

Ren vård är säkrare vård II

Erfarenheter från andra omgången av genombrottsprojektet VRISS



”Vårdrelaterade
infektioner ska
stoppas”

© Sveriges Kommuner och Landsting
Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av projektledare Sonia Wallin
Tfn 08-452 77 13, e-post: sonia.wallin@skl.se

Redaktör:
Tfn

Beställning av skriften kan göras via förbundens webbplats www.skl.se
Det går också att beställa genom att ringa 020-31 32 30 eller att faxa till 020-31 32 40

ISBN: 978-91-7164-208-0

Upplaga:
Grafisk form: Ordförrådet
Tryck: Åtta.45 Tryckeri AB, Stockholm 2007

Omslagsbild:
Foto:

Övriga bilder
Sidan 1: Thomas Johansson, Fotograferna US Linköping

Förord

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett av de högst prioriterade områdena för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i den svenska sjukvården. Vårdrelaterade infektioner kostar samhället miljontals kronor varje år enbart på grund av förlängda vårdtider och de orsakar stort lidande för våra patienter och deras anhöriga. Cirka 1500 patienter avlider varje år i Sverige som en direkt eller indirekt följd av en vårdrelaterad infektion.

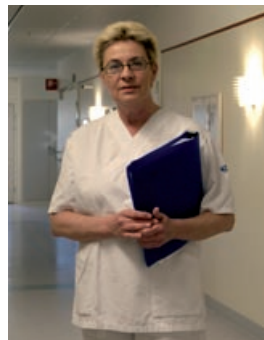
Det finns många vetenskapligt välgjorda studier som visar att man kan minska vårdrelaterade infektioner men det krävs kvalitetsförbättringar. Mest effektivt är infektionsregistrering, utvärdering och revision av vårdrutiner, kontinuerlig utbildning samt hög följsamhet av basala hygienrutiner. Infektionsregistrering är en förutsättning för att verifiera att förbättringsarbetet har lett till en minskning av de vårdrelaterade infektionerna

Smittspridning av bakterier och i synnerhet multiresistenta bakterier är ett allvarligt hot mot patienten och beskrivs ofta i media med stora bokstäver.

Det är lätt att följa, misstänka och påvisa smittspridning av bakterier med "ovanliga resistensmönster". Men t.ex. MRSA är "bara" ett symptom på den smittspridning som sker dagligen i samband med vård. Det är vi, personalen, som på våra händer och kläder bär mikroorganismerna från den ena patienten till den andra. Basala hygienrutiner är grundläggande i arbetet att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Jag har nu haft förmånen att delta i såväl VRISS I som VRISS II. Det har varit oerhört glädjande att träffa teamen, att se deras resultat och känna av deras enorma engagemang för att minska vårdrelaterade infektioner. Man önskar verkligen att det skulle ske en omfattande smittspridning av teamens arbete och engagemang till resten av vård och omvårdnad i landet. Genombrottsprojektet har alla viktiga byggstenar, som behövs, enligt evidensbaserade studier, för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Barbro Isaksson, Överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping



Barbro Isaksson är ordförande i VRISS II

Putting an end to healthcare-associated infections – English summary

In recent years, patient safety has come under the national and international spotlight as one of the most important dimensions of quality of care. In 2005–2006, the WHO implemented a campaign called “Clean care is safer care”, beginning with the concept that clean hands are safer hands. Sweden turned out to be a standard-bearer in this field, having started a project with this focus back in 2004.

As in other countries in the world, healthcare-associated infections are very common in Swedish healthcare. Some estimates indicate that as many as ten percent of all inpatients are affected. Healthcare-associated infections are also one of the most common reasons for claims made to the county councils’ mutual insurance company, LÖF, which compensates patients for hospital injuries.

With this in mind, the Federation of Swedish County Councils and LÖF initiated a national project in 2004 to combat healthcare-associated infections. The project went under the name VRISS and was implemented on two occasions, in 2004 and 2007. The National Board of Health and Welfare also helped arrange the second implementation of the project.

Participants and methods

County councils and local authorities were invited to participate in the project with interdisciplinary teams including doctors. The teams represented a range of specialties including medicine, surgery, orthopaedics and community care of the elderly. One stated requirement was the active support of various management units. The method used was the Breakthrough Series, originally designed by the Institute for Healthcare Improvement (IHI) in Boston, Massachusetts, USA. The method aims to fill the gap between what we know and what we do, spreading best-practice methods even faster. Many ideas for changes are tested on a small scale, with the basic rule that the small changes combine to create big changes that lead towards the final goal.

Results

The aim of the teams was to reduce the number of healthcare-associated infections. For example, halving the incidence of urinary-tract infections by catheterising for the right indications, introducing closed urine collection systems for catheter treatment and giving the patient extra fluids to drink. Another goal was reducing both deep and superficial infections after primary hip and knee replacements: Skin bacteria were reduced by the patient’s taking double showers using

Innehåll

Vårdrelaterade infektioner ska stoppas	4
Vårdrelaterade infektioner	6
Tid och stöd är viktigt för framgång	7
Det ska vara lätt att göra rätt	9
<i>Medicinkliniken, Varbergs lasarett:</i>	
Vi nådde vårt djärva mål	12
<i>Barnintensiven, Astrid Lindgrens barnsjukhus:</i>	
Snart är vi hygiencertifierade	19
<i>Intensivvårdsavdelningen vid Borås lasarett:</i>	
Projektet har gett oss mycket energi	26
<i>Lindesberg lasarett:</i>	
Hela sjukhuset ska med	33
<i>Ortopedkliniken vid Piteå Älvdals sjukhus:</i>	
Vi släpper inte greppet	41
<i>Tillberga Grannskapservice:</i>	
De boende är positiva till vårt hygientänkande	48
Prövade förändringar för att minska vårdrelaterade infektioner	57
Deltagare i projektet	73
<i>Bilaga 1:</i>	
Instruktioner till mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	78
Följsamhet till basala hygienrutiner	80
Följsamhet till klädregler	82
<i>Bilaga 2:</i>	
Självskattningsformulär –Basala hygienrutiner	84

Vårdrelaterade infektioner ska stoppas

Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner är inte ovanliga i svensk hälso- och sjukvård. Vissa beräkningar tyder på att 10 procent av alla inneliggande patienter drabbas av sådana. Vårdrelaterade infektioner är också en av de vanligaste orsakerna till skadeanmälningar hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Allt kortare vårdtider i den slutna vården gör att fler vårdas i hemmet eller i särskilda boenformer. Medvetenhet och kunskap hos vårdpersonalen även inom hemsjukvård och hemtjänst om hur vårdrelaterade infektioner uppstår och förhindras är därför nödvändig.

Projektet

Mot denna bakgrund inbjöd dåvarande Landstingsförbundet och LÖF år 2003 till det första VRISS-projektet. I denna första omgång deltog 21 team från hela Sverige. Teamen var tvärprofessionella och representerade olika specialiteter. Detta projekt pågick i ca ett år.

År 2005 var det dags för nästa omgång av VRISS-projektet. Denna gång var också Socialstyrelsen medarrangör. I denna omgång deltog 21 team och för första gången var också kommunerna representerade.

Förutsättningar för deltagande

Varje organisation som deltog i projektet skulle medverka med ett tvärprofessionellt team där också läkare ingick. Det var också ett uttalat krav att teamen skulle ha ledningens aktiva stöd. Samverkande enheter bestående av representanter från kommun och landsting prioriterades.

Metoden

Den metod som använts går under beteckning Genombrott och är ursprungligen utarbetad av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA. Den har introducerats och bearbetats för svenska förhållanden av dåvarande Landstingsförbundet 1997. Utmärkande för metoden är att det är teamen själva som formulerar patientfokuserade mål och testar olika förändringsidéer. Grundregeln är att det är många små förändringar som tillsammans leder mot målet och ger stora förbättringar. Teamens slutrapporter går att ladda ner från www.skf.se.

Projektets uppläggning

Programmet har genomförts i två omgångar om vardera ett år. Varje omgång har bestått av tre lärandeseminarier, mellanliggande arbetsperioder och slutkonferens. Teamen har haft tillgång till en egen grupparbetsplats på Sveriges Kommuner och Landstings intranät där de kontinuerligt har rapporterat sina resultat och lagt ut sina månadsrapporter. Under projektet har Sveriges Kommun och Landsting erbjudit stöd och hjälp, exempelvis handledning.

Resultat

Teamen har i båda omgångar uppnått mycket goda resultat. Ett processmål som bedöms som särskilt viktigt för att smittspridning ska undvikas är att personalen följer de basala hygienrutinerna. I detta avseende har teamen verkligen lyckats och många uppvisar en näst intill hundra procentig följsamhet.

Med denna rapport vill vi ge exempel på hur man kan arbeta med att förhindra vårdrelaterade infektioner. Vår förhoppning är att du ska få tips och idéer som går att införa på din arbetsplats.

Läs, begrunda och låt dig inspireras!

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är infektioner som drabbar patienten till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, oavsett smittväg eller smittämne. Även infektioner som personalen ådragit sig till följd av arbetet räknas dit. Vårdrelaterade infektioner är ett betydande kvalitetsproblem med avsevärda såväl medicinska som ekonomiska konsekvenser. Förekomsten av VRI tycks vara relativt likartad i de flesta i-länder med likartad samhällsekonomi och medicinsk standard.

I Norge görs regelbundet nationella punktprevalensundersökningar av VRI och förekomsten brukar ligga på 7–9 %. I flera svenska punktprevalensstudier är siffran cirka 10 %. Studier utförda i Europa anger prevalensen 7,4–13,5 %. Detta är ett genomsnitt och speglar inte situationen vid olika typer av specialiteter. Intensivvård utgör t ex ca 8 % av slutenvårdsplatserna, men står för ca 25 % av VRI. Omkring 30 % av de intensivvårdspatienter som vårdas mer än 48 timmar får en eller flera VRI

Var tionde ineliggande patient drabbas av en vårdrelaterad infektion, som i genomsnitt förlänger vårdtiden med 4 dagar. Med en genomsnittlig vårdkostnad à 7 000 kronor blir den årliga kostnaden enbart för förlängd vårdtid 3,9 miljarder kronor i Sverige. Samhällets övriga kostnader finns inte med. Det är mycket svårt att kostnadsberäkna patientens och anhörigas lidande.

Ibland hörs röster att det knappast är någon mening att registrera vårdrelaterade infektioner eftersom frekvensen legat stabilt på cirka 10 % under flera år såväl i Sverige som internationellt. Registreringen i sig minskar naturligtvis inte antalet infektioner men det är en förutsättning för att verifiera att kvalitetsförbättringar gör det. Flera studier har visat att förekomsten kan minskas med 30 %. Mest effektivt är kombinationen infektionsregistrering, utvärdering och revision av vårdrutiner, utbildning av personal och hög följsamhet av basala hygienrutiner. I Sverige skulle en minskning med 30 % innebära en besparingspotential på 168 000 vård dagar eller 1,17 miljarder kronor.

Petra Gastmeier och medarbetare publicerade under hösten 2006 en analys av drygt 50 artiklar från 2002–2005, i vilka man har studerat möjligheten att förebygga kärllkateter relaterad bakteriemier. Det finns en enorm förbättringspotential om man använder sig av den effektiva kombinationen ovan. I vissa fall kunde frekvensen bakteriemier minska ända upp till 95 % och med ett genomsnitt mer än 50 %.

Sonia Wallin, projektledare

Tid och stöd är viktigt för framgång

Att tillämpa de basala hygienrutinerna är det viktigaste för att förhindra smittspridning. Det har blivit mycket tydligt i VRISS-projektet. Detta är ingen ny kunskap och det finns överväldigande evidens. Ändå har det under åren varit svårt att få personal att tillämpa denna kunskap. Men i vårt projekt har vi lyckats. Teamen har uppnått nästan hundra procentig följsamhet till hygienreglerna.



Sonia Wallin är projektledare för VRISS.

Sonia Wallin som har varit projektledare är synbart stolt över sina team och det med all rätt. Under ett och ett halvt år har sammanlagt 42 team från hela Sverige medverkat i det nationella projektet. Teamen har kommit från olika specialiteter inom sjukhusen och även från kommunalt äldreboende. Olika yrkesgrupper har deltagit. Sjuksköterskor, undersköterskor, läkare har gemensamt formulerat mål, testat förändringar, mätt och dokumenterat.

Första omgången av projektet banade väg för den andra omgången. Det stod nämligen tidigt helt klart att följsamhet till basala hygienrutinerna är den främsta framgångsfaktorn när det gäller att bekämpa vårdrelaterade infektioner. Så i andra omgången blev det obligatoriskt att mäta personalens följsamhet genom att göra oförberedda observationer och redovisa resultaten i form av diagram. Basala hygienrutiner blev som en röd tråd i allt förbättringsarbete.

Vad är det viktigaste att tänka på i hygiensammanhang?

Vi brukar ju säga att det ska vara lätt att göra rätt. Det gäller att underlätta för personalen på alla möjliga sätt. Krokar för kläder, tillgängliga spritautomater, engångsförkläden och anslag som påminner är exempel på hur det skapas förutsättningar att bete sig på det sätt som alla vet är rätt. Det gäller nämligen inte bara att kräva rätt beteende – man måste också underlätta för detta menar Sonia.

Visst har det ibland funnits motstånd. Vissa personalgrupper har hygien som ett inslag under sin utbildning – andra har det inte. Det kan vara en förklaring till varför läkare kan ha svårt att ändra sitt beteende.

Informationskampanjer i all ära – men de räcker inte. Vad det gäller är att skapa en säkerhetskultur som leder till beteendeförändringar. Det ska vara naturligt att kunna påminna en kollega att ta av sig klockan utan att denna ska känna sig förnärad menar Sonia. Dit har man också kommit på många håll under projektet.

Vad ska man tänka på när man startar ett genombrottsprojekt av denna typ?

Avgränsa området, gör fler än teamet delaktiga i arbetet på arbetsplatsen och engagera ledningen. När det gäller det sistnämnda vill jag framhålla att teamen själva måste ta initiativ och inbjuda till dialog. Tid är en annan viktig sak. Det krävs tid att göra mätningar, dokumentera och skriva rapporter. I projektet har det visat sig att undersköterskor och sjuksköterskor ofta har lättare att frigöra den tiden än läkare som är mer tidspressade.

Vad har du själv lärt dig som projektledare?

Att inte vara för försiktig. Teamen uppskattar ärlighet om syftet är att göra ett bättre jobb. Rätt coaching innebär att tala ur skägget och visa på förbättringsmöjligheter.

Hur går SKL vidare med frågan?

På patientsäkerhetskonferensen i slutet på januari kommer teamen att presentera sitt arbete, antingen i seminarieform eller som poster. Vi är också mycket glada över att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har startat ett egen sjukhusövergripande VRISS-projekt. Även ett annat av våra universitetssjukhus har liknande planer. Vi kommer att ha en återträff för våra team till hösten och vi är också beredda att anordna en riktad projektledarutbildning om det finns intresse. Det gäller att hålla grytan kokande slutar Sonia Wallin.

Det ska vara lätt att göra rätt

En av lärdomarna från VRISS I som togs fasta på inför arbetet med VRISS II var vikten av att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Flera team arbetade med att förbättra följsamheten i VRISS I och det visade sig vara en framgångsfaktor. Projektledningen bestämde sig därför att använda följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler som obligatoriska processmått för samtliga team i VRISS II.

För att underlätta teamens arbete skapades ett instrument för att mäta följsamheten samt en excel-fil med medföljande diagram att mata in data i. Den metod som använts för att mäta följsamhet är observationer. Två av kommunteamen använde istället en självskattningsskala som utarbetats av Marks kommun. Detta för att underlätta mätningen i särskilt boende och hemtjänst där personalen ofta är själva med vårdtagarna. Att ha en observatör närvarande skulle kännas konstigt både för personalen och vårdtagaren. Samtliga team har mätt andel personal som följt rutinerna varje månad. Målet var att 100 procent av personalen skulle följa rutinerna helt korrekt. Med helt korrekt menas:

- *Korrekt spritning av händerna* – att händerna spritas före och efter patientnära/brukarnära arbete samt efter användning av handskar.
- *Korrekt användning av handskar* – att handskar används vid direktkontakt med kroppsvätskor eller utsöndringar.
- *Korrekt användning av plastförkläde/skyddsrock* – att plastförkläde/skyddsrock används vid undersökning/behandling som innebär direktkontakt med patienten/brukaren eller dennes säng
- *Korrekt klädsel* – kort ärm, varken ring klocka eller armband samt kort eller uppsatt hår.

Resultatet från mätningarna visar att samtliga organisationer har förbättrat följsamheten till både hygienrutiner och klädregler. Fyra team hade nått målet med 100 procents följsamhet till hygienrutiner vid projektets sista lärandeseminarium i november och tio hade nått målet vad gäller klädregler. Vissa team har gjort mycket stora förbättringar, det gäller framförallt de team som börjat på en låg andel följsamhet.

Följsamhet till basala hygienrutiner

I diagrammet överst på sid 11 går bland annat att utläsa att spridningen mellan teamen varit relativt stor. Som diagrammet antyder är det fler team som har hållit sig runt 100 procent än runt den lägsta procentsatsen. Många team försämrade sitt resultat under sommarmånaderna, framförallt vad gäller följsamhet till basala hygienrutiner. Det förklarades delvis av många vikarier och att teamdeltagarna haft semester. Detta kan dock inte förklara att även de intensivvårdsavdelningar där semestervikarier inte förekom hade en nedgång i följsamhet under sommaren.

Följsamhet till klädregler

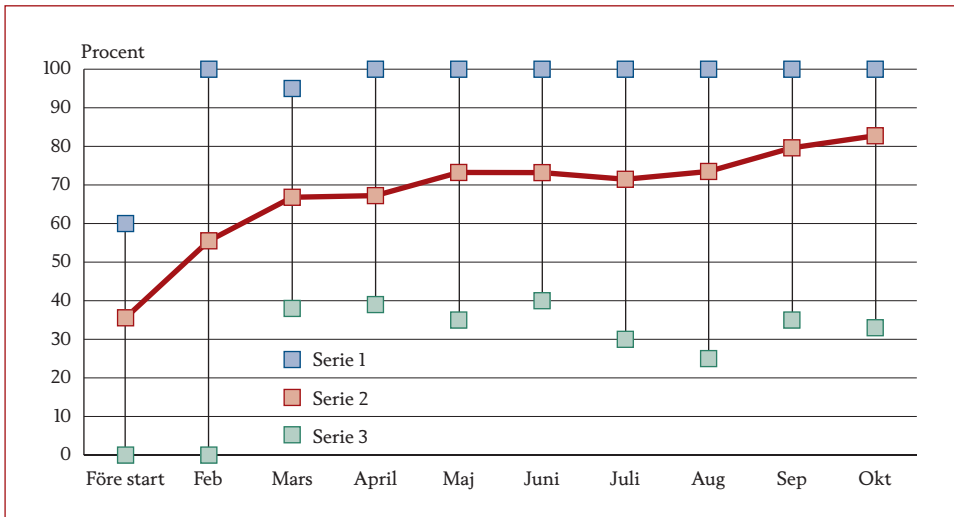
Följsamhet till klädregler har varit lättast att förbättra och att hålla på en hög nivå. Förutsättningarna har dock skiljt sig mellan olika verksamheter. Kommunteamen har till exempel haft svårt att få köpa in nya arbetskläder på grund av begränsad ekonomi. De har också haft svårt att finansiera cirkulationstvätt av arbetskläder.

