LUND UNIVERSITY

Städning och ytdesinfektion som mått på god vårdhygien: Observationer från en sjukhusbädd.

Wullt, Marlene

Published in:
Läkartidningen

2011

Link to publication

Citation for published version (APA):
Wullt, M. (2011). Städning och ytdesinfektion som mått på god vårdhygien: Observationer från en sjukhusbädd. *Läkartidningen*, *108*(10), 520-521. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21744550?dopt=Abstract

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Städning och ytdesinfektion som mått på god vårdhygien:

Observationer från en sjukhusbädd

Städningen på ett sjukhus måste ses i sitt rätta sammanhang. Städpersonalen måste få delaktighet i och förståelse av hela vården kring patienten, och sjukhusledningen måste acceptera sambandet mellan städningens och ytdesinfektionens kvalitet och frekvensen vårdrelaterade infektioner, skriver Marlene Wullt utifrån egna observationer från en sjukhusbädd.

Collage: Ewa Knutsson

Tjockt med spindelväv i takarmatur, smutsiga golvytor, stopp i avlopp … De som städar på sjukhus har en viktig roll vad gäller vårdhygienens kvalitet.

För något år sedan drabbades jag av en åkomma som krävde först operation och därefter onkologisk behandling. Jag fick vård vid två sjukhus och fick då en inblick i vårdhygienen på min egen arbetsplats »på riktigt«.

Skånes universitetssjukhus, det ena av de två universitetssjukhusen: Under två vårddygn vårdades jag på en kirurgisk avdelning. Morgonen efter operationen konstaterade min rumsgranne (med 30 års yrkeslivserfarenhet som undersköterska) och jag att det hängde tjockt med spindelväv i takarmaturen. Alla ytor var belagda med mer eller mindre av damm och smuts, kontrollerat med fingertoppsdragning. Det var stopp i avloppen till handfaten både i duschrummet och i salen. Enligt personalen var detta vanligt. Städningen var slarvig, endast en tredjedel av golvytan i salen hanns med. Städningen av duschrummet med tillhörande toalett gick på några minuter.

Skånes universitetssjukhus, det andra av de två universitetssjukhusen: Under fyra vårddygn var jag inlagd på isoleringsrum som högriskpatient på grund av infektionskänslighet. Jag kunde notera att undersköterskorna gjorde ett fint arbete med att torka av alla ytor ovanför golvnivån. Den professionella städningen var däremot sämre, golvet i salen städades endast till en fjärdedel. Golvet i det kombinerade duschrummet och toaletten städades inte en enda gång. Man tyckte kanske att det grå-mönstrade golvet ändå såg rent ut?

Papperskorgen i duschrummet (även uppsamlingsplats för bindor – egen pågående profus menstruation) tömdes inte de två första dygnen, man tryckte helt enkelt ned innehållet för att skapa mer plats. Dag tre och fyra tömdes papperskorgen.

Mina observationer är inte unika. Bland annat rapporterade en kollega hösten 2008 om den undermåliga städningen på Danderyds sjukhus [1]. Vi rapporterar bägge om städning som, enligt min mening, knappast skulle godtas ens på det enklaste hotell, och som naturligtvis är helt oacceptabel inom den högintensiva sjukvården. Och om inte den dagliga städningen fungerar, hur fungerar då slutstädningen och den så kallade ytdesinfektionen? Frågan är viktig; med kortare vårdtider har vi en ökad omsättning av patienter, där en del är kända bärare av multiresistenta bakterier. Bristen på enkelrum gör att dessa inte alltid kan isoleras. Naturligtvis har vi också ett okänt och sannolikt ökande antal oidentifierade bärare av bakteriell multiresistens.

Risken för en vårdrelaterad infektion via exogen smitta under en sjukhusvistelse beräknas ligga så högt som mellan 20 och 40 procent [2]. Vi vet att denna smitta orsakas genom direkt eller indirekt kroppskontakt, vanligtvis genom att personalens händer kontaminerats via patienten och dennes kroppsvätskor, eller via ytor i patientens närmaste omgivning [2]. Det finns alltmer evidens för att kontaminerade ytor bidrar till nosokomial smitta [3, 4] och för att städning och/eller ytdesinfektion av ytor kan reducera risken för smitta [5, 6].

Vi måste kunna mäta vårdhygienens kvalitet för att kunna genomföra förbättringar. Men hur ska detta göras? I den senaste punktprevalensstudien (beställd av Sveriges Kommuner och landsting och refererad i Läkartidningen 1–2/2011, sidan 14) av vårdrelaterade infektioner bland inneliggande patienter har man försökt uppskatta personalens följsamhet till basala hygienrutiner [7]. Andra lokala rapporter anger förbrukning av handdesinfektionsmedel som kvalitetsmått på vårdhygienen. Dessa två exempel är viktiga eftersom utvärdering av vårdhygien för övrigt är ett kraftigt försummat område. Vanligtvis görs ingen ordentlig monitorering eller utvärdering av städning och ytdesinfektion.

Det är förvånande att man i studier vanligtvis inte korrelerar kvaliteten på denna aspekt av vårdhygienen med frekvensen vårdrelaterade infektioner – troligtvis eftersom etablerade mått helt enkelt saknas. Detta kommer förhoppningsvis att ändras i framtiden.

Det finns nu förslag på både biokemiska och mikrobiologiska utvärde-

MARLENE WULLT
överläkare, med dr,
infektionskliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
marlene.wullt@med.lu.se

ringsmetoder [8]. En enkel metod skulle kanske kunna vara att regelbundet mäta förbrukning av ytdesinfektionsmedel, i analogi med förbrukning av handdesinfektionsmedel som mått på god handhygien?

