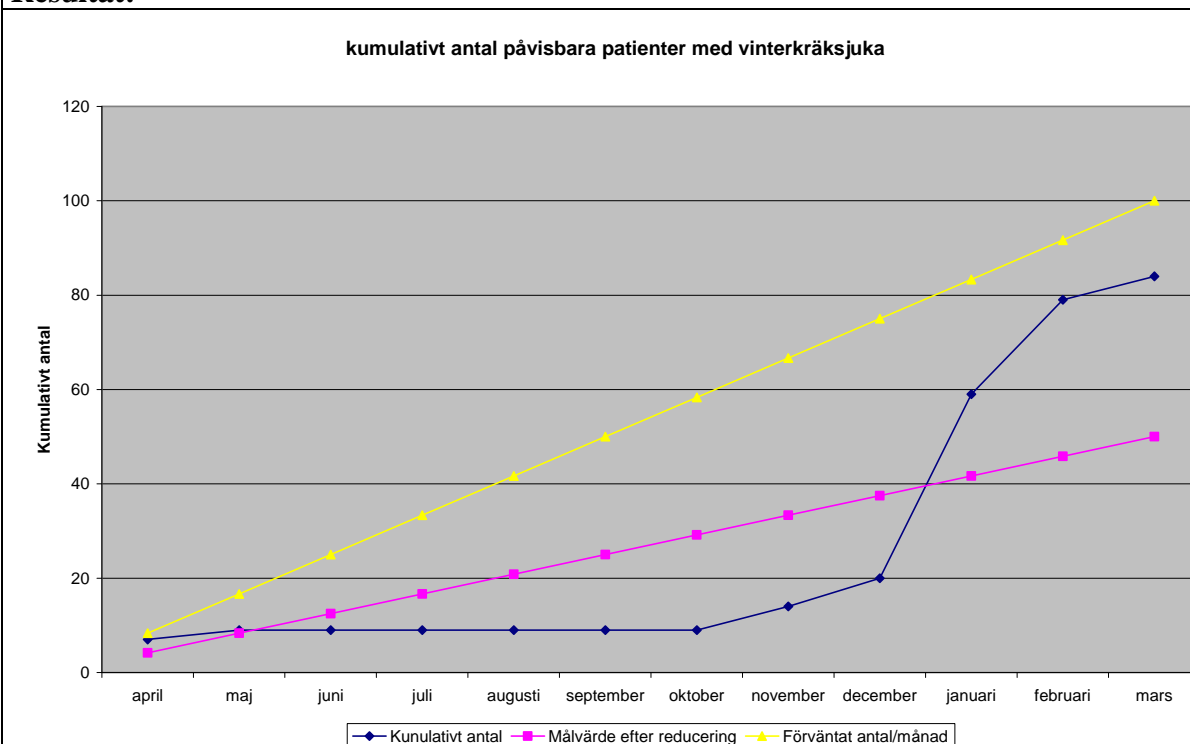
Antal patienter som insjuknat baserades på uppgifter om positiva virusprov inrapporterade till Vårdhygien. Uppgift om antalet patienter har inhämtats via samtal med Vårdhygien.

Processmål

1: Oanmälda observationsmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner hos slumpvis utvald personal från olika yrkesgrupper. Observationerna utfördes av hygienombuden på respektive avdelning en gång per månad.

2: Oanmälda observationsmätningar av följsamheten till klädregler hos slumpvis utvald personal från olika yrkesgrupper. Observationerna utfördes av hygienombuden på respektive avdelning en gång per månad.

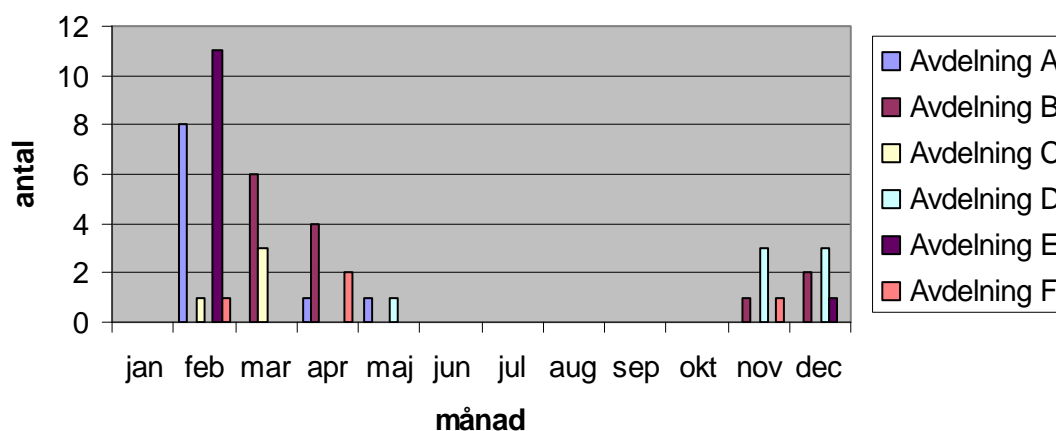
Resultat:



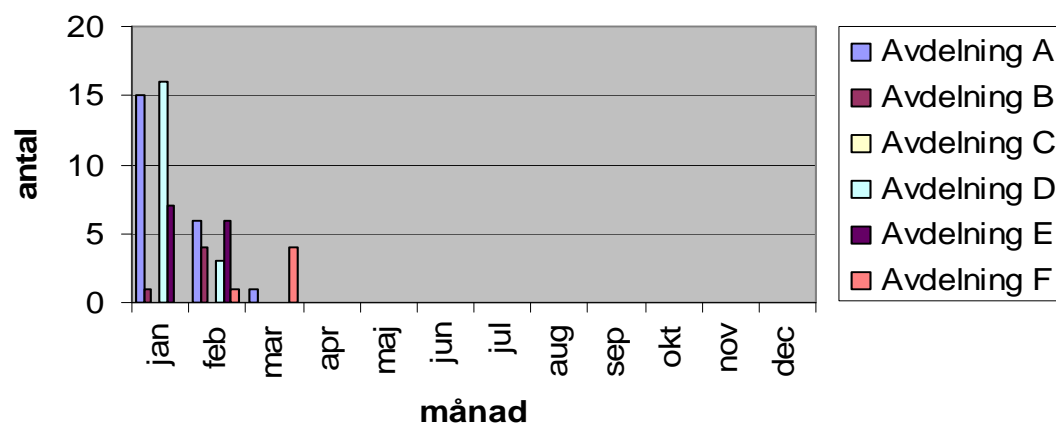
Resultatmål:

Antal patienter baseras på uppgifter om positiva virusprov inrapporterade till Vårdhygien. En väldigt virulent stam just i år har sannolikt påverkat vårt resultat och bidragit till att vi ej lyckats nå vårt mål. Trots en väldigt virulent stam ligger dock slutresultatet under förväntad nivå (baseras på jämförelseårets nivå) och det tolkar vi som att våra åtgärder har gett effekt och att vi är på rätt väg.

Vinterkräksjuka 2008 Medicin- och Lungkliniken



Vinterkräksjuka 2009 Medicin- och Lungkliniken

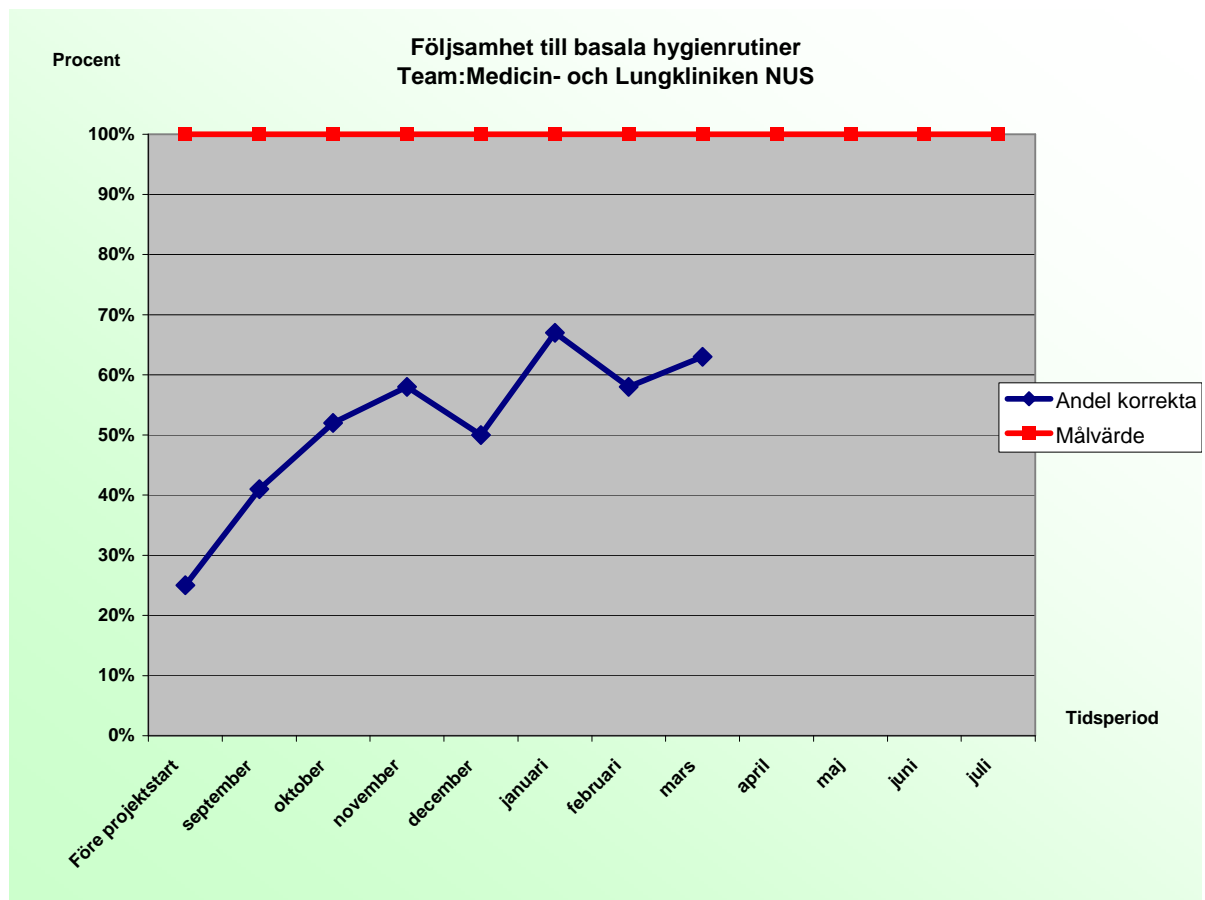


Avdelningarna har olika förutsättningar och olika patientklientel.

Avdelning A och avdelning D är de avdelningar på kliniken som tar emot flest jourfall och de har också den högsta patientgenomströmningen. Detta ökar risken för att smittade patienter kommer till avdelningen och dessa avdelningar har ej heller ändamålsenliga lokaler för att kunna isolera patienter. Detta kan vara bidragande orsaker till att det är dessa avdelningar som uppvisar flest insjuknade patienter med vinterkräksjuka under mätperioden.

Det höga antalet patienter med vinterkräksjuka under januari -09 kan ej förklaras av dålig följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, då observationstudien för dessa avdelningar visade på en mycket hög följsamhet under januari månad.

På avdelning C vårdas patienter med olika blodsjukdomar, som ofta är infektionskänsliga och därför isolerade. Personalen är van att arbeta enligt hygieniska principer och har arbetat med hygienfrågor under flera år. Vårdtiderna på avdelning C är ofta långa och patientgenomströmningen är låg. Detta kan vara en orsak till att avdelningen uppvisar bäst resultat, då de inte haft något fall av vinterkräksjuka under mätperioden.

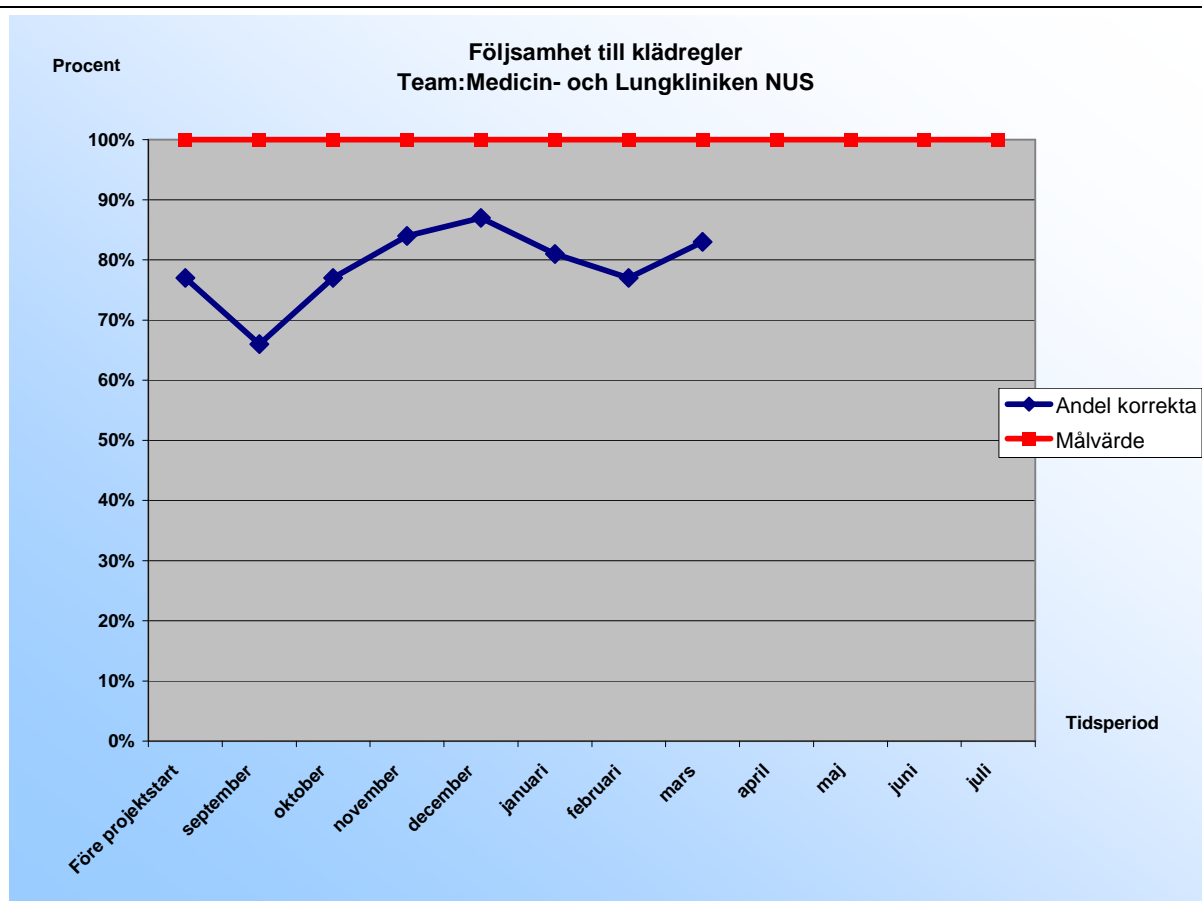


Processmål 1

Det som brister vad gäller de basala hygienrutinerna är att sprita händerna före patientnära arbete och detta märks främst i läkargruppen.

Under februari månad drog en avdelning ner statistiken, då de hade väldigt dåligt resultat (0 % följsamhet). Om vi bortsett från den avdelningen skulle resultatet varit bättre (74%).

Under mars månad pågick en stor omorganisation på kliniken och tre avdelningar kunde därför inte genomföra några mätningar. Mätningen i mars representerar därför endast resultat från avdelningarna C, E och F.



Processmål 2

Svackan i september vad gäller klädreglerna kan bero på att det blev kallare och att det användes mer långärmad klädsel.

Det är främst läkargruppen som brister i följsamhet, både genom att inte ta av sig ringar/klockor och genom att ha på sig privata kläder i patientnära vård.

Under mars månad pågick en stor omorganisation på kliniken och tre avdelningar kunde därför inte genomföra några mätningar. Mätningen i mars representerar därför endast resultat från avdelningarna C, E och F.

Förändringar som testats:

- **Hygienombudsträffar**

Det har införts regelbundna hygienombudsträffar på kliniken. Träffarna har upplevts positiva och givande, men det har varit dålig uppslutning på många av mötena. Det kan bero på att hygienombuden haft svårt att komma ifrån arbetet på avdelningen eller att de har varit lediga. Nya rutiner för dessa träffar håller på att arbetas fram.

- **Information**

Information om VRISS, basala hygienrutiner och klädregler, mm har hängts upp på respektive avdelning, så personalen kunnat hålla sig uppdaterad inom hygienområdet och om vad som varit på gång.

- **Handdesinfektionsservetter**

Personal har delat ut handdesinfektionsservetter till patienterna vid måltiderna. Utdelningen av desinfektionsservetterna till patienterna fick positivt gensvar, men många patienter tyckte att förpackningen var svåröppnad. Under testperioden insåg personalen att det var viktigt att patienterna även fick muntlig information, då några patienter inte förstod att händerna skulle tvättas innan måltid samt att de behövde påminnas om det och få hjälp att öppna förpackningen. Patienter upplevde också att servetterna doftade för starkt, vilket skulle kunna ge andningsproblem hos de som har känsliga luftrör. Det visade sig att det skulle bli för dyrt att dela ut desinfektionsservetter vid varje måltid till alla patienter på kliniken. Det kan i stället ersättas av att vi ger information till patienterna om vikten av god handhygien samt genom att hjälpa patienterna med handhygien vid behov.

