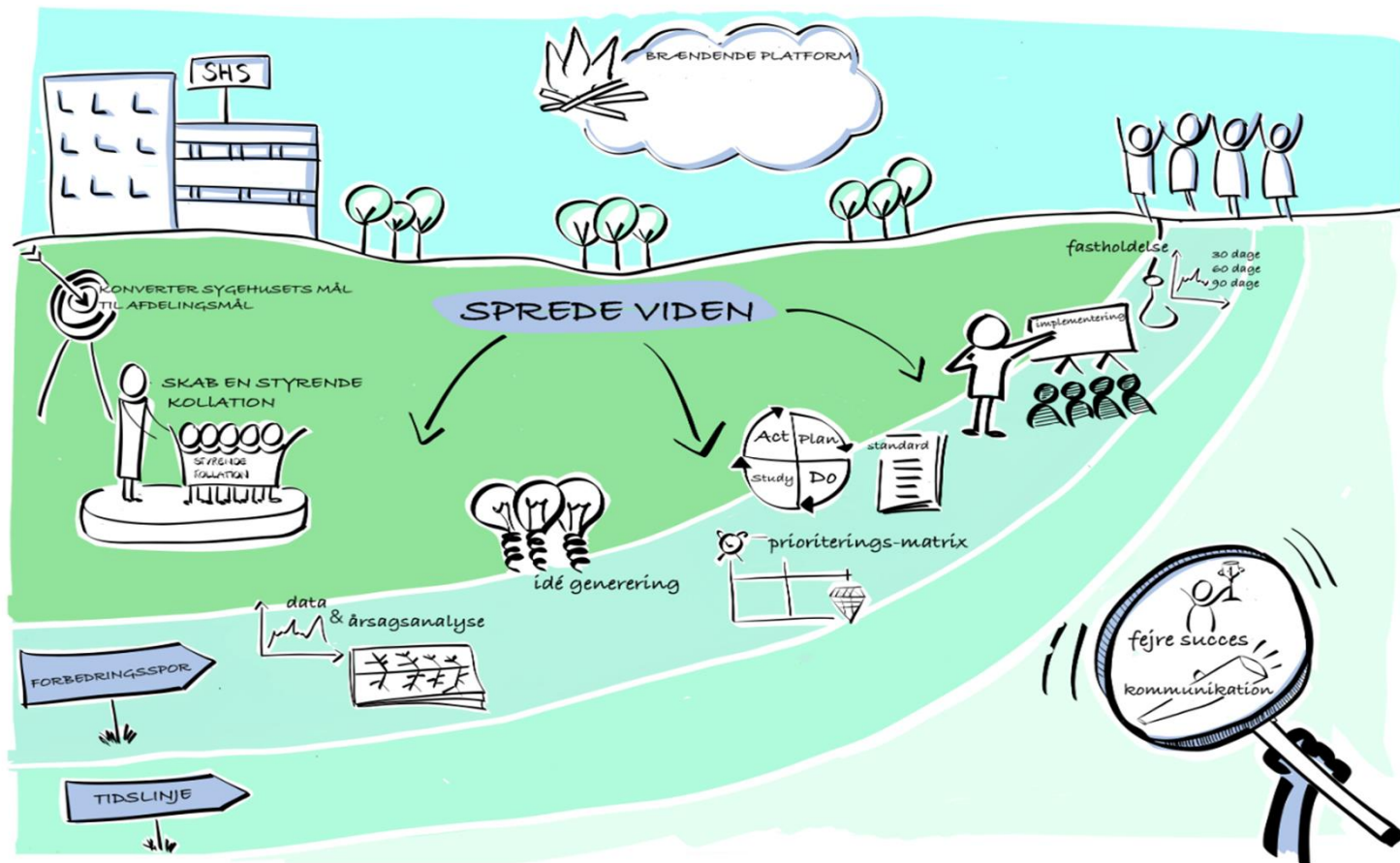


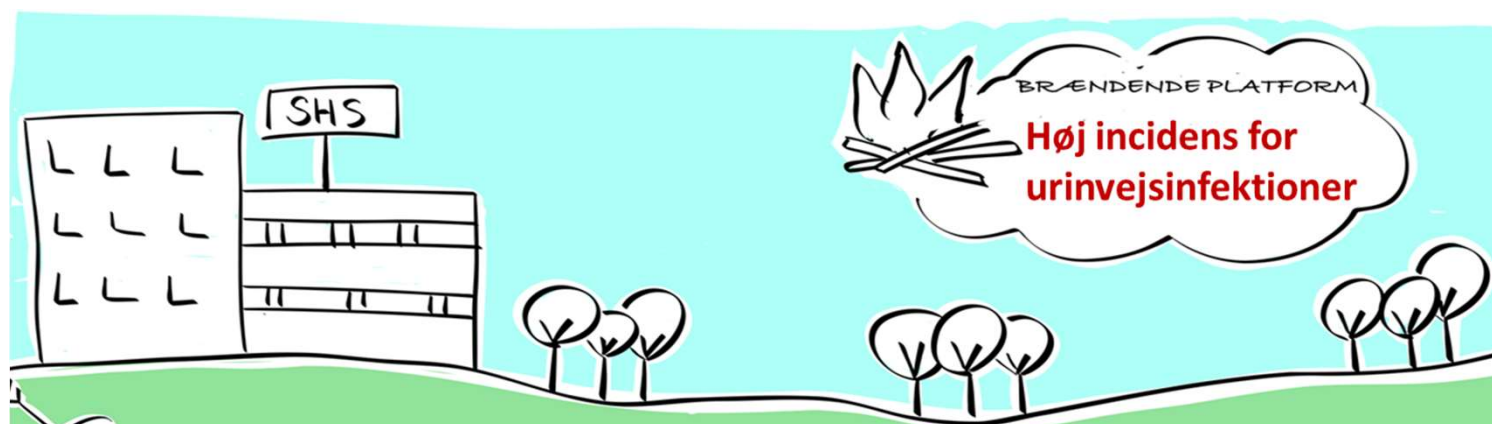
Forebyggelse af sygehuserhvervet UVI

Ældresygdomme SHS Aabenraa



Den syddanske forbedringsmodel

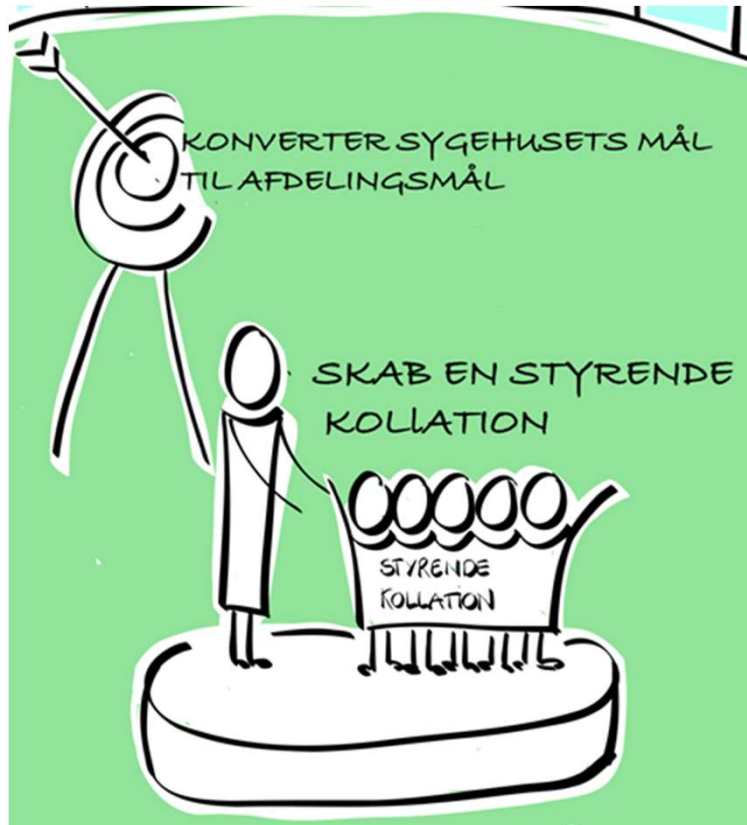




- Hygiejneudvalget - udvælger afsnit med høj incidens for urinvejsinfektioner
- Baseline Sygehus Sønderjylland er 67,60 urinvejsinfektioner pr. 10.000 risikodøgn (HAIBA 2018).
 - 30 % reduktion frem til 2023 ~ 10 % reduktion pr. år.



