Förslag från arbetsgruppen för strategispets 4.3 ”Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis” i Klient- och patientsäkerhetsstrategins handlingsprogram

Beskrivning av indikatorer för bekämpning av vårdrelaterade infektioner

Indikatorer som införs/utvecklas först

Vårdrelaterade infektioner

Sjukhusspecifika siffror inom somatisk specialistvård, kan i tillämpliga delar användas även på vårdavdelningar inom primärvården.

1. Blododlingspositiva vårdrelaterade *Staphylococcus aureus*-infektioner (enligt Institutet för hälsa och välfärds [THL] definition för uppföljning av vårdrelaterade infektioner [HLI]) i förhållande till uppgifterna i nämnaren.*

2. Vårdrelaterade *Clostridioides difficile*-infektioner (enligt THL:s definition för HLI-uppföljningen) i förhållande till uppgifterna i nämnaren.*

   *Uppgifter i nämnaren:

   - antalet somatiska vårddygn (resultatet anges per 1 000 vårddygn)
   - antalet somatiska vårdperioder (resultatet anges per 1 000 vårdperioder)
   - I samband med indikatorsiffrorna kan också anges
     - befolkningsgrund (invånarantal), som sjukhuset eller avdelningsgruppen sköter
     - antalet blododlingsprover som tagits på sjukhuset (antalet blododlingsprover som tagits på jourpoliklinker kan anges separat, eftersom största delen av dem hänför sig till infektioner som uppstått i hemmet) och antalet tagna *C. difficile*-prover.

Omsorg

1. Procentuell andel av invånarna (andel som fått urinvägsinfektion [UVI] och antimikrobiella läkemedel, andel som har kateter)

   - Välfärdsområdet kan presentera de regionala medelvärdena (procentuell andel av invånarna) från infektions- och processindikatoruppföljningen via RAI (Resident Assessment Instrument) separat för välfärdsområdets egna anstalter och privata anstalter.

   - Omsorgsenheter kan själva ange sina procenttal från infektions- och processindikatoruppföljningen via RAI också på sin webbplats.

Processindikatorer

- Sjukhus (specialiserad sjukvård och primärvård)

  1. Andelen avdelningar där handspritdispensrarnas placering eller tillgången till handsprit har utvärderats var sjätte månad

  2. Handspritförbrukning i liter på somatiska vårdavdelningar per 1 000 vårddygn

  3. Andelen avdelningar där nya medarbetare har getts introduktion i infektionsbekämpning

  4. Anvisningar för antimikrobiella läkemedel används (ja/nej)

- Processindikatorer för omsorgen
    1. Andelen avdelningar där handspritdispensrarnas placering eller tillgången till handsprit har utvärderats var sjätte månad
    2. Andelen avdelningar där nya medarbetare har getts introduktion i infektionsbekämpning

Strukturindikatorer

- Sjukhus (specialiserad sjukvård och primärvård)
    1. Antalet professionella inom infektionsbekämpning per 100 vårdplatser
    2. Antalet hygienkontaktpersoner som tilldelats arbetstid för infektionsbekämpning per avdelning (medelvärde för sjukhusets olika avdelningar)

- Strukturindikatorer för omsorgen
    1. Antalet hygienkontaktpersoner som tilldelats arbetstid för infektionsbekämpning per avdelning (medelvärde för sjukhusets olika avdelningar)

Obs: De första indikatorerna som införs och utvecklas har utvalts bland dem som är enkla att producera och dem som redan används. Att använda enbart dem är ändå inte tillräckligt för en högklassig och riktad infektionsbekämpning.

Tjänsteanordnaren måste utveckla och upprätthålla också annan uppföljning av vårdrelaterade infektionstyper samt process- och strukturindikatorer. I dem betonas observation av förändringar i de egna siffrorna över tid för att lägga märke till problem och kunna rikta och utveckla bekämpningsåtgärderna. I bilagan (s. 4–7) finns exempel på de här indikatorerna.

Bilaga (s. 4–7).

Indikatorer för utveckling av infektionsbekämpningpraxisen i den egna verksamheten

De här bör utvecklas enligt de informationssystem och personresurser som står till buds för utvecklingen och uppföljningen av sjukhusets egen verksamhet. På grund av skillnader i insamlingsmetoderna och patientmaterialet är det vanligen inte möjligt att göra direkta jämförelser av olika sjukhus. De lämpar sig i begränsad utsträckning för offentlig publicering.