Det är uppenbart att det är den individ som städar som till syvende och sist står för vårdhygienens kvalitet. Det är angeläget att se till att städpersonalen förstår sin viktiga roll genom att erbjudas delaktighet i och förståelse av hela vården kring patienten. Dessutom måste sjukhusledningen acceptera det viktiga sambandet mellan städningens och ytdesinfektionens kvalitet, och frekvensen vårdrelaterade infektioner. Organisationen av städningen på ett sjukhus måste ses i sitt korrekta sammanhang, inte bara som ett område utan kvalitetskontroll där besparingar ostört kan göras.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER *Fullständig referenslista Lakartidningen.se*

REFERENSER

3. Hota B. Contamination, disinfection, and cross-colonization: are hospital surfaces reservoirs for nosocomial infections? Clin Infect Dis. 2004;39:1182-8.
4. Boyce MB. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. J Hosp Infect. 2007;65:50-4.
5. Dancer SJ, White LF, Lamb J, Girvan EK, Robertson C. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. BMC Med. 2009;8:7-28.
6. Dancer SJ. The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection. J Hosp Infect. 2009;73:378-85.
8. Mulvey D, Redding P, Robertson C, Woodall C, Kingsmore P, Bedwell D, et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. J Hosp Infect. 2011;77(1):25-30.

APROPÅ! Nationella kvalitetsregister

Värna eller sälja ut patienternas integritet?

Läkarkåren står inför ett historiskt vägval – ska vi värna eller sälja ut patienternas integritet? Epidemiologen Måns Rosén och medarbetare har gjort en översyn av nationella kvalitetsregister, »Guldgruvan i hälso- och sjukvården«. Utredningen är nu ute på remiss, deadline är den 15 mars. Utredningen bör läggas på is till dess en särskild utredning angående patientens integritet har ägt rum!

Ordföranden i Läkarförbundet, Marie Wedin, skriver i en ledare i Läkartidningen nr 8/2011: »... vi bör fortsätta satsa på register för uppföljning och utveckling av vårdens resultat«. Varenda vettig människa håller nog med, självklart ska vi med kontinuerlig vårdförbättring som syfte använda de fantastiska möjligheter som informationstekniken erbjuder!

I Roséns tjocka gröna bok avhandlas frågan om finansiering (det mest hårresande är pengar från läkemedelsindustrin, som får rätt till data och uppföljning av enskilda läkemedel!), byggande av nya byråkratiska strukturer och samkörning med andra register. I allt detta drunknar den viktigaste och mest centrala frågan av alla – *patientens integritet*. Att döma av den föreslagna »patientinformationen« är denna fråga minst sagt styvmoderligt behandlad (se SKL:s webbplats).

Låt oss inte duperas av färskvarubegrepp som »smart cards«, idiotsäker kryptering och liknande. Sanningen är att patientens fulla identitet och hela journalinnehåll kommer att finnas i ett nationellt jätteregister. Man behöver inte vara historiker för att inse vilken fara ett sådant register utgör – för all framtid!

Ironiskt nog skulle konsekvensen av förslagen i »guldgruveutredningen« bli att kvalitetsregister inte längre behövs – det är bara att fullborda detta Klondyke genom att öppna alla journalsystem för hugade spekulanter som »vill väl«!

Och man bara undrar, var finns vår skyddsängel Datainspektionen? Och hur förhåller sig Läkaresällskapet till denna ödesfråga?

Marie Wedin ställer i sin ledare också frågan: »Är verksamhetens rätt till kunskap viktigare än patientens rätt till integritet?« Senare konstaterar hon att: »Patienternas rätt till integritet måste väga tyngre än verksamhetens rätt till registerföda.« Även här kan varje läkare som tar sitt uppdrag på allvar helhjärtat hålla med om att värnandet om patientens integritet är det primära. Den viktiga invändning som här bör göras är dock att det ena inte utesluter det andra!

Vinjett Airi Iliste

Lägg utredningen om nationella kvalitetsregister på is till dess frågan om patienternas integritet har utretts, anser skribenten.

Undertecknad har lång erfarenhet av epidemiologiska studier, bland annat inom Hiv Bivus – en biverkningsstudie 1999–2005. Där utvecklade vi en stor databas som bland annat gav möjlighet till en grafisk översikt av HIV-behandlingen, vilken direkt gagnat såväl patient som vårdgivare, ja, den kan nog sägas ha revolutionerat vården för de HIV-infekterade. Dessutom deltog dessa drygt 1 000 svenska patienter i en internationell studie, kring hjärtinfarkt och dödsorsaker, med totalt 26 000 patienter från Europa, USA och Australien. Inga personnummer eller namn lämnade någonsin journalarkivet vid den klinik där patienten vårdades! Med en helt anonym slumpkod kunde patienterna identifieras vid analysen av data – det gick alldeles utmärkt! På analogt sätt kan man lösa integritetsskyddet också i morgondagens kvalitetsregister – den moderna informationstekniken ger oss alla möjligheter till detta!

Vi inom vården har hittills alltid skyddat våra patienters integritet. Journaler har låsts in bakom tjocka ståldörrar när de inte använts i direkt patientkontakt. Finns det anledning att ändra på detta? Läkarkårens ansvar måste väl vara lika stort i vdag? Skulle vi, om ens bara passivt genom underlåtenhet, låta sälja ut våra patienters integritet så kommer förtroendet för läkaren att erodera med tiden. Och hur ska vi kunna fullgöra vårt kall utan patientens förtroende?

Själv röstar jag med fötterna och ber härmed att få registrera mig på NIX-listan – jag tillåter inte att mitt ID lämnar journalen, vare sig nu eller i framtiden.

Linda Morfeldt
med dr, specialist i infektionssjukdomar, Stockholm
linda.morfeldt@gmail.com