En del team har upplevt att det har varit svårt att förbättra följsamheten till hygienrutiner och klädregler i olika yrkesgrupper. Läkarna har varit en grupp som flera team uttryckt svårigheter med.

Teamens resultat vad gäller följsamhet till hygienrutiner och klädregler visar på vikten av att arbeta med förbättringar inom detta område. Det kan tyckas självklart att följa basala hygienrutiner för dem som arbetar i vården men det är inte alltid lätt. Flera team var förvånade över den låga andel personal som följde basala hygienrutiner och klädregler vid den första mätningen, före projektstart. En framgångsfaktor har varit att underlätta att göra rätt ”det ska vara lätt att göra rätt”. Exempel på förändringar som underlättar är krockar att hänga läkarrockar på, handsprithållare vid sängkanten, tillgång till arbetskläder och byte av dess varje dag. Att lyfta frågan följsamhet till hygienrutiner och klädregler på arbetsplatsen och att arbeta aktivt med åtgärder för att underlätta följsamheten visade sig ge goda resultat.

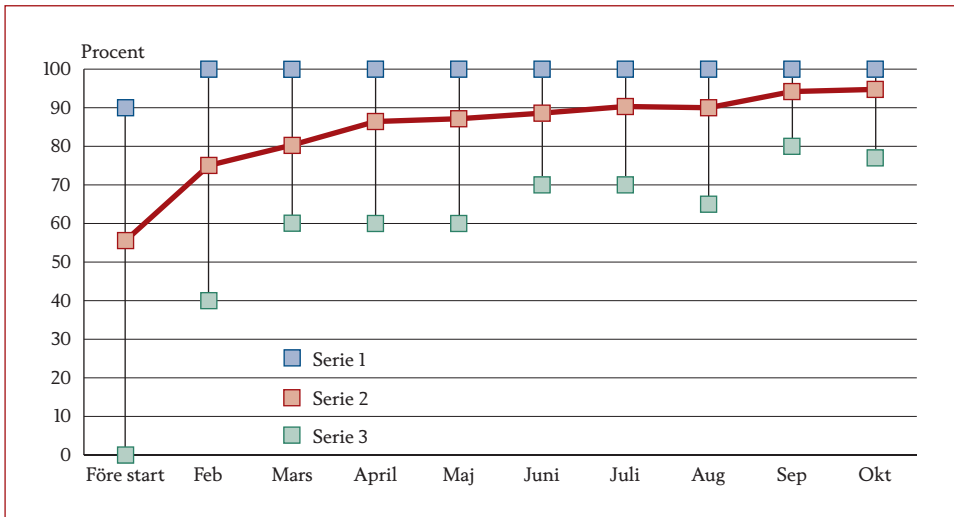
FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER

Genomsnitt för samtliga team samt spridningsintervall vid varje mättillfälle.
Målvärde: 100 procents följsamhet.



FÖLJSAMHET TILL KLÄDREGLER

Genomsnitt för samtliga team samt spridningsintervall vid varje mättillfälle.
Målvärde: 100 procents följsamhet.



Vi nådde vårt djärva mål

När det visade sig att vår strokeenhet hade den största förekomsten av vårdrelaterade infektioner på hela sjukhuset fick vi oss en tankeställare. Vi ville göra något åt detta och det var därför naturligt för oss att delta i VRISS-projektet.

Eric Gilland, överläkare, Ing-Marie Thyr, sjuksköterska och Anna-Lisa Jarlebris, undersköterska på medicinkliniken på Varbergs lasarett har tillsammans med den övriga personalen vänt på skutan och fått ner andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner på kliniken. Man satte målet att urinvägsinfektion inte fick förekomma i fler än 3 procent. Andelen oklara vårdrelaterade infektioner skulle inte överskrida 2 procent.

På enheten vårdas patienter som haft en stroke och andra neurologiska sjukdomstillstånd. Här kombineras akutsjukvård och rehabilitering och medelvårdtiden är drygt 9 dygn. Att många patienter i denna typ av vård får urinvägsinfektion sammanhänger med det faktum att många är förlamade med svårigheter att bland annat tömma urinblåsan samt att många har urinkateter. Ju längre man har en sådan kateter ju större blir risken för infektion.

Följsamhet till basala hygienrutiner var ett processmål. Som alla vet är handhygien A och O i detta sammanhang. Det gäller att få personalen att använda handsprit också innan de sköter en patient – inte bara efteråt. Genom fluorescerande ljus kan man också se hur bra man spritat sina händer. Många blir förvånade över att stora hudytor inte har nåtts trots försök till handspritning. Genom att testa hur personalen använder handsprit vid tre olika tillfällen har man konstaterat att resultatet förbättrats.

Patienterna har också gjorts delaktiga i att kontrollera att personalen spritar sina händer. På varje patientrum finns ett anslag med texten: Vi gör allt vi kan för att undvika infektioner hos våra patienter. Glömmer vi använda handsprit är vi tacksamma om Du påminner oss. Personalen 4C. Djärvt eller... Nio av tio patienter tyckte att skylten var bra!

En orsak till att patienter kan få urinvägsinfektion är att urinblåsan inte töms ordentligt. Det är därför viktigt att låta patienterna själva gå på toaletten så ofta som möjligt. Detta i sin tur kräver assistans och i en verksamhet med hög vårdtyngd kan det vara svårt för personalen att ta sig denna tid. Efter gruppdiskussioner har man dock beslutat att ge patienterna denna möjlighet. Nu får patienterna hjälp med toalettbesök oftare än tidigare.

Extra vätskeintag är också en åtgärd som medför att blåsan sköljs ut bättre. Under projektet har vätskemängden ökat för patienterna. Likaså har man uppmärksammat nutritionens betydelse och fler mellanmål med näringstillskott har utdelats.

Kateterhantering är en kritisk punkt i infektionsbekämpning. Ju längre en kateter sitter på patienten ju större blir risken att infektion uppstår. Därför har nya rutiner för KAD-hantering införts. För alla patienter som anländer till avdelningen med inliggande kateter ska man inom 24 timmar antingen dragit katetern eller i journalen dokumenterat varför katetern ska ligga kvar. Inga urinvägskateter ska sättas jourtid utan enbart efter ordination av avdelningsläkare. Alla nyinsatta katetrar ska ha slutet uppsamlingsystem.



*Eric Gilland,
överläkare,
Ing-Marie Thy,
sjuksköterska och
Anna-Lisa Jarlebris,
undersköterska på
medicinkliniken på
Varbergs lasarett.*

Hur har ni lyckats mer ert projekt?

– Jag tyckte nog att det var djärt att sätta målet att halvera urinvägsinfektionerna säger Eric. Men nu ser jag att vi har lyckats. Det gäller att få med sig alla personal-kategorier. Inte bara vårdpersonalen – utan också sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logopedier måste vara med på noterna. Dessutom måste man fortsätta mätningarna för att bibehålla resultaten.

Hur har ledningens stöd varit?

– Vi är helt nöjda med det stöd vi fått både från verksamhetschef, chefläkare och sjukhusdirektör. Intresse och engagemang har inte saknats. Däremot har vi inte fått något gehör för ökade resurser trots att projektet inneburit merarbete, till exempel med att hjälpa patienterna på toaletten säger teamet.

Hur går ni vidare?

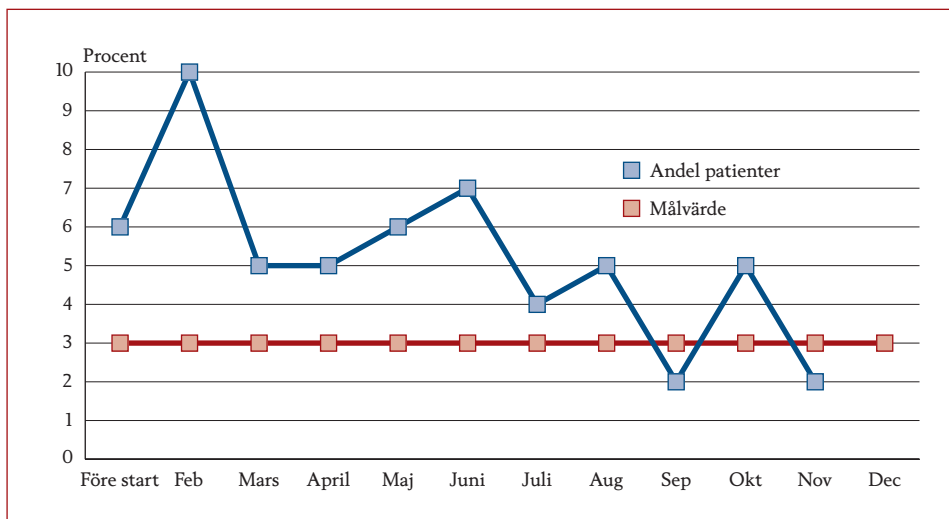
– Vi tänker fortsätta att mäta. Riktlinjer kring kateteranvändning behöver ständig aktualiseras. Man måste också påminna om omvårdnadsrutiner att i högre utsträckning mobilisera patienterna till toalett och till tillräcklig vätskeintag. Det är lätt att falla tillbaka i gamla vanor, inte minst då vårdtyngden är hög. Projektet har gjort oss väldigt stolta över vad vi kan åstadkomma tillsammans utan några extra resurser slutar Ing-Marie och Anna-Lisa.

Intervju med Carina Forsberg

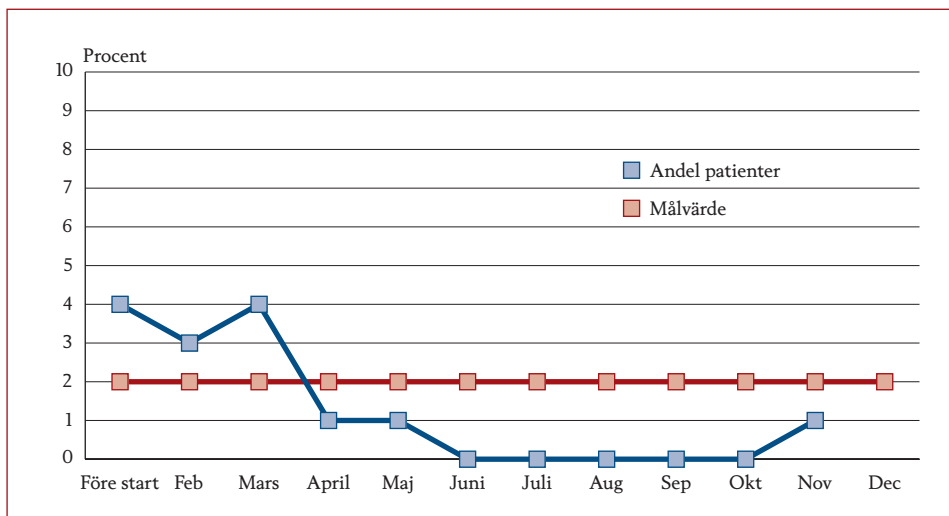
Carina Forsberg är chefläkare på Varbergs lasarett och tillika ansvarig för kvalitet och säkerhet på sjukhuset. Hur har ledningen stöttat VRISS-teamen?

– Vårdhygien är ett prioriterat område i säkerhetsarbetet och därför föll det sig naturligt att sjukhuset skulle delta i VRISS-projektet. I första omgången deltog två team och i andra omgången lika många. Genom att skicka flera team på detta sätt har vi i ledningen velat försäkra sig om en spridning i hela organisationen. Teamen har fått stöd på olika sätt. Alla fyra teamen har regelbundet fått träffa sjukhusledningen och berättat om sitt arbete. De har medverkat på chefsseminarium och fått synas i olika sammanhang. På Varbergs sjukhus gör man säkerhetsboks-lut varje halvår. Då har också teamen fått berätta för linjecheferna om hur vårdhygien kan förbättras med enkla medel säger Carina.

ANDEL PATIENTER MED VÅRDRELATERAD URINVÄGSINFEKTION



ANDEL PATIENTER MED OKLAR VÅRDRELATERAD INFEKTION



FAKTA OM MEDICINKLINIKEN PÅ VARBERGS LASARETT

Syfte:

Minska förekomsten av vårdrelaterade urinvägsinfektioner och klara vårdrelaterade infektioner hos patienter som vårdas på neuro-strokeenheten och därmed optimera förutsättningarna för rehabilitering för dessa patienter.

Resultatmål:

1. Reducera andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner till <3 %.
2. Reducera andelen klara vårdrelaterade infektioner, till <2 %.

Processmål:

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

100 % av patienter som får urinkateter på avdelningen, eller som kommer till avdelningen med urinkateter och behåller den >24 timmar, skall ha en i journalen dokumenterad indikation till varför de har kvarliggande i stället för intermittent kateterisering.

Förändringar som testats:

1. Följsamhet av klädregler

Genom personliga exempel och information har klädregler aktualiserats. Klädregistrering vid brist på personalkläder. Resultatet är lyckat. Följsamhet till 100 %.

2. Följsamhet till basala hygienrutiner

Underlåtenhet att använda handdesinfektionsmedel före patientkontakt var främsta orsaken att basala hygienrutiner inte följdes. Efter information av hygiensjuksköterska om vikten av rätta hygienrutiner har tekniken vid handdesinfektion med fluorescens testats vid tre tillfällen av samtlig personal. Före information var 11 % helt täckande. Efter 2 veckors träning var 52 % korrekt heltäckande. Uppföljning efter 6 månader visade på samma resultat 53 %. Senaste testen har visat på färre fält, mindre områden som icke var helt täckande.

3. Patienten görs delaktig i att kontrollera personalens handspritanvändning

På varje patientrum har en skylt satts upp med texten:

"Vi gör allt vi kan för att undvika infektioner hos våra patienter.

Glömmer vi använda handsprit är vi tacksamma om Du påminner oss. Personalen 4C "

Över texten finns bild på händer som utför handdesinfektion.

Genom muntliga frågor till patienter svarade 9/10 att skylten var bra. 1 hade ingen åsikt. Någon uttryckte svårighet att påminna personal.

4. Omvårdnadsrutiner till att i högre utsträckning mobilisera patienten till toalett

Det har ägt rum flera gruppdiskussioner om vikten av denna förändring som har utvärderats genom att under en vecka registrera antalet patienter som behöver assistans till toalett och antalet toalettbesök för dessa. Vid mätningen har personal uppmanats notera varför man har velat ta upp patient till toalett men inte kunnat. Vårdtyngden har poängterats som orsak till att patienten i större utsträckning inte mobiliserats.

5. Extra vätskeintag

Ny rutin att servera alla patienter ett extra glas dryck vid måltid införs.

Vätskeregistrering på samtliga patienter under en dag sker vid tre tillfällen.

Före förändringen i mars: 8/17 patienter har vätskeintag <1000 ml.

Efter förändringen i april: 1/21 patienter har vätskeintag <1000 ml.

Inför tredje mätningen i september hade fokusering skett på nutritionen på avdelningen. Resultatet visade då på ökad utdelning av mellanmål, innehållande närings-tillskott: 4/22 patienter har vätskeintag <1000 ml

6. Rutiner kring nedre personlig vård

All personal ska ha kännedom om och följa riktlinjer för hur nedre personlig vård ska utföras. Frågor ställs till omvårdnadspersonal om hur utförandet sker, vilka riktlinjer som finns och var dessa riktlinjer kan sökas. Riktlinjer har lagts som egen ikon på dator i undersköterskornas expedition.

7. Slutet urinuppsamlingssystem

Testet avsåg slutet urinuppsamlingssystem med tömbar påse och "sigill" mellan KAD och påse. Upprepade mätningar har visat att alla nyinsatta katetrar har detta.

8. Nya rutiner kring KAD-användning

i avsikt att minimera användandet av ineliggande kateter till förmån för intermittent kateterisering, blöja eller framför allt mobilisering till toalett.

- Alla patienter som får kateter på avdelningen ska ha en i journalen dokumenterad indikation på varför den ska vara kvarliggande.

- För alla patienter anländer till avdelningen med ineliggande kateter skall man inom 24 timmar antingen dragit katetern eller i journalen dokumenterat indikationen för att katetern ska vara kvarliggande.
- Alla patienter som anländer till avdelningen direkt från akutmottagningen och som fått KAD satt där, skall bli av med sin kateter direkt i anslutning till ankomsten till avdelningen om det inte framgår att patienten varit mycket svår att kate-terisera eller haft residualurin >1000 ml.
- På avdelning 4C skall inga ineliggande urinvägskatetrar sättas jourtid, utan enbart efter ordination av avdelningsläkare.

Under perioden från 1 maj 2006, då de nya rutinerna införs, har i medelvärde 89 patienter anlant per månad till avdelning 4C. Hos i medeltal fyra patienter per månad har KAD dragits inom första dygnet på avdelningen. Av totalantalet dragna KAD på avdelningen, 9 per månad, har i snitt två patienter behövt återfå KAD inom tre dygn. Antalet KAD-dagar var före projektet 129, därefter varierat mellan 94 och 47.

Teammedlemmar

Överläkare Eric Gilland, undersköterska Anna-Lisa Jarlebris och sjuksköterska Ing-Marie Thyr.

Snart är vi hygiencertifierade

Till och med gosedjuren ifrågasätts. De kan nämligen vara rena bakteriehärdar. Och handen på hjärtat – gosedjuren är nog viktigare för mamma och pappa som ett uttryck för deras kärlek än för det lilla sjuka barnet i sängen. Och det får räcka med max två stycken vid huvudändan.

På barnintensiven vid Astrid Lindgrens barnsjukhus bedrivs avancerad sjukvård. Hit kommer barn i åldrarna 0–18 år som är mycket sjuka och behöver ständig tillsyn. Det handlar om högteknologisk vård med slangar och apparater av olika slag. En infektion i denna miljö kan vara mycket ödesdiger. Det är därför av yttersta vikt att sådana förhindras.

