



Peter Pronovosts checklista – här i Sahlgrenska universitetssjukhusets tappning.



patientsäkerhet. Plötsligt gjorde man rätt, och antalet CVK-relaterade infektioner sjönk från 25 per år till nästan noll. En stor del av framgången låg i att översätta och införa den amerikanske anestesiläkaren Peter Pronovosts checklista. Intensivvården vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg beräknas spara flera miljoner kronor per år på satsningen.

text: Ellen Tolestam Heyman foto: Lena Garnold

Pronovosts checklista gjorde stor skillnad på Sahlgrenskas IVA

Infektioner nära noll och miljoner kronor sparade

Det speciella med Peter Pronovosts checklistor är att någon annan ska bedöma det du gör. Här är alla superduktiga nu! säger Sophie Lindgren, specialistläkare vid anestesioch intensivvårdskliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Hon har översatt och modifierat en av den amerikanske anestesiläkarens berömda checklistor, som en del av sjukhusets satsning mot infektioner i samband med användning av centrala venkatter på centrala intensivvårdsavdelningen och neurointensivvårdsavdelningen. Så vitt

hon vet är hon ensam om det i Sverige. Revolutionen började 2009 då projektet CRISS, »CVK-relaterade infektioner ska stoppas«, tog form på Sahlgrenska. På CIVA och NIVA vårdas i genomsnitt 2 000 respektive 300 patienter per år, och en analys visade att 23 patienter fick en CVK-relaterad infektion på CIVA och två på NIVA under år 2009. Skillnaden i infektionsrisk mellan avdelningarna förklaras delvis av att deras patienter skiljer sig åt.

– Men på NIVA var de dessutom väldigt duktiga på hygienrutiner redan innan projektet, säger Maria Tiger, in-

tensivvårdssjuksköterska på CIVA.

Med hjälp av hemliga observationer och journalgenomgångar fick man en allt klarare bild över vad som orsakade infektionerna. Det handlade mest om bristande följsamhet till hygienrutiner vid hanteringen av CVK samt brist på dokumentation.

– Bara hälften av sjuksköterskorna och läkarna gjorde rätt. Tre av tio spritade till exempel inte händerna, säger Maria Tiger.

Läkarna hade mycket olika rutiner, enligt Sophie Lindgren. En del satte på sig handskar

utan att sprita händerna innan eller hade rockmuddarna utanför handskarna. Andra knäppte rocken själva eller arbetade utan munskydd. Man tänkte inte på att man måste vara lika steril när man lägger in en CVK som man är på en operation.

Uppdukningen skedde inte heller alltid på bästa sätt på CIVA. Uppdukade CVK-vagnar kunde i värsta fall stå och vänta i tre, fyra timmar innan läkaren kunde komma. På avdelningen dokumenterade läkarna heller inte inläggningen, de satte i bästa fall bara en »kråka« på nar-koskurvan. ➔

Vårdpersonal kan göra fel när den är stressad och pressad. Men man kan också bli hemmablind och behöva påminnas, tror Maria Tiger och Sophie Lindgren.

Målet var att alla CVK-relaterade infektioner skulle försvinna från CIVA och NIVA. För att personalen skulle följa riktlinjerna infördes Peter Pronovosts checklista för CVK-inläggning. Den amerikanska versionen är mycket utförlig, så Sophie Lindgren kortade ned den genom att koncentrera sig på hygienfrågorna.

– Det gäller att inte sila mygg och svälja kameler. Man måste rikta in sig på riskmomenten, annars blir det för mycket, säger Sophie Lindgren.

Checklistan från »over there« är dessutom rätt sträng. Om läkaren gör fel och inte korregerar sig vid tillsägelse måste man skriva en avvikelserapport.

– Det tog vi bort, det är nog lite för tufft för oss, säger Sophie Lindgren.

Vid projektstarten var CIVA-personalens följsamhet till basala hygienrutiner bara 70 procent. Men snart gjorde allt fler rätt och efter ett halvår var den uppe i 100 procent. På NIVA har följsamheten hela tiden legat mellan 90 och 100 procent.

