

# W ermlands S mittan

*Ett nyhetsblad från Smittskydd Värmland*

## Vårdhygien



---

*Nr 2 april 2005*

---

Patientsäkerhet – minst lika viktigt som trafiksäkerhet !! .....	2
Projekt pågår för att minska antalet postoperativa protesinfektioner på Ortopedkliniken CSK .....	3
Ny högisoleringsenhet på infektionskliniken .....	4
Den ständigt återkommande plågan! .....	4
Allt fler MRSA-anmälningar .....	5
Basala hygienrutiner och hygienutbildningar .....	6

## Patientsäkerhet – minst lika viktigt som trafiksäkerhet !!

Antalet dödsfall i trafiken har i Sverige mycket glädjande minskat flera år i följd. Det beror på att det satsas stora summor på information och utveckling av våra bilar och vårt vägnät.

### **Det dör sannolikt lika många svenskar (och värmlänningar) i vårdrelaterade infektioner som i trafiken!**

Om man räknar om de uppgifter som finns i gjorda undersökningar kommer man fram till att det statistiskt dör 15-20 värmlänningar varje år till följd av vårdrelaterade infektioner.

Lågt räknat drabbas varje år 2000 värmlänningar av vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner d.v.s. de infektioner som våra patienter ådrar sig till följd av eller åtminstone i samband med ett vårdtillfälle är ett mycket stort problem och jag vill påstå att det satsas betydligt mindre resurser inom detta område än på att förebygga trafikolyckor.

Vårdrelaterade infektioner är tyvärr ett delvis ofrånkomligt problem och det är knappast meningsfullt att ha en "nollvision" men man har bedömt att 30 % går att förebygga.

Skulle vi som jobbar inom vården i Värmland lyckas med detta sparar vi inte bara ett antal värmlänningars liv och svårt lidande för många patienter. Vi sparar också pengar och vårdplatser som så väl behövs till annat.

Det finns flera faktorer som gör att riskerna ökar.

Att vårda allt äldre och "skörare" patienter som dessutom kan behandlas med alltmer avancerade metoder ger en riskökning som ej går att påverka.

Tidsbrist, minskande antal vårdplatser, brist på enkelrum och därmed ökade problem med överbeläggningar ökar också risken.

### **Normer styr vårt beteende och har ökat risken för vårdrelaterade infektioner.**

På alla arbetsplatser skapas en norm som i mycket styr vårt beteende. Normen för oss som arbetar inom sjukvården skiljer sig från normen för dem som arbetar på ett varuhus, på en skola eller på ett bygge. Dessa normer är relativt stabila men förändras långsamt över tiden. För att upprätthållas och än mer för att förändras så påverkas normen mindre av vår kunskap än av hur de som är våra förebilder beter sig.

Utan att kunna bekräfta min bild med vetenskapliga fakta så upplever jag och många med mig att normen när det gäller hygienrutiner inom sjukvården tyvärr förändrats till det sämre.

Trots att alla vet att man skall "sprita" sina händer innan man undersöker eller behandlar en patient så tillåter vi oss att strunta i det.

Vi kan lätt försvara oss från dåligt samvete genom att normen tillåter oss att låta bli att desinfektera händerna.

"Varför skall jag göra det när vår överläkare (eller någon annan som är vår förebild) struntar i det!"

### **"Back to basic!"**

("Basic" = handsprit och kläddisciplin)

Sjukvård skall vila på vetenskap och beprövad erfarenhet.

All vetenskap och beprövad erfarenhet visar att den absolut viktigaste hygienrutinen är att desinfektera händerna före och efter kontakt med våra patienter.

Trots detta och trots att vi ofta berömmar oss om att alltid ha patientens bästa som vår ledstjärna så struntar vi i en åtgärd som kanske skulle spara lika många liv och lika mycket lidande som att sätta upp mitträcken på våra vägar.

Våra förebilder har ett extra stort ansvar. Specialistläkare är förebilder framförallt för yngre läkare.

Äldre rutinerade sköterskor och undersköterskor är förebilder för sina yngre kollegor.

### **Ert beteende sätter normen och ert exempel följs av annan personal!**

Se till att ni lever upp till ert ansvar genom att börja desinfektera era händer i vårdarbetet.

Att använda arbetskläder i vårdarbetet borde vara en självklarhet och lika självklart är att arbetskläderna skall vara rena. Rena är de bara om de byts ofta – helst

dagligen.

Även om man nyss bytt sin läkarrock så är den inte längre ren om man lagt den mot en patient i samband med en sårinspektion eller ett kateterbyte.

