

Plan för förändringsarbete för minskning av vårdrelaterade urinvägsinfektioner för vuxna Akademiska sjukhuset

170512

Birgitta Lytsy, överläkare vårdhygien Region Uppsala

Margareta Öhrvall, chefläkare Akademiska sjukhuset

Bakgrund

Vårdrelaterad urinvägsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna (VRI) och leder till förhöjd sjuklighet och lidande, ökad dödlighet, förlängd vårdtid och därmed också ökade kostnader. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner är orsak till många antibiotikakurer och driver därför dessutom på utvecklingen av antibiotikaresistens hos bakterier både i urinvägar och i tarmflora.

Att förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner medför däremot inga eller små direkta merkostnader.

Urinvägskatetrar är den dominerande orsaken till vårdrelaterade urinvägsinfektioner och överanvändningen inom sjukvården är stor. Därför är det väl känt att förebyggande åtgärder främst bör inriktas mot att skärpa indikationerna för användandet av urinkatetrar, begränsa behandlingstiden för urinkatetrar och i den mån det är möjligt använda andra former för urinuppsamling och blåstömning.

Sedan 2015 har Akademiska sjukhuset en årligen uppdaterad Handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner. Inom ramen för den handlingsplanen finns flera förbättringsarbeten varav ett är arbetet med att minska användningen av urinkatetrar och därmed vårdrelaterad urinvägsinfektion.

Under 2016 genomfördes enligt sjukhusets handlingsplan ett pilotprojekt på fem avdelningar på sjukhuset för att minska urinkateteranvändningen och förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion. Fyra geriatriska och en ortopedisk avdelning deltog i samarbete med vårdhygien och verksamhetsområdet urologi. Projektet ledde till ett kvalitetsdokument med rutiner för insättning och handhavande av katetrar samt en rutin för en tydlig dokumentation för indikation och planerad behandlingstid för urinkatetrar. I rutinen påtalas också behovet av dagliga påminnelser om att utvärdera behovet av och att sätta ut onödiga katetrar. Efter avslutat pilotprojekt beslöts under 2016 att de reviderade rutinerna som beskrivs i kvalitetsdokumentet ska vara sjukhusövergripande.

Arbetet har letts från en styrgrupp bestående av vårdhygien, chefläkare samt verksamhetschefer från urologi, geriatrik och ortopedi. Dessutom har en arbetsgrupp ansvarat för framtagandet av nya rutiner samt införande av nytt arbetssätt på de aktuella avdelningarna.

Syfte

Syftet med förbättringsarbetet är att skapa ett ändrat arbetssätt som leder till en minskning av urinkateteranvändningen och därmed förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion samt att skapa hållbara arbetssätt för alternativ till urinkatetrar. Dessutom är syftet med arbetet att skapa följsamhet till rutiner avseende insättning och hantering av urinkatetrar samt att följa upp och förankra rutinerna. Syftet är också att det nya kvalitetsdokumentet ska ersätta lokala riktlinjer avseende urinkatetrar på sjukhusets avdelningar. Efter att det förändrade arbetssättet har införts på fem pilotavdelningar under 2016 ska det spridas till sjukhusets samtliga slutenvårdsavdelningar under året och fortsätta under 2018.

Huvudmål:

Minska förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion på sjukhusets avdelningar genom att minska förekomsten av urinkatetrar.

Delmål 1 - infektionsverktyget

Sjukhuset:

Efterfråga valida data ur Infektionsverktyget över förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion. Sätta mål för sjukhuset att under året minska förekomsten av denna VRI.

Varje verksamhet:

Validera data för registrering av vårdrelaterad urinvägsinfektion i Infektionsverktyget. När data är valida ta ut rapporter över förekomsten av vårdrelaterad urinvägsinfektion och värdera dessa. Ligger en verksamhet högt, sätta upp målet att under året minska förekomsten av denna vårdrelaterade infektion.

Delmål 2 – dokumentation

Dokumentera urinkatetrar enligt kvalitetsdokumentet i läkarnas daganteckningar, i journaltabeller och standardvårdplaner. Detta för att data över urinkateterdagar ska kunna överföras till Infektionsverktyget i COSMIC R8.1 som en kvalitetsindikator. Ett annat syfte är att varje vårdgivare lätt ska hitta i journalen att patienten har urinkateter och varför den satts och på så vis dagligen utvärdera behovet av katetern.

Utvärdering av resultatet

Via infektionsverktyget följa antal kateterdagar inom sin enhet

Via infektionsverktyget följa förekomst av vårdrelaterad urinvägsinfektion inom sin enhet

Tidplan

Hösten 2015

Framtagande av första utkastet av riktlinjerna

Planering av förändringsarbetet i detalj och beslut om pilotavdelningar

December Kick-off där chefer teamen bjuds in från respektive pilotavdelning.

År 2016

Införande av nya arbetssätt, utvärdering, uppföljningar på pilotavdelningarna

Genomförande av fyra lärandeseminarier med därefter presentation av resultat på ett femte

Utbildning på avdelningarna

Fastställande av riktlinjerna

År 2017

Upprätthållande av de nya arbetssätten på pilotavdelningarna

Våren: Spridning till övriga sjukhuset till

Akutsjukvård och internmedicin med fokus på akutmottagningen

Kirurgen och intensivvården

Hösten: Spridning till övriga sjukhuset till

Neurologi/neurokirurgi

Onkologi

Thorax

Kardiologen

Specialmedicin

Övriga verksamheter