Teamet Joachim Krylborn, anestesiläkare, Helene Vinell, intensivvårdssjuksköterska och Birgitta Eriksson, barnsköterska har under det senaste året arbetat med att förhindra sådana infektioner. De anmälde sig till projektet, inte för att situationen var värre här än på andra ställen, men för att det ändå fanns stora förbättringsmöjligheter.

– Även om vi känner till vilka hygienregler som gäller kan det vara svårt att tillämpa dem just inom denna vård. Barnen är ju små och det är inte alltid lätt att hitta till exempel en åder med plastrandskar på händerna. Dessutom jobbar vi ofta under stress i små och inte alltid så ändamålsenliga lokaler. Det är ingen ursäkt att inte tillämpa hygienreglerna men det kan vara en förklaring varför vi inte alltid tillämpar det vi vet är rätt säger Jochim.

I all intensivvård är risken för infektion stor. Att vårdas på en intensivvårdsavdelning är en risk i sig att drabbas av en vårdrelaterad infektion, som ökar markant efter 48 vårdtimmar. På BIVA saknades ett infektionsregister så man visste inte riktigt hur situationen var. Därför började man projektet med en journalgenomgång av alla de barn som legat inne mer än 48 timmar under en 3-4 månaders period. Man bedömde att infektion förekom hos 40 procent av patienterna. Mot denna bakgrund satte man som mål för projektet att förekomsten av infektionerna skulle stanna vid högst 15 procent.

Många barn på intensivvården ligger i respirator. Det innebär att munnen måste få särskild omsorg. Det gäller bl a att suga ut slem som bildas i munnen. Ett av teamens viktigaste tester har varit att förbättra munvårdsrutinerna. De fanns visserligen även innan projektet men rutinerna fungerade inte så bra. Nu är dessa rutiner reviderade och anpassade efter barnens åldrar. Det finns uppdaterade munvårdslådor på varje sal. Nu används också ett slutet sugsystem till att patienter oavsett ålder. Man har också börjat lägga in ljumsknålar med steril teknik.

Alla vet att basala hygienrutiner är A och O för att undvika infektion. Teamet initierade en diskussion om hygienrutiner bland personalen. Skyddsrock i tyg byttes till engångs plastförkläden. Detta skedde inte utan visst motstånd. Skulle man ha plastförkläde när man tog det lilla barnet i famnen? Alla rös vid denna tanke. Det skulle bli kallt och opersonligt menade man. Resultatet blev att man fick ha skyddsrock i tyg under just det momentet. Nu lär det finns någon firma som utvecklar en form av pappersförkläden som förenar hygien- och omvårdnadsaspekter.



*Anestesiläkare
Joachim Krylborn,
intensivvårdssjukskö-
terska Helene Vinell
och barnsjuksköterska
Birgitta Eriksson.*

När man hör teamet berätta vad som gjorts kommer man osökt att tänka på riktmärket för allt patientsäkerhetsarbete. "Gör det lätt att göra rätt och svårt att göra fel" lyder den. Lättillgänglig sprit och förkläden vid varje sängplats är åtgärder i denna anda. Inga långgardiner och persienner, inplastade tangentbord är andra åtgärder som införts.

En gång i månaden görs observationer av hur personalen tillämpar hygienföreskrifterna. Tio personer studeras varje gång. Ibland har det hörts litet gny " ska ni verkligen spionera på oss så där... Men när personalen ser att infektionerna går ner är man med på noterna. För de regelbundna mätningarna visar att man är på rätt väg.

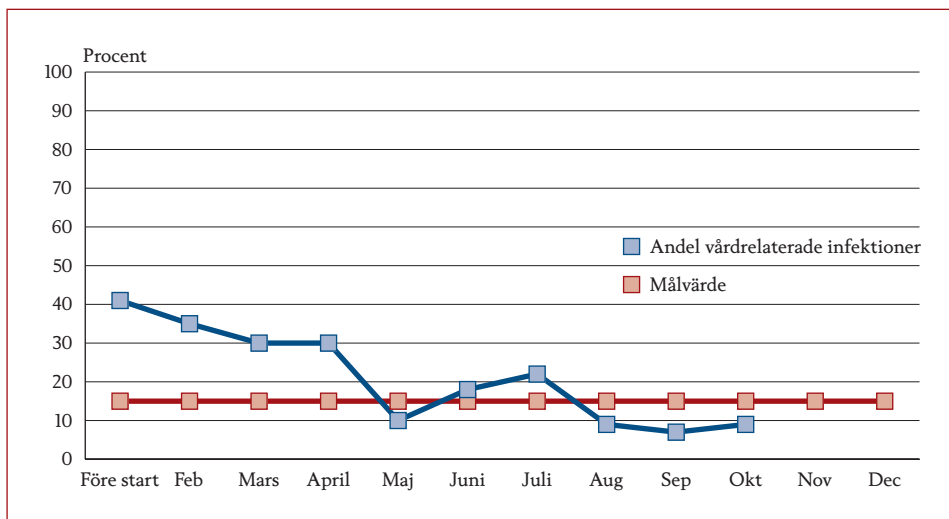
Karolinska universitetssjukhusets, dit Astrid Lindgrens barnsjukhus hör, tycks ha en stor medvetenhet om hygienens betydelse för vårdkvalitet. Inom kort kommer en hygiencertifiering att införas. Det betyder att sjukhusets hela personal kommer att genomgå en utbildning för att få detta certifikat. Detta är obligatoriskt och ledningen visar med all önskvärd tydlighet att detta är prioriterat. BIVA blir en av de första avdelningarna som får detta certifikat.

– Vi är stolta över att ha fått till stånd en helt annan medvetenhet om hygienens betydelse, både bland personal och föräldrar. Projektarbetet har varit mycket stimulerande men också krävt mycket tid. Ett gott råd till andra som står i beredskap att starta något liknande är att engagera fler i förändringsarbetet. Ett team på tre personer kan inte dra hela lasset slutar teamet.

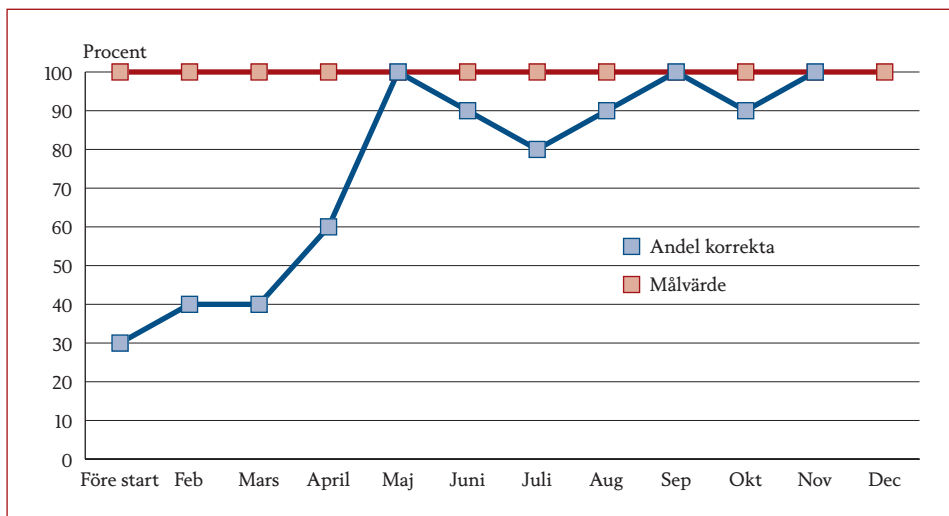
Intervju med Anneli Lennberg, chefssjuksköterska

Det behövs stöd från ledningen när det gäller att arbeta med hygienfrågor. Det är ju inte lika glamoröst som införande av ny teknik till exempel. Därför är det nödvändigt att ledningen markerar att god hygien är lika viktig som avancerad medicinsk teknik. Då skapas förutsättningar för förbättringar. Jag har informerat mycket om VRISS-projektet i olika sammanhang, muntligt och skriftligt. Det är mycket viktigt att klargöra syftet med projektet och att resultaten redovisas kontinuerligt. Uppföljningsresultaten ledde i sin tur till diskussioner på avdelningen och nya förbättringsförslag växte fram. Dessutom har jag som chef kunnat garantera teamet den tid som behövts för projektet. Som chef är det viktigt att engagera sig på riktigt och hela tiden fråga efter resultat. Om det handlar om att införa nya rutiner och det finns motstånd kan jag som chefs visa med hela handen att det nya ska gälla.

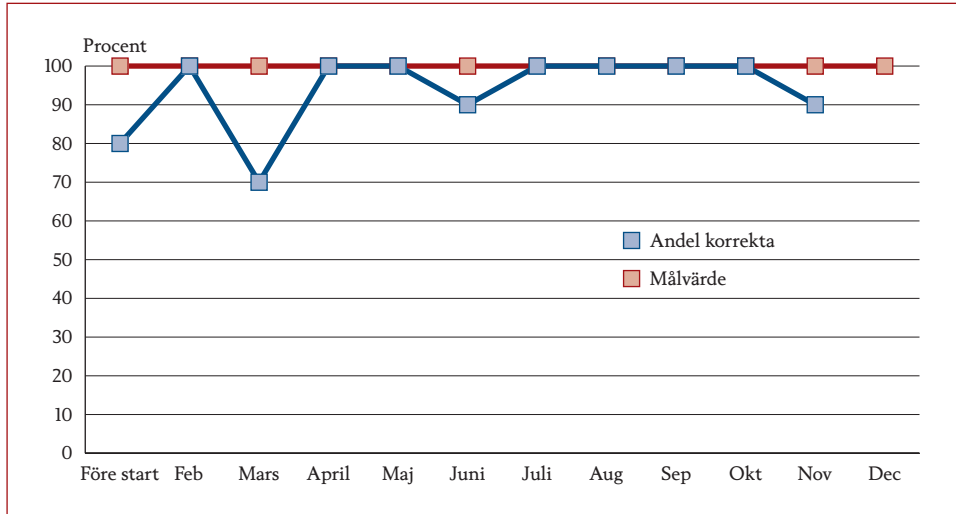
ANDEL VÅRDRELATERADE INFEKTIONER/PATIENTER >48 VÅRDTIMMAR



FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER



FÖLJSAMHET TILL KLÄDREGLER



FAKTA OM BARNINTENSIVEN VID ASTRID LINDGRENS BARNSJUKHUS

Syfte:

Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Detta leder till ökad tillgänglighet till intensivvårdsplatser och framför allt minskat lidande för patienterna.

Resultatmål:

Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner från 40 % till högst 15 %. Fokus på kateterrelaterad sepsis och respiratorassocierade pneumonier.

Målet ska vara uppnått vid projekttidens slut 061130.

Processmål:

1. 100 % följsamhet till basala hygienrutiner.
2. 100 % följsamhet av klädregler.

Förändringar som testats:

Munvårdsrutiner

Munvårdsrutinerna är reviderade, tidigare så upplevdes det att dessa rutiner inte fungerade regelbundet och optimalt. Nu finns det ett PM för respiratorbehandlade patienter som är åldersanpassat. Det finns munvårdslådor på varje patientsal som är uppdaterade. Numera finns muntork/tops som är mer storleksanpassat samt bitstöd i olika storlekar. Detta är numera en rutin som fungerar bra.

Lägga in ljumskkatetrar med steril teknik

Fleralet ljumskkateter har tidigare lagts in enligt samma rutiner som vid insättande av perifer venkateter (PVK). Vårt nya arbetssätt är att lägga in ljumskkatetrar med aseptisk teknik dvs. korrekt desinficering, steril hålduk samt sterila handskar. Detta fungerar inte optimalt men klart förbättrat än tidigare. Det som återstår är att få den nya rutinen godkänd av medicinsk ansvarig för ett aktuellt PM.

Handhavande av ljumskkateter

Alla ljumskkatetrar ska handhas som en central venkateter (CVK). Detta fungerar bra, det som kvarstår är att få det godkänt i PM för handhavande av CVK som redan finns.

Plastförkläden

Det har införts plastförkläden vid patientnära kontakt, tidigare användes skyddsrock i textil som i bästa fall byttes 1 ggr/dag. Rockarna till två olika patienter hängde bredvid varandra, det var lätt att förväxla p g a dålig märkning. Det ska vara lätt att göra rätt så nu finns det förklädeshållare bredvid handskhållarna som är placerade bredvid varje patientplats. Inne på varje sal finns även långärmade plastförkläden utplacerade som kan användas vid behov. Till viss del kommer textilförkläden att användas t ex när man tar upp/sitter med ett barn i famn.

Plastförkläde utanpå röntgenförkläde

Röntgenförkläde används vid alla röntgenundersökningar, de rengörs sällan. Efter information till medarbetare och röntgenpersonal så fungerar detta som en ny rutin hos oss. Det finns även en inplastad påminnelsekrift på röntgenapparaten.

Rengöring av salsvågen efter användning

Vågarna som finns på salarna används till att väga både smutsigt och rent som ex använda blöjor, patienter, dränförluster, rena blöjor, osv. Rengöringen efter användning har ofta varit bristfällig. Vågen ska numera spritas av efter varje användning, det sitter även en liten inplastad påminnelseapp på vågen om det.

Nya tangentbord

Inne på patientsalarna finns det flera datorer, varje patientplats har en dator samt en dator för journalläsning/sal. Ibland blir man avbruten och blir tvungen att gå mellan dator och patienter lite av och till. Det finns också risk för spill på tangentborden med ex. mediciner, välling osv. De tidigare tangentborden var nästan omöjliga att rengöra ordentligt. Nu har det införts nya inplastade tangentbord som dagligen ska avtorkas med Y-sprit.

Byteslista

Tidigare försökte BIVA införa en byteslista på avdelningen, som fungerade dåligt. Listan innebar att varje patient har sin personliga lista där man prickar av när det rengjorts delar/saker/apparater. Målet är att det ska vara renare bland barnens alla hjälpmedel, att det byts och rengörs regelbundet. BIVA har nyligen infört ett nytt sätt att jobba med dokumentationen, där nästan alla uppgifter förs in automatiskt till en patientnära dator (Clinisoft). Byteslistan är nu inlagd i detta system så att det automatiskt kommer upp en påminnelse 3 ggr/dygn över det som ska rengöras/bytas, vilket fungerar bra. I byteslistan finns det uppdelat olika delar/saker/apparater som ska rengöras olika ofta, 1-2 ggr/dygn eller 1 ggr/vecka. När det bytts/rengjorts så registreras det på tid och datum. Detta fungerar mycket väl sedan vi blir påmind via Clinisoft.

Patientnära set

En medarbetare har haft till uppgift att utarbeta ett patientnära set. Det ska vara ett patientbundet set med kompresser, sprit mm som ska kunna fästas ex på säng eller patientbord. Detta för material ska vara tillgängligt och det inte riskeras att en smutsig handske/hand tar material i lådor med rent material. Det har arbetats fram en "pappersmodell" som ska vidare för tillverkning som sedan ska testas. Tyvärr så har denna ej blivit färdig och kunnat testas.

Slutet sugsystem

Tidigare har BIVA använt slutet sugsystem till alla respiratorbarn <3 månader och till alla barn som är svårt lungsjuka, No-behandlas samt vid HFO-behandling. Numera används slutet sugsystem till alla respiratorpatienter oavsett ålder. Målet är att arbeta fram ett PM för godkännande.

Teammedlemmar

Anestesiläkare Joachim Krylborn, intensivvårdssjuksköterska Helene Vinell och barnsköterska Birgitta Eriksson.

Projektet har gett oss mycket energi

Det är bra att börja i liten skala. När målen nås får teamet energi att ta sig an nya förbättringsidéer. Så är det för oss. Vi har fortfarande ångan uppe och nu ska vi ta itu med att förbättra hanteringen av centrala venkatetrar.

Marita Henningsson är kontaktperson för det team som på intensivvårdsavdelningen vid Borås lasarett har deltagit i VRISS-projektet. Övriga medlemmar i teamet är undersköterskan Lena Åkesson, anestesilog Per Petersen, sjuksköterskorna Kerstin Knutsson, Matilda Proos och Maria Hermansson. De har under en niomånaders period arbetat med att förebygga lunginflammation hos respiratorpatienter.

Varför är respiratorpatienter särskilt utsatta?

–När man kopplar en slang till patienten tar man bort allt det skydd för lungorna som näsa och mun utgör. Det blir så att säga öppna kanaler till lungorna och därigenom också fritt fram för bakterier förklarar Marita. I själva verket är en intensivvårdsavdelning väldigt ”smutsig” eftersom man hanterat så många slangar, CVK och artärnålar. Det finns därför också mycket att göra för att förebygga infektioner.

Det var ingen tvekan om att avdelningen skulle delta i VRISS-projektet när inbjudan kom. Förutsättningarna var också mycket goda. Marita hade tidigare deltagit i ett genombrottsprojekt och var väl förtrogen med metoden. På avdelningen fanns det en hygiengrupp med mycket kunskap och stort engagemang. Det var naturligt att denna grupp skulle bilda VRISS-teamet.

Efter första lärandeseminariet drog man igång. Den första åtgärden var att göra en kunskapskartläggning. Den gjordes muntligt och syftet var att ta reda på hur mycket vårdpersonalen kände till om VAP (ventilatorassocierad pneumoni). Det visade sig att över hälften av sjuksköterskorna hade kunskap om denna sjukdom. För att ytterligare öka kunskapsnivå anordnade man utbildning – en timme vid fyra olika tillfällen – och satte samman en utbildningspärm.

Hur var då situationen när det gällde VAP på avdelningen? Tidigare hade man fört infektionsregistrering men sedan några år fanns det inte längre någon sådan.

Det är inte heller alldeles så enkelt att diagnostisera tillståndet. I Borås har man valt de kriterier som fastställts av Svenskt Intensivvårdsregister. Enligt dessa kriterier bedöms mellan 15 och 40 procent av respiratorpatienterna utveckla lunginflammation. Teamet bestämde att målet för VRISS-projektet skulle vara att minska frekvensen VAP med 40 procent.

Så satte man igång med sitt förbättringsarbete. Ett område hos respiratorpatienter som är mycket känsligt är munnen. I det slem som uppstår frodas lätt bakterier. Det gäller att hålla munhålan fri och därför infördes en sugslang. Lättillgängliga munvårdsartiklar är ett annat sätt att underlätta för personalen.