**Då skall en skyddsrock på!!**

**Genom dessa enkla åtgärder kan vi spara några värmlänningars liv varje år, minska lidandet för ett stort antal värmlänningar och spara sjukvårdens resurser till annat än att handlägga problem som vi själva orsakar.**

*Sven-Erik Lundin*

## **Projekt pågår för att minska antalet postoperativa protesinfektioner på ortopedkliniken CSK**



Hösten 2004 startades ett projekt på ortopedkliniken CSK (VRISS – vårdrelaterade infektioner skall stoppas). Målet för projektet är att halvera antalet postoperativa infektioner i insatta höftproteser men det kommer förhoppningsvis att medföra förbättringar även för andra protesopererade.

Projektet leds av Anna-Carin Edström som med stöd av en projektgrupp gått igenom de vårdmoment som en protesoperation medför och man försöker hitta och åtgärda de fel och brister som finns som kan innebära en risk för en infektion.

Patientens väg genom vården från familjeläkarens första bedömning inför remiss till ortopedkliniken via ortopedmottagningen till ortopedslussen, op Väst, uppvakningen, avdelning 3 och sedan återbesöket för suturtagning hos distriktsköterskan innehåller moment där infektionsrisken kan minskas.

Som exempel kan nämnas:

- Bedömning av hudstatus,

allmänstatus preoperativt.

- Operationspersonalens hand och klädrutiner.
- Antibiotikaprofylax – rätt preparat och timing.
- Minimal bakteriehalt i operationssalens luft.
- Rätt förband anlagt på rätt sätt.
- Förbandsbyte med steriltrutin.
- Postoperativ vård i ren miljö där all personal tillämpar basala hygienrutiner.
- Infektionsregister av god kvalitet med god återkoppling.
- Snabb hantering av misstänkta infektioner.

Patienten är för sin säkerhet beroende av väldigt många personer i vårdkedjan vilket har gjort att projektet påverkar många. Vi som är ansvariga upplever ett stort intresse och engagemang från personalen och hoppas att alla bidrar till att man kommer att se ortopedkliniken, op Väst och uppvakningen som ett -

föredöme när det gäller hygienrutiner och patientsäkerhet och att man stolt kan rekommendera en patient att få sin

operation gjord på ortopedkliniken CSK.  
*Sven-Erik Lundin*

## Ny högisoleringsenhet på infektionskliniken



I december 2004 öppnade avd 31 efter en välbehövlig renovering. I samband med renoveringen gjorde man en större förändring i de fyra dubbelrummen. Rum 1-4 har gjorts om till högisoleringsenhet med separat ventilation. I dessa enheter är det tänkt att patienter ska vårdas med allvarlig luftburen smitta eller misstanke på smittämne med hög skyddsklass t ex virala hemorragiska febrar = VFH (Ebola mm). Ventilationssystemet är uppbyggt med två separata enheter som kan kopplas ihop. Rum 1 och 2 har ett ventilationsaggregat och rum 3 och 4 har ett. Luften från dessa enheter förs ut via ett s k HEPA-filter som filtrerar luften från mikroorganismer så ingen smitta ska kunna föras ut från rummen via luften. Rum 2 och 3 ska vara patientenheter. I dessa rum råder ett undertryck på - 50 Pascal (Pa) för att ingen luft ska sugas ut

från rummet när dörren öppnas. I rum 1 och 4 finns inte motsvarande undertryck utan dessa rum ska fungera som in- och utslussar för personalen.

Vi har startat ett samarbete med Infektionskliniken och högisoleringskliniken i Linköping, som är det nationella centrat i Sverige i dessa frågor.

Vi vet inte om vi någonsin får en patient med en sådan här allvarlig smitta men vi har idag en beredskap att ta hand om extremt allvarliga smittor, både sådana som är kända idag men även smittor som kommer att upptäckas i framtiden.

Högisoleringsenheten kan även användas för skyddsisolering för patienter med gravt nedsatt immunförsvar. Då kan man ställa om ventilationen och skapa ett övertryck i rummet på +5 Pa.

*Ann-Mari Gustavsson*

## Den ständigt återkommande plågan!



### Lusen

Huvudlusen är och har alltid varit en del av människans naturliga parasitfauna. Den 2-3 mm långa grågula lusen trivs endast i människans hårbotten och smittar således inte mellan djur och människa. Med sina kloliknande ben klättrar den på hårstråna och suger blod några gånger per dygn varvid den antigent verkande saliven ofta orsakar klåda. En lus lever ca en månad och lägger 7-10 ägg dagligen, s k gnetter, som sitter fastklibbade vid hårstråna nära hårbotten.

Efter ca en vecka kläcks de till nya löss.