Opstart og samarbejde



Ældresygdomme 2019:

Baseline Ældresygdomme er **161,73** urinvejsinfektioner pr. 10.000 risikodøgn (HAIBA 2018)

- 25% reduktion inden for de første 12 måneder af indsatsen (2019)
- 10% reduktion inden for de efterfølgende 12 måneder (2020)
- 10% reduktion inden for de sidste 12 måneder af indsatsen (2021)

- **Afdelingsledelsen**
- **Kvalitets koordinator**
- **Hygiejneperson**



Afdækning af udfordringer

- Urinprøvetagning fra bækken
- Et stort forbrug af urin-stix
- En urinprøve kunne strække sig over flere dage
- Sparsom vidensdeling blandt medarbejdere



Indsatser 2019

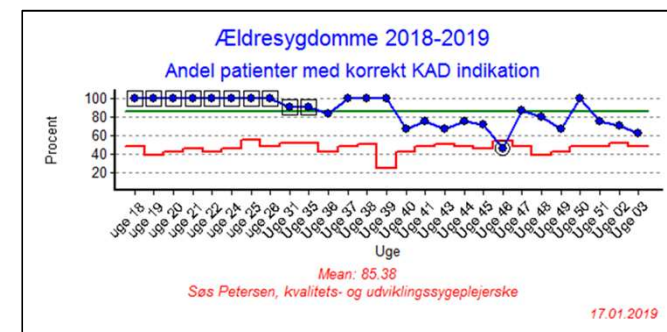
- Der startes indsats vedr. opmærksomhed på urinprøvetagning
- Der startes ugentlige patientsikkerhedsscreeninger vedr. korrekt indikation for anlæggelse af KAD

Antal og incidens af sygehuserhvervede urinvejsinfektioner i Danmark, 2016 - 2022
Kontaktansvar: Region Syddanmark > Sygehus Sønderjylland > Sygehus Sønderjylland, Aabenraa > SHS Ældresygdomme

Infektionstype	År	Tid	Values
	Antal	Antal per 10000 risikodøgn	Antal risikodøgn
2019	64	138,43	4.623
December	4	94,45	423
November	9	239,19	376
Oktober	4	87,34	458
September	9	246,96	364
August	5	134,64	371
Juli	7	161,79	433
Juni	5	143,53	348
Maj	3	78,90	380
April	2	58,47	341
Marts	7	180,57	388
Februar	5	137,75	363
Januar	4	106,44	376
2018	80	205,49	3.893
December	7	407,36	222

Kilde: Statens Serum Institut – HAIBA : data sidst opdateret 10/04/2022, rapport dannet 12/04/2022

Incidens falder fra 205 til 138



Fortsættelsen følger i 2021/22

- Incidensraten falder lidt frem til 2021 og vi forsætter indsatsen.

Antal og incidens af sygehuserhvervede urinvejsinfektioner i Danmark, 2016 - 2022
Kontaktansvar: Region Syddanmark > Sygehus Sønderjylland > Sygehus Sønderjylland, Aabenraa > SHS Ældresygdomme

Infektionstype	År	Tid	Values		
			Antal	Antal per 10000 risikodøgn	Antal risikodøgn
2021			48	101,83	4.714
December			2	41,24	485
November			6	123,97	484
Oktober			8	175,19	457
September			4	93,49	428
August			4	110,99	360
Juli			3	95,26	315
Juni			3	110,3	363
Maj			3	84,5	355
April			3	110,56	271
Marts			2	55,64	359
Februar			5	140,89	355
Januar			4	83,11	481
2020			31	57,18	5.422
December			0	0,00	100

Kilde: Statens Serum Institut – HAIBA; data sidst opdateret 10/04/2022, rapport dannet 12/04/2022