Sanningen att basala hygienrutiner är grunden för att hindra smittspridning gäller lika mycket i Borås som på andra ställen. Därför har man ägnat mycket tid åt detta. Med framgång – även om visst motstånd har funnits. Intensivvårdsavdelningen egna läkare visar följsamhet – så många som 80 procent tar alltid av sig rocken när de går in till en patient. Det kan vara svårare att få konsulter som kirurger, röntgenläkare och andra externa besökare att förstå betydelsen av hygienregler och varför ringar är olämpliga i sammanhanget.



*Sjuksköterska
Marita Henningsson,
undersköterska
Lena Åkesson,
anestesiolog
Per Petersen,
sjuksköterska
Kerstin Knutsson,
sjuksköterska
Matilda Proos och
sjuksköterska
Maria Hermansson.*

De oanmälda observationerna av personalens hygienbeteende väckte ont blod i våras. Man undrade vad som egentligen observerades och vad det skulle användas till. Men när Marita gick ut på arbetsplatsträffar och förklarade syftet lade sig motståndet.

Har målet uppnåtts?

– Eftersom vi inte har någon infektionsregistrering är det svårt att veta om vi uppnått målet om färre VAP-patienter. När det gäller vårt mål att förbättra följsamheten till de basala hygienrutinerna är det full pott. Vi har faktiskt uppnått hundra procentig följsamhet.

Hur ska ni vidmakthålla och sprida de goda resultaten?

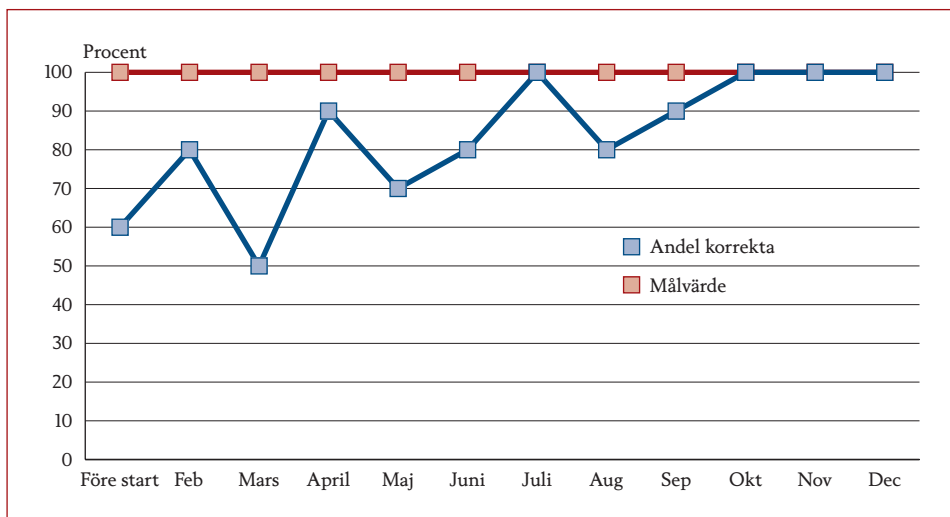
– Vi fortsätter att mäta VAP varje månad och vi kommer att anstränga oss för att få till stånd ett infektionsregister. Spridningen är den svåraste biten. Att nå ut till alla de 100 anställda på anestesikliniken – särskilt läkarna - tar tid och är inte lätt. Men vi kommer inte att ge oss. Vi har fått så stor energi av projektet att vi nu fortsätter att förbättra CVK-hanteringens slutar Marita Henriksson.

Intervju med Anki Snygg

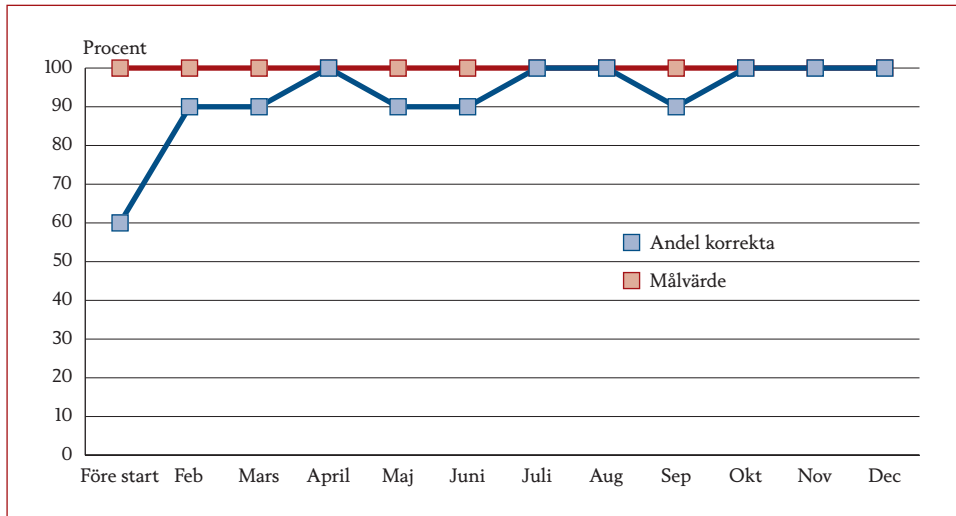
Jag har hela tiden varit eld och lågor för projektet och stöttat det på alla sätt. Vi hade det förspant genom hygiengruppen som ju redan fanns. Jag har deltagit på alla tre lärandeseminarieerna och följt teamets arbete på nära håll på hemmaplan. Min uppgift som biträdande verksamhetschef har varit att "sopa banan" för teamet på olika sätt. Det är viktigt att få tid till projektet vilket inte alltid är lätt på en intensivavdelning där det är mycket att göra. Vid samtal med verksamhetschefen har jag fått honom att sanktionera att teamen tar sig denna tid. Han är också chef för läkarna och på så sätt en viktig person. Läkargruppen är inte alltid lätt att få med på tåget – det kräver mycket evidens. Men jag tycker att vi ändå lyckats med att sprida information om projektet och vi är på god väg att skapa ett "smittsamt" beteende slutar Anki Snygg.

KUMULATIVT ANTAL VENTILATORASSOCIERADE PNEUMONIER

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER



FÖLJSAMHET TILL KLÄDREGLER



FAKTA OM INTENSIVVÅRDSAVDELNINGEN VID BORÅS LASARETT

Syfte:

Minska patientlidandet och öka vårdkvaliteten genom att förebygga uppkomsten av ventilatorassocierade pneumonier hos respiratorvårdade patienter.

Resultatmål:

Minska frekvensen insjuknande i ventilatorassocierad pneumoni med 40 % hos respiratorvårdade patienter under 2006.

Processmål:

1. Följsamhet med 100 % i klädregler.
2. Följsamhet med 100 % i basala hygienrutiner.
3. Infektionsregistrering som är tillförlitlig till 100 %.

Förändringar som testats:

1. Förbättrat munvården genom att lyfta fram munvårdspm till "Månadens PM" och förbättrat tillgängligheten till munvårdsartiklar, oral balance och hexident. Vi har utvärderat om det finns munvårdsartiklar på salen hos patienten och aktivt frågat om de använder sig av PM. Alla patienter hade munvårdsartiklar och all personal inser att det är viktigt med munvård hos respiratorvårdade patienter och de följer munvårdspm.

2. Vi har testat respiratorslanghållarna så att man kan hänga upp slangarna vid sugning av luftvägarna för att inte kontamineras av sängkläderna. Det var svårt, då hållarna inte är så följsamma och slangarna är långa. Ej heller vid akuta sugningar av luftvägarna var det lätt att komma ihåg att få upp slangarna från sängen. Testet fortsätter för att få detta att fungera.

3. I samband med sugningar av luftvägen har vi också börjat med att trycka på preoxygeneringsknappen på respiratorn så att inte respiratorn står och blåser vid sugning. Speciellt att tänka på när man hängt upp slangarna så att det inte står och blåser på patient eller personal. I samband med en respiratorutbildning tryckte man extra på detta så att personalen gör det som rutin.

4. Vi ville också medvetandegöra personalen om när inhalationer ska användas. Sjuksköterskorna vill att alla patienter ska ha inhalationer för slemmobilisering men inser inte risken med att alla isärkopplingar utgör en risk för kontamination. Indikationen för inhalationer behöver tydliggöras. Vi har förändrat vårt tänkesätt men har en del kvar att göra så att alla förstår. Här behöver också läkarna motiveras så att en förändring äger rum.

5. Trachealtuber och trachealkanyler med aspirationskanal har testats med gott resultat och vi har därför bestämt att vi ska fortsätta med dessa. Vi utvärderade genom att intervjua en del av personalen med gott utfall.

6. Spolning av oropharynx med natriumklorid enligt öronläkarens anvisningar har vi testat men på få patienter och vi kan inte utvärdera detta ännu. Vi bestämde att sjuksköterskor i hygiengruppen skulle testa detta (pga att utbildning tar tid) och patientantalet har varit lågt. Detta kommer vi att fortsätta med eftersom artiklar vi läst trycker mycket på att hygien i oropharynx området är av stor betydelse för uppkomsten av ventilatorassocierade pneumonier.

7. Mätning av kontinuerligt cufftryck har vi testat dels för att se variationerna i trycken beroende på hur patienten ligger och dels för att uppnå det optimala trycket för de respiratorinställningarna som används. Detta har också en stor betydelse för microaspiration som man vill undvika för att minska risken för ventilatorassocierad pneumoni. Denna test kommer att fortsätta tills vi ser att det fungerar och kan införa detta som rutin.

8. En fullgod handdesinfektion är av betydelse för att utplåna all spridning av bakterier via händerna. Vi ville därför kontrollera hur mycket sprit som krävdes och vad våra handdesinfektionpumpar gav. De krävdes två tryckningar för att uppnå optimal mängd och vi har informerat all personal om detta. Vi har även informerat om hur man gnider in spriten för att komma åt alla delar av handen. Till hjälp hade vi också en Visiruben som visar vilka ställen man missar. Det finns nog ingen personal som nöjer sig med en tryckning efter denna test.

Teammedlemmar

Sjuksköterska Marita Henningsson

Undersköterska Lena Åkesson

Anestesiolog Per Petersen

Sjuksköterska Kerstin Knutsson

Sjuksköterska Matilda Proos

Sjuksköterska Maria Hermansson

Hela sjukhuset ska med

Patienterna förflyttas ofta inom ett sjukhus och möter personal från olika enheter. Bakterierna tar inte hänsyn till klinik och avdelningsgränser. Ska man förhindra vårdrelaterade infektioner bör därför hela sjukhuset engageras.

Lasarettet i Lindesberg har ca 600 anställda, 100 vårdplatser och en omfattande öppenvård. Inneliggande patienter behöver ofta dropp eller intravenöst läkemedel. Då sätts det in venkateter på olika ställen på kroppen. En central venkatet (CVK) sätts in t ex på halsen medan perifera venkatetrar (PVK) kan sättas på handen.

Att hantera venkatetrar är förenat med risker. Det kan lätt uppstå infektioner. Det var man medveten om redan innan VRISS-projektet startade. Under 2005 hade ett arbete påbörjats i syfte att se över riktlinjerna för hantering av venkatetrar. I själva verket var detta ett av de strategiska förändringsområden som fastställdes för sjukhuset. Så när inbjudan till VRISS kom var marken redan förberedd och det var naturligt att anmäla sig.

Redan tidigt stod det klart att projektet skulle drivas över hela lasarettet. En sjukhusövergripande projektgrupp tillsattes utifrån intresseanmälan från varje enhet. I projektet har ingått två kirurgavdelningar, tre medicinavdelningar, intensivvård och uppvakningsavdelning samt akutmottagning, ambulans, operation/anestesi och röntgen. Kort sagt – alla enheter som kommer i kontakt med CVK och PVK. På varje avdelning har det funnits en eller två personer som drivit projektet och sammanlagt har tio personer ingått i teamet. De har turats om att åka på lärandeseminarier.

Målet sattes högt. Inga patienter vid Lindesbergs lasarett skulle drabbas av CVK-relaterade infektioner och inte heller av tromboflebit (inflammation) relaterad till PVK. Processmålet här som på så många andra ställen var att personalen skulle följa riktlinjerna för basal hygien och klädregler.

Har målen uppnåtts? Både ja och nej. Inga CVK-relaterade infektioner har konstaterats under projekttiden. Å andra sidan vet man inte hur situationen var före projektstarten eftersom det inte funnits någon infektionsregistrering på sjukhuset. Vad gäller tromboflebit har nollvisionen uppnåtts – med ett undantag i september.

Följsamhet till klädregler och basala hygienrutiner har blivit bättre även om man inte uppnått målet fullt ut. Särskilt under sommaren har det blivit en tillbakagång, kanske på grund av kopplade avdelningar.

– Vi är ändå nöjda med projektet säger Lena Forsgren som är projektledare och Eva Carlsson som är utvecklingschef på lasarettet. Det har blivit en helt annan medvetenhet kring hygienfrågor. Nu vågar man faktiskt påpeka om en kollega gör fel utan att denna tar illa upp. Man har så att säga VRISS i ryggen.

Finns det skillnad mellan olika specialiteter när det gäller att tillämpa hygienföreskrifter? Ja, det tycks så. Ortopeder och andra opererande enheter har alltid varit medvetna om infektionsrisken vid operation. Däremot är inte medicinarna lika följsamma. Det har också rent allmänt varit svårare att få med läkarna på tåget. Många anser inte att genombrottsmetoden är vetenskaplig och är därför mindre intresserade.

Vad är nyckeln till framgång?

– Det gäller att förenkla för personalen så mycket som möjligt. Man kan tycka att alla borde ta sig den lilla stunden som det tar att sprita händerna. Men det är inte alltid så. Sjukvården är stressig och det är ofta bråttom och det handlar om att ändra på vanor. En förändringsidé som införts runt om på sjukhuset är automater med handsprit för att underlätta handdesinfektion säger Lena.



Namn på alla på bilden...

Klädreglerna har också aktualiserats. Platsförkläden, skyddsrockar, klädkrokar utanför patientsalar – allt syftar till att smittspridning ska undvikas.

En annan åtgärd som med lätthet införts är att förse PVK:er med membran som desinficeras innan en injektion ges. Dessutom underlättar och förbättrar detta hanteringen i allmänhet då spill av blod undviks.

– Det har blivit en helt annan medvetenhet kring PVK-hanteringen säger Eva. Förr var det litet si och så hur länge de fick sitta kvar. Numera är man angelägen att ta bort dem så fort de inte behövs. Dessutom har hanteringen standardiserats över hela sjukhuset och det finns numera klara och lättillgängliga rutiner som gäller alla.

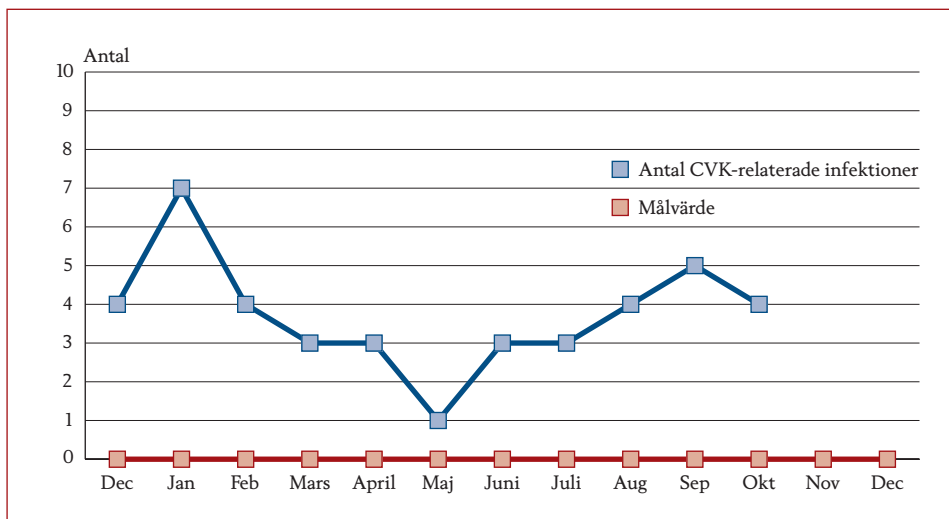
En framgångsfaktor i allt förändringsarbete är ledningens stöd. Detta har också varit fallet på Lindesbergs lasarett. Sjukhusdirektören har tagit aktiv del i projektet och mycket tid har ägnats information och förankring i chefsgruppen genom bl a månadsrapportering med mätresultat till avdelningschefer, som bedöms vara nyckelpersoner i sammanhanget. De har också uttryckt att de känt sig välinformerade under projektets gång.

Det finns både för- och nackdelar med att arbeta över hela lasarettet menar Lena. Allt tar tid och man måste ha mycket tålamod. Inte minst information och dokumentation är tidsödande. Beslut som ska gälla över hela sjukhuset måste förankras och det är inte alltid självklart vem som ska ta beslutet. Men det finns också många fördelar. Inte minst att personalen på olika avdelningar lär känna varandras områden och att förbättringskunskap sprids i hela organisationen slutar Eva.

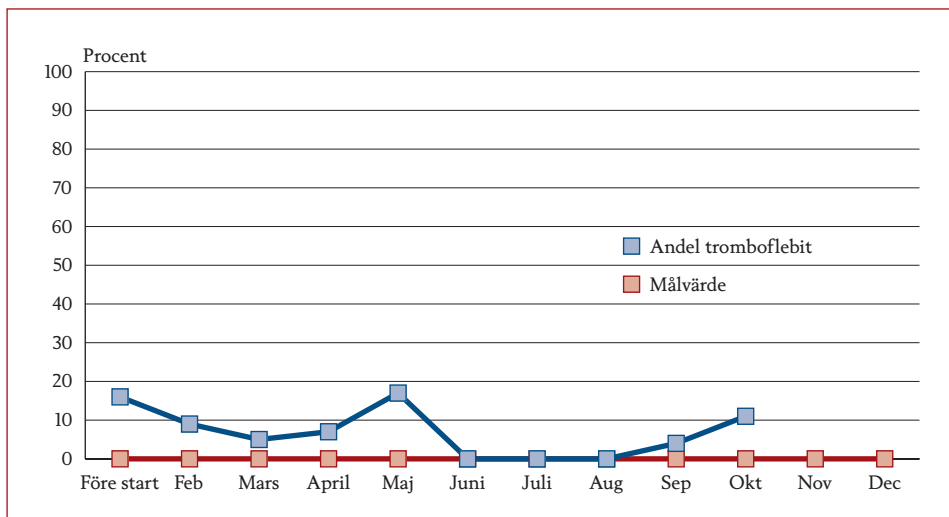
Marianne Skinnars, sjukhusdirektör Lindesbergs lasarett;

– Jag har frågat teamet vilket stöd de behöver för sitt arbete. De har blivit försäkrade om att sjukhusledningen stödjer dem helhjärtat. Jag har uppmuntrat dem att signalera till mig om vi behöver ta upp något i ledningsgruppen – det kan gälla beslut eller rådgivning eller något annat. Det har teamet också gjort och det har varit en konstruktiv dialog. För övrigt är teamet så kompetent och engagerat att det har varit mer eller mindre självgående. Vi kommer nu att gemensamt - teamet och ledningsgruppen – diskutera hur vi kan vidmakthålla de goda resultaten och sprida dem vidare.