### Smitta

**Lusen kan inte hoppa!** Smittan sker framför allt genom tät kontakt hår mot hår under lite längre tid. Det är större risk att sprida smittan mellan vuxen och barn vid t ex sagoläsning i knä än mellan två barn som pysslar på dagis med huvudena ihop! Detta gör att vuxna ofta fungerar som en reservoar för löss, särskilt som vuxna i många fall är symptomfria och inte diagnostiseras. Det kan

också dröja ganska länge från smittillfället tills man får tillräckligt många löss för att upptäckas! Ett aktivt letande krävs med finkamning av samtliga familjemedlemmar, gärna över spegel eller enfärgat papper. Förstorningsglas underlättar. En lus utanför hårbotten lever högst ett dygn. Risken för smitta från ting omkring oss är troligen överdriven, men kan inte uteslutas från t ex kammar och kuddar som använts de sista timmarna.

För att aktivt döda löss och gnetter på föremål kan det antingen värmas till minst 50 grader under en halvtimme eller förvaras i kyla vid -10 grader under ett dygn.

### Behandling

Tre medel finns tillgängliga för behandling: Prioderm, Nix och Tenutex. För att undvika resistensutveckling roterar man mellan dessa vart femte till tionde år. För närvarande rekommenderas Prioderm kutana emulsion för vuxna och barn över 2 år. Till mindre barn och gravida används Nix schampo. Fullständig behandlingskur innebär en andra behandling efter en vecka för att döda ev

nykläckta löss, då en del ägg kan överleva första behandlingen. Den dagliga finkamningen bör pågå tills två veckor gått efter andra kuren. Eventuell behandlingssvikt beror troligen på att behandlingen inte utförts på rätt sätt (nog mycket medel? tillräckligt lång tid?) eller återsmitta snarare än resistens för medicinen (finner man fullvuxna löss bara några dagar efter behandling tyder detta på återsmitta).

### Utbrott

Redan vid ett eller några fall på dagis eller skola är mörkertalet ofta mycket stort. Ibland krävs, för att bryta spridningen, att man kallar samtliga föräldrar för gemensamma åtgärder (telefonkontakt med de som ej kan infinna sig!). Alla i familjen, samt andra närstående vuxna och barn, ska undersökas och (endast) personer med levande löss eller ägg behandlas. Finkamning måste dock fortsätta av SAMTLIGA tills två veckor gått efter att sista kuren givits.

*Eva Andersson*

---

## Allt fler MRSA-anmälningar

MRSA har varit en anmälningspliktig sjukdom sedan 2000. Detta år rapporteras totalt i Sverige 323 fall, och antalet har därefter stadigt ökat. År 2004 anmäldes 709 fall, vilket är en 30 % ökning jämfört med året innan. De flesta fallen rapporteras från storstadsregionerna och majoriteten är smittade inom Sverige. Denna trend stämmer tyvärr även för Värmland. Under 2004 diagnostiserades 23 fall jämfört med 11 året innan! 10 av dessa 23 bedöms vara smittade utomlands, klart flest sedan statistiken starta-

de, vilket kan vara resultatet av en ökad uppmärksamhet och provtagning av personer som vistats utomlands, där MRSA-problemet är katastrofalt i många länder. Man också kan se, både i Värmland och nationellt, är en tendens till ökning av samhällssmittan, dvs den smitta som sprids utanför vården. Ofta rör det sig då om yngre, för övrigt friska personer som söker för hudinfektioner, t ex bölder eller impetigo.

Flera större utbrott inom äldre vården i

Sverige har lett till oro. I Värmland har vi hittat MRSA på vårdhem vid 6 tillfällen de sista åren. Dock med ringa spridning och enbart något eller ett fåtal sekundärfall. Vid sista tillfället hittades inga sekundärfall överhuvudtaget! **Goda hygienrutiner lönar sig!!**

Ett ökande antal MRSA-relaterade dödsfall rapporteras från omvärlden.

I Sverige är fortfarande andelen methicillinresistanta stafylokocker relativt låg och vi har en ganska god kontroll över läget inom vården, men detta kan förändras snabbt om andelen fortsätter öka. Vårt främsta motvape är bra hygienrutiner.

**Och att vi följer dem!**

**Du glömmer väl inte att sprita händerna?!**

	MRSA Värmland					Baserat på diagnosdatum	
	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt	
<b>Totalt antal fall</b>	10	8	7	11	23	59	
<b>Utlandssmittade</b>	2	2	4	4	10	22	
<b>Inhemskt smittade</b>	8	6	3	7	13	37	
<b>Patient</b>	5	5	7	9	21	47	
<b>Personal</b>	5	3	0	2	2	12	
<b>Sjukvårdssmitta</b>	9	6	4	11	16	46	
<b>Samhällssmitta</b>	1	2	3	0	7	13	
<b>Primärfall</b>	3	4	6	6	18	37	
<b>Sekundärfall</b>	7	4	1	5	5	22	

#### MRSA

Siffrorna i tabellen nedan är presenterade som

**Totalt antal fall**

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hela Sverige</b>	319	424	441	547	709

*Eva Andersson*

## Basala hygienrutiner och hygienutbildningar



Vi har hittills varit ganska förskonade från MRSA i Värmland. De flesta kan härledas till vård i länder utanför Norden men vi ser flera fall hos personer som vårdas inom den kommunala vården i Värmland (se separat artikel).