- **Ankomstsamtal**

Vid ankomstsamtalet ger sjuksköterskan patienten muntlig och skriftlig information om vikten av noggrann handhygien.

- **Handdesinfektionsflaskor vid rond**

Det har delats ut små handdesinfektionsflaskor till rondande läkare för att underlätta möjligheten att sprita händerna mellan varje patientkontakt, då det inte alltid är möjligt att hänga spritbehållare på varje säng. Detta upplevdes positivt bland berörda läkare.

- **Utbildning/introduktion av personal**

Vi har infört att skriften ”Rätt klädd i vården” delas ut till alla nya läkare på kliniken och ingår i introduktionspärmen. Vi försökte genomföra att representanter från teamet dessutom skulle ge muntlig information till alla nya läkare på kliniken om basala hygienrutiner och klädregler, eftersom vi uppmärksammat att den informationen varit otillräcklig. Det visade sig dock vara svårt att träffa varje nyanställd läkare på kliniken, eftersom utsedda representanter ej hade avsatt tid för detta. Endast ett par av avdelningarna har för närvarande välfungerande rutiner att ge muntlig information till nya läkare.

- **Provtagningsrutiner**

Rutinen att använda plastförkläden vid både benmärgspunktioner och -biopsier har införts.

- **Blodtrycksmanschetter**

”Patientbundna” blodtrycksmanschetter används under vårdtiden som en del i att minska risken för indirekt kontaktsmitta.

- **Städrutiner**

Vi har infört en rutin för regelbundna byten av toalett- och tvättställsborstar på avdelningstoaletterna. Dessutom har vi utarbetat signeringslistor för städuppgifter/ansvar på avdelningarna.

- **Hygienpärmor**

Vi har iordningställt och uppdaterat avdelningarnas hygienpärmor.

- **Inläggningsrutiner för misstänkt smittsamma patienter**

På vår begäran har Vårdhygien utarbetat ett dokument som beskriver var patienter

- **Kandidatintroduktion**

Läkarkandidater som kommer till kliniken får numera information om basala hygienrutiner och klädregler vid sin introduktion hos oss.

Aktiviteter:

- Vi har initierat till en dialog på klinikledningsnivå om vilka personalkategorier som ska bära arbetsdräkt, exempelvis sekreterare, receptionister och koordinatörer som ej har direkt vårdnära arbete. På Medicin- och Lungkliniken ska följande policy gälla: All personal ska vid patientnära arbete, inklusive rond, bära arbetsdräkt. Med arbetsdräkt avses byxa och kortärmad blus/tröja/klänning. Långärmade rockar kan kombineras med privata kläder, men då endast vid administrativt arbete utan patientkontakt.
- Kontakt har tagits med Materialcenter och Vårdhygien för inköp av lämpliga desinfektionsservetter.
- Vi har kontaktat VRISS-grupp på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg för att få ta del av deras patientinformationsmaterial. I samråd med Vårdhygien bestämdes att vi inte skulle använda det anslag som Sahlgrenska Universitetssjukhuset använt i sitt VRISS-projekt. Det visade sig att de inte hade utarbetat något informationsblad till patienterna.
- Alla teammedlemmar har informerat på avdelningarna om VRISS och arbetet runt det.
- Vi har lämnat in önskemål till Kompetensutvecklingsbyrån om att de ska engagera läkaren Gunnar Kahlmeter för en föreläsning med temat multiresistenta bakterier och vårdhygien. Kompetensutvecklingsbyrån planerar att anordna denna föreläsning under hösten 09 och föreläsningen kommer troligen även länkas ut via video så att all personal inom VLL kan ta del av den.
- Inköpsstatistik angående handdesinfektionsmedel för Medicin- och Lungkliniken har tagits fram för att kunna mäta om det skett en ökning av handspritsanvändningen vid projekttidens slut jämfört med innan. Det visade sig att inköpet av handdesinfektionsmedel har ökat med 200 liter sedan projektstarten. Det indikerar en beteendeförändring, dvs att personal/patienter spritar händerna oftare.
- Personal på varje avdelning har inventerat och möjliggjort så att förutsättningar finns för att kunna arbeta vårdhygieniskt (t ex krokar för läkarrock, tillgång till handdesinfektionsmedel, handskar och förkläden/skyddsrock).

- Vi har begärt ett PM från Vårdhygien, som beskriver var/hur patienter med vinterkräksjuka ska placeras på sjukhuset vid inläggning från akuten. Ett PM utarbetades via Vårdhygien och gäller hela sjukhuset.
- På varje avdelning har personalen kompletterat informationspärmar/tariffoldrar med hygieninformation.
- Teamet skickade en skrivelse i januari -09 till ansvariga personer angående problemen med utlämning av arbetskläder på NUS. Vi har fått ett positivt svar från verksamhetschefen vid Allmän service, som lovar att ta vår skrivelse i beaktning och på ett systematiskt sätt försöka hantera de klagomål/synpunkter som förts fram.
- Kontakt har tagits med hygiensjuksköterska för diskussion om våtservetter och gruppens idéer om rutiner kring detta. Vanliga våtservetter är ej aktuella att användas pga att servetterna ofta är starkt parfymerade och inte heller kan ersätta vanlig handtvätt.
- Hygienombuden och vårt VRISS-team påminner fortlöpande personalen om basala hygienrutiner och klädregler.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Resultatmål:

Våra mätningar visar att vi hamnar på ett resultat under förväntad nivå vad gäller antalet insjuknade patienter i vinterkräksjuka. Vi lyckades dock inte nå uppsatt mål, dvs att minska antalet patienter med vinterkräksjuka till max 50 fall.

Bidragande orsaker till detta kan vara att vinterkräksjukan just i år varit extra virulent. Många av klinikens patienter har dessutom stora omvårdnadsbehov och behöver hjälp med sin personliga hygien och detta ökar risken för smittspridning om personalen brister i sina hygienrutiner och gällande klädregler. Det är inte heller ovanligt att det finns förvirrade patienter inlagda på avdelningarna, vilket också kan öka risken för smittspridning. De förstår inte eller glömmer bort att de är isolerade och de kan också ha svårt att hitta till toaletten/sin egen säng.

När det sker ett magsjukesutbrott på en avdelning insjuknar ofta även personalen och det kan vara svårt att få vikarier. Detta kan leda till viss underbemanning och försvara kohortsvården. Dessutom saknar de flesta avdelningar en särskilt avsatt köksansvarig person, för att undvika att mathantering och patientvård sköts av samma personal.

Många av klinikens avdelningar har bristfälliga och trånga lokaler med för få toaletter och enkelrum, vilket ger större risk för smittspridning. En annan bidragande orsak till att målet inte uppnåddes är att det vid inläggning av patienter med misstänkt magsjuka brustit i överrapportering från akutmottagningen till avdelningarna, på så sätt att avdelningspersonal inte fått klart för sig att patienten behöver isoleras.

Under större delen av projekttiden har det också pågått flera stora omorganisationer på kliniken, vilket generellt har gjort det svårare att få avsatt tid till och ha ork för att genomföra VRISS-projektet.

Processmål:

Målet att nå 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler uppnåddes inte fullt ut men vi kan se en uppåtgående trend, dvs att vi närmar oss vårt mål framför allt vad gäller hygienrutinerna. Att vi inte nådde 100 % följsamhet kan bero på visst motstånd bland

personal, attitydproblem samt att en del saknar tilltro till nyttan av att följa nationella riktlinjer. Observationsstudien av basala hygienrutiner visade att det främst var spritning av händer före patientkontakt som inte utfördes. Kanske beror det på svårigheter att ändra sina vanor eller på att man inte förstått syftet med att sprita händerna före patientkontakten.

Medicin- och Lungkliniken är en stor klinik med många olika inriktningar, vilket försvårar arbetet med att få ut information och nya gemensamma rutiner. Kliniken har ett stort genomflöde av personal och studenter/elever, vilket innebär att det finns behov av fungerande introduktion/utbildning angående hygienfrågor.

Trots att vi inte helt uppnått något av våra mål upplever vi att det ändå blivit stora förbättringar och att vi fått en ökad medvetenhet på kliniken om vikten av fungerande hygienrutiner och klädregler.

Så här arbetar vi vidare:

Vi har under projektiden förbättrat våra resultat och kommer att fortsätta sträva mot att nå våra uppsatta mål. Detta gör vi genom att:

Fortsätta förbättra introduktionen av ny personal och studenter/elever så att hygienrutiner och klädregler alltid tas upp.

Försöka ändra på attityder och hantera det eventuella motståndet bland delar av personalen genom fortsatt information/utbildning i hygienfrågor.

Stötta klinikens hygienombud så att de uppmuntras att fortsätta arbetet som projektgruppen påbörjat, så att det även fortsättningsvis finns förutsättningar och möjligheter till förbättringar inom hygienområdet.

Förankra våra förslag hos klinikledningen, så att de ger fortsatt stöd till fortsatt VRISS-arbete och ser till att det kan avsättas tid till de nyckelpersoner som ska jobba vidare med detta.

Kommentarer:

Under projektiden har vi uppmärksammat att det finns brister i städningen av avdelningarnas lokaler. De flesta avdelningarna har ingen egen anställd lokalvårdare, utan städpersonalen städar på flera avdelningar på sjukhuset. Vi upplever att det i många fall saknas kunskap om hur man utför och planerar städningen på avdelningen så att smittspridning förhindras. Det verkar också finnas oklara riktlinjer angående hur städpersonalen ska städa salar där patienter med vinterkräksjuka vårdas samt när avdelningen kan/får utnyttja storstället för utstädning av infekterade salar.

En avdelning på kliniken har egna anställda lokalvårdare och det ser vi som en fördel, eftersom städpersonalen då får ett större ansvar, mer inflytande och kan vara mer delaktig i arbetet på avdelningen. Det blir också lättare att samarbeta på ett bra sätt kring hygienfrågor. Vi har informerat Vårdhygien om våra observationer.

Under hösten 2010 ska några av klinikens avdelningar flytta till bättre och mer ändamålsenliga lokaler. Vi tror att det kan bidra till att ge bättre förutsättningar för att förhindra smittspridning.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar**

Fokus på hygienarbete.

Förändringar till det bättre på avdelningarna.

Bättre förutsättningar för följsamhet har ordnats.

Alla avdelningar har utsedda hygienombud.

Lärande Seminarier - möjlighet att träffas och få ta del av idéer och erfarenheter från andra team.

Möjligheter att testa förändringar/arbetsätt.

- **Nackdelar**

”Intvingade” i projektet med för kort varsel, för lite tid till förberedelsearbete och otillräcklig information om projektet.

För lite tid avsatt.

För många olika enheter/stor klinik.

Få teammedlemmar på varje avdelning – jobbigt att genomföra förändringar på egen hand.

Många omorganisationer på kliniken samtidigt med VRISS – personalen orkar inte ha engagemang för allt.

- **Mest givande**

Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Trevlig projektgrupp.

Många bra föreläsningar.

- **Svårast**

Hitta ett bra resultatmål och -mått

Få ut information till medarbetare.

Sprida engagemang kring VRISS

- **Lärdomar**

Tjat ger resultat!

Det behövs tillräckligt med avsatt tid för arbetet!

Hand- och plastikkirurgiska kliniken operations- och mottagningsavdelning
NUS

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Minska förekomsten av postoperativa sår infektioner och öka patientsäkerheten på kliniken.	Maud Helgesson, undersköterska, <i>kontaktperson</i> Maud.helgesson@vll.se
Population	Lisbeth Larsson, operationssjuksköterska Lisbeth.larsson@vll.se
Alla utförda elektiva operationer på kliniken operationsavdelning som utfördes mellan maj-08 till och med april-09. Under denna period utfördes drygt 1600 ingrepp.	Gertrud Lundgren, undersköterska Gertrud.lundgren@vll.se
	Per Jenmalm, handkirurg Per.jenmalm@vll.se

Bakgrund och problem:

Vårdrelaterade infektioner vid operativa ingrepp leder till ett onödigt lidande för patienter och ökade samhällskostnader. Vid den senaste punktprevalens mätningen som gjordes av Sveriges kommuner och landsting (SKL) visade det sig att i genomsnitt cirka 10 % av patienterna som vårdades inlagda på en vanlig vårdavdelning låg där pga. en vårdrelaterad infektion.

Vår klinik har ett stort geografiskt upptagningsområde som i princip upptar halva Sveriges yta och vi serverar övre Norrland population (cirka 900 000 invånare) med hand- och plastikkirurgisk kompetens dygnet runt. Kliniken består av en mottagnings-, rehabiliterings-, och operationsavdelning. Mottagningen består av fem undersökningsrum vilken bemannas av sju mycket kompetenta undersköterskor och antalet mottagningsbesök på årsbasis är cirka 12000. Mottagningen ligger i nära anslutning till operationsavdelningen och består av tre operationssalar och bemannas av 5 operationssköterskor samt 5 undersköterskor. En av salarna nyttjas mest för ingrepp som kräver narkos eller plexusbedövning. De övriga salarna utnyttjas för ingrepp i lokalbedövning och intravenös regional anestesi (IVRA). En av dessa salar saknar adekvat ventilation och uppfyller egentligen ej kraven på en operationssal. Våra doktorer (5 plastikkirurger och 7 handkirurger) opererar även vid centraloperation där vi nyttjar en operationssal fem dagar i veckan. Kliniken utför cirka 2500 ingrepp årligen av vilka drygt 400 är akuta och cirka 400 utförs på centraloperation.

När vi introducerades till VRISSE-projektet insåg vi ganska snart att vi hade potentiella förbättringsområden. Bland personalen fanns brister vad gäller basala hygienrutiner och klädregler vilket bland annat yttrade sig i att många gick omkring i privata kläder, gjorde få klädbyten och hade personliga smycken. Med tanke på de tänkbara hot som multiresistenta bakterier och vinterkräksjuka har på vården insåg vi den möjliga nyttan med att vara involverade i projektet. Vidare när vi analyserade möjliga orsaker till de vårdrelaterade infektioner som dokumenterats på kliniken kom vi till insikt att vi kunde förbättra vårt arbetssätt för att minska infektionerna.

Mål:**Resultatmål:**

Halvera vårdrelaterade postoperativa infektioner såväl ytliga som djupa för patienter som opereras elektivt på klinikens operationsavdelning. Detta motsvarar således en sänkning av de ytliga infektionerna från 1.6% till 0.8%. De djupa infektionerna skall på motsvarande sätt minskas från 0.5% till 0.25%.

Processmål:

100 % av personalen ska följa de basala hygienrutinerna.

100 % av personalen ska följa klädreglerna.

Mått:**Resultatmål:**

Varje inträffad vårdrelaterad infektion analyserades avseende typ av infektion (djup eller ytlig), operationssal (sal 1, 2 eller 3), diagnos, operationstid, förekomst av implantat och personal.

Processmål:

Andel vårdpersonal som följer uppsatta basala hygienrutiner.

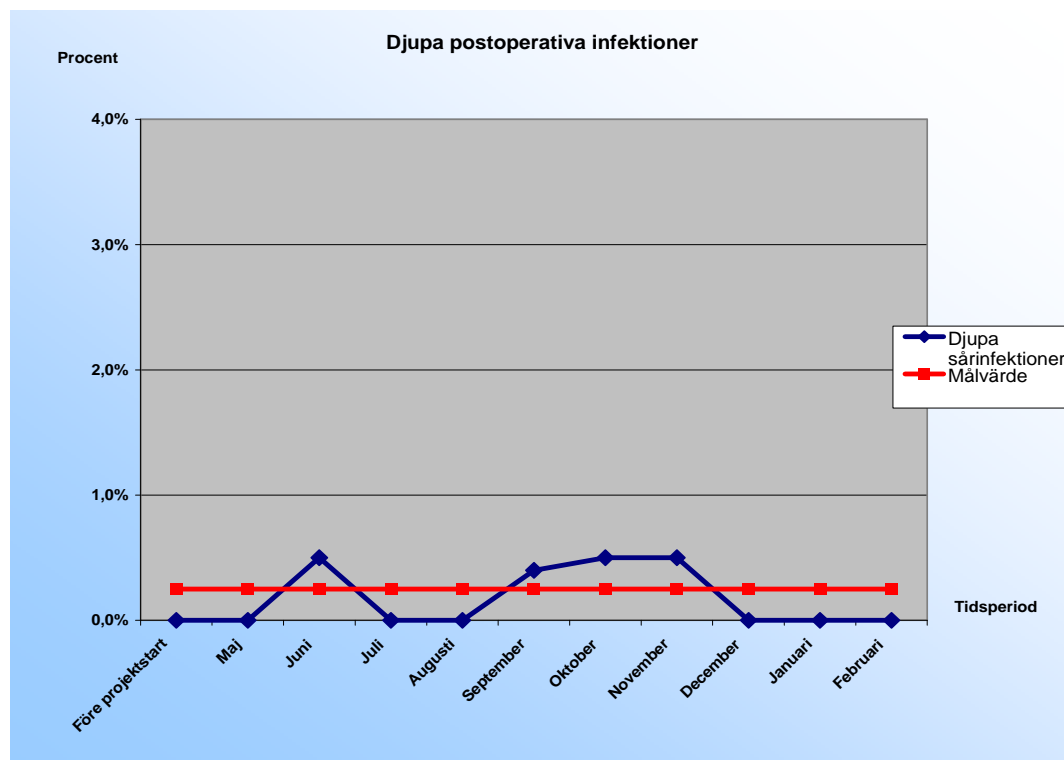
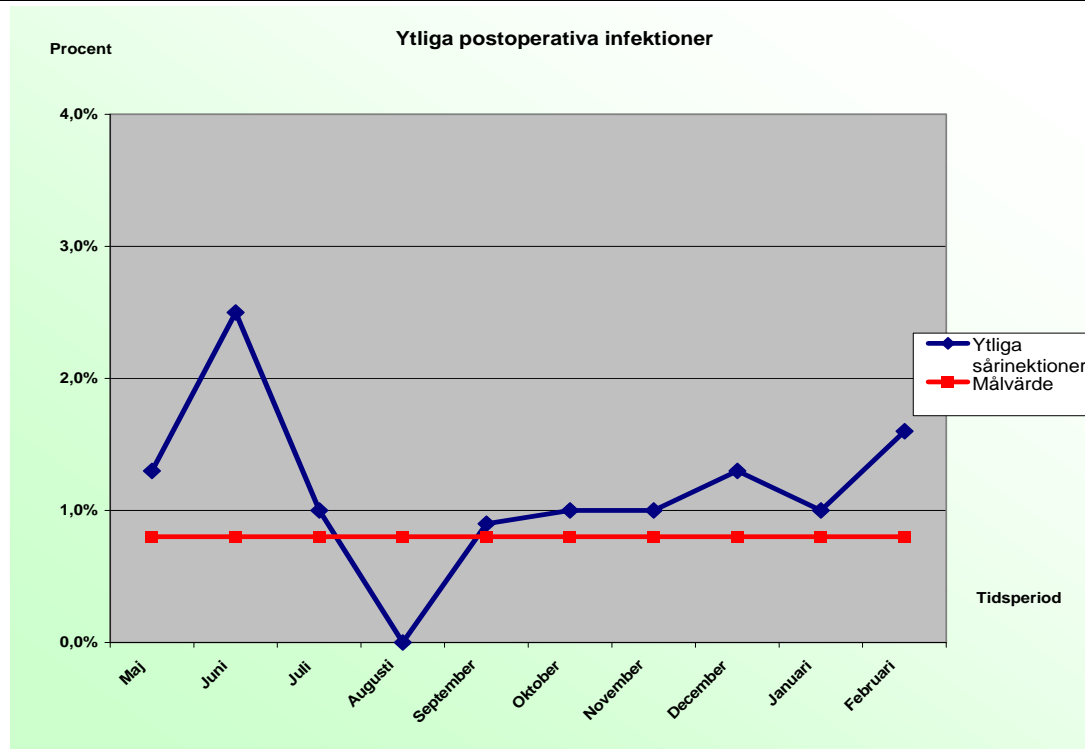
Andel vårdpersonal som följer uppsatta klädregler.

Hur gjordes mätningarna?

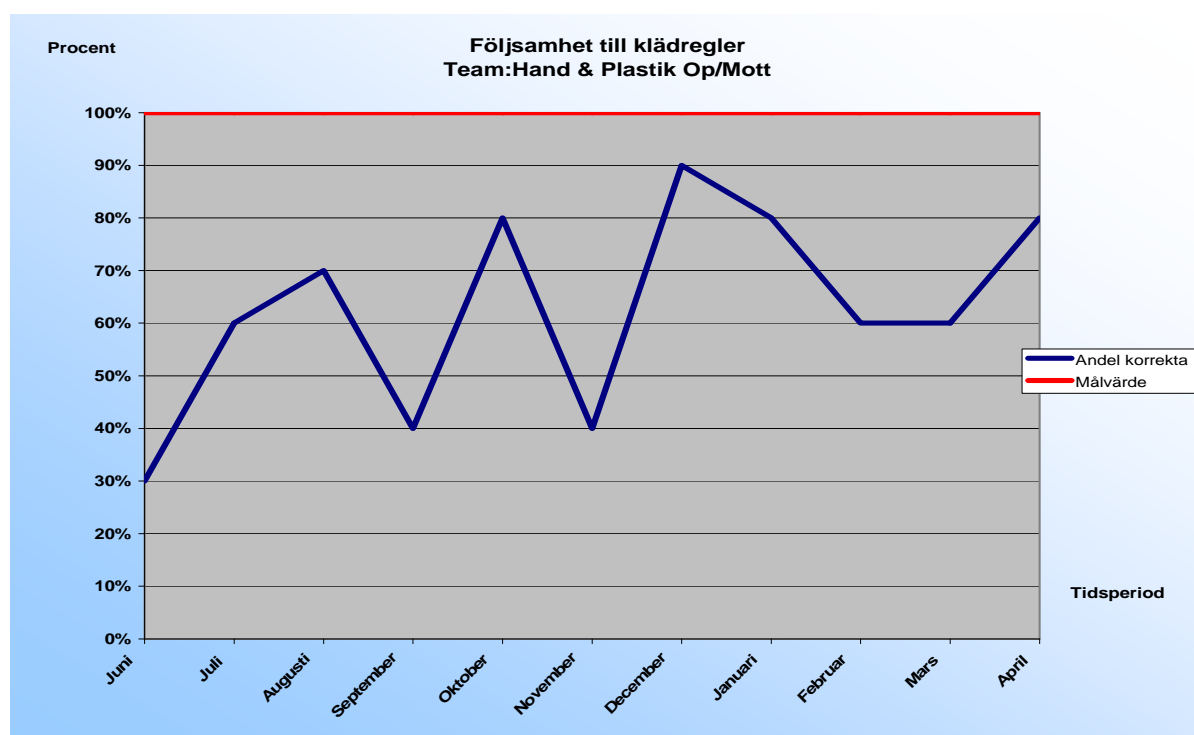
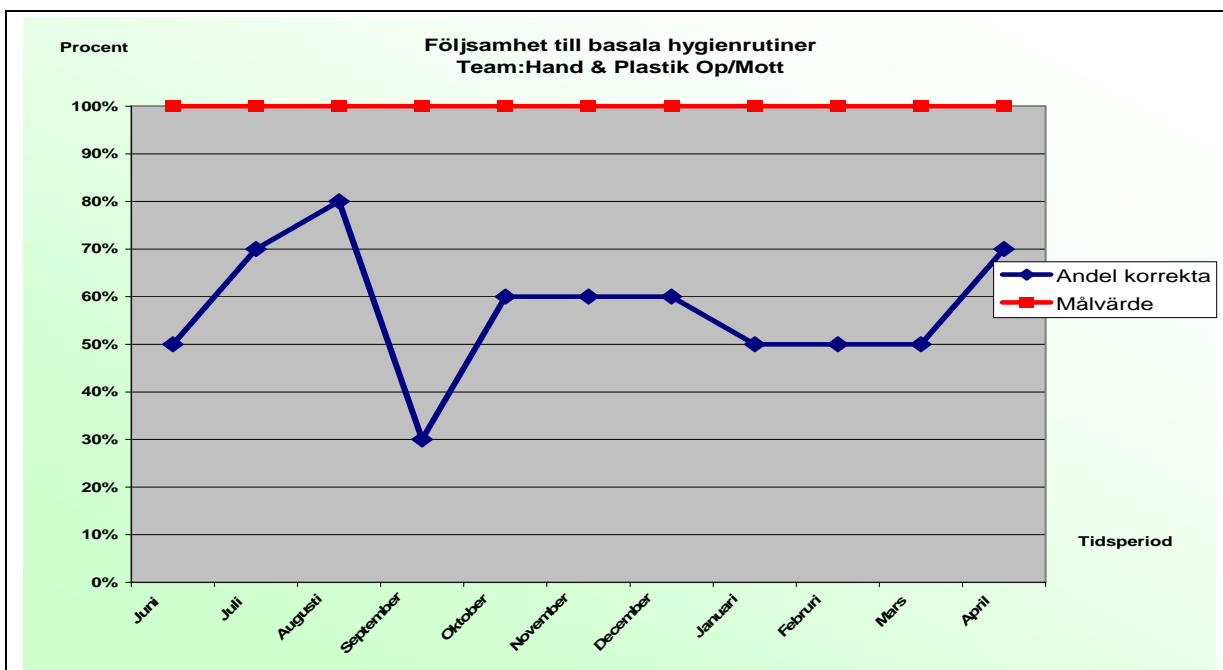
Resultatmål: Vi har följt infektionsrapporterna som kommer från avdelningen för sjukhushygien med en månads intervall.

Processmål: Följsamhet till basala hygienrutinerna och till klädreglerna kontrollerades med hjälp av formulär en gång varje månad genom oanmälda observationer på slumpmässigt utvalda personer på mottagning och operation. Vidare utfördes i mars-09 en självskattning av medarbetarna vid klinikern genom en subjektiv bedömning av följsamhet till basala hygienrutinerna och till klädreglerna.

Resultat:



I diagrammen ovanför visas andelen vårdrelaterade postoperativa infektioner (ytliga och djupa) som opereras elektivt på klinikens operationsavdelning. Denna visar att andelen ytliga infektioner mestadels legat kring 1% vilket är något högre än vårt resultatmål. Andelen djupa infektioner låg i allmänhet kring 0% vilket i princip medför att vårt resultatmål är uppfyllt.



I diagrammen ovanför visas följsamheten kring basala hygienrutiner och uppsatta klädregler. Vi konstaterar att följsamheten ligger mestadels kring 70% - 80% vid slutredovisningen. Detta resultat visar att vi fortfarande kan förbättra oss för att på så sätt kunna uppfylla våra processmål.

För att ytterligare analysera orsaken bakom dessa siffror genomfördes en självskattning som gav en subjektiv bedömning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Denna visade att cirka 70% följde dessa regler vilket ligger i paritet med våra objektiva mätningar.

Förändringar som testats:

På operationsavdelningen och patientmottagningen har vissa förändringar införts och testats.

Vi har satt in Hibiskrub-automater i patienternas förberedelserum som används för preoperativ tvagning. Sådana automater har satts in i samtliga förberedelserum (100%).

För att åstadkomma blodtomhet under våra handkirurgiska ingrepp används en gummibinda så kallade esmarksbinder till operationerna. Tidigare användes flergångsbindor men dessa har nu konsekvent ersatts av engångsbindor på samtliga operativa ingrepp (100%).

På strategiskt utvalda platser har handdesinfektionsautomater satts upp. Som en konsekvens har nu spritkonsumtionen fördubblats på kliniken. På samtliga mottagnings och operationssalar finns nu förkläden och plasthandskar lätt tillgängliga och följaktligen har konsumtionen av sådana förbrukningsvaror ökat.

Som en del i vårt arbete att hålla patienterna normoterna under våra operationer har vi införskaffat fler filter. Vi har även äskat för inköp av värmeskåp för filter och klara vätskor.

För att desinficera våra arbetsytor mellan patienterna på våra mottagningsrum har inköpet av ytdesinfektionsmedel från förrådet fördubblats.

Vi har uppdaterat våra rutiner kring sårreportering till avdelningen för sjukhushygiene som sköter infektionsreporteringen vid postoperativa sårinfektioner. Personal från sjukhushygiene har dessutom vid en arbetsplatsträff informerat oss om antibiotikaprofylax.

Vi har implementerat de nya rutinerna för preoperativ handdesinfektion med Sterilium med hjälp av Apoteket. Anvisningar för dessa nya rutiner finns nu utplacerade vid varje tvättställ.

Vi har under lång tid noterat att det har förekommit onödigt dörrspring på våra operationssalar. Som del i vårt arbete har vi därför dokumenterat orsakerna till detta och vilka olika personalkategorier som ligger bakom detta. Det visade sig att den vanligaste orsaken till springet var avsaknaden av operationsmaterial och läkemedel. Detta resultat förstärker vår uppfattning att man bör införskaffa genomräkningskåp vid våra operationssalar. Vi har införskaffat skyltar som sätts upp på operationssalsdörrarna vid implantatkirurgi vilket har minskat springet.

Ett mycket givande samarbete med våra sjukgymnaster och arbetsterapeuter har inletts vilket har medfört att de nästan till 100% följer basala hygienrutiner och klädregler.

Aktiviteter:

1. Under personalens morgonrapportering har vi upprepat informerat om basala hygienrutiner och klädregler.
2. I och med att vi är en universitetsklinik har vi på så sätt regelbundet läkarstuderande som deltar i patientarbetet. De får nu noggrann information basala hygienrutiner och klädregler inför deras praktik hos oss.

3. Vi har etablerat kommunikationskanaler med vårdavdelningen där vi har tagit upp möjliga förbättringsåtgärder. Detta samarbete syftar till att bland annat öka antalet upphängningskrokar för läkarrockar på patientsalarna och utöka antalet spritautomater.
4. Gruppen har regelbundet informerat övriga personalen om våra resultat på arbetsplatsträffar.
5. Vi har nu infört rutiner där de tangentbord som finns på olika mottagningsrum och operationssal dagligen desinficeras.
6. De blodtomhetsmanchetter som vi använder vid våra handkirurgiska ingrepp skall rengöras mellan varje patient och hängas upp på avsedd plats för torkning.
7. Vi har inhämtat aktuell vetenskap rörande antibiotikaproylax med hjälp av personal från sjukhushygien och Socialstyrelsens och SKL:s kunskapsunderlag. Denna kunskap har integrerats i vårdkedjan och på så sätt försöker nu våra doktorer tillse att patienterna erhåller rätt antibiotika vid rätt tidpunkt.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi har inte uppnått våra mål fullt ut att halvera våra vårdrelaterade infektioner. Redan innan vi startade projektet var andelen infektioner låg. Både andelen djupa och ytliga infektioner står sig mer än väl ur ett nationellt perspektiv. Vidare fanns säkerligen ett mörkertal vad gäller inrapporteringen av sårinfektionerna. Vi tror därför att våra insatser som ämnat minska infektionerna mörkats något av att inrapporteringen av sårinfektionerna uppmärksammats mer.

För att ytterligare analysera orsakerna bakom de vårdrelaterade infektionerna analyserades varje infektion avseende typ av infektion (djup eller ytlig), operationssal (sal 1, 2 eller 3), diagnos, operationstid, förekomst av implantat och personal. En faktor som visade sig sticka ut var operationssal. Det visade sig att i en av salarna, sal 1, som egentligen ej fyller kraven för operationssal hade den lägsta frekvensen infektioner vilket var överraskande. En förklaring till detta kan vara att denna sal fram för allt nyttjas för korta snabba ingrepp samt har minst antal personal på sal. Vidare fann vi att alla djupa sår infektioner hade plastikkirurgiska diagnoser. Troliga förklaringar till detta fynd är att de plastikkirurgiska patienterna generellt är äldre, mer multisjuka, har längre operationstid samt att man i större omfattning använder implantat.

Vi har inte uppfyllt målen vad gäller följsamheten kring de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Detta var ett tråkigt resultat. En förklaring till den bristande disciplin som delvis ligger bakom dessa siffror kan vara att man som personal ej känt något större behov att ändra sina rutiner då vår infektionsincidens redan var låg vid projektets start. Vidare är det svårt att få ut rena personalkläder i rätt mängd och tidpunkt då klädsorteringen nu är centraliserad och ligger ute på entreprenad och då det är ofta är långa köer.

Så här arbetar vi vidare:

Vi hoppas att vi får fortsatt stöd av ledningen att fortsätta vårt arbete i att reducera vård relaterade infektioner.

Vi tror att en ökad kunskap och insikt i de potentiella hot som multiresistenta bakterier utgör för vår välfärd kommer förmodligen att förbättra våra resultat och förändra vårt arbetssätt ytterligare.

Vi måste tillse att nyanställda och vikarier får information om våra hygienregler som gäller vid kliniken.

Vi skulle gärna se att städpersonalen integreras vid kliniken. På så sätt tror vi att städpersonalen skulle känna sig mer delaktiga i vårt arbetssätt.

Vi vill fortsätta arbeta för att få ett genomräkningsskåp till sal 3. Vi tror att avsaknaden av ett sådant idag delvis ligger bakom att det blir för mycket spring på den salen vid operationer.

Vi vill fortsätta utveckla samarbetet med vårdavdelningen för att på så sätt sprida tankarna och idéerna bakom vårt VRISS-arbete.

Vi önskar fortsätta genomföra våra mätningar av vårdrelaterade infektioner och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler som vi tror går att förbättra ytterligare.

All personal ska få utvärdera deras handsprittvätt med hjälp av en UV-lampa.

Kommentarer:

Vi tror att gruppen behöver nytt blod för att fortsätta effektivt. Nya personer som är intresserade av förändringsarbete vid kliniken kommer att behövas för att nå våra mål och driva projektet vidare.

Att arbeta med Genombrott:

- *Fördelar*

Det har varit ett trevligt projekt och en trevlig grupp att jobba med.
Vi har uppnått många synergieffekter av att vara med i projektet.
Lärande seminarierna har gett ny energi.

- *Nackdelar*

Projekttiden är för kort för att uppnå målen.
Kräver en hel del datorvana.
Att få tillräckligt med tid till arbetet med projektet.

- *Mest givande*

Utbytet med andra VRISS-gruppers arbeten vid lärande seminarier.
Trevligt gensvar från de flesta medarbetare och de flesta tänker nu i VRISS-termer.

- *Svårast*

Att reducera andelen vård relaterade infektioner har varit svårt då vi redan innan projektets start hade låga siffror.
Det är svårt att få alla att förstå VRISS-arbetets syften och att det handlar om hela kliniken och våra patienter och inte enbart om VRISS-gruppen.

- *Lärdomar*

Allt tar mer tid än beräknat.
Det är viktigt att ha med ledningen och att ha med alla olika personalkategorier i gruppen.
Det är viktigt med ett arbetsklimat som tillåter återkoppling och reflektion.



'Det är svårt att lära gamla hundar att sitta'.

Barnkliniken länet

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Minska förekomsten av CVK-infektioner hos barn inneliggande på Barn 3. Förhindra att inneliggande barn på Barn 2 och 14 smittas av virusorsakad gastroenterit under vårdtiden. (Gastroenterit uppkommen efter 48 timmar på sjukhus/vårdavdelning). Förhindra spridning av sjukdomsalstrande bakterier mellan patienterna på Barn 4.	Ulrika Näslund, <i>kontaktperson</i> Mariana Åhfeldt <i>kontaktperson</i> Lotta Lindgren Mattias Mattsson Kristina Persson Stina Halvarsson Karin Björk Rut Inger Enryd Karin Markström Anna W Olofsson Åsa Jönsson
Population	
Samtliga inneliggande patienter på Barnkliniken.	

Bakgrund och problem:

- Erfarenhetsmässigt har vi sett spridning av gastroenteriter mellan inneliggande barn. Det har tidigare ej funnits någon statistik på vårdrelaterad spridning av gastroenterit. (*Barn 2, Barn 14*)
- Barn med tumörsjukdomar behöver centrala venkatetrar (CVK) pga lång (månader-år) behandlingstid. Barnen blir immunosupprimerade, får lätt infektioner; varje CVK som måste dras pga infektion betyder längre vårdtider, ökat lidande, risk för att behandling blir uppskjuten. (*Barn 3*)
- Det har tidigare visat sig att bakterier, som vid odling upptäckts hos ett barn, senare kunnat påvisats vid odling av ett annat barn på samma vårdsal eller annan sal. (*Barn 4*)

Mål:

- Inga fall av virusorsakad gastroenterit uppkomna hos barn inneliggande på vårdavdelningen efter 48 timmar. (*Barn 2 och 14*)
- Halvera fallen av CVK-infektioner hos alla barn med central venös infarkt. (*Barn 3*)
- Ingen (= 0) spridning av sjukdomsframkallande bakterier mellan barnen. Bakterier vi tittar efter är pseudomonas, serratia, enterobacter, klebsiella och MRSA. (*Barn 4*)

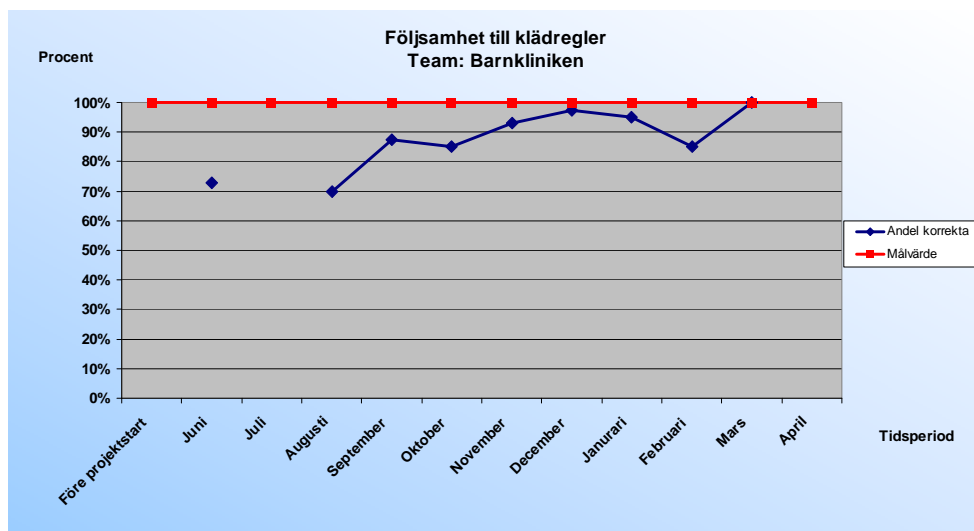
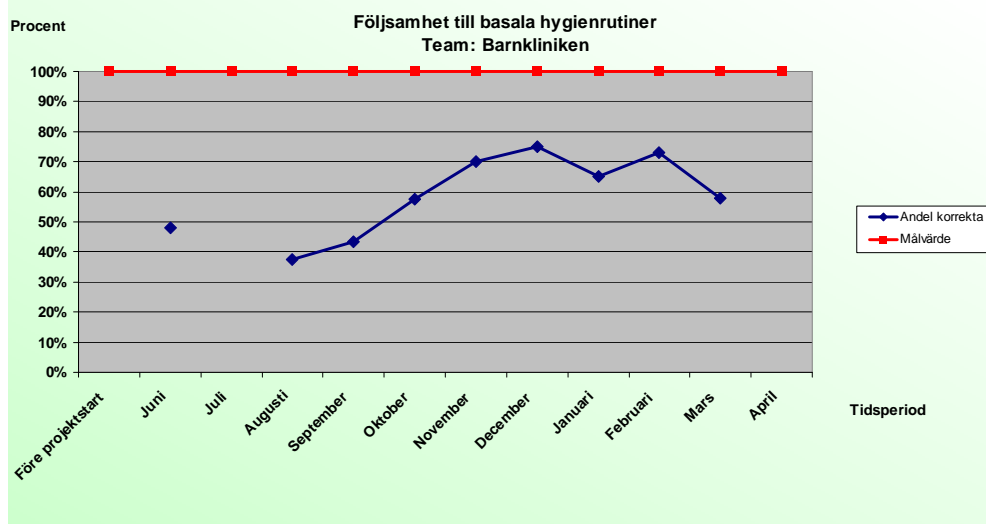
Mått:

Procentuella mått.
Antal insjuknade i relation till antal vårdade.

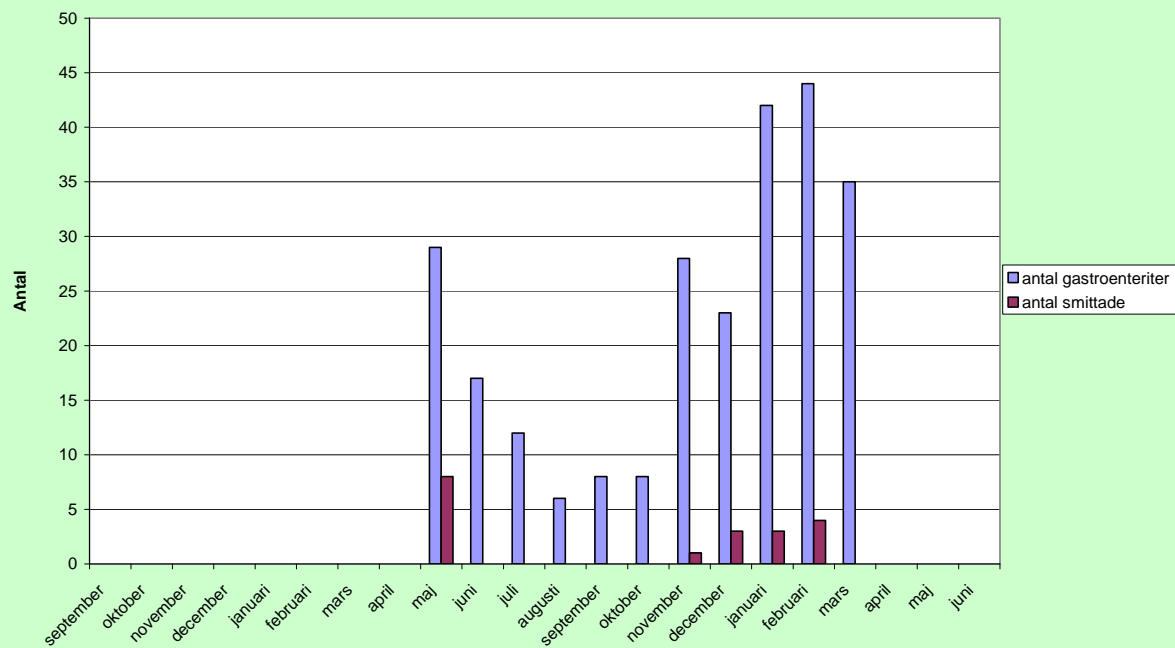
Hur gjordes mätningarna?

- Registrering av inläggande barn som under vårdtiden eller 48 timmar efter hemgång insjuknar i gastroenterit. Detta har relaterats till total belägningsstatistik och aktuell diagnosstatistik av gastroenteriter.
- Vid hemgång fick föräldrarna ett informationsblad med uppmaning om återrapportering vid insjuknande i gastroenterit inom 48 timmar efter hemgång. (Barn 2 och 14)
- Som grundstatistik inhämtades information om CVK-infektioner för de fem månaderna innan VRIS-start. Därefter genomgång av 10 slumpvis utvalda journaler per månad för att upptäcka aktuell CVK-infektion. (Barn 3)
- Vid känd kolonisation av pseudomonas, serratia, enterobacter, klebsiella och/eller MRSA togs odling på samtliga inläggande barn en gång per vecka. Kontinuerlig genomgång av odlingssvar. (Barn 4)

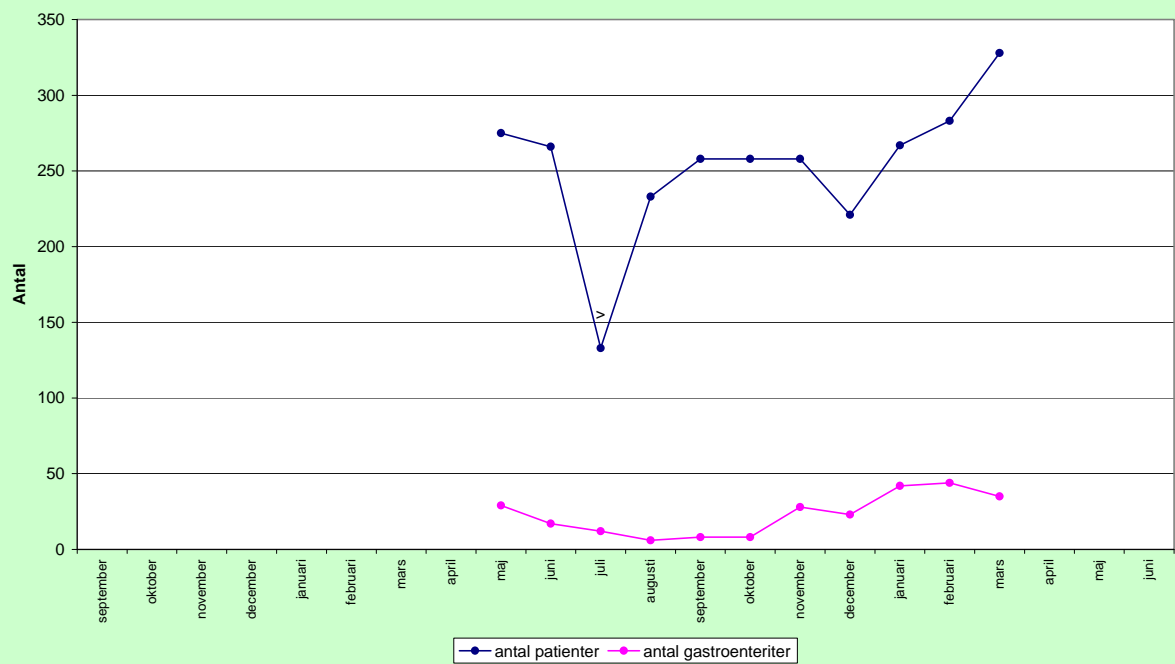
Resultat:

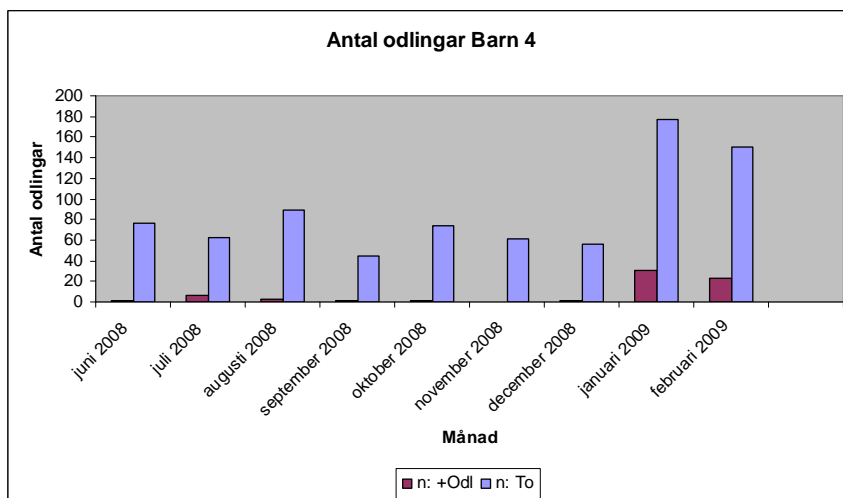
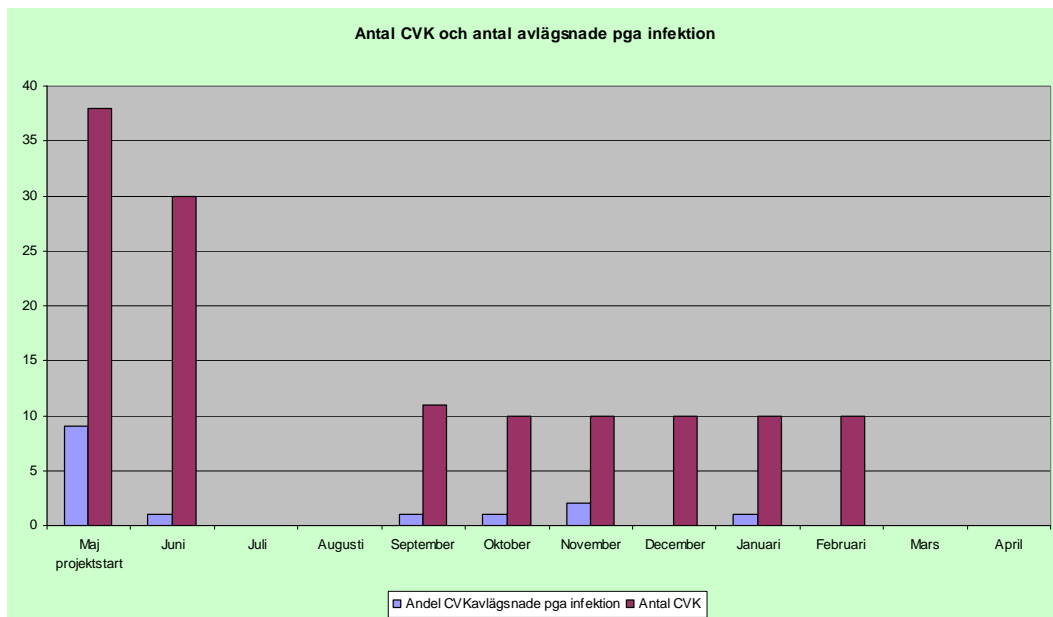


Smittspridning Barnkliniken VLL



Gastroenteriter Barnklin VLL





n: +Odl = Totalt antal positiva odlingsvar
n: +Barn = Totalt antal barn med positivt odlingsvar. Med positivt odlingsvar avses här bakterierna serratia, pseudomonas, klebsiella, enterobakter och MRSA
n: To = Totalt antal odlingar; = både rutinodlingar och kontrollodlingar.
Kontrollodlingar pågick under januari och februari 2009

Smittspridning Barn 4 NUS													2008-2009					
		= pseudomonas		= klebsiella		= mrsa		= enterobacter		= serratia		= ej smitta						
	B	C	D1	D2	D3	D4	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	G1	G2	H1	H2
v2											1)	1)						
v3													10)					
v4														3)	3)	3)		4)
v5		5)								6)			10)			2)		4)
v6										6)	7)	3)	3)	10)		2)		4)
v7							8)	9)				3)	10)					
v8											3)	3)	10)					

1) Barnet levde en vecka, avled 11/1
2) Inskrivnen på F-salen första tre levnadsveckorna. Inskrivnen på G-salen 20-27/1, därefter åter tillhörande F (F4). Varit på permissioner till hemmet senare delen av vårdtiden.
3) Barn född i slutet av nov-08, bytt vårdplats på avd. några gånger. Inskrivnen på F-salen förutom fyra dagar i mitten av jan. då han låg på D-salen. På F bytt plats från F4 till F2 mellan ve 5 och 6.
4) D-sal fram till 20/1, därefter H-sal fram till utskrivning 4/2
5) Från annat sjukhus, inskrivnen på Barn 4 en vecka och därför aktuell för endast en kontrollodling. 6) och 7) Nr 6 och 7 är två olika barn på samma vårdplats, tvillingar som låg i kuvös endast några timmar och har sedan delat säng.
8) Inskrivnen en vecka, utskrivnen 10/2
9) Inskrivnen 9 dagar, utskrivnen 12/2
10) Barnet inskrivet dec -08 och utskrivnen till hemsjukhuset den 19/2-09
Vecka 4 besked om positiva odlingssvar som föranledde kontrollodlingar (gram.neg. stavar) veckovis på alla inskrivna barn på Barn 4
Tyvärr finns ingen specificerad statistik över de aktuella bakterierna som funnits på avdelningen innan vecka 2-4.
Intagningsstopp för nya barn på F-salen f o m 24/1
Ett barn som föddes i mitten av januari låg först på F-salen och sedan på G-salen samtidigt som "2)" och har senast varit inskrivnen på H-salen. Detta barn har inga av de aktuella bakterierna.
De bakterier som hittills varit aktuella har inte varit av multiresistent art. Bakterierna hör dock till de som ingår i VRISS målsättning för Barn 4.
I samband med att barn nr 10) åkte till hemsjukhuset den 19/2 (ve 8) flyttades det andra barnet som låg på samma sal (nr3)) till G-salen och F-salen storstädades och nya barn kom strax därefter att skrivas in på salen.
Vecka 8 kom direktiv från Rolf Lundholm, Vårdhygien att avsluta veckoodlingarna på avd. Utifrån VRISS syfte på Barn 4 togs detta med avslutande/uppehåll veckoodlingar även upp med avd.chef Unni Nordström och med ansvarig dr Stellan Håkansson och samtliga var överens om att avsluta veckoodlingarna för tillfället.

Förändringar som testats:

- Flödet i kuvösen – rent in genom sidoluckorna och smutsigt ut genom nedre gavelluckan.
- Rent uppe i kuvösen och smutsigt nere.
- Plastförkläden under transportkuvöserna för att användas när vi tar emot barn på förlossningen eller Cop.
- I nära anslutning till vågen (som används till allt från att väga barn, mat och blöjor på) och ytan vid provtagningssskåpet är nu ytades samt papper placerat.
- Byte av sugmugg tre gånger/dygn eller när den är tom.
- Tvätta saturationsprob med ytades samt byta cobantejp när den flyttas från fot till hand eller ställe med infart när barnet ligger på öppen blöja.
- Ansvar och struktur på vem som fyller på med nya trasor, diskmedel, handsprit, slänger gammal mat i föräldrakyl etc.
- Standardiserad städning av föräldrarummen, som nu städas av städpersonal istället för föräldrarna själva.
- Använda fingerfärg istället för gemensam stämpeldyna när hand- och fotavtryck görs på barnen. (Barn 4 NUS)
- Utrusta vårdplatsen/salen med det material som används, blöjor, kompresser, salvor,

- tejp, sax mm.
- Förflyttat saxar från personalens fickor till de ställen där de behövs exempelvis vårdplatsen/salen (patientbundna), läkemedelsrummet samt lådan med lindor.
- Handskar samt plastförkläden på varje vårdsal.
- Spritautomater vid entréer, matrum, personalrum, sköterskeexpedition, förråd, föräldrarum samt föräldrakök. (*Samtliga avdelningar*)
- Städprotokoll för isoleringssalar samt för kök och diskrum. (*Skellefteå*)
- Duschningsrutiner inför operation
- Städinstruktioner.
- Hygieninformation i fickformat till kandidater och nyanställda på svenska och engelska.
- Föräldrainformation om hygien på sjukhus.
- Engångsskydd till duschsäng. (*Barn 2 NUS*)
- Ökad medvetenhet om basala hygien- och klädrutiner.
- Ny definition och rutiner av rena respektive smutsiga områden i kuvösen.
- Ökad tillgänglighet gällande engångsplastförkläden, ytdesinfektions-medel, handsprit och handskar vid rutinarbeten.
- Övergång från avdelningsbundet till patientbundet material, t ex saxar och peanger.
- Tätare byten av ”sugmugg”.
- Nya desinfektionsrutiner vid byte av saturationsmätningsskåp.
- Ökad användning av ytdesinfektion på material/appartur som förflyttas mellan patienterna.
- Förbättrad struktur i det gemensamma föräldraköket, t ex påfyllning och rengöring.
- Städpersonal städar numera föräldrarummen.
- Använda fingerfärg istället för gemensam stämpeldyna när hand- och fotavtryck görs på barnen.
- Uppsättande av spritautomater vid entréer, matrum, personalrum, m m.
- Införande av städprotokoll med signering och skriftliga städinstruktioner.
- Nya duschföreskrifter inför operation.
- Hygieninformation i fickformat på svenska och engelska till läkarstuderande.
- Ny föräldrainformation om hygien på sjukhus.
- Engångsskydd till duschsäng.
- Införande av patientbundna nappar till vällingflaskor.
- Påfyllnad av vällingflaskor görs på sal.

Aktiviteter:

- Information på arbetsplatsträffar och temadagar om VRISS.
- Information och påminnelser om basala hygienrutiner och klädregler.
- Samtal, diskussioner och reflektioner om hygien och förbättringsarbete medarbetare emellan.
- Testat och utvärderat de förändringar som planeras innan de gjorts permanenta.
- Information och påminnelser om specifika hygienrutiner .
- Struktur för genomgång av positiva odlingsvar.
- Uppdaterade PM, ex CVK, KAD och sårvård.
- Det har gjorts en brickstudie, vad händer med matbrickan efter att den varit hos patienten?
- Rutiner för renbäddning av sängar.
- MRSA-information.
- Övervägande om procedurer ska ske i behandlingsrum eller vårdsal.
- Rapporteringsrutiner till röntgen, op, med mera angående infekterade barn.

- Tom stickvagn, endast patientbundet material.
- Medarbetare uppmanas ge förslag på förbättringsrutiner.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Följsamheten när det gäller klädregler har ökat markant från det att projektet startades. Även när det gäller de basala hygienrutinerna kan en ökad följsamhet noteras. Stickprovskontroller vad gäller kläder och hygien har gjort att personalen blivit mer medvetna vid samtliga enheter.

Eftersom följsamhetskontrollerna endast gäller tio personer per månad ger varje individ stort utslag i statistiken vilket kan leda till stora skillnader från en gång till en annan.

Smittspridningen när det gäller gastroenterit är ej speciellt hög. (Barn 2 och 14)

På barn 14 kan vi under detta halvår ej se någon epidemi på avdelningen och de få (3) fall som rapporterats är spridning inom familjen.

Barn 2: Vid de fall som medpatienter smittats av gastroenterit är det svårt att bedöma varifrån smittan kommer. I många fall kan nog smittan komma från anhöriga och bekanta istället för från vårdavdelningen.

Antalet CVK-infektioner har inte visat sig vara så många som vi antog vid projektstarten. Dock är varje CVK-infektion ett potentiell risk för barnet och ett stort problem. Översyn och jämförelse av lokala PM och SKL:s åtgärds paket för CVK visar att väl inarbetade rutiner finns och följsamheten till hantering av CVK är god. (Barn 3)

Barnen blir immunsupprimerade av sin cytostatikabehandling och den egna bakteriefloran kan vara en anledning till CVK-infektioner. Information (muntlig och skriftlig) angående skötsel och omläggning av CVK i hemmet ges till föräldrarna, men under projekttiden har det inte gjorts någon uppföljning av hur detta faktiskt fungerat.

När serratia och pseudomonas upptäcktes hos ett barn gjordes kontrollodlingar på alla inskrivna på barn 4. Det visade sig att spridning skett till fyra barn på samma sal, men inte till barn på de andra salarna. Alla bakterier spreds inte heller till alla barn på den aktuella salen. (Barn 4)

Mycket vilja och engagemang att göra gott för barnen finns bland personalen på avdelningen, men förutom den mänskliga faktorn som leder till "missar" finns problem i arbetsmiljön med bland annat trånga lokaler, många apparater som ska regleras och larm som ska stängas av, ofta under pågående omvårdnad av barnet.

Så här arbetar vi vidare:

Fortsatta samtal, diskussioner och reflektioner kring hygienfrågor för att ytterligare förbättra hygienrutinerna på de olika avdelningarna.

Utökat samarbete inom barnkliniken som inte bara gäller hygien.

Fortsatta följsamhetskontroller inför varje träff.

Gruppen ska fortsätta samarbetet, med bl a träffar cirka en gång per termin.

Utveckla ett hygienkontrakt liknande det för sekretess för nyanställda.

Kommentarer:

Vid de fall som medpatienter smittats av gastroenterit är det svårt att bedöma varifrån smittan kommer. I många fall kan nog smittan komma från anhöriga och bekanta istället för från vårdavdelningen. (Barn 2 NUS)

Bra att emellanåt få ha UV-box på avdelningen!?! /Barn 4 NUS)

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Ökad medvetenhet hos all personal. Ett angeläget projekt där alla kan bidra med tankar och idéer som kan diskuteras och testas i det praktiska vårdarbetet.
- **Nackdelar:** Det är svårt att bryta gamla mönster och vanor så förändringsarbetet tar lång tid. Mycket tid går åt på grund av bristande datorvana.
- **Mest givande:** Ökad grad av reflektion. Arbetet har gett positivt resultat.
- **Svårast:** Att få tid att förverkliga idéer samt att få alla medarbetare intresserade och delaktiga.
- Att få tid till följsamhetskontroller.
- Att hålla engagemanget uppe i svackor och vid tidsbrist.
- **Lärdomar:** ”Ju mer man tänker desto bättre blir det.”
- ”Förändringar sker ej över en natt.”

Lycksele Allmänrehab/stroke

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att minska vårdrelaterade infektioner för patienter på vår avdelning. Syftet är också att öka personalens följsamhet av infektionsförebyggande rutiner.	Sjuksköterska Maj-Britt Lindgren <i>kontaktperson</i> Sjuksköterska Ewy Hellström Sjuksköterska Patrik Andersson Undersköterska Gunilla Renman.
Population	
Akuta stroke patienter.	

Bakgrund och problem

Vårdrelaterade infektioner har ökat. Många strokepatienter är immobiliserade i början av sjukdomsförloppet och behöver hjälp att komma till toaletten vilket kan innebära att de inte alltid har möjlighet att få komma iväg precis på en gång när de skulle behöva. Det är inte heller ovanligt att det finns svårigheter för strokepatienten att tömma blåsan och därmed används katetrisering av urinblåsan ofta till denna grupp. Rehabilitering av en strokepatient tar ofta tid, vilket innebär att de många gånger har längre vårdtillfällen än övriga patienter och löper därmed större risk att få en vårdrelaterad infektion.

Mål:

100% följsamhet till hygien- o klädrutiner. Minska andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner hos strokepatienter till noll vision.

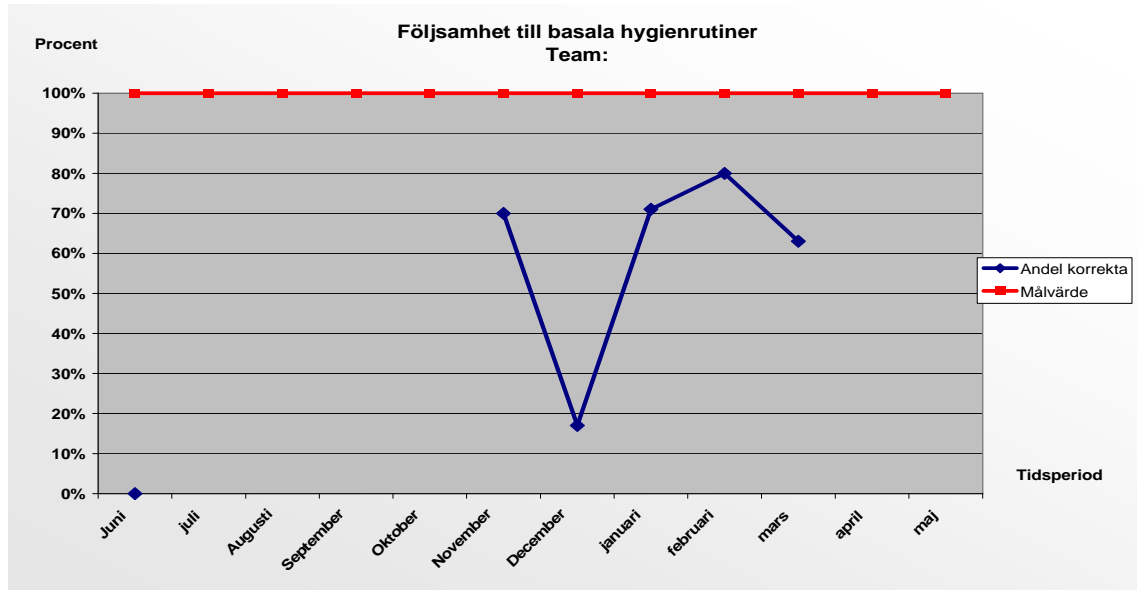
Mått:

Resultatmått: Andel patienter som drabbas av vårdrelaterad urinvägsinfektioner under vårdtillfället ska minska.: Andel personal som följer klädreglerna.
Andel personal som följer basala hygienrutiner.

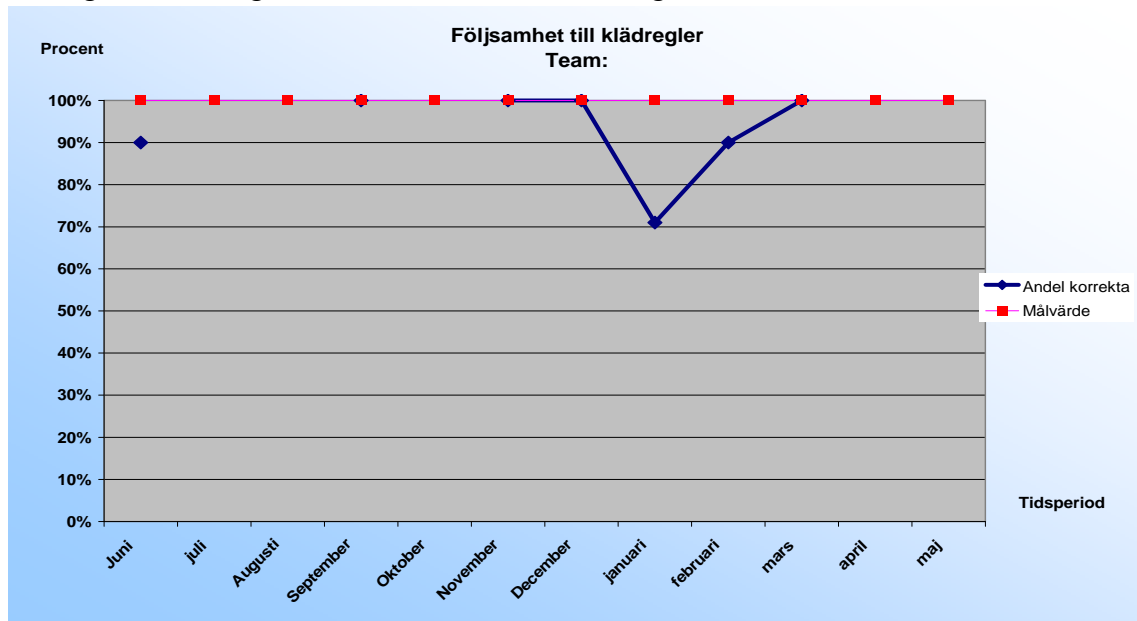
Hur gjordes mätningarna?

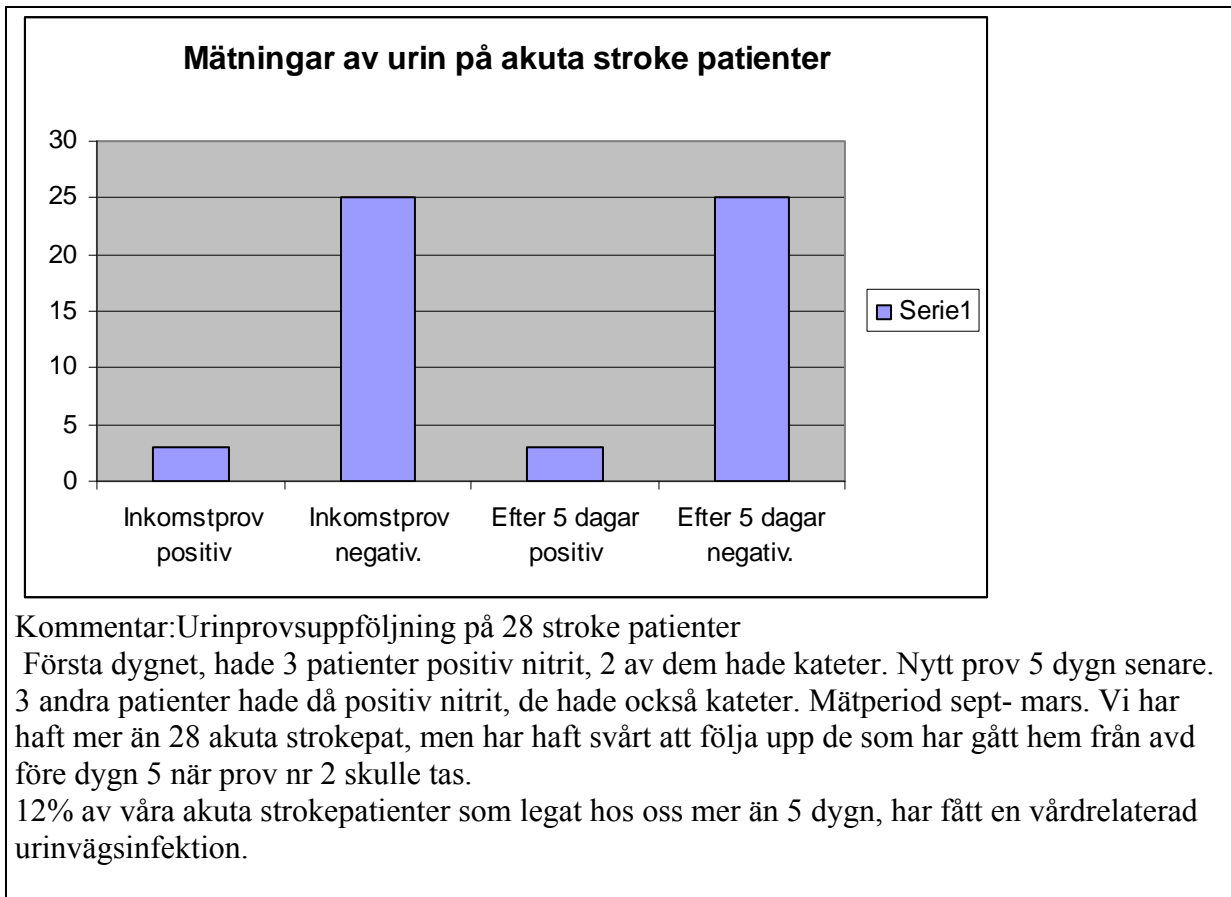
Urinprov på alla akuta strokepatienter dygn 1 och dygn 5. Följsamhet till hygien-o klädrutiner gjorda på avd x 1/mån.
Vid några tillfällen fick personalen en självskattningsblankett där skulle de fylla i om de följde kläd- och hygienrutiner .
Vid några tillfällen var jag själv ute på avd och inspekterade hur de var klädda och om de bar smycken och hur de tvättade sig och använde handsprit.

Resultat:



Vi använder handsprit mellan varje patient, men inte alltid innan vi sätter på oss handskar.
Har ingen förklaring till varför det blev en sänkning i december månad..





Förändringar som testats:
 Tömbara urinpåsar. Fler spritautomater placerade tex vid handskarna, vid matsalen och vid ingången till avdelningen.

Aktiviteter:
 Informerat berörda personalgrupper om projektet Vård-Relaterade-Infektioner-Ska – Stoppas=VRISS, basala kläd-och hygienrutiner.
 Mätningar av hygien- o klädrutiner med observationer på avd + att personalen fyllt i en självskattningsblankett.
 Vi har haft ett lokalt seminarium där vi bjöd in all personal på sjukhuset där vi berättade om vad vi gör och försöker att göra.
 Informerat på arbetsplatsträffar och sjuksköterskemöten.
 Fler spritautomater blivit uppsatta, tex där vi har handskar, och vid matsalen.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:
 Klädrutinerna är bra, men kan naturligtvis bli bättre likaså användningen av handsprit då speciellt att man skall sätta handsprit precis innan man sätter på sig handskar. Svårt och följa upp all akuta strokepat som gått hem före dag 5 när man skulle ta urinprov nr 2.

Så här arbetar vi vidare:

Vi fortsätter med följsamhet till klädregler o basala hygienrutiner med bl.a. självskattning och observationer Urinprover på kanske alla patienter som kommer till avdelningen och inte bara akuta strokepatienter. Vi hygienombud kommer att fortsätta att samarbeta , + ha hygienträffar med hygiensjuksköterskan.

Kommentarer:

Svårt att få med sig all personal. Vi har haft stöd av varandra i gruppen, men på avdelningen arbetat ensam. Bra om hela gruppen hade haft samma förbättringsområde.

Vår strävan är att patienten ska få en bra och säker vård oavsett var patienten vårdas på sjukhuset, genom att alla har samma rutiner utifrån VRI.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Synliggöra problemen.
- **Nackdelar** För lite tid att arbeta med projektet
- **Mest givande:** Ökad kunskap inom området
- **Svårast:** Att nå alla och få med alla. T.ex. att skapa en bra rutin gentemot Primärvården, för urinprovstagnning efter hemkomst.
- **Lärdomar:** Det bästa om hela lasarettet arbetat med samma projekt.

Kirurgkliniken Lycksele

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att ge bra och säker vård. Minska vårdrelaterade infektioner för att minska lidandet för patienter som är inneliggande på kirurgkliniken på Lycksele sjukhus. Även att öka personalens följsamhet till infektionsförebyggande rutiner.	Ssk Maj-Britt Lindgren, <i>kontaktperson</i> Maj-Britt.Lindgren@vll.se Ssk Evy Hellström Ssk Patric Andersson Usk Gunilla Renman
Population	
Allmän kirurgisk avdelning, 24 + 12 platser. Inriktning av höft – knäledsprotoserade patienter.	

Bakgrund och problem:

Vi är en allmän kirurgavdelning med stort flöde av patienter. Ökning sker av antibiotikaresistenta bakterier och vi måste förbättra våra basala kläd – och hygienrutiner. Vi inriktar oss på att göra mätningar på post-operativa urinvägsinfektioner då vi har en känsla av mörkertal av infektioner. Ingen uppföljning av detta fanns tidigare. Under 2008 opererades 39 knäproteser, och 230 höftproteser (varav 2 var dubbelproteser).

Mål:

Nollvision av post-operativa urinvägsinfektioner.
100 % följsamhet till hygienrutiner.
100 % följsamhet till klädregler.

Mått:

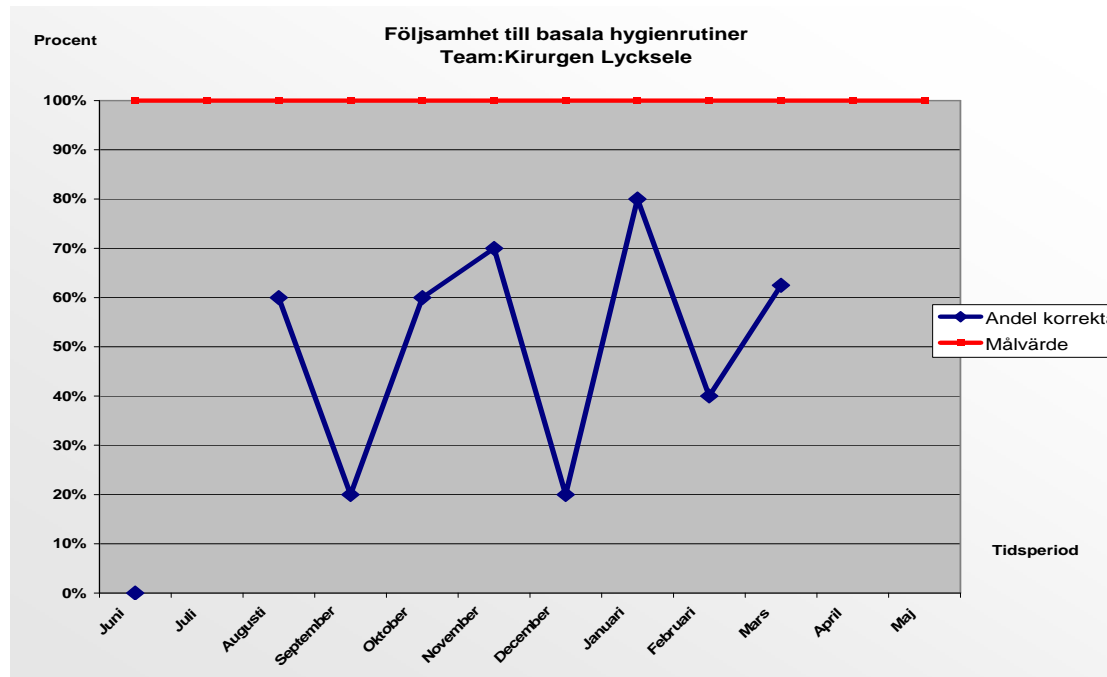
Antal patienter som drabbats av post-operativ urinvägsinfektion. Mätning efter 14 dagar.
Andel personal som följer riktlinjer för basala hygienrutiner
Andel personal som följer riktlinjer för klädregler.

Hur gjordes mätningarna?

Urinprov tas på alla patienter som läggs in. I samband med att agraffer tas 14 dagar post-operativt tas ett nytt urinprov. Patienten har fått ett formulär, mugg och rör för urinprov med hem. Distriktssköterskan tar urinsticka och återsänder svaret i bifogat svarskuvert till oss. Vi genomförde urinprov på 20 patienter innan förändringen och 40 urinprov efter förändringen.

Mätningarna hos personalen på kläd – och hygienrutiner gjordes via självskattning 1 gång per månad.

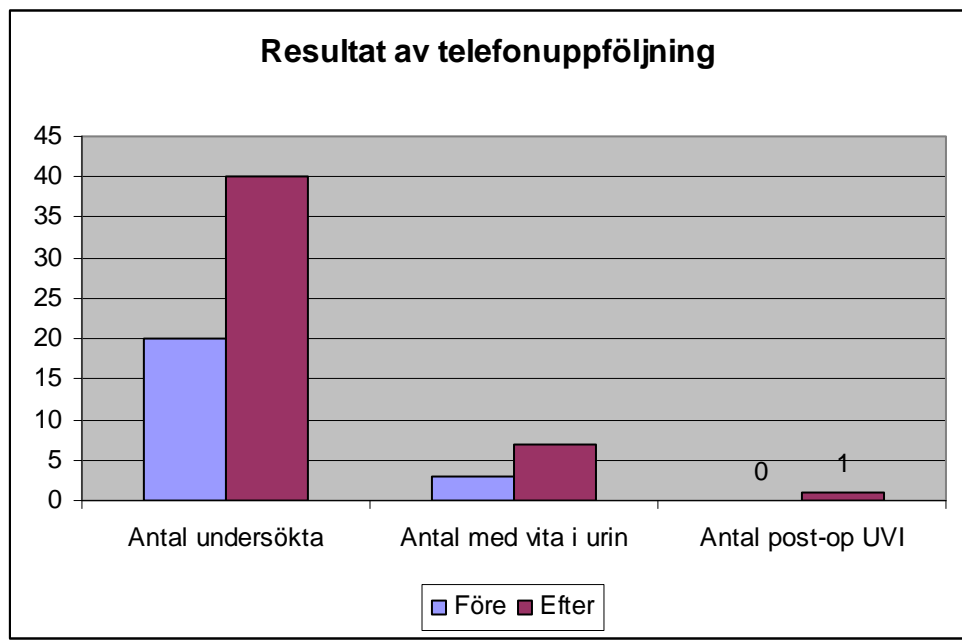
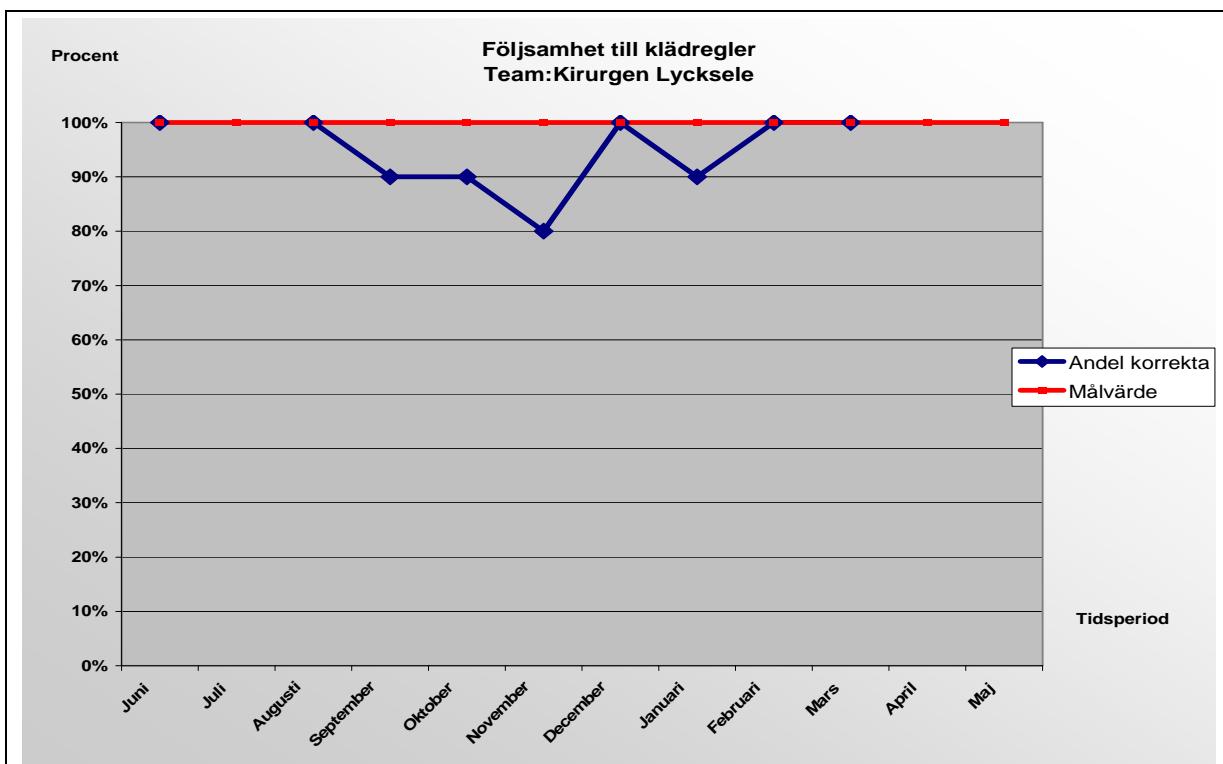
Resultat:



Följsamhet till klädrutiner har fungerat ganska bra.

Hygienrutiner fungerar sämre, det mesta beror på att många av oss är dåliga på att sprita händerna innan patientkontakten. Förklädesanvändning har ökat en hel del.

Spritåtgången har ökat, många fler sprithållare finns uppsatta på avdelningen.



Uppföljning av urinvägsinfektioner visade INNAN förändring 3 patienter med förekomst av vita i urin, men ingen har fått behandling.
 EFTER förändring: 7 patienter med förekomst av vita i urin, 1 patient behandlades redan i förebyggande syfte och 1 patient behandlades för urinvägsinfektion.

Förändringar som testats:

Vi har använt engångs-urinpåsar tidigare, nu har vi övergått till tömbara påsar som kan användas 7 dagar (slutet katetersystem). Informerat alla avdelningar om detta.
Avveckla KAD så fort som möjligt.
Kontrollera med hjälp av bladderscan att patienten kan tömma urinblåsan.

Aktiviteter:

Information till personal på avdelningen både muntligt och skriftligt.
Synliggöra redan befintliga rutiner.
Fler spritautomater uppsatta på salar och i korridoren.
Slutet katetersystem.
Lärande seminarium.
Mätning av kläd – och hygienrutiner.
Information till andra avdelningar med power point presentation

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Klädrutiner fungerar bra.

Hygienrutiner – det är några som inte spritar händerna innan man går till patienten.
Förklädesanvändning har ökat.

Men sammantaget når vi inte 100 %.

Förekomst av post-operativa urinvägsinfektioner var vid båda mättillfällena låg.

Noll-vision är ej uppfylld.

Vi kan ta lärdom att uppföljning på det sätt vi gjort har varit bra, men vi avser att fortsätta vårt förbättringsarbete vidare.

Det ska även utvecklas på fler och fler områden.

Så här arbetar vi vidare:

Fortsatta mätningar av andra områden, perifera venkatetrar är ett område.

Fortsatt information.

Vi har diskuterat att vi inte ska sätta KAD på planerade höft – och knäledspatienter som rutin.
I stället får vi med hjälp av bladderscan kontrollera att patienten kan tömma blåsan.

Vår strävan är att patienten ska få en bra och säker vård oavsett var patienten vårdas på sjukhuset genom att alla har samma rutiner vad gäller att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Kommentarer:

Vi har haft stöd av varandra inom arbetsgruppen, men jobbat mycket ensam på avdelningen. Jobbat med olika förbättringsområden på avdelningarna, kan ha varit en stor fördel om vi haft samma inriktning så vi haft mer hjälp av varandra.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Synliggör problem, Systematiskt förändringsarbete där alla idèer tas tillvara, värderas och även testas. Utvärdering av alla förändringar ska vara en självklar del i arbetet.
- **Nackdelar:** Att inte kunna få med alla i vårdkedjan. Tidsbrist.
- **Mest givande:** Synliggör fakta, öka kunskap.
- **Svårast:** Att inte få med alla, nå alla. Tidsbrist.
- **Lärdomar:** Vore bra att få med fler kliniker att fördjupa oss i samma projekt, fler yrkeskategorier med.

Medicinkliniken Lycksele lasarett

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att ge en bra och säker vård. Att minska vårdrelaterade infektioner för att minska lidandet för patient som är inlagda på vår avdelning. Syftet är också att öka personalens följsamhet av infektionsförebyggande rutiner.	Sjuksköterska, Patrik Andersson Undersköterska Gunilla Renman Sjuksköterska Maj-Britt Lindgren, <i>kontaktperson för team Lycksele lasarett.</i>
Population	
Patienter vid Lycksele lasarett med 24 vårdplatser på medicinavdelning. 2008 var det 1804 vårdtillfällen med en medel vårdtid på 4,26 dagar.	

Bakgrund och problem

Antibiotika resistenta bakterier ökar i omvärlden. Förhindra att det sprids inom avdelningen. Följsamhet kring kläd- och hygienrutiner behövde förbättras hos oss. Vi är en akut internmedicinsk vårdavdelning, där de största sjukdomsgrupperna är hjärt/kärl-lungsjukdomar samt endokrina sjukdomar. På avdelningen finns många patienter med pvk. Vi hade fått indikationer från annan avdelning att vi skickat patienter med kvarvarande pvk där han/hon fått tromboflebit. Vi hade även en bristande vetskap om hur rutinerna och dokumentation följdes.

Mål:

Huvudmål 1: 100% följsamhet i kläd- och hygien rutiner.

Huvudmål 2: Minska andel tromboflebiter med hälften.

Delmål

- Granska hur många tromboflebiter som fanns.
- Dokumenterade PVK:er i datajournalen med insättningsdatum.
- Daglig inspektion och utvärdering av PVK.

Mått:

Huvudmål 1 Andel personal som följer riktlinjer för basala kläd- och hygienrutiner.

Huvudmål 2 Andel tromboflebit mäts enligt graderingskalan (Maddox) som finns beskriven i handboken för hälso- och sjukvård.

Delmål 1 - Andel personal som följt riktlinjer för basala kläd- och hygienrutiner.

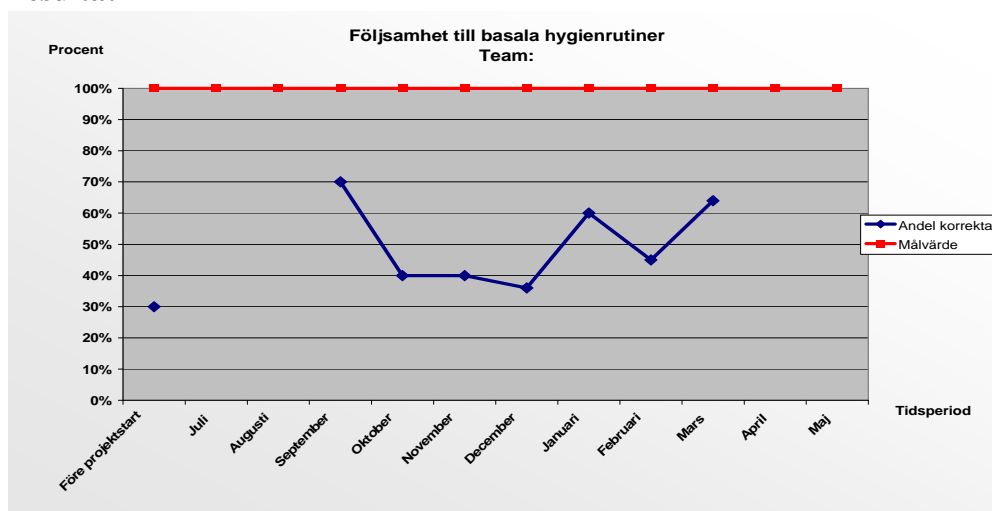
Delmål 2 – Andel dokumenterad följsamhet av daglig inspektion och insättningsdatum av PVK.

Hur gjordes mätningarna?

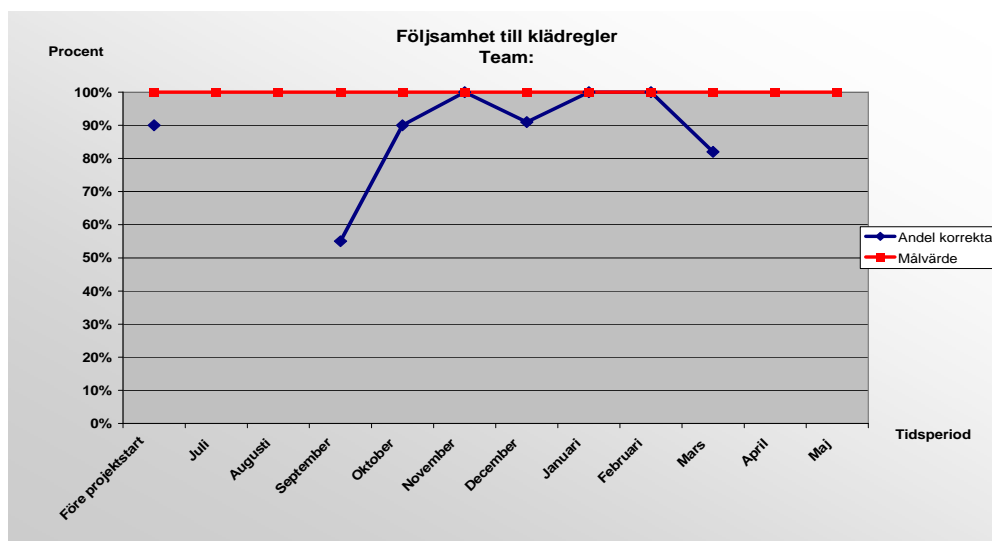
Huvudmål 1 - Självskattningsformulär för kläd- och hygienrutiner. Mättes genom att personalen fick besvara en enkät varje månad. Enkäten var utformad av vårdhygien.

Huvudmål 2 - Tromboflebit enligt graderingsskala (Maddox) som dokumenterats i system cross. Där >0 är ingen tromboflebit.
-Journalgranskning: slumpvis utvalda patienter utefter faktisk beläggning den aktuella månaden. Cirka 33 % ingick i urvalet.

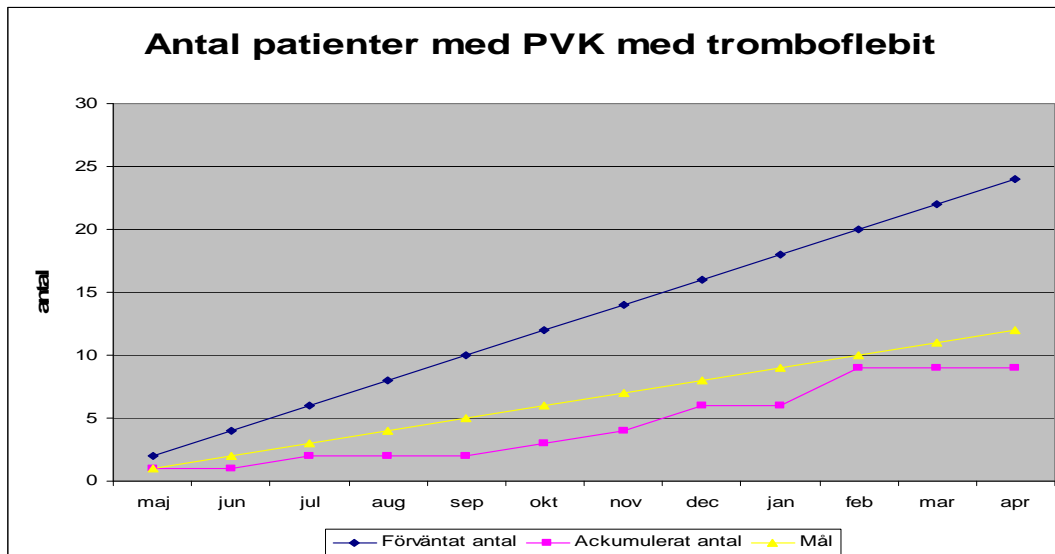
Resultat



Kommentar: Handsprit används inte av alla på grund av eksem och andra hudåkommor. De har fått anvisningar av hygiensköterskan för sin handhygien.



Kommentar: Inga mätningar juli och augusti. September månad var det även andra arbetsgrupper med i mätningen.



Förändringar som testats:

Tillgänglighet till sprit, handskar och förkläden var god sedan tidigare.

- PM rutiner PVK. Utformat efter handbokens riktlinjer.
- Inplastad Maddox-skala för bedömning av komplikationer infördes på varje medicinvagn.
- Infört som punkt på arbetsbladet för daglig kontroll/utvärdering av PVK.
- Eftertanke innan sättande av ny PVK. (om den behövs vid översättande till peroral behandling från intravenös).
- Dokumentation av insättande och utsättande av pvk. Komplikationer enligt graderingsskalan (Maddox).
- Mailat förfrågan till akuten om rutinändring. Att de skulle dokumentera insatta pvk:er direkt i journalen och märka med tid och datum.

Aktiviteter:

- Projektet började i maj-08. Information till arbetskamrater vid arbetsplatsträff i juni.
- Bakgrund antal via DRG-registret (antal tromboflebit) urval hjärtinfarktspatienter.
- Löpande information/diskussion under varje arbetsplatsträff och skötersketräff.
- Översyn av rutiner vid insättning av pvk.
- Dagliga inspektioner av PVK.
- Utformat ett PM angående rutiner för PVK
- Lathund: laminerad graderingsskala (Maddox) på varje medicinvagn.
- Lärande seminarium där landstingets personal var inbjudna.
- Förslag till ny rutin: Vid antibiotika byte till tablettbehandling ska PVK tas bort.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Målet för följsamhet till kläd- och hygienrutiner har inte uppnåtts men en förbättring har skett och en större medvetenhet finns. Alla personalgrupper har inte nåtts. Arbetet fortsätter med information till alla grupperna på olika nivåer.

Målet för tromboflebiter har uppnåtts enligt diagram. Men vi hade ingen föreställning om hur många tromboflebiter vi hade. Det är ett förväntat antal som angetts. Samtidigt har vi synliggjort att vi har tromboflebiter. Detta har gjort att vi fått ett annat fokus på PVK:er. Dokumentationen är inte tillfredställande ännu på grund av att andra avdelningar inte har våra rutiner.

Så här arbetar vi vidare

Fortsatt kvalitetsarbete planeras genom att fortsätta att mäta och förbättra rutiner kring PVK. Nollvision av tromboflebiter. Vi kommer även att fortsätta att jobba med kläd- och hygienrutinerna. Sprida kunskapen vidare till elever och nyanställda. I första hand kommer vi ha ett fortsatt samarbete med Allmän rehab/stroke och Kirurgen, se över hur vi kan arbeta gemensamt över kliniker för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Vår strävan är att patienten ska få en bra och säker vård, oavsett var patienten vårdas på sjukhuset genom att alla har samma rutiner utifrån att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Kommentarer:

Vi är ett litet lasarett som alla känner alla. Detta medför både fördelar och nackdelar. Vid ingången i projektet arbetade Gunilla ensam. I mitten av september gick Patrik med. Vi har haft stöd av varandra inom projektgruppen men jobbat ensamma på avdelningarna. Vi har jobbat med olika förbättringsområden, kunde varit en fördel att ha haft samma inriktning. Vilket skulle fått en gemensam dragkraft på sjukhuset.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar** Testa nya och uppdatera gamla rutiner. Genom att ha ett mål synliggöra problem. Systematiskt förändringsarbete där alla idéer tas tillvara, värderas och testas. Utvärderingar av alla förändringar ska vara en självklar del i arbetet.
- **Nackdelar** Projekt pågick under kort tid. (Kommer att fortsätta efter slutdatum).
- **Mest givande** Ökad kunskap inom området och om VRI.
- **Svårast** Avsättning av tid till projektet. Svårt att prioritera annat än patientnära arbete. Svårt att nå all personal och att ändra rutiner.
- **Lärdomar** På ett lasarett ska man jobba med samma problem tillsammans för att lättare kunna hjälpas åt med samma problem. Detta skulle då få en bättre genomslagskraft.

Neurocentrum NUS

Teammedlemmar:

Inger Thysell Segerkarl Sjuksköterska NKK/ NIVA *Kontaktperson*

inger.thysell-segerkarl@vll.se

Elin Erikslund Sjuksköterska Neurologen

Birgitta Köningsson Undersköterska NKK/NIVA

David Grayson Läkare NKK/NIVA

Lena Edsvik-Forsman Operationssjuksköterska/Sektionsledare NKKop cop2

Syfte med deltagande i genombrott:

Förbättra rutiner för att förebygga djupa postoperativa infektioner, vilket ger minskat lidande för patienten, samt förkortad vårdtid.

Obligatoriska åtgärder i detta åtgärds paket är:

- Använd korrekt antibiotikaprofylax.
- Följ rutiner för preoperativ hudinfektion samt eventuell hårvaskning.
- Upprätthåll normal kroppstemperatur – normotermi (under operation).
- Registrera postoperativa sårinfektioner.

Population:

Patienter som opererats på Neurokirurgen/NUS, Norrlandsregionen.

- Shuntingrepp: revision, antisifonventil, rickhamreservoir samt nyinläggning av shunt.
- Skallben åter/Akrylatplastik.
- Baclofen/Morfin pumpar.

Bakgrund och problem:

NUS är ett regions sjukhus och neurocentrum har ett stort upptagningsområde och många patienter som opereras.

Det finns en ökad risk för postoperativa infektioner i samband med implantatkirurgi, vilket även noterats av personal på Neurocentrum.

Vi vill därför mäta antal patientfall med postoperativ infektion samt observera hur förebyggande åtgärder följs.

Mål:

Minska andelen djupa postoperativa sårinfektioner med minst 50 %, från 7,4% till 3,5%

Målet ska vara uppnått innan projekt tiden är slut, Maj 2009.

100 % följsamhet i basal hygienrutiner och klädregler.

100 % följsamhet till valt åtgärds paket.

Mått:

- Andel personal som följer klädregler och basala hygienrutiner mätt i %
- Andel operationer där åtgärdspaketet har följts mätt i %
- Andel implantat operationer som registreras som djupa postoperativa infektioner (detta leder inom implantations kirurgi till reoperation).

Förutom mått relaterade till målen har vi följt följande:

- Statistik på beställd mängd handskar, handsprit och engångsförkläden Mars 07 tom. Mars 09.

Hur gjordes mätningarna:

-Statistik på djupa infektioner från Januari 2008 till och med Mars 2009. Inkluderade patienter med utvalda implantations ingrepp (se population). Uppföljnings tid är ett år efter kirurgi, diagnos kod (T814, T857). Data insamlades från vårdhygien/sårregistrering på de patienter som genomgått utvalda implantationsingrepp. Dessa kontrollerades varje månad avseende följsamhet till åtgärdspaketet vilket innebär följande:

-Preoperativ helkroppstvätt på NKK/NIVA registreras som dubbeldusch från januari 2009.

-Förtvätt med klorhexidintvål i svamp utförs i direkt anslutning till operationen.

-Den preoperativa huddesinfektionen sker med klorhexidinsprit.

-Håravkortning sker i direkt anslutning till operationen och vid implantationskirurgi är hel håravkortning praxis och sker strax före förtvätt.

-Vid preoperativ antibiotikaproylax ska läkemedlet administreras 30 till 60 minuter innan operationen startar.

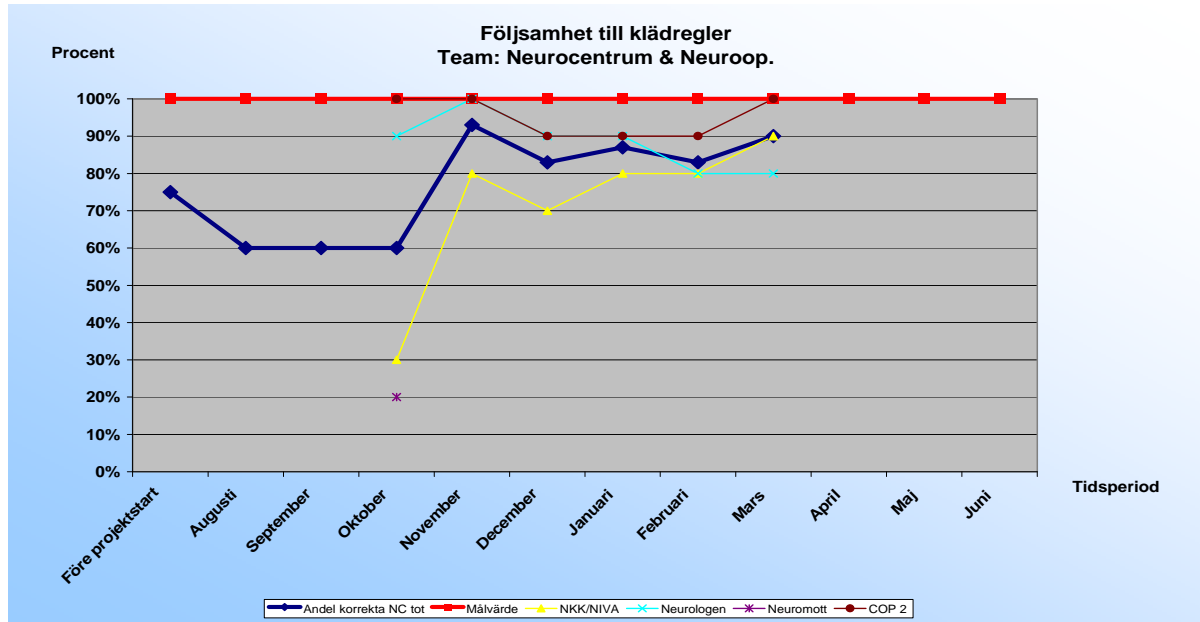
-Med normotemp avses 36 till 37 grader celcius.

-Oanmälda observationsstudier avseende efterlevnaden till basala hygienrutiner och klädregler. Neurologen och NKK/NIVA, som omfattar tio slumpmässigt utvalda personer: två läkare, fyra sjuksköterskor och fyra undersköterskor. Neurokirurg salarna på operation 2 har observationerna gjorts på två undersköterskor, två operationssköterskor, två anestesisköterskor, två anesthesi läkare samt två neurokirurger.

Resultat:

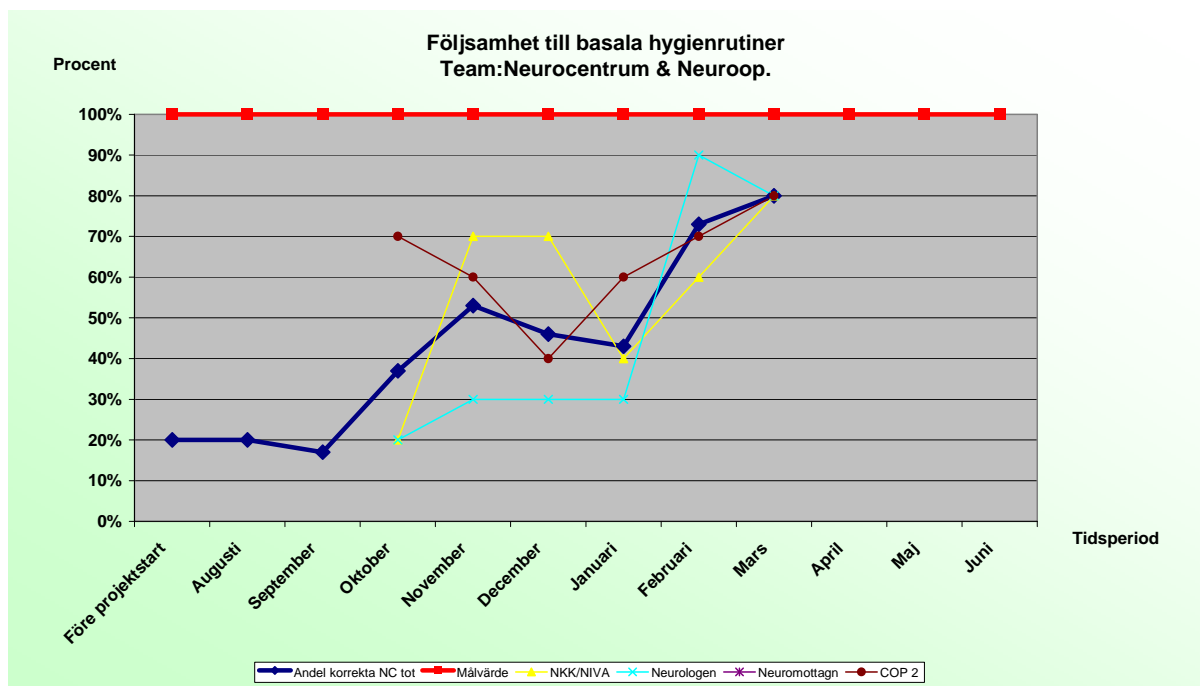
Följsamhet till klädregler

Lätt att mäta följsamhet till klädregler, användande av ringar, klockor mm. Följsamheten har blivit bättre, men svårt att påverka vissa yrkesgrupper. Har även visats sig att man har sämre följsamhet på natten, beror troligtvis på att man fryser. Finns numer engångsrockar med kort ärm.



Följsamhet till basala hygienrutiner

Svårt att mäta om händerna spritas då det ej är synligt, man kan ha spritat händerna i korridoren innan man går in till patienten. Det vi har sett är att även anhöriga har blivit bättre på att sprita händerna



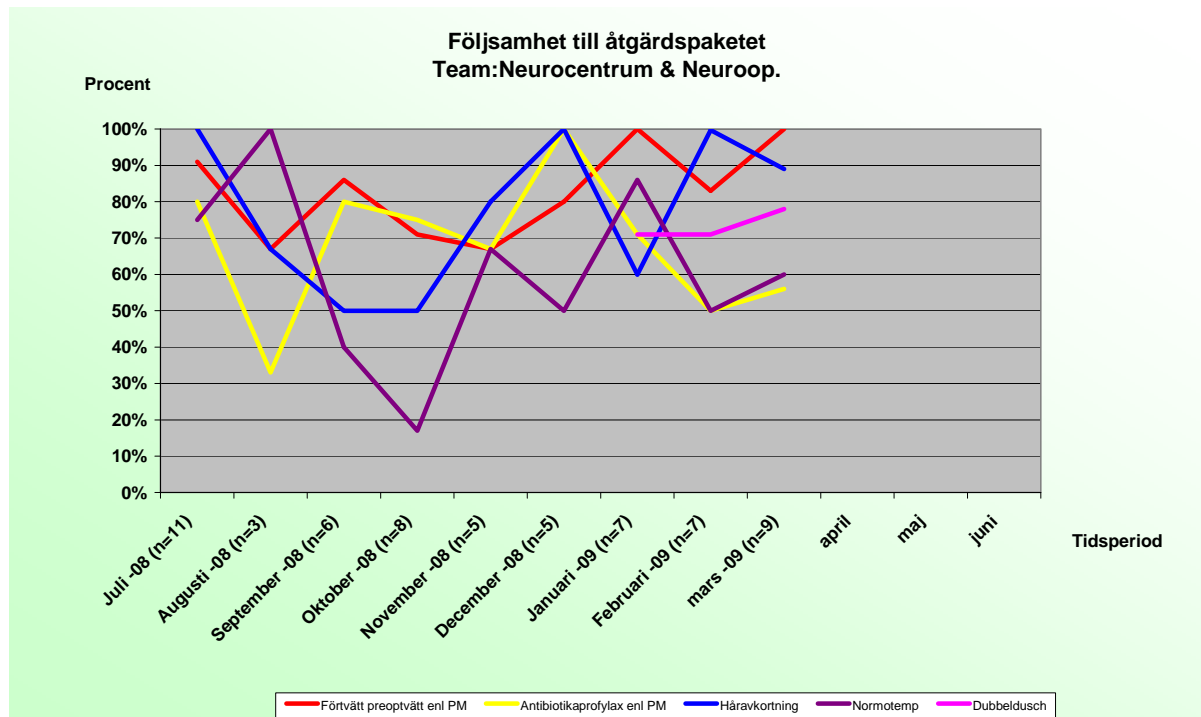
Kartläggning av följsamhet till åtgärdspaketet

Variationerna i kurvan beror till stor del på att detta är en kartläggning av hur PM och rutiner följs som ej föregåtts av någon annan information, vi tänkte att med fakta på papper är det lättare att starta en diskussion och få fram fungerande rutiner.

Problemet att administrera antibiotika 30-60 min före ingreppets start beror på att det är snabba förberedelser på dessa relativt korta ingrepp.

Ett kort ingrepp kan även leda till att man ej uppskattar att patienten behöver aktiv värmning och därför blir kall under op.

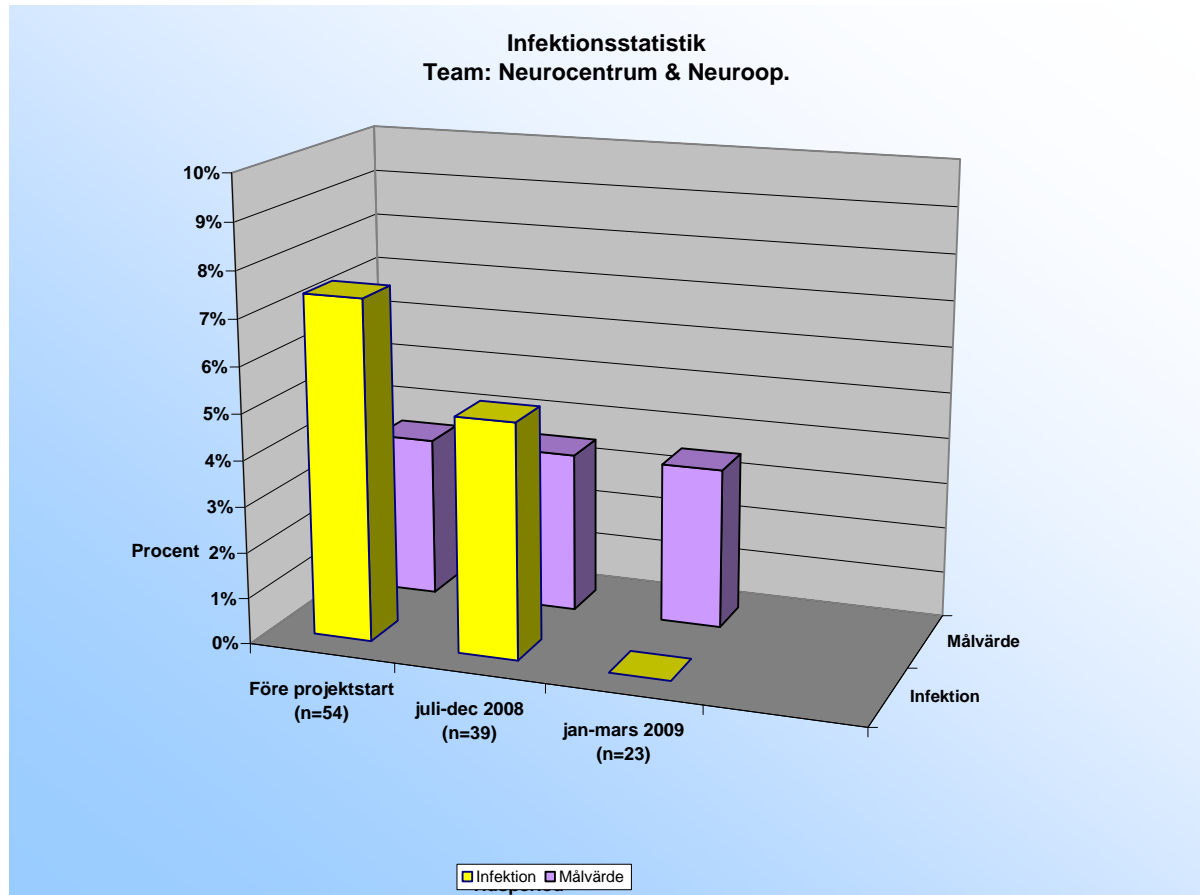
Det är ej rutin att sätta tempkateter på vissa av dessa ingrepp, då måste man mäta temp på annat sätt vilket ibland bedöms onödigt på ett kort ingrepp



Infektionsstatistik djupa infektioner

Registrerade infektioner är fall som krävt reoperation, det vill säga ej ytliga sårinfektioner.

Målet är att halvera infektionerna från 7,4% till 3,5%. Vilket verkar lovande hittills i år.



Kartläggning av förbrukning av förkläden, handskar samt handsprit Mars 07 – Mars 08

Åtgången av handsprit, handskar och engångsförkläden har ökat, mätt under Mars 2007 till Mars 2009. Svårt att utvärdera då åtgången beror på beläggning på avdelning samt patienternas vårdbehov. Automatiska handspritsbehållare finns numer uppsatt i korridorerna, men har ej tagits med i mätningarna.

Förändringar som testats:

Dubbeldusch införd i oktober 2008 och börjar registreras på tempkurvan från Januari 2009.

Vi vet att patienterna dubbelduschar inför operation, men att signera det på tempkurvan är ett nytt moment och görs inte alltid.

Introducering av sårrapporter och särregistrering på Neurologen, slutet av oktober 2009.

Visar sig svårt att komma ihåg att skriva ut rapporten och sedan signera när ”sårtitt” är gjord. Rapporten måste dessutom vara signerad av operatören för att kunna skrivas ut. Gäller både Neurologen och Neurokirurgen.

Handsprit på alla sängar.

Åtgången av handsprit har ökat sedan det blev mer tillgängligt. Problemet är att flaskorna plockas bort vid transporter och sätts inte tillbaka.

Satt upp information ovanför spritautomaterna som uppmanar anhöriga och besökare att använda handsprit.

Vid varje sängplats inne på NIVA salarna ska patientbundna brickor med peang, sax och stasband finnas.

Införa rengöringsrutiner av utrustning som används vid patientkontroller t.ex. termometer, blodsockerapparat, blodtrycksmanchett.

Plansch- duschanvisning för patienter inför operation.

BMS ansvarig har infört markering för **dubbeldusch på tempkurvan.**

Ökad tillgänglighet till förkläden, handskar och handsprit på operation

genom att placera hållare med förkläden och handskar samt sprit tillsammans. Det finns flera spritautomater per sal.

Aktiviteter:

- Har satt upp planscher från Vårdhygien, vid ingångarna till avdelningen samt på alla vårdssalar.
- Anslagstavla på avdelningarna för fortlöpande information.
- Respektive avdelningschefer är delaktiga.
- Information till ledningsgruppen har skett vid två tillfällen, vi var då inbjudna att redovisa vårt arbete. Det skedde med några månaders mellanrum.
- Stående information om VRISS på arbetsplatsträffar.
- Skickat ut gemensam information på e-post till alla läkare inom Neurocentrum, samt informationsblad i personalpärmen till övrig personal.
- Informerat om vikten av att dra ut sårapport från Orbit och sårregistrering från BMS på respektive vårdavdelning.
- Informera sjuksköterskor och undersköterskor att om en patient kommer tillbaka med sårinfektion, ska sårapporten (från BMS) skickas till Vårdhygien.
- Skyddsöverdrag i plast till tangentborden är beställt.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

100 procentig följsamhet av klädregler och basala hygienrutiner har ej kunnat uppnås på NIVA och Neurologen men vi ser en tydlig förbättring. På operation har vi registrerat 100 % efterlevnad till klädrutinerna.

100 procentig följsamhet till åtgärds paketet har ej uppnåtts vid vår kartläggning. Mer information, diskussion samt arbete med en bra strategi för att hinna ge antibiotika i tid. Detta kräver att antibiotikan ordinerar i vårt operationsplaneringssystem, samt att de olika personalkategorierna på operation läser ordinationen.

Att minska infektionerna från 7,4 % till 3,5 % ser hittills i år lovande ut, våra infektioner vid Mars månads utgång var 0 %. Siffror dock preliminära då uppföljningstiden ej är uppnådd.

Så här arbetar vi vidare:

Fortsätta med planerade aktiviteter som ej kunnat genomföras än.
Planerat att starta grupper med olika ansvarsområden inom hygien, städrutiner och utrustning.
Utse Hygienombud som tar ansvar för spridning av ny kunskap och information från Vårdhygien.

Diskussion i läkargruppen om antibiotikaordination.

Kanske alltid ha aktiv värmning oavsett ingreppets längd samt då alltid mäta temperaturen

Vi behöver ett bra system för registrering av infektioner som fungerar i framtiden. Vi får fortsätta arbetet med utformningen av detta registreringssystem, eller få befintligt system via vårdhygien att fungera bättre.

Kommentarer:

Känns som att tiden för projektet har varit för kort.

Det tar tid att ändra invanda beteenden, rutiner och inse vikten av god hygien.

Projektet borde startats på hösten inte strax innan semesterperioden, personalen är inte mottaglig och motiverad för nya projekt/rutiner så nära inpå semestern.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Projektet har gett en ökad medvetenhet om problem inom hygienområdet. Speciellt när man fått se statistik på infektioner
- **Nackdelar:** För lite tid till dokumentation, svårt att samordna träffar då vi arbetar olika tider och på olika avdelningar. Svårt att få stöd från projektansvariga under arbetets gång. Att skicka e-post fram och åter fungerar inte om man behöver hjälp direkt, blir många missförstånd via e-post. Många problem går att lösa via telefonkontakt.

- ***Mest givande:*** Lyckats påbörja ett förändringsarbete och öka medvetenheten om klädregler och hygienrutiner. Arbetet har varit svårt, men roligt. Bra att många yrkeskategorier varit representerade.
- ***Svårast:*** För mycket dokumentation. Mycket tid läggs till problemlösning angående dokumentation, krävs datakunskaper som inte alla har. Att få ut information till läkarkåren, samt att projektet tas på allvar.
- ***Lärdomar:*** En lång process innan man kan se förändringar.
Krävs mer förberedelse om innebörd och omfattning av ett projekt innan det startar.
Bra om gruppen är fullständig innan man startar.