CVK RELATERAD INFEKTION LINDESBERGS LASARETT 2006



ANDEL TROMBOFLEBIT VID LINDESBERGS LASARETT 2006. N = 19-35



FAKTA OM LINDESBERGS LASARETT

Syfte:

Att genom ett sjukhusövergripande arbete reducera vårdrelaterade infektioner med fokusering på hantering av central venkateter (CVK) och perifer venkateter (PVK).

Resultatmål:

1. Inga patienter, dvs 0 antal, vid Lindesbergs lasarett skall drabbas av en CVK relaterad infektioner.
2. Inga patienter, dvs 0 %, vid Lindesbergs lasarett skall drabbas av tromboflebit relaterat till PVK.

Processmål:

1. Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler skall vara 100 %.
2. Sjuksköterskor skall i hög grad eller helt och hållet känna sig säkra i hantering av PVK och CVK och blodkomponenter och var riktlinjer finns.
3. Dokumenterad följsamhet av riktlinjer för CVK avseende daglig inspektion av insticksställe, byte av förband, byte av membran skall vara 100 %.

Förändringar i anslutning till CVK hantering

- Nytt CVK förband (Tegaderm 1655) infört med lätthet och används överallt där CVK:er förekommer mer frekvent då fixeringen är mycket bra jämfört med tidigare förband.
- Avspritade avställningsytor vid omläggning av CVK och byte av ventilsystem infördes som "PPR", dvs utan att testas. Osäkert om förändringen används av den enskilde.
- Bedömningsskala för CVK insticksställe som underlättar bedömning och dokumentation. Är ännu endast införd på IVA och används i dagligt arbete.
- Algoritm för misstänkt CVK relaterad infektion – är under införande.

Förändringar i anslutning till PVK hantering

- Rena saxar placerade vid förband/fixeringsmaterial infört för att minska användning av "orena" saxar ur rockfickor. Osäkerhet i omfattning av användning i dagligt arbete.

- Membran på PVK för desinfektion före injektion/anslutning av infusionsaggregat. Efter test skedde en automatisk spridning bland deltagande enheter och används i allt större utsträckning på flertalet. Positiva kommentarer har varit att det blir mindre blodspill och därmed nytta även mot blodsmitta.

Med syfte att underlätta följsamhet till basal hygien och klädregler

Anslag för basal hygien där varje enhet definierar patientnära vårdarbete – när skyddsrock/plastförkläde ska användas – med syfte att påminna personalen och informera patienter och anhöriga. Har fått en bred spridning på sjukhuset och framförallt har många bra diskussioner omkring basal hygien förekommit.

- Handsprit på sängar – infört överallt varav några enheter sedan tidigare.
- Handsprit på provtagningsvagnar infört på de flesta enheter varav någon sedan förut.
- Automat för handdesinfektion. Ca 35 st. har placerats ute på de olika enheterna med omdömet att det är "lätt" och "kul" att sprita händerna.
- Handskhållare infört överallt.
- Plastförkläden/patientbunden skyddsrock. Plastförkläden har använts sporadiskt på enstaka enheter tidigare men nu införts på flertalet. Dessa är särskilt till nytta på enheter som kommer i kontakt med stort antal patienter och under kortare tid (operation, rtg, akutmott.). Någon föredrar skyddsrock och har återgått till detta, och då patientbunden.
- Klädkrokar utanför patientsalar har införts på flera enheter, någon sedan tidigare. Nyttjas mest av undersköterskor och sjuksköterskor.

Förändringar med syfte att öka säkerheten för sjuksköterskor att hitta riktlinjer och hantera CVK och PVK

- Kortfattade riktlinjer, "Lathundar" för CVK och PVK samt blodkomponenter inlagda på intranät och lättillgängliga på respektive enhet t ex provtagningsvagnar. Förändringen har tagit lång tid att införa då granskning och godkännande ska ske på sjukhusledningsnivå.

Förändringar med syfte att underlätta följsamhet till riktlinjer för CVK och PVK

- Gemensam checklista/infartsjournal har utformats för signering av daglig inspektion av insticksställe CVK, byte fixeringsförband och membran på CVK samt signering av daglig inspektion av PVK och insättningsdatum PVK. Mycket positivt mottagande på IVA, övriga enheter mer tveksamma. Justering görs allteftersom och kommer förmodligen att revideras med jämna mellanrum i framtiden.
- Datummärkning av infusionsaggregat infört på flertalet enheter men en osäkerhet i daglig användning finns.
- Tidsmärkning av blodaggregat infört i första hand på IVA. Positiv inställning, men förefaller inte användas i någon större utsträckning.

Teammedlemmar

Sjuksköterska Lena Forsgren, röntgensjuksköterska Ingela Calmervik, röntgen, sjuksköterska Anki Eklund, kirurgavd/allmän, sjuksköterska Linda Holz, kirurgavd/allmän, sjuksköterska B-M Eriksson, kirurgavd/ortopedi, sjuksköterska Maria Sjöberg, kirurgavd/ortopedi, sjuksköterska Anneli Lindberg, medicinavd/kardiologi, sjuksköterska Anneli Krantz-I, medicinavd/stroke, sjuksköterska Kristina Karlsson, medicinavd/allmän, sjuksköterska Jenny Siipo, IVA.

Lokala kontaktpersoner:

Sjuksköterska Maria Lundholm, akutmott., sjuksköterska Marie Hagström, ambulans, sjuksköterska Anna-Lena Lindhe, op/anestesi, utvecklingschef Eva Carlsson, hygiensjuksköterska Birgitta Israelsson, infektionsläkare Bengt Jacobsson, anestetiläkare Mikael Sandström, anesthesiläkare Katalin Hamori

Vi släpper inte greppet

Före projektet hade vi dålig uppföljning av infektionsregistreringen efter primära höft- och knäplastiker. När patienten skrevs ut fick de ett dokument i handen som skulle fyllas i om eventuell infektion eller komplikation skulle uppkomma. Om så var fallet skulle de höra av sig. Idag ringer vi upp alla våra patienter som genomgått en primär höft- och knäoperation för att höra hur de mår en månad efter operationen. Efter fyra månader journalgranskas alla.

Ortopedkliniken vid Piteå Älvdals sjukhus genomför ca 650 primära höft- och knäledsplastiker per år. Infektioner efter ortopediska ingrepp är ovanliga, men uppstår de innebär det stort lidande för patienten. De är också mycket kostsamma – särskilt djupa protesinfektioner.

– Vi bedömde att kunde vi undvika om så bara en enda infektion genom att medverka i VRIS-projektet var det värt alla pengar säger Tomas Isaksson, ortoped vid kliniken. För att inte tala om det lidande som vi kan bespara patienten.

Sagt och gjort. Teamet tillsattes och arbetet började. I teamet har ingått överläkaren och den medicinskt ledningsansvarige Tomas Isaksson, avdelningssjukskötaren Patrik Berglund, enhetschef Per Öhlund, intensivvårdssjuksköterskorna Astrid Öhlund-Häggblad och Ingrid Lindberg, och operationssjuksköterskorna Kristina Danielsson-Engström och Helena Olovsson. Målet för projektet blev att minska frekvensen av djupa infektioner efter primära höft- och knäledsplastiker till mindre än 0,5 procent och frekvensen av ytliga sårinfektioner till mindre än fem procent.

Processmålen blev att öka följsamheten till klädregler och basala hygienrutiner till 100 procent. Dessutom skulle en infektionsregistrering påbörjas och den skulle omfatta alla patienter.

Sedan började förbättringsarbetet. Alla idéer, sammanlagt 22 stycken, prövades och utvärderades. Somliga innebar förbättringar – andra förkastades eller kunde inte genomföras. Somliga förändringar gick lättare – andra var svårare att få acceptans för.

– En sådan åtgärd var att införa engångsförkläden i plast istället för de gula tygskyddsrockarna. Det var stort motstånd i början och det tog tre månader innan förändringen var accepterad. Men nu kan ingen tänka sig att gå tillbaka till tygrockarna säger sjukskötare Patrik Berglund.

Dubbelduschar av patienterna före operation, nya rutiner när det gäller lassekuddar, ändrad klädsel för narkosläkarna på operationsavdelningen, test av Aquacel Ag på riskgruppatienter, förändrade förbandsomläggningsrutiner på operation, handspritautomat, hjälmhuva och munskydd vid operation är exempel på andra tester som gjorts.

– Vi har också genomfört utbildning när det gäller sterila omläggningar. Det visade sig att många inte visste riktigt vad det var säger Tomas.

Numera är man mycket noga med att registrera de infektioner som uppstår för att lättare kunna identifiera dem. Efter fyra veckor görs en telefonuppföljning och efter fyra månader en journalgranskning. Detta kräver dock mycket resurser eftersom 16 till 20 patienter ska ringas upp varje vecka samt dokumenteras och registreras. I framtiden måste man hitta ett enklare sätt att registrera.

Har man nått sina mål? Ja, i stort sett. Målet när det gäller infektioner har uppnåtts sett över hela projektiden. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler följs väldigt bra. Såromläggningsrutinerna har blivit mycket bättre vilket är en starkt bidragande orsak till det goda resultatet.



Sjuksköterska Astrid Öhlund-Hägglad, sjuksköterska Ingrid Lindberg, operationsköterska Kristina Danielsson-Engström, operationsköterska Helena Olovsson, sjukskötare Patrik Berglund, överläkare Tomas Isaksson, enhetschef Per Öhlund.

Vad är chefens roll i ett sådant här utvecklingsarbete?

– Det är en mycket viktig roll säger alla samstämmigt. Tomas har varit vårt bollplank och vi har kunnat diskutera våra idéer med honom. Han har företrätt oss i olika sammanhang och kunnat skapa förståelse för att vissa förbättringar medför högre kostnader på kort sikt. Han har varit genuint intresserad och något bättre stöd kunde vi inte ha fått.

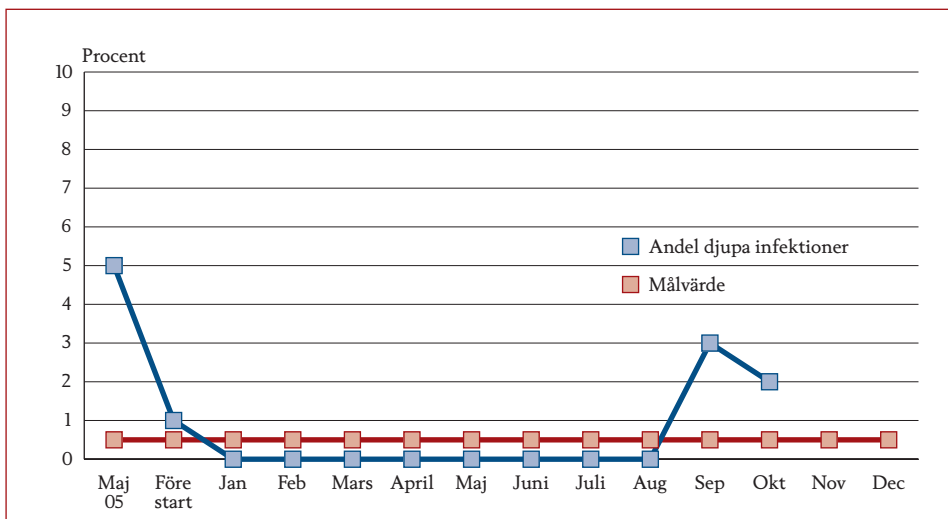
Hur går ni vidare och hur sprider ni resultaten?

– Vi fortsätter att mäta följsamhet till basala hygienrutiner och är lyhörda inför små förbättringar. Vi har börjat med att sprida våra resultat på hela sjukhuset och information till röntgen är redan genomförd. I början på nästa år kommer vi av att informera medicin. Vi släpper inte greppet försäkrar teamet från Piteå Älvdals sjukhus.

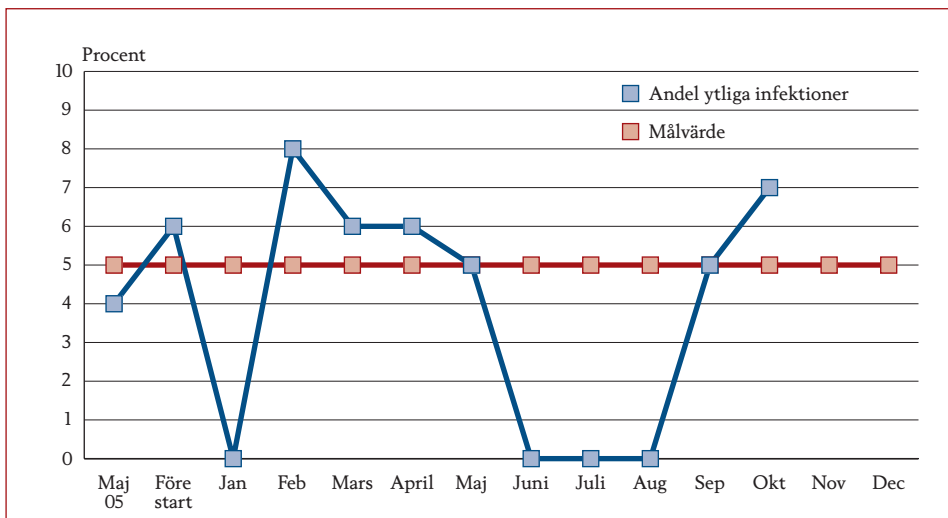
Intervju med Tomas Isaksson

– Jag tror att chefen måste vara engagerad på riktigt och även visa det i handling. Att hela tiden efterfråga resultat är viktigt för att inte förbättringsarbetet ska avstanna. Det gäller att ha samma tänk i hela kedjan och att engagera hela personalen. Alla ska med så att säga. Vad jag däremot saknat är en sekreterare som kunde ha avlastat mig och andra när det gäller dokumentation och rapportskrivning. En sekreterare är professionell på sådant och kunde ha sparat mycket tid till annat. Skaffa er en sekreterare är mitt råd till team som står i begrepp att påbörja ett genombrottsprojekt slutar Tomas.

ANDEL DJUPA PROTESINFEKTIONER



ANDEL YTLIGA SÅRINFEKTIONER



FAKTA OM ORTOPEDKLINIKEN VID PITEÅ ÄLVDALS SJUKHUS

Syfte:

Minska frekvensen av djupa och ytliga infektioner efter primära höft- och knä plastiker.

Resultatmål:

Minska frekvensen av djupa infektioner efter primära höft- och knäplastiker till mindre än 0,5 %.

Processmål:

1. 100 % följsamhet till klädregler.
2. 100 % följsamhet till basala hygienrutiner.
3. 100 % följsamhet till infektionsregistrering.

Förändringar som testats:

Samtliga förändringar, 22 stycken, är eller skall testas enligt PDSA-cykelmodell. Här följer sammanställning.

1. Att descutantvätta operationsområdet en extra gång i förberedelserummet på operation
Hygienforskning har visat att optimal bakterieminskning på huden erhålles genom att patienterna genomgår tre stycken dubbelduschar preoperativt med descutan tvätt eller likvärdigt. På rekommendationer från vår hygiensköterska genomförde vi inte denna förändring eftersom patienterna redan duschar tre dubbelduschar preoperativt.

2. Kontrollerat att patienterna verkligen har dubbelduschat två gånger.
Skärpt upp rutinerna att vi verkligen checkar av att dubbelduschningen är utförd.

3. Förbättrad infektionsregistrering. Snabbare återkoppling till ortoped kliniken.
Telefonuppföljning sker efter 4 veckor. Journalgranskning görs efter 4 månader. Med detta har vi en 100 % kontroll på infektionsfrekvens.

4. Förbättrade rutiner för steril såromläggning.
Vid fyra separata utbildningstillfällen fick all personal på postop./IVA och ortoped-avdelningen möjlighet till att lära sig grunderna samt repetera kunskaperna för steril såromläggning.

5. KAD sättning på operation.
Har inte kunnat genomföra denna förändring på grund av personalbrist på operation.

6. Införande av engångsförkläden i plast.

De gula tygskyddsrockarna är utbytta till engångsförkläden i plast.

7. Införande av handskar och handsprit i patientslussen på operation.

Sedan tidigare fanns det en handspritbehållare och en handskhållare. Nu finns det två handsprithållare som är uppsatta i slussen och i sänghallen. Detta gäller även handskhållarna.

8. Förändring av narkosläkarnas klädsel på operations avdelningen.

Sedan tidigare har vi på operation en blå, tät arbetsklädsel. Narkosläkarna har tidigare kommit till operation direkt från andra avdelningar utan att byta kläder. Nu är de tvungna att byta till den blå, täta arbetsdräkten. Allt detta för att minska smittspridning.

9. Införande av "20-sekundersregeln".

Tog denna idé från VRISS I projektet. Införde den som PPR, alltså utan test.

10. Förändrade förbandsomläggningsrutiner på operation, från 4-lager Aquacel till 8-lager.

På grund av mättade och läckande förband på postop och vårdavdelningen ville vi prova med att förstärka förbanden. Dränage används ej. Detta har utvärderats och nu behöver bara 1/3 av alla förband bytas före hemgång. Resterande 2/3 klarar sig till hemgång.

11. Införa plastförkläden vid patientflyttningar mellan patientsäng-opbord-patientsäng.

Sedan tidigare har det inte funnits något alternativ till att skydda sina arbetskläder på operation vid patientflyttningar.

12. Pärnhållare på patientsängar.

För att slippa ha patientpärmarna i sängarna vid transporter har vi sökt efter att annat alternativ.

13. Nya rengöringsrutiner för blodtomhetsmanschetter till knäplastiker.

Vi har inte odlat på våra blodtomhetsmanschetter, men funderingarna har lett till en ny rutin där blodtomhetsmanschetter tvättas för hand en gång/veckan. Avtorkning med ytdesinfektionssprit av manschetterna sker mellan varje patient. Skriftlig rutin för detta ska upprättas.

14. Patientbundna ståltrådkorgar på hjul på postop för förvaring av sängkläder under bäddning. Detta för att förhindra att sängkläderna faller ner på golvet.