Detta är en orsak till att vi de två senaste åren har satt igång stora utbildningsinsatser inom den kommunala vården. Vi trycker mycket på att de basala hygienru-

tinerna måste fungera även om patienten vårdas i det egna hemmet. Det är inte patientens omgivning som är det stora hygieniska problemet utan det är att personalen går från en patient till en annan. Då är det mycket viktigt att personalen inte bär med sig smitta på händer, kläder och andra föremål. Tyvärr bryr sig inte mikroorganismerna om att patienten vårdas hemma eller på sjukhus. De

sprider sig villigt om de har möjlighet.

Vi måste för framtiden i all typ av vård – landsting, kommun och privat – ha en sådan nivå på våra hygieniska rutiner att vi förhindrar spridning av smittämnen som kan finnas hos patienter och personal trots att vi inte vet om dem. Vi måste betrakta varje patient som potentiellt smittsam och förebygga smitta i kända och okända situationer. Detta görs genom att vi systematiskt använder oss av basala hygienrutiner. Det ska användas av alla yrkeskategorier som har patientnära arbete t ex läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Basala hygienrutiner innebär:

- Handhygien –
  - handdesinfektion före rent och efter orent arbete
  - tvål och vatten vid synlig smuts
  - inga smycken på händer och underarmar
  - ha kortärmad arbetsdräkt, underarmarna ska kunna desinfekteras
  - använd inte långärmade t-shirts under bussarongen
- Hanskar –
  - alltid handskar vid kontakt med kroppsvätskor och orent arbete
  - byt handskar mellan olika arbetsmoment
  - ha aldrig samma handskar när man går från orent till rent arbete
  - använd aldrig handsprit på handskar

- Skyddsrock/plastförkläde –
  - skydda alltid arbetsdräkten från kontaminering
  - ha alltid skyddsrock/plastförkläde vid direkt kroppskontakt med patienten eller patientens säng och vid orent arbete
  - känn alltid att arbetsdräkten är ren, byt annars
  - tänk på att arbetsdräkten är hudens närmaste skydd

Tänk även på att smittrena ytor som har blivit kontaminerade av smittsamt material, t ex ytor där man lagt använda förband, ställt ifrån sig ett bäcken m m. Använd då LT-cin.

Om vi systematiskt använder oss av dessa enkla rutiner så har vi ett effektivt skydd mot kontaktsmitta, den i särklass största smittvägen inom vården. Då förhindrar vi inte bara att MRSA sprids utan även alla andra smittor som sprids via kontakt.

Tänk på att något av det farligaste som finns inom vården är kontaminerade personalhänder!

Så här desinfekteras händerna:

- Två tryck på spritdispensern, ca 2-3 ml. Det ska inte rinna och droppa från händerna.
- Gnid in spriten överallt, handflator, fingrar, mellan fingrar, fingertoppar, handrygg och handleder.
- Låt det lufttorka, inte avtorkning mot kläderna.  
Spritens verkar under avdunstningen.

*Ann-Mari Gustavsson*

## Adresetikett



Denna tidning och mycket mer, finns att läsa på Smittskydds hemsida:  
<http://www.smittskyddvarmland.se>

*Vi som arbetar på Smittskydd, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad är:*

Eva Andersson	Vårdhygieniker	054-61 64 98	eva.m.andersson@liv.se
Gun Fridh	Hygiensjuksköterska	054-61 54 97	gun.fridh@liv.se
Anne Forsberg	Biomed analytiker	054-61 54 82	anne.forsberg@liv.se
Ann-Mari Gustavsson	Hygiensjuksköterska	054-61 63 76	ann-mari.gustavsson@liv.se
Mia Lewin	Smittskyddsassistent	054-61 64 17	mia.lewin@liv.se
Sven Erik Lundin	Vårdhygieniker	054-61 63 81	sven.erik.lundin@liv.se
Ingrid Persson	Smittskyddssjuksköterska	054-61 63 16	ingrid.k.persson@liv.se
Tina Persson	Smittskyddsassistent	054-61 63 17	tina.persson@liv.se
Olle Wik	Smittskyddsläkare	054-61 63 19	olle.wik@liv.se
Telefax	054-61 64 15		smittskydd@liv.se