Vårdrelaterade infektioner

- **SPECIALISERAD SJUKVÅRD**

1. Antalet blododlingspositiva infektioner med anknytning till CVK per 1 000 vårddagar med CVK. Med ett jämförelsetal kan mängden jämföras med andra sjukhus.
    - Om antalet kanyldagar inte är tillgängligt, kan man ange t.ex. andelen kanylrelaterade infektioner av alla primära blododlingspositiva infektioner (eller endast S. aureus-infektioner) utifrån incidensen per ett visst antal vårddagar.

2. Infektioner i operationsområdet (djupa + organinfektioner i operationsområdet inom 30 dagar från åtgärden, infektioner på grund av främmande kroppar inom 90 dagar från åtgärden) per 100 åtgärder. Räknas separat i varje åtgärdsgrupp och enligt operationernas NNIS/ASA-klasser.

    Varje sjukhus avgör vilka operationstyper (och operationskodgrupper) det följer utgående från sin verksamhet och sitt behov. Nedan ges några exempel.

    Om sjukhuset utför operationstyper som ingår i THL:s HLI-uppföljning, är det värt att delta i THL:s uppföljning. Då anmäls fallen enligt definitionerna i THL:s HLI-uppföljning, vilka möjliggör jämförelse med siffrorna från andra sjukhus, bara resultaten tolkas rätt. Även om definitionerna är desamma, bör man vid jämförelse av olika välfärdsområden ändå beakta skillnader i patientmaterialet, andelen akuta operationer och de metoder som använts för att hitta fallen (aktiv odlingsuppföljning, datautvinning eller passiv anmälning).

    i. ledprotesinfektioner i knä (enligt THL:s HLI-uppföljning)

    ii. ledprotesinfektioner i höft (enligt THL:s HLI-uppföljning)

    iii. infektioner med anknytning till operation av fraktur i lårbenshalsen (enligt THL:s HLI-uppföljning)

    iv. infektioner i operationsområdet efter kejsarsnitt (enligt THL:s HLI-uppföljning)

    v. infektioner med anknytning till hjärtkirurgi (kranskärls- och klaffoperationer separat) (enligt THL:s HLI-uppföljning)

    vi. infektioner i operationsområdet efter bröstkirurgi (enligt THL:s HLI-uppföljning)

3. Andra operations- och åtgärdstyper där uppföljning och rapportering beroende på resurserna antingen kan göras kontinuerligt eller inledas när problem misstänks eller när man vill observera bekämpningsåtgärdernas effekt. Dessa åtgärdstyper ingår inte i THL:s HLI-uppföljning:

i. infektioner med anknytning till andra ledproteser och frakturoperationer (enligt enhetens verksamhet och behov)

ii. infektioner i operationsområdet efter gastrokirurgi

iii. infektioner med anknytning till blodkärlskirurgi: infektioner i blodkärlsprotes eller vengraft (aorta, ben, fistlar separat)

iv. stentinfektioner med anknytning till insättning av stentprotes i blodkärl

v. infektioner med anknytning till kirurgi av främmande kropp i ryggen

vi. hjärnabscess, meningit, osteomyelit och shuntinfektioner med anknytning till hjärnkirurgi

vii. infektioner med anknytning till ventrikulostomi (meningit)

viii. pacemakerinfektioner efter insättning av pacemaker

ix. infektioner med anknytning till artroskopi

x. blododlingspositiva infektioner med anknytning till prostatabiopsi

xi. blododlingspositiva infektioner med anknytning till endoskopisk undersökning av gallgångarna och bukspottkörteln (ERCP)

xii. infektioner med anknytning till förlossning (endometrit och blododlingspositiva infektioner)

4. Infektioner med anknytning till dialys

i. Blododlingspositiva infektioner per 1 000 hemodialysvårddagar. Infektionerna kan analyseras enligt dialysväg: infektioner med anknytning till fistel eller tillfällig eller tunnelerad kateter. Hos fistelpatienter kan anknytningen till fisteln säkerställas via lokala symtom i insticksstället. Hos vissa kan det inte säkerställas. Vid hemodialyskateterinfektioner krävs inga lokala symtom.