Dessa korgar sprittvättas mellan varje patient. Har underlättat arbetet vid sängbäddning eftersom inga sängkläder riskerar att hamna på golvet.

15. Sängbundna griptänger och strumppådragare.

För att förhindra smittspridning mellan patienterna får varje patient ett eget set att använda under vårdtiden. Spritas av före och efter varje patient.

16. Nya rutiner angående "lassekuddarna"

Trasiga "lassekuddar" reklameras omedelbart. Ytskiktet på de nya "lassekuddarna" är av nytt avstötande material och lätta att torka av. Spritas av före och efter varje patient.

17. Test med Aquacel Ag (silver) på riskgruppatienter.

Riskgrupper: Insulinbehandlade diabetiker, RA-patienter med Immunsupprimerande läkemedel, ASA över 3, psoriasis eller andra hudsjukdomar där hudbarriären är bruten.

18. Fler väggklockor uppsatta som komplement på opsalarna.

För att förhindra användandet av armbandsur, detta medför bättre hygienrutiner.

19. Handspritsautomat i personalrummet och utanför alla förberedelserum inne på operationsavdelningen.

Bättre tillgänglighet för personalen.

20. Test av olika fabrikat av kundanpassade klädset. Ett höft- och ett knäset.

Istället för som tidigare att plocka styckvis sterilpackat engångsmaterial, 29 öppningar av sterila engångsförpackningar på höft och 35 på knä, till enbart 1 öppning av sterilt engångs- material.

21. Snabb återkoppling till ortoped läkare om infektions misstanke finns.

För att förhindra progress av ev. ytliga infektioner kan ortoped konsulteras under några mottagningstider som inte kan bokas till annat än opererade primära höft och knäplastiker. Tanken är att förhindra att patient med infektionsmisstanke ska behöva vänta flera veckor innan de får träffa en ortoped.

22. Kortfattat översättnings häfte från svenska till finska. Används på postop.

För att kunna förbättra kommunikationen med våra finstalande patienter har vi gjort en enklare översättning från svenska till finska.

Teammedlemmar

Kontaktperson: Sjukskötare Patrik Berglund

Överläkare Tomas Isaksson

Enhetschef Per Öhlund

Sjuksköterska Astrid Öhlund- Häggblad

Sjuksköterska Ingrid Lindberg

Operationssköterska Kristina Danielsson-Engström

Operationssköterska Helena Olovsson

De boende är positiva till vårt hygien tänkande

Jag upplevde en riktig lyckokänsla när vi inte hade en enda urinvägsinfektion under två månader. Vi hade uppnått vårt mål med råge och det kändes verkligen bra.

Åsa Askblom är sjuksköterska på Tillberga Grannskapsservice och även deltagare i det VRISS-team som arbetat med att förebygga urinvägsinfektioner hos de boende. I teamet har sammanlagt sju personer ingått. Det har varit hygiensjuksköterskan Lena Sars, som är anställd av landstinget, de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna Irene Bävman-Fjäll och Eva Gyllhamn, undersköterskan Elisabeth Siedenborg, läkaren Peeter Vinnal och verksamhetschef Sven-Erik Henriksson.

Tillberga Grannskapsservice är en verksamhet som omfattar ålderdomshem, servicehus, gruppboende och hemtjänst. Större delen av verksamheten är inrymd i en gemensam fastighet i centrala Tillberga. I fastigheten finns också restaurang som är öppen också för allmänheten, familjeläkarmottagning och Svensk Kassaservice. Det är en inrättning som sjuder av liv och rörelse och man kan verkligen tala om äldreomsorg mitt i byn. Tillberga Grannskapsservice drivs av en ekonomisk förening.

Nu är det så att gamla människor lätt kan få urinvägsinfektion. En del behöver hjälp med nedre toalett vilket ökar risken för smittspridning. Andra har kateter som också är en riskfaktor i sammanhanget. Otillräcklig vätsketillförsel och bristande toaletträning är andra faktorer som ökar risken för urinvägsinfektion.. Denna kunskap har visserligen alltid funnits men det har varit litet så och så med följsamheten till riktlinjerna för exempelvis basala hygienrutiner.

Nu var det så turligt att just innan VRISS-projektet startade slöts ett avtal mellan landsting och kommun om en satsning på vårdhygien och hygiensjuksköterskan Lena Sars anställdes. Så när inbjudan att delta i projektet kom var marken förberedd.

Efter det första lärandeseminarieret grep sig teamet an med att testa förändringssidéer. Redan från början var den övriga personalen med på noterna och det har egentligen aldrig funnits något motstånd. Det faktum att en boende på Tillberga hade drabbats av MRSA-bakterier bidrog till att personalen förstod allvaret med att hindra smittspridning. Med liv och lust grep man sig an uppgiften.

En framgångsfaktor har varit att engagera så många som möjligt i förbättringsarbetet. Personalen har utbildats, de anhöriga har informerats om projektet, anslag där patienter och anhöriga ombeds vara delaktiga i kontrollen av personalens följsamhet till basala hygienrutiner har satts upp och en anhörig har medverkat vid det lokala lärandeseminarieret.

Vad har man då gjort? Raden av förändringar är lång. Mycket handlar om att förstärka basala hygienrutiner. Kortärmade arbetsvästar till personalen, daglig tvätt av dessa, engångs plastförkläden vid personnära arbete, hygienlådor i hemtjänsten och i tjänstebilen är exempel på åtgärder som vidtagits. Andra har riktats direkt mot de boende som slutet urinuppsamlingsystem vid kateterbehandling, engångshanddukar vid nedre toalett, toalettassistansschema, tranbärsjuice vid frukost, läkemedelsgenomgångar med fokus på kontinens/inkontinens.



Namn på alla på bilden...

Hur har de boende upplevt förändringarna?

– De har varit positiva. I början av projektet fanns det farhågor att de skulle uppleva det som personligt och litet kränkande att personalen plötsligen skulle sätta på sig plastförkläden. Men de reaktionerna har uteblivit säger Lena Sars.

Du som läkare – vilka är de största förändringarna?

– Det märks hela tiden att personalen har en helt annan uppmärksamhet än tidigare. Nu behöver jag inte be om skyddsförklädet för det finns redan på plats. Den ökade medvetenheten om hygienens betydelse är inte bara bra för att förhindra urinvägsinfektioner. Andra former av smittsamma sjukdomar, exempelvis vinterkräksjukan, kan också undvikas säger Peeter.

Hur har projektet påverkat dig som undersköterska?

– Jag som undersköterska möts nu med en helt annan respekt än tidigare säger Elisabeth. Det har gjort att jag numera törs framträda i nya sammanhang och dela med mig av mina erfarenheter och kunskaper.

Hur går ni vidare?

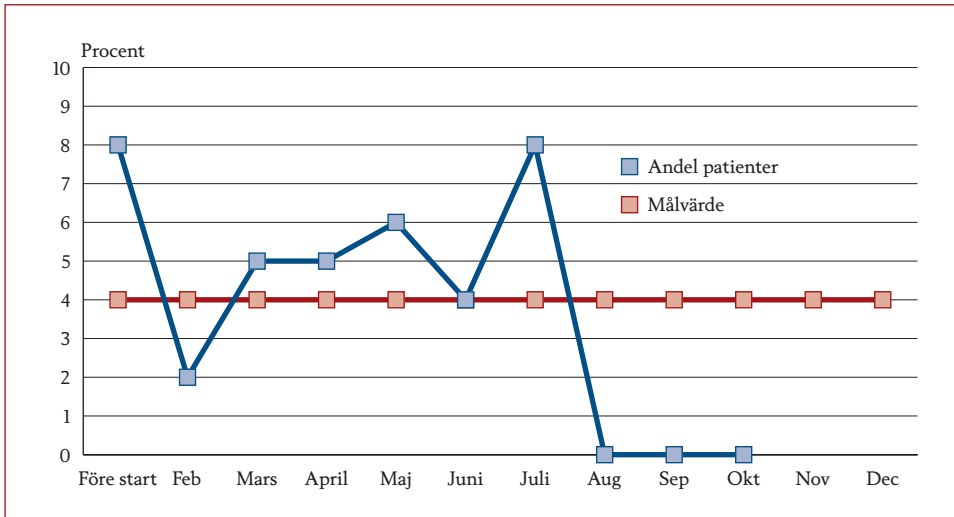
– Vi kommer att sprida våra resultat till politikerna och verksamhetscheferna.

Intervju med Sven-Erik Henriksson

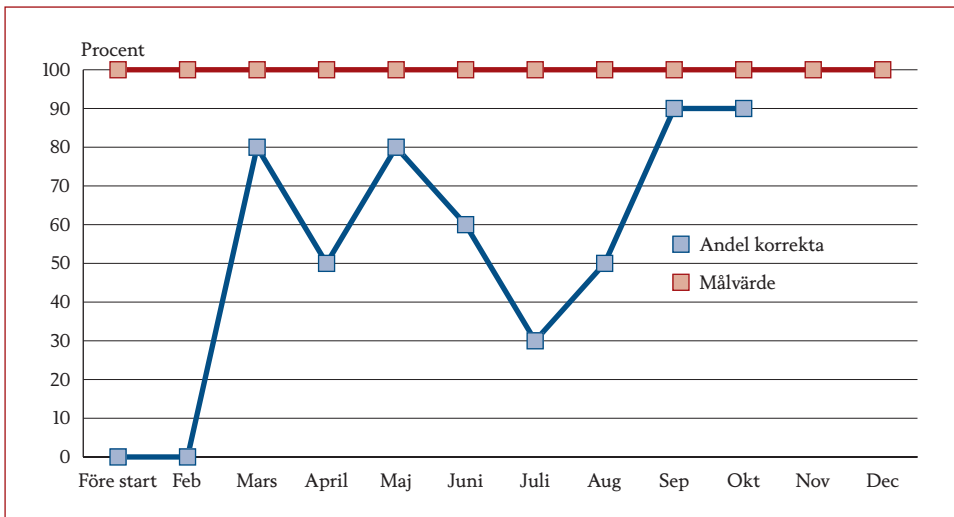
Sven-Erik Henriksson är verksamhetschef på Tillberga och har följt teamet hela vägen. I själva verket har han varit en del av teamet och även tagit på sig arbetsuppgifter. Han menar att det är lätt att vara chef i en sådan liten organisation som Tillberga Grannsskapsservice. Det finns ingen byråkrati och beslutsvägarna är korta. Så han har inte haft svårt att stötta teamet. Att fråga efter resultat, uppmuntra och belöna är honnörsord i sammanhanget.

– Jag tycker att vi fått ut oerhört mycket av projektet. Inte bara det att vi undviker urinvägsinfektioner – vi har fått ett helt nytt lärande. Nu sitter personalen framför datorn och söker relevant kunskap För första gången har hela arbetsgruppen fått en gemensam, positiv uppgift. Detta nya förhållningssätt kommer att leva vidare säger Sven Erik.

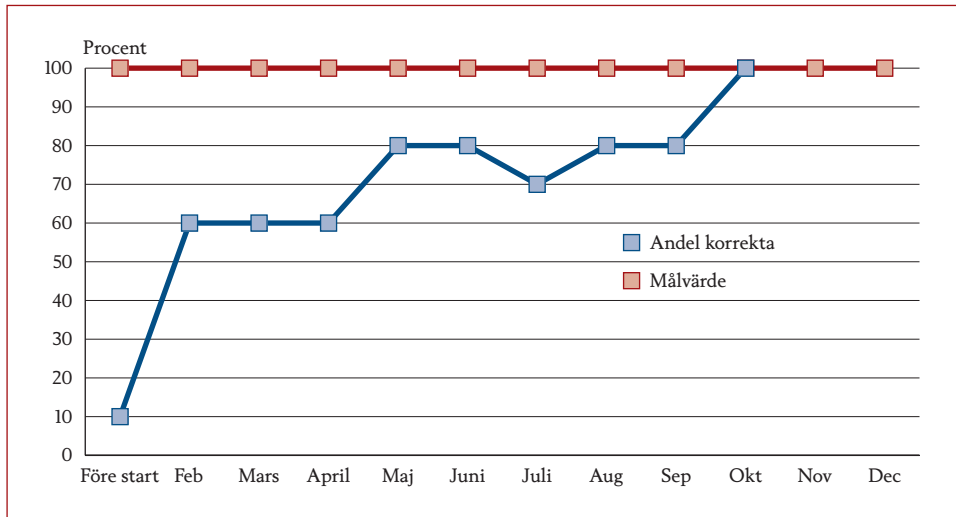
ANDEL PATIENTER MED URINVÄGSINFEKTION



FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER



FÖLJSAMHET TILL KLÄDREGLER



FAKTA OM BARNINTENSIVEN VID ASTRID LINDGREN'S BARNSJUKHUS

Syfte:

Minska förekomsten av urinvägsinfektioner hos äldre och funktionshindrade som erhåller hjälpinsatser från Tillberga Grannskapsservice.

Resultatmål:

Minska förekomsten av urinvägsinfektioner med 50 %, från 8 % till 4 %.

Processmål:

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

Exempel på förändringar som testats

Testerna har genomförts på ålderdomshemmet.

Slutet urinuppsamlingssystem vid kateterbehandling

Eftersom slutet urinuppsamlingssystem minskar eller fördröjer uppkomsten av bakteriuri hos patienter med kateter infördes tömbara urinuppsamlingspåsar som rutin

på hela enheten efter avslutad test. Enheten har få patienter med kvarliggande kateter.

Engångshanddukar vid nedre toalett

Tidigare användes tyghanddukar. En till övre och en till nedre toalett. En del patienter hade svårt att hålla isär handdukarna. Det fanns ingen rutin för när de skulle bytas.

Engångshandduken kastas efter användning. Personalen är övervägande positiv. Patienterna upplever engångshanddukarna som behagliga. Kostnaden för att införa dem är ännu inte beräknad vilket är avgörande för om de kommer att införas som rutin.

Toalettassistansschema

Främst äldre som har svårt att tolka signaler eller får alltför kort varsel inför blåstömningen kan behöva toalettassistans. Syftet med testen var att kartlägga blåstömningens vanor och hjälpa patienterna till toaletten på bestämda tider. I vissa fall kan orsaken till urininkontinens bero på oförmåga att tolka signaler om behov att tömma blåsan eller svårigheter att ta sig till en toalett. P.g.a. hög arbetsbelastning fick testen avbrytas och slutföras vid ett senare tillfälle. Testen har ökat medvetenheten hos patienter och personal.

Servera tranbärsjuice till frukost

Tranbärsjuice kan eventuellt minska risken för urinvägsinfektioner. Tranbärsjuice bör dock inte ges till patienter med kronisk waferinbehandling. Största vinsten av testen är att patienterna får i sig extra vätska.

Läkemedelsgenomgång med fokus på kontinens/inkontinens

Med syfte att få medicineringen så gynnsam som möjligt ur inkontinenssynpunkt har sjuksköterskan och den ansvariga familjeläkaren sett över patientens samtliga läkemedel.

Genomgången är också ett led att utveckla dokumentationen och kartlägga patientens problem runt kontinens/inkontinens. Om det behövs går sjuksköterskan sedan vidare och gör en inkontinensutredning. Testen har gjorts på tre patienter vilket är ett litet underlag. Genomgången har varit tidskrävande men dock lett till en kvalitetshöjning för patienterna.

Läkemedelsgenomgång/kartläggning har införts som rutin på patienter som flyttar in på ålderdomshemmet.

Kortärmad arbetsväst till all personal

När projektet startade bestod personalens arbetsdräkt av en kortärmad väst. En del av personalen använde privata kläder som även användes utanför arbetsplatsen. Personalen har genom testen blivit medveten om risken för smittoöverföring via sina arbetskläder. Det har resulterat i att många har avsatt privata byxor som de tvättar på arbetsplatsen. Andra har köpt egna arbetskläder i väntan på kompletta arbetskläder från arbetsgivaren. Västerås stad har tillsatt en arbetsgrupp som skall se över tillgången på arbetskläder i hela kommunen. Kortärmad arbetsdräkt har fått god genomslagskraft inom alla verksamheterna.

Daglig tvätt av personalens arbetsväst

Tidigare fanns det ingen rutin för när arbetskläderna skulle bytas. Personalen tvättade sin väst hemma när de tyckte det behövdes. Testen gick över förväntan. Teamet trodde att det skulle bli livliga diskussioner vid utvärderingen om ökad arbetsbelastning, tidsbrist osv. Så blev det inte! Idag skall västen tvättas på arbetsplatsen efter varje arbetspass. Det är främst nattpersonalen som ombesörjer detta. Alla tycker att det känns fräschert att sätta på sig en ren väst när de påbörjar sitt pass. För att kontrollera följsamheten gjordes en initial mätning i februari där resultatet visade att 62 % av tjänstgörande personal tvättat arbetsvästen efter arbetspassets slut. En uppföljande mätning gjordes i maj där resultatet visade på 61 %.

Nästa mätning kommer att utföras i november.

Cirkulationskläder från centralt tvätteri

Personalen ska testa arbetskläder på cirkulation från ett tvätteri. Arbetskläderna består av byxor och kortärmad blus. Fördelarna är flera; arbetsgivaren bör tillhandahålla arbetskläder, professionella arbetskläder minskar risken för smittspridning, miljöaspekter och tidsvinst.

Testen är ej avslutad.

Engångs plastförkläden vid personnära arbete

Före projektstart användes skyddskläder endast vid konstaterad smitta, t.ex. magsjuka och MRSA. Personalen har testat plastförkläden i olika förpackningar, färger, längder och tjocklekar. Slutsatsen blev att de billigaste är inte alltid de bästa. För att få god följsamhet är det viktigt att berörd personal själva får testa och lämna synpunkter. Före testerna tyckte personalen att förklädena var opersonliga och med all sannolikhet skulle de upplevas som negativt av patienterna. I samband med första testen informerades anhöriga och patienter/brukare om syftet med skydds-

kläderna. När de förstod avsikten med förkläderna ansåg de att rutinen var en bra säkerhetsåtgärd. Rutinen är införd inom alla verksamheter.

Tygförkläde vid hantering av livsmedel

Eftersom personalen arbetar integrerat och rör sig inom flera verksamheter är det extra viktigt att ett rent förkläde används som skyddsklädsel när man hanterar livsmedel. Den här rutinen har varit svår att införa på ålderdomshemmet. Det är många personer som rör sig i köket.