Incidens falder lidt frem til 2021



Prioritering af indsatser → handleplan

Handleplan – UVI forebyggelse, Ældresygdomme						
Problem Hvad består problemet i	Indsats Hvilket tiltag og aktiviteter skal gennemføres	Mål/delmål for indsatsen Indikator for målopfyldelse	Ressourcer Økonomi, Kompetencer, udstyr	Ansvarlig For indsatsen	Opfølgning Ansvarlig for og hvordan, hvor og hvornår sker opfølgningen	Deadline For opfyldelse af mål/delmål
Stigende incidensrate for UVI opstået under indlæggelse (fra 57,24 i 2020 til 94,05 i august 2021)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Undervisning fortsætter 1 x i ugen. Fokus: KAD indikation og plan for seponering, pleje af KAD, SIK som første valg. ➢ Undervisning om KAD og KAD indikation i EPJ ➢ Der laves lommekort med KAD indikation og hvad man skal huske i den forbindelse ➢ Indsatsen starter på tavlemøder 	Incidensrate på 100 for 2021		Tine, Camilla, Tanja Tanja Tine og Steen L. Camilla, Tanja, Berit og Jeanne	Tanja indkalder til opfølgningsmøde medio december	<p>Starter igen medio november 2021 og 4 uger frem.</p> <p>Oktober 2021</p> <p>Senest 15. oktober 2021</p> <p>Medio november 2021</p>
Der er ikke viden om processen er af tilfældig- eller ikke-tilfældigvariation.	➢ Berit starter indsamling af data fra HAIR samt ved journalgennemgang (KAD-indikation) og fremlægger eks. på patienter med KAD relateret UVI til tavlemøder.	At følge processen, afgøre om der er tale om tilfældig el. ikke-tilfældig variation.		Berit		Ultimo oktober



Konkrete initiativer

- Dannelse af lokalt forbedringsteam
- Undervisning v. hygiejnesygeplejerske til 15 faglige minutter
- Ugentlige patientsikkerhedsscreeninger – plan for KAD
- KAD-indikation – fokusområde for lægerne
- UVI forebyggelse som indsats på strategitavlen
- Fremlæggelse af data og case til ugentlige tavlemøder
- Casebaseret læring

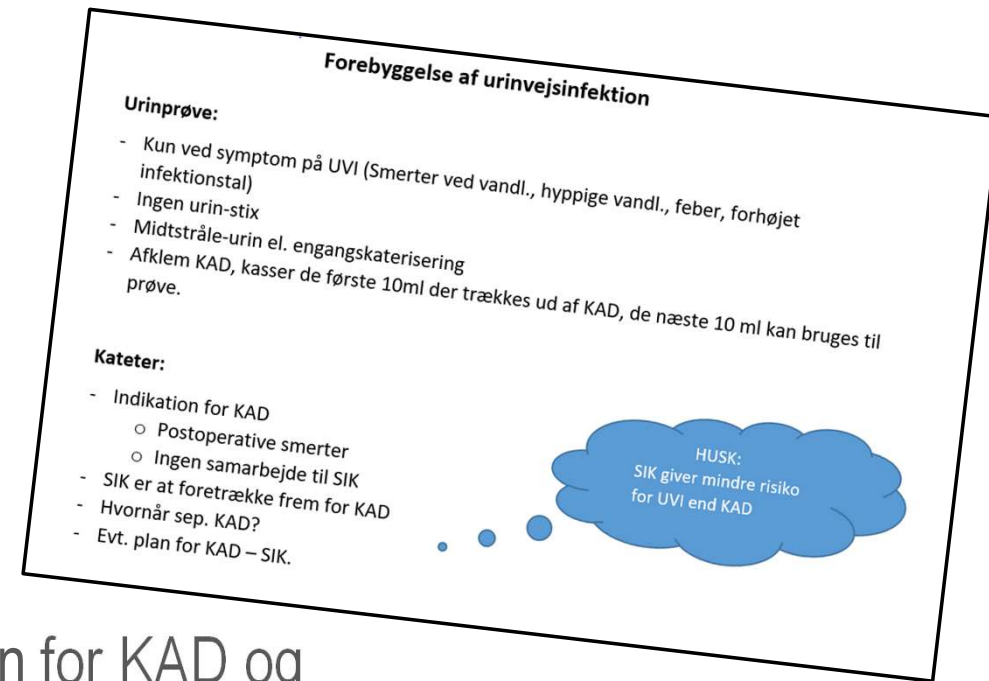
Handleplan – UVI forebyggelse, Ældresygdomme						
Problem Hvad består problemet i	Indsats Hvilket tiltag og aktiviteter skal gennemføres	Mål/delmål for indsatsen Indikator for målopfyldelse	Ressourcer Økonomi, kompetencer, udstyr	Ansvarlig For indsatsen	Opfølgning Ansvarlig for og hvordan, hvor og hvornår sker opfølgningen	Deadline For opfyldelse af mål/delmål
Stigende incidensrate for UVI opstået under indlæggelse (fra 57,24 i 2020 til 94,05 i august 2021)	<ul style="list-style-type: none"> Undervisning fortsætter 1 x i ugen. Fokus: KAD indikation og plan for seponering, pleje af KAD, SIK som første valg. Undervisning om KAD og KAD indikation i EPJ Der laves lømmekort med KAD indikation og hvad man skal huske i den forbindelse Indsatsen starter på tavlemøder 	Incidensrate på 100 for 2021		Tine, Camilla, Tanja Tanja Tine og Steen L.	Tanja indkalder til opfølgningsmøde medio december	Starter igen medio november 2021 og 4 uger frem. Oktober 2021 Senest 15. oktober 2021
Der er ikke viden om processen er af tilfældig- eller ikke-tilfældigvariation.	<ul style="list-style-type: none"> Berit starter indsamling af data fra HAIR samt ved gennemgang (KAD-indikation) og fremlægger eks. på patienter med KAD relateret UVI til tavlemøder. 	At følge processen, afgøre om der er tale om tilfældig el. ikke-tilfældig variation.		Camilla, Tanja, Berit og Jeanne Berit		Medio november 2021 Ultimo oktober

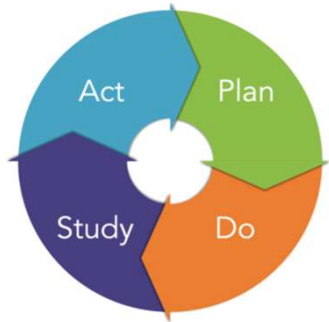


Lommekort til stuegang

PDSA anvendes som testredskab

- **PLAN:** Lommekort til personalet vedr. indikation for KAD og plan for anlagt KAD
- **DO:** Afprøves i begge teams efter første tavlemøde
- **STUDY:** SPC-data v. ugentlige patientsikkerhedsscreeninger – plan for KAD
- **ACT:** Reager, hvis data viser at der ikke er effekt





Inddragelse af lægerne til stuegang

PDSA anvendes som testredskab

- **PLAN:** KAD-indikation som punkt på lægernes stuegangsseddel – skaber systematik
- **DO:** Afprøves for begge teams efter første tavlemøde.
- **STUDY:** SPC-data v. ugentlige patientsikkerhedsscreeninger – plan for KAD.
- **ACT:** Reager, hvis data viser at der ikke er effekt.

Tjekliste til stuegang, disse punkter skal lægen tages stilling til:

Patient: _____

Skal afleveres til stuegangsgående sygeplejerske.

Referenceværdier for patienten: (RF, SAT, BT, P, GCS, Tp)	
Stillingtagen til behandlingsloft:	
Færdigbehandlingsdato:	
Ønskede bl.pr samt hvornår:	
Ordination af medicin:	
Stillingtagen til weekendstuegang, hvis ja hvornår:	
Stillingtagelse til KAD/SIK:	
Øvrige ordinationer:	



DIN TILFREDSHED
VORES STOLTHED



Fra akutmodtagelse til sengeafsnit

Invasive og non-invasive adgange

Anlagt	Seponeret	Type	Placering
24.05.22 08:36		Perifer venekateter (PVK)	h. arm
24.05.22 03:13		Blærekateter	

PDSA anvendes som testredskab

- **PLAN:** Flow koordinator spørger ved overflytning fra FAM om dokumentation for dokumentation i EPJ-syd (patient journal) samt notere det på Cetrea
- **DO:** Afprøves for begge teams efter første tavlemøde.
- **STUDY:** SPC-data v. ugentlige patientsikkerhedsscreeninger – plan for KAD
- **ACT:** Reager, hvis data viser at der ikke er effekt.

BS / UDSKILLELSE

BS
Aff. 30/5 KAD. Blærescan+skyl x1 i vagten
BS
Aff. d. 30/5.
BS x 5, suppl. efter skema
KAD sep. d. 30/5- blærescan x 1 i hver vagt Aff. 29/5
BS
Aff 29/5
BS x 5, suppl. > 14 = 2ie, >16 = 4ie
Perm. KAD. anlagt den 25/5 Aff. 29/5

Succeser og implementering

- Små tiltag gør en forskel
- Struktur og systematik
- Realistiske mål
- Tværfagligt samarbejde
- Fastholdelse og sparring v. hygiejnesygeplejersker
- Undervisning – Psykologisk tryghed
- Videregive de gode vaner til nyansatte/studerende
- Ledelsesopbakning – kontinuerlig fastholdelse af indsatsen
- Hygiejnenøglepersonens vigtige rolle

Sygehus
Sønderjylland



Data `Plan for anlagt KAD

Andel patienter med plan for anlagt KAD - Ældresygdomme

Medicinske Sygdomme Aabenraa - Berit Fabricius Petersen

SHS Medicinske Sygdomme



Reager
Stabil proces, mål ikke opfyldt.

Resultat 2022-U22: 100,0 %

Median 2021-U49-2022-U22: 60,0 %

Standard 2022-U22: 100,0 %

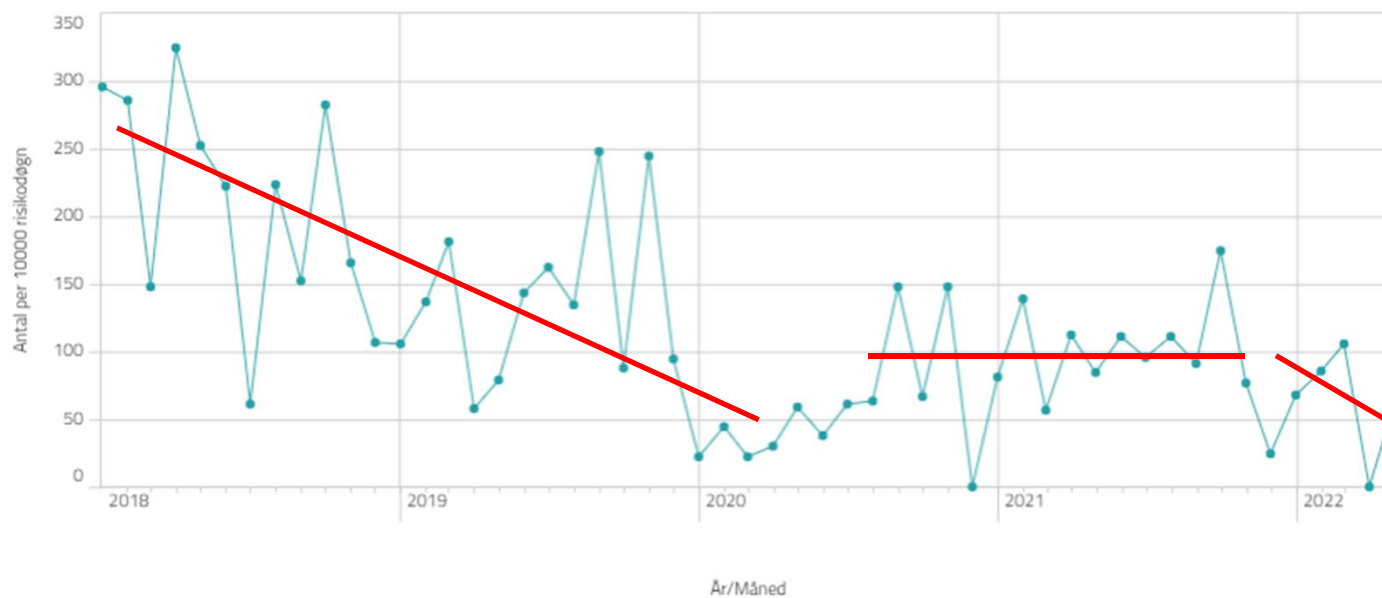
Arssrapport ikke tilgængelig

★ Uge RUN PERIODE-FRA PERIODE-TIL

Data HAIBA urinvejsinfektioner

Incidens af sygehuserhvervede urinvejsinfektioner i den offentlige sektor i Danmark, 2018 - 2022

Opholdsadresse/Operation: Region Syddanmark > Sygehus Sønderjylland > SHS Ældresygdomme, SHS Ældresygdomme Sengeafsnit (Aabenraa)



Kilde: Statens Serum Institut – HAIBA ; data sidst opdateret 15/05/2022, rapport dannet 19/05/2022



Spørgsmål

Sygehus
Sønderjylland



DIN TILFREDSHED
VORES STOLTHED