Det svåraste momentet var att få läkarna att börja dokumentera inläggningen i journaldatabasen Melior.

– Det tog ett år, men till slut insåg alla att det inte var så jobbigt. Det fanns ju redan en CVK-anteckning i Melior som ingen visste om, säger Sophie Lindgren.

Det måste bli lätt att göra rätt, därför kom flera små praktiska förändringar till stånd. För att enklare kunna sköta CVK:n infördes att klorhexidinsprit och kompresser skulle finnas vid varje säng. Uppdukningen blev mycket säkrare genom att man gick över till engångsset på CIVA, vilket man redan hade på NIVA.



»Sätt i gång«, manar Sophie Lindgren, specialistläkare vid anestesioch intensivvårdskliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

En annan nyhet blev att personalen började få systematisk återkoppling varje månad. De fick siffror på hur väl de hade följt anvisningarna och besked från bakteriologen om hur många infektioner som hade uppstått.

– Feedback betyder allt, det motiverar, säger Maria Tiger.

Resultatet lät inte vänta på sig. Infektionerna sjönk månad för månad, och efter ett halvår hade nollvisionen uppnåtts. Under resten av projekttiden förekom inte en enda CVK-relaterad infektion på avdelningarna.

Det fina resultatet håller i sig.

– Efter projektets slut har vi haft ytterst få CVK-infektioner. De har handlat om mycket speciella patienter så de går nästan inte att räkna, säger Maria Tiger.

CRISS arbetsgrupp uppskattade vad CVK-relaterade infektioner kostar sjukhuset.

De kom fram till att den totala vårdtiden på Sahlgrenska i medeltal var två veckor längre och kostade 600 000 kronor mer för de CVK-infekterade patienterna. En tredjedel av den kostnaden, 200 000 kronor, utgjordes av ökade kostnader för intensivvård.

– Antalet patienter är så litet att det är svårt att dra några säkra slutsatser, men större, internationella studier kommer nära våra siffror. Ungefär 250 000 kronor mer kostar en CVK-infekterad patients intensivvård enligt dem, säger Sophie Lindgren.

Med de 25 patienter som fick en CVK-relaterad infektion på CIVA och NIVA innan projektet började, år 2009, och en ökad kostnad för intensivvård per patient på 200 000 kronor blev totala kostnaden för CIVA:s och NIVA:s CVK-infektioner 5 miljoner kronor. Samtidigt

fakta criss

Sahlgrenska universitetssjukhusets satsning för renare CVK-hantering i intensivvården heter CRISS, »CVK-relaterade infektioner ska stoppas«.

Centrala venkatetrar orsakar ungefär 12 procent av intensivvårdens vårdrelaterade infektioner, enligt en stor europeisk studie. Projektledningen är tvärprofessionell, med undersköterskor, sjuksköterskor och läkare från CIVA och NIVA samt ekonom och kvalitetsutvecklare.

De nya rutinerna infördes årsskiftet 2009/2010, och projektet pågick under ett drygt år.

CRISS ingår i Genombrottsprojektet, Sveriges Kommuner och landstings nationella satsning mot vårdskador.

I dag har CRISS arbetsätt permanentats och kommer troligtvis att införas även på sjukhusets anesthesi- och operationsavdelningar. ■

beräknas CRISS gå på ungefär 300 000 kronor per år i drift.

Sammantaget har man tjänat in årskostnaden för CRISS redan när antalet CVK-relaterade infektioner minskar med en till två årligen. För att inte tala om vad patienten och dennes anhöriga tjänar i minskat lidande.

Personalen har fått tycka till om förbättringsarbetet i en enkät. De allra flesta var mycket positiva, arbetsbelastningen hade inte ökat och checklistan upplevdes som ett hjälpmedel.

För att lyckas är det viktigt att få ett starkt stöd från ledningen och att involvera alla yrkesgrupper, säger Maria Tiger och Sophie Lindgren. Men framför allt har de ett råd:

– Bara gör det! Sätt i gång!
Ellen Tolestam Heyman
frilansjournalist

pronovosts checklista

Peter Pronovost (bilden), anesthesiläkare vid Johns Hopkins universitetssjukhus i USA, är världskänd för sitt arbete mot vårdrelaterade infektioner och anses ha förhindrat tusentals dödsfall.



Riksstämman 2011.

Foto: Göran Segeholm

Hans checklistor motverkar vårdrelaterade infektioner genom att en assistent bockar av varje litet moment läkaren utför, till exempel tvättar händerna inför en CVK-inläggning. Time Magazine utnämnde honom år 2008 till en av årets hundra mest inflytelserika personer. I höstas blev han uppmärksam i Sverige när han besökte Stockholm för att inleda medicinska riksstämman med temat »Säkrare vård«. ■

Läs mer Se den amerikanska checklistan och Sahlgrenskas svenska checklista för CVK-inläggning på Lakartidningen.se.

Medlemsantalet ökar igen

Antalet medlemmar i Läkarförbundet ökar i år igen; nu är medlemsantalet nära 44 000, fler än någonsin. Men antalet utträden ökar också, och nettoökningen är mindre än förra året, enligt senaste statistiken.

Nettoförändringen för studenter och yrkesverksamma läkare åren 2010 och 2011 har minskat: 2010 var medlemsökningen 1 430, 2011 var ökningen »bara« 961.



Samtidigt ökade antalet utträden. Under 2011 var det 1 281 medlemmar som avslutade sitt medlemskap, dvs 384 fler än året innan.

Skälet till avslutat medlemskap är till stor del okänt, men

den största faktiska orsaken till avregistrering är att medlemsavgiften helt enkelt inte betalas in. Läkarförbundet kommer under våren att kontakta f d medlemmar för att försöka ta reda på varför de valt att hoppa av.

Det har i år inte gjorts någon mätning av hur stor andel av läkarkåren som tillhör Läkarförbundet, men förra året beräknades 83 procent vara medlemmar.

– Det kommer att göras senare, det gör vi varje år, säger Fredrik Eklöf, Sveriges läkarförbund. Vårt mål är att öka medlemsantalet med en procentenhet per år.

Björn Enström

Inget brott mot arbetstidslagen i Gällivare

Förundersökningen om misstänkt brott mot arbetstidslagen vid Gällivare sjukhus läggs ner. Enligt åklagaren går lagstiftningen inte att tillämpa i ett fall där de båda hyrläkarna har egna företag.

– Den straffrättsliga grunden i arbetstidslagen är att det finns ett arbetstagarförhållande och det stod klart ganska snabbt när vi begärde in dokument att det saknas, säger kammaråklagare Magnus Nilsson.

Sommaren 2010 arbetade läkarna vid Gällivare sjukhus' akutvårdsenhet och Norrbottens läkarförening reagerade över att schemalaggningsen bröt mot lagstiftningens bestämmelser om dygns- och veckovila (se LT nr 38/2011)

Arbetsmiljöverket förde ärendet vidare till åklagarkammaren i Luleå för utredning om ett eventuellt allmänt åtal mot Läkarjouren, som hyrt ut läkarna till Norrbottens läns landsting.

– Vår utredning visar att arbetstidsreglerna inte följts, men det finns ingenting mer

att göra när avtalsförhållandena ser ut som de gör. Ärendet är nu avslutat för vår del, säger Pia Lindqvist, jurist på Arbetsmiljöverket.

Robert Svart-holm (bilden), ordförande i Norrbottens läkarförening, vädrar en viss besvikelse och irritation över lagstiftningen:

– Tyvärr hamnar patientsäkerheten i kläm när långa bakjournpass i praktiken tillåts. Det är ett tecken i tiden att detta sker, i alla fall ur ett norrbottniskt perspektiv. De stora läkarvakanserna gör att arbetsgivaren chansar med olika bemanningslösningar.

– Det blir ju en form av uppmuntran att bedriva verksamheten på lösa boliner när man tillåts kringgå lagar och avtal. För oss i facket, som försöker värna kollektivavtalet, ställer detta till stora problem. Det är också så att man tar in bolag i verksamheten utan att leva upp till de krav som ställs på att MBL-förhandla.

Fredrik Mårtensson