Med befintlig bemanning är det svårt att avdela en person som ansvarar för mat-hanteringingen. Vem ska använda förklädet? I servicelägenheterna och gruppbo-städerna blir rutiner mer naturlig. Där är det en person som går in till brukaren och gör i ordning t.ex. frukost. Patienterna/brukarna tycker att tygförkläderna ser trevliga ut och de hade ofta själva som vana att bära förkläde vid köksarbete. Rutinen är införd i alla verksamheter. Personalen på ålderdomshemmet är medvetna om problemet och använder förklädet när det går.

Erbjuda handtvätt före måltid och efter toalettbesök

En rutin som för de flesta är självklar. Men alla patienter klarar inte av att sköta sin handhygien. Vissa får inte tillfälle. Utvärderingen av testen påvisade att en del av gamlingarna som redan satt i dagrummet inte orkade med att gå tillbaka till sina lägenheter för att tvätta händerna före måltid. För att lösa problemet finns det nu tillgång till handsprit vid matborden för de som har svårt att förflytta sig. De flesta patienter tycker att det känns skönt att få möjlighet att tvätta händerna på ett eller annat sätt.

"Hygienlådor" i hemtjänsten

Hygienlådorna placeras ut hos brukare som behöver hjälp med personlig omvårdnad. Lådan innehåller; handsprit, engångsplastförkläden, handskar, flytande tvål och pappershanddukar.

Personalen tycker att det är praktiskt att ha all skyddsutrustning på ett ställe. Någon enstaka brukare har opponerat sig mot att lådan ska stå i deras hem. Viktigt att ge adekvat information. Rutinen är införd.

"Hygienlåda" i tjänstebilen

Lådan innehåller; handsprit, engångsplastförkläden, handskar, flytande tvål och pappershanddukar. Ibland händer det att personalen kommer till en brukare där något saknas eller där det inte finns utrustning. Personalen tycker att det känns tryggt. Rutinen är införd.

Teammedlemmar

Hygiensjuksköterska Lena Sars

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Irene Bävman-Fjäll

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Eva Gyllhamn

Leg. sjuksköterska Åsa Askblom

Verksamhetschef Sven-Erik Henriksson

Undersköterska Elisabeth Siedenburg

Leg. läkare Peeter Vinnal

Prövade förändringar för att minska vårdrelaterade infektioner

När teamen i VRISS II startade sitt arbete hade de fördelen att kunna dra nytta av alla de kunskaper som framkommit under VRISS I. Bland annat inbjöds en expertgrupp inför starten av VRISS I som bestod av ett antal representanter för landets experter inom området. Deras uppdrag var att skapa en bild av hur förekomsten av vårdrelaterade infektioner drastiskt kan reduceras och diskutera samt föreslå vägar att ta sig dit. Ett koncentrat av expert- och planeringsgruppens kunskaper och erfarenheter bildade nio så kallade förändringskoncept. Koncept som skulle ge vägledning till vad förbättringsarbetet ska fokuseras på.

Vid sammanställningen av resultaten från VRISS I utkristalliserade sig ytterligare två förändringskoncept och de blev totalt elva för teamen i VRISS II att arbeta med. Därutöver hade teamen från VRISS II tillgång till alla de förändringsidéer som med framgång prövats i VRISS I. Det visade sig snart att teamen från VRISS II verkligen hade nytta av den långa lista med idéer som testats i det tidigare projektet. Teamen i VRISS II genomförde tillsammans drygt 200 förändringar under det år som projektet pågick. Det motsvarar ett genomsnitt på cirka 10 förändringar per team, det team som genomfört flest förändringar slutförde 22. Teamen har därutöver tillsammans genomfört drygt 200 aktiviteter. En aktivitet är sådant som teamen arbetat med i projektet men som inte inneburit en förändring i arbetssätt. Exempel på aktiviteter är att sätta upp krokar att hänga läkarrockar på, utbildning i hygienrutiner, patientinformation och informationsmöten.

Förändringskoncept och förändringsidéer från VRISS I och II

Förändringskoncepten har samma funktion som en katalysator. Det är ett hjälpmedel för att sätta igång processer och ett kreativt nytänkande. När processen väl är igång behövs inte katalysatorn längre. Förbättringspotentialen ligger ofta i att komma på smartare rutiner och arbetssätt.

På följande sidor redovisas elva förändringskoncept och många förändringssidéer. En utveckling av dessa förändringskoncept har skett under projektens gång och därför redovisas här en sammanställning av alla de förändringar och måtningar som teamen har prövat och gjort i VRISS I och II. De förändringsidéer som är nya för VRISS II är blåmarkerade.

*Det finns aldrig bara en lösning,
och det är just vad denna sammanställning visar.*

Förändringar testade i kommunen

I VRISS II deltog tre team från kommunal vård och omsorg, från Västerås stad, Staffanstorps kommun och Marks kommun. De har arbetat med att minska förekomsten av urinvägsinfektioner, att förhindra smittspridning och begränsa infektionsutbrott generellt samt att förhindra spridning av MRSA. De förändringar som genomförts i kommunteamen har till viss del skiljt sig från sjukhusteamen. Bland annat har införandet av bra arbetskläder, både för patientarbete och för köksarbete varit viktigt. Det har också varit viktigt att föra in rutiner för tvätt av arbetskläder. Andra förändringar som kommunteamen genomfört är att införa "hygienlådor" i hemtjänsten och i tjänstebilen, att erbjuda handtvätt eller tvätt-servetter före måltid och efter toalettbesök, att erbjuda extra vätska vid måltider samt att i större utsträckning använda engångsmaterial.

God handhygien är den viktigaste smittförebyggande åtgärden. För att handhygien ska fungera måste all vårdpersonal vara motiverad och ha goda kunskaper i och om vårdhygien. Arbetsledarna ska fungera som goda förebilder.

- Handsprit på varje säng
- Användning av engångs platsförkläden vid patientnära arbete
- Nya klädregler som innebär kortärmade arbetskläder för all personal vid patientkontakt
- Tätare klädbyten
- Västar till frusen personal i stället för långärmad tröja
- Basala hygienrutiner följs upp årligen och revideras
- Ultraviolet lampa för kontroll av effektivitet av handdesinfektion på personal
- Uppföljning av personalens kännedom om basala hygienrutiner, klädregler, preoperativa duschar och skötsel av perifer venkateter och var information om detta kan hämtas
- Vid introduktion av nyanställda och studenter gås de basala hygienrutinerna igenom
- Cirkulationskläder från centralt tvätteri
- Daglig tvätt av arbetskläder

Ett smittförebyggande förhållningssätt bland all vårdpersonal är av största betydelse. Vårdpersonal ska inte bära på infektioner eller smitta som kan infektera både patienter och annan vårdpersonal.

- Fortlöpande dialog i hygienfrågor i hela organisationen
- Hygienombudsutbildning i ett helt landsting
- Undervisning i basala hygienrutiner
- Alla AT-läkare får genomgång av operationssjuksköterska hur man arbetar på operationsavdelning
- Anordnande av hygiendag för all personal
- Riktlinjer för vengraftsstagning utarbetade av thoraxkirurger. Information om riktlinjerna till övriga läkarkollegor
- Senior thoraxkirurg utbildar kollegor i sutureringsteknik och val av sutur
- Information till vårdpersonal gällande rutiner för handhavande av postoperativt förband
- Framtagande av riktlinjer angående inoperation av peritonealdialyskateter
- Nätverksträff med distriktssköterskor
- Omvårdnadsutbildning för att förankra nya rutiner
- Uppsättning av krokar för att hänga av sig långärmad rock före patientnära vårdarbete
- Informationsmöte med alla distriktsläkare för att sprida kunskap om förbättringsprojektet

Basala hygienrutiner d v s handdesinfektion, skyddshandskar och skyddsförkläde/rock är en viktig åtgärd för att förebygga smittspridning i vårdarbetet. Basala hygienrutiner ska tillämpas i alla vård och undersökningssituationer och av all vårdpersonal. Även lokaler och utrustning måste anpassas så att smittspridning kan förebyggas.

- Ökad tillgång till handsprit genom fördubblat antal handspritbehållare på operation och på varje säng på vårdavdelningarna
- För lättare tillgång av handskar har hållare utplacerats. Även hållare för "slaskhandskar" har införts
- Inplastade påminnelseaffischer med uppmaning att följa basala hygienrutiner uppsatta där handsprit finns
- Patientnära "kit" för att öka tillgång till handdesinfektion, klorhexidinsprit med tork, proppar, sprutor och därigenom minska "förrådsbesöken"
- Material som hamnar på golv på operation skall ej användas vidare
- Patientbundna skyddsrockar och salsbundna tvättsäckar har införts
- Tvättsäckshållare har inskaffats för att säkra smutstvätthanteringen och hindra tvätt att hamna på golvet
- Sängbord har byggts om och vägghyllor har satts upp för att förhindra att textilier hamnar på golvet
- Spring med smutsvätt undviks genom placering av soptunna på varje sida om sängarna
- Sänkt temperatur i förberedelserum för att undvika ventilation med hjälp av öppna dörrar till operation
- Enkelrum till plastikpatienter peroperativt
- "Tjugosekundersregeln" Personalen står innan operationsstart stilla i 20 sekunder så att merparten av de luftburna partiklarna som kan bära bakteriekolonier hinner transporteras bort från operationsområdet

- Uppdukning i tomt patient- eller apparatrum inför inläggning av central venkater/central dialyskateter i stället för i korridor där personal och anhörig rör sig
- Användning av klisterdukar vid uppdukning för inläggning av central venkater/central dialyskateter för att förebygga glidning och bibehålla sterilitet
- Efter uppdukning av instrument till ortopedisk implantatkirurgi täcks borden innan patient får komma in på sal
- För att minska antalet dörröppningar på operation monterades en "skjutruta" i glaset på dörrarna till salaran
- All personal på protessektionen byter rock och utför handdesinfektion före inträde på avdelningen
- Patient- och sängkläder byts dagligen de två första dagarna efter operation. Restriktioner i antal besök. Strängare städrutiner än på andra sektioner
- Utbyte på operation av fiberpäls mot geldynor som är lättare att desinficera
- Luftmätning på ortopedoperation för att kontrollera bakteriehalten
- Endast rent vatten i bideskålar. Tvättlappar som använts får aldrig doppas tillbaka i tvättvattnet för att "sköljas ur" och användas igen
- Låta spriten torka minst 15 sekunder på händerna innan arbetsuppgift utförs
- Toaletsitsarna torkas av med ytdesinfektion vid synligt spill
- Vid hemgång rengöres säng och madrass med ytdesinfektion
- Medicinnyckeln som sitter fast i en kedja i rocken, rengöres efter varje arbetspass med ytdesinfektion
- Plastförklåde används utanpå röntgenförklåde. Inplastad påminnelsekrift på röntgenapparaten
- Vågarna som finns på salarna spritas av efter varje användning, liten inplastad påminnelseapp på vågen
- Datoriserat checksystem för bytestider och kontroll av olika infarter till exempel central venkateter

- Tätare städning av avlopp på toaletter, kontroll i samråd med städansvarig
- "CVK-kit". Material för provtagning och CVK-omläggning i patientsluss
- Rengöring av blodtrycksmanschetter samt stetoskop med ytdesinfektion efter varje användning
- Handsprit, handskar samt plastförkläden i hållare på väggen hos varje vårdtagare
- Användning av tygförkläde vid hantering av livsmedel
- Hemtjänstgrupperna har placerat ut "hygienlådor" hos de vårdtagare där patientnära arbete bedrivs. Lådorna innehåller handskar, plastförkläden, handsprit, pappershanddukar samt tvål. Hygienlådor finns även i hemtjänstens bilar
- Ersatt hård tvål med flytande tvål
- Placera en plasticsäck i tvättkorgen för smutstvätt (bär sedan tillbaka ren tvätt i korgen)
- Avspritning av bordet där man dukar upp start/avslutningsset inför dialys
- Uppdukning av start/avslutningsset får ske max 30 min innan start/avslut av dialys
- Kundenpassade klädset, för den sterila drapperingen av patienten på operation
- Patientbundna strumppådragare och griptänger
- Skärpta rengöringsrutiner av "lasse-kuddarna". Nytt ytmaterial gör det lättare att ytdesinfektera. Trasiga "lasse-kuddar" reklameras omedelbart
- Patientbundna ståltrådkorgar på hjul används på postop vid bäddning av säng för att undvika att sängkläder och kuddar hamnar på golvet
- Rostfria bidéskålar för nedre toalett, går att rengöra och desinfektera i spol-/diskdesinfektor

Vårdpersonalens kunskap och förståelse om vikten av att snabbt identifiera patient med klinisk infektion oavsett mikrobiologisk orsak är i de flesta fall avgörande för att hindra förekomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Detta är inte minst viktigt för att identifiera patienter som kan bära multiresistenta bakterier t ex MRSA, calici och tuberkulos.

- Alla patienter med ventrikeldränage handspritas minst 1 g/arbetspass
- Tidigare tvätt runt ventrikeldränagets ingång/hårtvätt dag 3 efter operation
- Regelbunden inspektion av huvudförband för tidig upptäckt av likvorläckage
- Inläggning/byte av ventrikeldränage sker på operationsbord i stället för i patientsäng
- Ändrade omlägningsrutiner av ventrikeldränage innebärande omläggning var 3:e dag och v.b. samt tvätt med klorhexidinsprit
- Mer omfattande rakning inför inläggning av ventrieldränage
- Stor återhållsamhet med spolning av ventrikeldränage. Dokumentering i journal
- Restriktivare indikation för ventrikelläge
- Snabbare byte från ventrikeldränage till lumbaldränage
- Ventrikeldränage tunnuleras minst 15 cm under huden
- Omedelbar kontakt med läkare för åtgärd vid likvorläckage
- Reviderade rutiner angående hårtvätt och skötsel av ventrikeldränage
- Odling (MRSA) från svalg, yttre delen av näsan och ljumsken vid inläggning på avdelning
- Odling (MRSA) på utomlänspatienter som skrivs ut vid vårdtid >7 dagar
- Ultraljud görs i samband med abort för konstaterande att uterus är tömd
- Kaliumhydroxidtest görs för uteslutande av bakteriell vaginos
- Snabbare rutiner vid enteral nutrition för byte från grov till tunn matningssond
- Skärpta duschrutiner inför planerad operation genom att patient genomgår 3 dubbelduschar

- På operation läggs tjockare Aquacelförband
- Sårkontroll efter operation endast en gång under vårdtiden i normalfall
- Sterila omlägningsrutiner tillämpas om förbandsbyte måste göras inom 3 dagar postoperativt
- Minimera frekvensen av förbandsbyten efter operation. Byte endast vid tecken på sårinfektion, lossnat förband på grund av läckage eller annan orsak
- Urinkatetersättning på läkarordination
- För att förkorta tid med urinkateter sätts den först på operation
- Direkt fråga till patient om urinvägsbesvär vid inskrivning inför operation
- Tvättning med Descutansvamp före urinkateterisering
- Kontroll med urinsticka görs före insättning av urinkateter
- Preoperativ urinvägskateter dras första postoperativa dygnet hos patienter med höftfraktur
- Planerad liggtid utgör underlag för beslut om urinkatetersättning
- Urinprov tas i samband med inskrivningsbesök för eventuell preoperativ behandling
- Urinprov tas rutinmässigt i samband med insättning och borttagande av kateter
- Slutet urinuppsamlingssystem
- Huden desinficeras med Descutan och färgad klorhexidinsprit före inläggning av central venkateter/central dialyskateter
- Muntlig och skriftlig information ges till alla patienter avseende preoperativ dusch av inskrivande sjuksköterska. Undersköterska ansvarar för att all information upprepas vid ankomst till avdelning. Planscher finns uppsatta i varje duschrum med tydliga bilder på hur duschen ska utföras
- Uppdaterade rutiner för hårvaskning har delats ut till enheter som har patienter preoperativt
- Artärtryckmätningssystem med slutet blodprovstagningsystem infört
- Ändrade omlägningsruinter vid peritonealdialyskateters utgångshål; fixering med smal tejp och sårdyna med hydrokollida fibrer. Området täcks inkl rester av katetern med trasparent sårfilm. Över operationssnittet sätts sårförband med absorberande dyna. Förbandsbyte efter 7 dagar i normalfallet

4 forts. Snabb identifiering av infekterade patienter/riskmedvetenhet

- Bättre upphängning och fixering av peritonealdialyskateter på buken genom speciellt bälte, vilket minskar risk för ryck och påfrestningar vid katetermykning
- Ändrade rutiner för peritonealdialyskatetervård genom tvätt med Hibiscrubtvål och inspektion en gång/vecka
- Omedelbar rapportering vid missänkt infektion via rådgivningssjuksköterska till ansvarig läkare
- Fastställt rutiner för skötsel av tracheostoma och utbildning om olika tracheostomikanyler
- Snabbare byte från oral intubation till tracheostomi
- På alla intensivvårdspatienter med intravenösa infarter sätts injektionsventil
- Syfte och mål med alla ordinationer för dygnet går igenom vid morgonrund
- Slutet sugsystem som byts var 3:e dygn istället för 1 gång per dygn
- Individuell bedömning av inhalationsbehov i stället för samma rutin för alla patienter
- Nya riktlinjer för BIRD ventilatoranvändning
- Höjd huvudända 30 grader på ventilatorpatienter för att minska risk för aspiration
- Munvård med klorhexidin 2 gånger per dag
- Ny urträningsrutin ur respirator
- Aktiv befuktning av lungorna på intuberade patienter
- Tåtrycksmätning före val av tagbenställe för att minska risken för infektioner i "tagben"
- Säkerställa tillförlitlig temperaturmätning på alla respiratorbehandlade patienter
- Dryck serveras vid ytterligare ett tillfälle på förmiddagarna
- Extra dryck serveras vid måltider
- Extra vätska i form av tranbärsjuice
- Patienten får hela vichyvatten/lättölsflaskan istället för ett upphållt glas
- Spritning av händer vid hantering av "katetersatsernas delar"

- Ren torr blodtomhetsmanschett till varje knäprotesoperation
- Omläggning sker i behandlingsrum, täta förbandsbyten undviks, eventuellt ingen omläggning före suturtagning
- Opförband bytes på salen vid hemgång
- Sårödling tas på alla misstänkta sårinfektioner innan antibiotika sätts in
- Åldersanpassat PM gällande munvårdsrutiner för respiratorbundna patienter
- Lägga in ljumskkatetrar med steril teknik, det vill säga med korrekt desinficering, steril hålduk samt sterila handskar
- Alla ljumskkatetrar ska handhas som en central venkateter (CVK)
- 30-sekundersregeln efter avspritning av smart-site innan vacutainer/spruta/infusions slang ansluts
- Motståndssandning för att motverka atelektaser / pneumoni vid inaktivitet (mini-pep), följer patienten under hela sjukdomstiden
- Isoleringsstäda i direkt anslutning till läkarbeslut om isolering av patient
- Handtvätt och våtservietter erbjuds patienter/vårdtagare före måltid och efter toalettbesök
- Engångshanddukar används vid nedre toalett
- Läkemedelsgenomgång genomförs med fokus på kontinens/inkontinens
- Alltid vara 2 personal vid start/avslut av dialys
- Rena saxar placerade vid förband/fixeringsmaterial vid PVK hantering för att minska användningen av "orena" saxar ur rockfickor
- Slutna ventiler/membran på PVK för desinfektion före injektion och anslutning av infusionsaggregat
- Avspritade avställningsytor vid omläggning av CVK och byte av ventilsystem
- Skala för bedömning av insticksställe för CVK som skall möjliggöra en objektiv bedömning samt underlätta dokumentationen
- Handlingsplan för hantering av misstänkt CVK relaterad infektion för att göra en likvärdig och systematisk bedömning av misstänkta CVK relaterade infektioner

För att kunna övervaka infektionsläget måste all verksamhet strukturerat och fortlöpande registrera alla vårdrelaterade infektioner. Lika viktigt som registrering och övervakning är att resultaten snabbt återförs till all vårdpersonal.