ii. Separat följs infektioner i insticksstället.

iii. Peritonitepisoder per patientår (därtill separat tunnel- och exit-site-infektioner)

Specialiserad sjukvård och primärvård

5. Prevalensstudie

6. Antalet avdelningssmittor av multiresistenta mikrober under observationsperioden, mikrobvis (t.ex. MRSA-, VRE-, ESBL- och CPE-resistenta bakterier)

7. Avdelningsepidemier per år

Omsorg

1. Nya smittor av multiresistenta mikrober (t.ex. MRSA-, VRE-, ESBL- och CPE-resistenta bakterier) per år vid områdets omsorgsenheter sammanlagt (välfärdsområdets egna och privata separat). Omsorgsenheter kan också ange sina egna siffror på sin egen webbplats. Uppgifterna fås vanligen från välfärdsområdets register, om uppgifterna har införts där vid nya fall. Ett fall kan uppdagas i

ett kliniskt prov eller i ett screeningprov i samband med en misstänkt epidemi. Uppföljningen kräver ändå inte aktiv screening.

2. Antalet luftvägsinfektions-, diarré- och kräksjukeepidemier per år vid institutionerna i området
    - Välfärdsområdet kan ange det totala antalet epidemier separat för välfärdsområdets egna och privata institutioner.
    - Antalet insjuknade i epidemier under observationsperioden.
3. HLI-prevalensundersökning (med infektionsklassificeringar och definitioner lämpliga för omsorg)

Processindikatorer

- **Specialiserad sjukvård och primärvård**
    1. Förbrukning av skyddshandskar per 1 000 vårddagar
    2. Genomförande av operationsprofylax
    3. Registrering av VIP*-score per patient per dag (*Visual Infusion Phlebitis)
    4. Uppdatering av kompetens (andelen avdelningar som ger medarbetarna tid för repetition årligen och där chefen följer att repetitionen genomförs)
    5. Uppföljning av förbrukningen av antimikrobiella läkemedel DDD* per 1 000 vårddagar eller antibiotikadagar per 1 000 vårddagar (*Daily Defined Dose enligt WHO)
- **Omsorg**
    1. Förbrukning av handsprit per 1 000 vårddagar
    2. Förbrukning av skyddshandskar per 1 000 vårddagar
    3. Uppdatering av kompetens (andelen avdelningar som ger medarbetarna tid för repetition årligen och där chefen följer att repetitionen genomförs)

Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

- **Specialiserad sjukvård och primärvård**
    1. Det totala antalet vårdrelaterade infektioner under observationsperioden
    2. Patienter med minst en infektion per 100 vårdperioder
    3. Incidens för andra vårdrelaterade infektionstyper per 1 000 vårddagar eller 1 000 kateter- eller kanyldagar, t.ex.
        - Lokala infektioner vid kanyl per 1 000 kanyldagar

    - Urinvägsinfektioner per 1 000 vårddagar
    - Urinvägsinfektioner med anknytning till kateter per 1 000 kateterdagar
    - Lunginflammationer per 1 000 vårddagar
    - Ventilatorassocierade lunginflammationer per 1 000 ventilatordagar
  4. MRSA-avdelningssmittor (per 1 000 MRSA-vårddagar)
  5. Personalens influensavaccinationstäckning i procent (antalet vacciner som företagshälsovården gett eller överlämnat för vaccination på arbetsplatsen per det totala antalet anställda 30.11)

- **Omsorg**
  1. Antalet vårdrelaterade infektioner totalt under observationsperioden (kan genomföras vid välfärdsområdets egna enheter genom en sökning på ICD-koder i patientdatasystemet)

Behovsprövade processindikatorer som utvecklas enligt resurserna

- **Specialiserad sjukvård och primärvård**
  1. Observation av handhygien: antalet observationer och andelen korrekt utförda fall
  2. Dagar med urinkateter per 1 000 vårddagar
  3. Uppföljning av användningen av antimikrobiella läkemedel per indikation (fördelningen av läkemedel per indikation eller indikation per läkemedel)
- **Omsorg**
  1. Observation av handhygien: antalet observationer och andelen korrekt utförda fall