- Återbesök hos sjuksköterskor efter legal abort för kontroll av CRP, temperatur och klinisk anamnes
- Sjuksköterska telefonintervjuar patienter för att efterhöra tecken på infektion veckan efter legal abort
- Protokoll för förbättrad registrering av komplikationer
- Öka personalens teoretiska kunskap om alternativet non-invasiv ventilation
- Protokoll upprättas för registrering av alla patienter som får central venkateter/central dialyskateter. Påminnelserapp om att ta blododling 5 dagar efter inläggning av central venkateter/central dialyskateter
- Patienters sår följs upp i ASEPSIS protokoll på vårdavdelning och mottagning
- Patienter som skrivs ut följs upp genom att de får med sig formulär med uppmaningen att ringa kontaktperson vid eventuella problem med "tagben"
- Kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner hos patienter med akut höftfraktur och/eller urinvägskateter införs
- Intensivvårdspatienter följs upp dagligen avseende tecken på infektion med hjälp av framtaget protokoll
- Knäprotesopererade patienter följs upp med telefonkontakt 1 vecka samt 1 månad efter hemgång och tillfrågas bland annat om sårhäkning
- Ett nytt utskrivningsmeddelande till distriktssköterskan. Om misstanke om infektion finns vid staplesborttagning, ska ortopedmottagningen kontaktas för rådgivning
- Registrering av status på CDK ingången vid varje dialystillfälle

6**Evidensbaserad antibiotikaanvändning**

Antibiotika ska användas med omdöme och endast när det finns underlag som stödjer/motiverar antibiotikabehandling.

- Antibiotikaprofylax ges till alla patienter som ska opereras

7**Anlita vårdhygienisk eller annan expertis**

Behov av utbildning och fortbildning om vårdhygien är kontinuerligt hos vårdpersonalen. Ansvar för att all vårdpersonal har den rätta kompetensen ligger på arbetsledningen.

- Information av Vårdhygienisk Enhet till all personal om basala hygienrutiner och förebyggande smittspridning
- Hygienrond med Vårdhygien
- Information om smittskyddsläkare till ortopedläkare
- Definition av urinvägsinfektion och nya riktlinjer för kateterbehandling framtaget i samråd med urolog
- Analys av ASA-klass, operationstid, operatör, hudstatus, rökning, diabetis, val av antibiotikaprofylax och doseringstillfälle utförs av smittskyddsläkare på samtliga djupa protesinfektioner

Kunniga patienter som förstår betydelsen av smittförebyggande förhållnings-sätt engagerar sig i sin egen vård och upprätthåller det hos vårdpersonalen.

- Alla pådialyspatienter kallas för repetition av teoretiska kunskaper och praktiska hygienrutiner en gång per halvår
- Patienter som inte klarar den preoperativa duschen erbjuds hjälp
- Patienter uppmuntras att själva använda handsprit
- Patienter görs delaktiga i kontroll av personalens följsamhet till hygienrutiner
- Patientinformation gällande preoperativ dusch med Descutan skickas hem till patienterna
- Broschyr med tvättinstruktion om preoperativ tvätt lämnas till patienten då denne sätts upp på väntelistan till operation

För att patienter, närstående och besökare från olika länder och med olika språk ska förstå vikten av förebyggande smittspridning måste informationsmaterial kunna läsas på olika språk.

- Inga förändringsidéer har testats under detta koncept

- Kontroll av följsamhet till hygienrutiner genom mätning av handspritsförbrukning
- Uppföljning av läkarnas handdesinficering vid inträde på operation
- Observation av hur personalen sköter perifera venkatetrar
- Nya kranar till central venkateter och dialyskateter med längre "hållbarhet" (72 tim)
- Central venkateter/central dialyskateter omlägges med desutantvätt var 6:e dag eller vid behov av sjuksköterska
- Standardisera omlägningsrutiner efter operation
- Uppföljning av patienters följsamhet till "Dusch-PM"
- Bättre kontroll av följsamhet till sederingsriktlinje
- Uppföljning av fastställd rutin att dra preoperativ urinvägskateter första dygnet
- Uppföljning av följsamhet till lokala riktlinjer vid insättning av urinvägskateter
- Säkrare analys av urin genom annan mätapparat
- Odlingar på material och utrustning t ex "Lassekuddar", fåtöljer, draperier och liknande
- Fortbildning i provtagningsteknik under ledning av biomedicinsk analytiker
- Gemensam checklista/infartsjournal för daglig inspektion av CVK insticksställe, byte av fixeringsförbandsbyte och membran på CVK
- Signering av daglig inspektion och insättningsdatum (PVK)
- Datummärkning av infusionsaggregat
- Kortfattade riktlinjer, "Lathundar" för CVK och PVK samt blodkomponenter inlagda på intranät och lättillgängliga på respektive avdelning

- Engångsslanger till ventilator som kan sitta upp till 1 vecka
- Antibiotikapreparerande ventrikeldränage
- Ny typ av operationsrock som eliminerar risken för handskglidning och därmed förhindrar icke sterilzon runt operationspersonalens handleder
- Hårborttagningskräm utbytt till håravkortningsmaskin
- Byte av elastisk binda för bättre kompression och bandagering av ben efter operation
- Säkrare fixering av infarter med nytt fixeringsmaterial
- Kanyl med extra sugkanal används vid tracheostomi. Kanylen underlättar sugning av slem som samlas ovanför kuffen
- Tub/kanyl med subglottis aspirationskanal
- Inplastade tangentbord som dagligen ska avtorkas med Y-sprit
- Infört evidensbaserat CVK-förband (Tegaderm HP, 1655) då fixeringen är mycket bra jämfört med tidigare förband
- Avspritningsbara plastbrickor för material vid provtagning, CVK-omläggning, blododling, och så vidare
- Flergångs Eschmarksbindor har bytts ut mot engångs vid knäprotesoperationer. Nu finns det endast engångsbindor som alltid används

Deltagare i projektet

Teamen och deras kontaktpersoner

*Astrid Lindgrens Barnsjukhus
Karolinska Universitetssjukhuset
Intensivvårdsavdelningen*

Joachim Krylborn, läkare
joachim.krylborn@karolinska.se

*Centrallasarettet i Växjö
Intensivvårdsavdelningen*

Jan Michael Breider, överläkare
jan-michael.breider@ltkronoberg.se

*Länssjukhuset i Kalmar
Dialysavdelningen*

Maria Mörsare, sjuksköterska
mariamo@ltkalmar.se

*Centralsjukhuset i Kristianstad
Intensivvårdsavdelningen*

Monica Nilsson, sjuksköterska
monica.x.nilsson@skane.se

*Sjukhuset i Varberg
Kirurgkliniken*

Carl Axenborg, läkare
carl.axenborg@lthalland.se

*Södra Älvsborgs sjukhus
Intensivvårdsavdelningen*

Marita Henningsson, sektionsledare
marita.henningsson@vgregion.se

*Centralsjukhuset i Karlstad
Intensivvårdsavdelningen*

Sanna Ljungberg, sjuksköterska
sanna.ljungberg@liv.se

*Karlskoga lasarett
Medicin och geriatrikavdelningen*

Pernilla Nilsson, sjuksköterska
persnilla.nilsson2@orebroll.se

*Karlskoga lasarett
Ortopedkliniken*

Erik Nilsson, läkare
erik.nilsson@orebroll.se

*Marks kommun
Äldreomsorgen/hemsjukvården*

Anne Bengtsson, sjuksköterska
anne.bengtsson@mark.se

*Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Handkirurgi*

Anders Nilsson, överläkare
anders.g.nilsson@vgregion.se

*Lindesbergs lasarett
Sjukhusövergripande*

Lena Forsgren, sjuksköterska
lena.forsgren@orebroll.se

*Piteå Älvdals sjukhus
Ortopedkliniken*

Patrik Berglund, sjukskötare
patrik.berglund@nll.se

*Staffanstorps kommun
Pilegårdens omvårdnadsenhet*

Monica Wilhelmsson, sjuksköterska
monica.wilhelmsson@staffanstorp.se

*Västerås stad
Tillberga Grannskapservice*

Lena Sars, hygiensjuksköterska
lena.sars@liv.se

*Länssjukhuset Ryhov
Hematologisk/neurologisk enhet*

Gabriella Hildebrand, sjuksköterska
gabriella.hildebrand@lj.se

*Universitetssjukhuset MAS
Kirurgiska kliniken avd 9*

Ann-Charlotte Malmros,
vik. avdelningschef
ann-charlotte.malmros@skane.se

*Sjukhuset i Varberg
Medicinkliniken*

Ing-Marie Thyr, sjuksköterska
ing-marie.thyr@lthalland.se

*Länssjukhuset Halmstad
Intensivvårdsavdelningen*

Annelie Björnfors, sjuksköterska
annelie.bjornfors@lthalland.se

*Länssjukhuset i Kalmar
Ortopedkliniken*

Tobias Jönsson, läkare
tobiasj@ltkalmars.se

*Norrlands Universitetssjukhus
Ortopedkliniken*

Sofia Säfström, sjuksköterska
sofia.safstrom@vll.se

Handledare

<i>Annika Johansson</i>	Utvecklingssekreterare Länssjukhuset Kalmar, Kalmar annikajoh@ltkalmar.se
<i>Reidun Johansson</i>	Enhetschef Bjursläotts äldreboende, Göteborg reidun.johansson@lundby.goteborg.se
<i>Maria Klarin</i>	Enhetschef Gällivare sjukhus, Gällivare maria.klarin@nll.se
<i>Sara Larsson</i>	Memeolog Skellefteå lasarett, Skellefteå sara.larsson@vll.se
<i>Veronica Månsson</i>	Processledare/sjukgymnast Landstinget Dalarna. Falun veronica.mansson@ltdalarna.se
<i>Gunhild Rensfeldt</i>	Hygiensjuksköterska Länssjukhuset Ryhov, Jönköping gunhild.rensfeldt@lj.se
<i>Christina Samuelsson</i>	Utvecklingsstrateg Landstinget i Kalmar län, Kalmar christinas@ltkalmar.se
<i>Kristina Schildmeijer</i>	Projektledare Landstinget i Kalmar län, Kalmar kristina.schildmeijer@ltkalmar.se
<i>Stina Sellgren</i>	Stf omvårdnadschef Karolinska Universitetssjukhuset, Solna stina.sellgren@karolinska.se

Eva Sjölund

Verksamhetsutvecklare
Norrbottens läns landsting, Luleå
eva.sjolund@nll.se

Marianne Thordén

Enhetschef
Rehabilitering i Lundby
stadsdelsnämnd, Göteborg
marianne.thorden@lundby.goteborg.se

Katarina Wikström

Enhetschef
Svartedalens Äldrecentrum, Göteborg
katarina.wikstrom@biskopsgarden.goteborg.se

Projektledning och arbetsgrupp

Ordförande

Barbro Isaksson

Hygienöverläkare
Universitetssjukhuset i Linköping
barbro.isaksson@lio.se

Projektledare

Sonia Wallin

Projektledare
Sveriges Kommuner och Landsting,
Avdelningen för vård och omsorg
sonia.wallin@skl.se

Josephine Lindgren

Bitr. projektledare
Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för vård och omsorg
josephine.lindgren@skl.se

Projektadministratör

Monica Unander

Projektadministratör
Sveriges Kommuner och Landsting,
Avdelningen för vård och omsorg
monica.unander@skl.se

Arbetsgrupp

Jon Ahlberg

Chefläkare
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag,
Stockholm

Eva Estling

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SDF Lundby, Göteborg

Margareta Lindström Berglund

Del av tid

Hygiensjuksköterska
Socialstyrelsen, Stockholm

Instruktioner till mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Följande instrument ska användas för observation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Det som ska rapporteras in till projektledningen är andel personer som följde samtliga rutiner korrekt, det vill säga det grå fältet på blanketten. Siffran rapporteras in i det diagram som varje team har på projektets grupparbetsplats. Övriga delar kan användas för egen prioritering av vad som är viktigast att arbeta vidare med för att 100 procent korrekt följsamhet ska uppnås. I exemplet nedan verkar till exempel användning av handskar vara en viktig förbättringsåtgärd.

Siffrorna 1–10 i vänstermarginalen anger observerade personer, det är möjligt att markera med initialer bredvid nummer om så önskas.

Markera med ett "JA" för varje kolumn om rutinen är korrekt följd. Markera med ett "NEJ" om ej korrekt följd. Om rutinen inte är relevant avseende användning av exempelvis handskar, skriv "gäller ej". "Gäller ej" räknas som korrekt följsamhet i sammanräkningen. Se ifylld tabell nedan.

Följsamhet till basala hygienrutiner i patientnära/brukarnära vårdarbete

Patientnära/brukarnära vårdarbete är arbete i rum där patienter/brukare undersöks, behandlas eller vårdas.

Observerad person	"Spritats" händerna	Används handskar enligt rutin-beskrivning	Används plastförkläde/ skyddsrock enligt rutin-beskrivning	Helt korrekt (i alla tre steg)
1	Ja	Gäller ej	Gäller ej	Ja
2	Ja	Nej	Gäller ej	Nej
3	Ja	Ja	Ja	Ja
4	Nej	Nej	Nej	Nej
5	Ja	Ja	Gäller ej	Ja
6	Ja	Nej	Nej	Nej
7	Ja	Gäller ej	Gäller ej	Ja
8	Ja	Ja	Ja	Ja
9	Nej	Nej	Gäller ej	Nej
10	Ja	Gäller ej	Gäller ej	Ja
Andel korrekta	8/10 = 80 procent	6/10 = 60 procent	8/10 = 80 procent	6/10 = 60 procent korrekt följsamhet

Följsamhet till basala hygienrutiner

Enhet/Avdelning _____

Datum _____

Siffrorna 1–10 i vänstermarginalen anger observerade personer, det är möjligt att markera med initialer bredvid nummer om så önskas. Markera med ett "JA" för varje kolumn om rutinen är korrekt följd. Markera med ett "NEJ" om ej korrekt följd. Om rutinen inte är relevant avseende användning av exempelvis handskar, skriv "gäller ej".

Med korrekt spritning av händerna menas att händerna spritas före och efter patientnära/brukarnära arbete samt efter användning av handskar.

Med korrekt användning av handskar menas att handskar används vid direktkontakt med kroppsvätskor eller utsöndringar.

Med korrekt användning av plastförkläde/skyddsrock menas att plastförkläde/skyddsrock används vid undersökning/behandling som innebär direktkontakt med patienten/brukaren eller dennes säng

Följsamhet till basala hygienrutiner i patientnära/brukarnära vårdarbete

Patientnära/brukarnära vårdarbete är arbete i rum där patienter/brukare undersöks, behandlas eller vårdas

Observerad person	"Spritats" händerna	Används handskar enligt rutin-beskrivning	Används plastförkläde/ skyddsrock enligt rutin-beskrivning	Helt korrekt (i alla tre steg)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Andel korrekta				

Följsamhet till klädregler

Enhet/Avdelning: _____

Datum: _____

Siffrorna 1–10 i vänstermarginalen anger observerade personer, det är möjligt att markera med initialer bredvid nummer om så önskas. Markera med ett "JA" för varje kolumn om korrekt klädd. Markera med ett "NEJ" om ej korrekt klädd. Kolumnen "varken ring, klocka eller armband" har gjorts bredare för att ge möjlighet till i egen uppföljning ange vad som bars av ring, klocka eller armband.

Klädsel i patientnära vårdarbete

Patientnära/brukarnära vårdarbete är arbete i rum där patienter/brukare undersöks, behandlas eller vårdas.

Observerad person	Kortärmat	Varken ring, klocka eller armband	Kort eller uppsatt hår	Helt korrekt (i alla tre steg)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Andel korrekta				

Kommentarer angående uppföljningens genomförande (viktiga att komma ihåg inför nästa uppföljning):

Självskattningsformulär – Basala hygienrutiner

(kan användas vid särskilda boenden och vid vård i hemmet)

Datum: _____

Mätningen gäller den första vårdtagaren du hjälpte i morse

	JA	NEJ
Handsprit före patientarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handsprit efter patientarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt handskar vid patientnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt förkläde vid patientnära arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortärmad tröja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klocka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kort eller uppsatt hår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar: _____

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett av de högst prioriterade områdena för kvalitets- och patient-säkerhetsarbete i den svenska hälso- och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner kostar samhället miljontals kronor varje år enbart på grund av förlängda vårdtider och de orsakar stort lidande för våra patienter och deras anhöriga. I Genombrottsprojekten VRISS 1 och VRISS 2 har team från hela landet arbetat med att minska de vårdrelaterade infektionerna. Det har man också lyckats med på ett övertygande sätt, vilket framgår av denna rapport. Jag önskar verkligen att det sker en omfattande smittspridning av teamens arbete och engagemang till resten av vård och omvårdnad i landet.

Barbro Isaksson

Ordförande i VRISS 2 – Vårdrelaterade infektioner ska stoppas
Överläkare Universitetssjukhuset i Linköping

© Sveriges Kommuner och Landsting

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av projektledare Sonia Wallin,
tfn 08-452 77 13, e-post: sonia.wallin@skl.se

Beställning av skriften kan göras via förbundens webbplats www.skl.se
eller på tfn 020-31 32 30, fax 020-31 32 40.

ISBN 978-91-7164-208-0



Sveriges
Kommuner
och Landsting



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan