

Datum: 2017-02-21

Händelseanalys

Smittspridning E.Coli med ESBL

Oktober 2016

Analysledare:

Område 1
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet var att identifiera orsaker som kunnat bidra till smittspridning av Escherichia Coli (E. Coli) med ESBL med hjälp av en händelseanalys samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

Screening avseende multiresistenta bakterier utförs en gång/vecka på alla ineliggande barn på avdelningen. Sammanlagt odlas sex patienter positivt avseende ESBL under en månad. Tre patienter (nr1-3) vårdas samtidigt på ett övervakningsrum avsett för två patienter. Efter några dagar flyttas patient nr 1 och 2 till enskilda föräldrarum och samma dag flyttar patient nr 4 in på övervaksrummet ihop med patient nr 3. Positiva odlings svar på ESBL för patient nr 1,2,3 och 4 erhålls samtidigt. Efter en vecka odlas patient nr 5 positivt avseende ESBL. Patient nr 5 har från födelsen vårdats på Neonatal IVA och flyttar efter några dagar direkt in på enskilt föräldrarum på familjeavdelningen. Första screeningodlingen är negativ men den andra (efter sju dagar) odlas patient nr 5 positiv avseende ESBL. Patient nr 5 har inte samvårdats med de andra smittade patienterna. Barn nr 6 läggs direkt in på enskilt föräldrarum, denna patient kommer från annat sjukhus. De två första odlings svaren på barn nr 6 är negativa. Därefter blir odlings svaret positivt avseende ESBL.

Risker har identifierats inom orsaksområdena "Omgivning & Organisation", "Procedurer/rutiner & riktlinjer", Kommunikation & information" och "Utbildning & Kompetens". Överbeläggningar och personalbrist har medfört att endast ett övervakningsrum varit öppet istället för två vilket bidrar till svårighet att efterfölja kohortvård. Bristande följsamhet av hygienrutiner samt till PM "multiresistenta bakterier". Procedurer, riktlinjer och rutiner är inte tillräckligt kommunicerade och kända, samt svårigheter att ge information till inte svensktalande föräldrar om hygien rutiner.

För att motverka framtida bakteriespridning är största vikt att garantera hög följsamhet av gällande hygienrutiner samt ha tillräckligt med personal. Planering för byggnation av ny avdelning pågår med enkelrum som möjliggör isolering och att barnen kan slut vårdas på samma vårdsal utan förflyttning inom enheten.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	4
4	Resultat.....	5
4.1	Fakta om ESBL	5
4.2	Händelseförlopp	5
4.3	Bakomliggande orsaker	6
4.4	Bifynd och andra upptäckta risker.....	7
4.5	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	7
4.6	Åtgärdsförslag.....	7
5	Tidsåtgång	8
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	9
6.1	Åtgärder.....	9
6.2	Återkoppling	9
6.3	Uppföljning	9
7	Ordförklaringar	10
8	Bilagor.....	11

1 Uppdrag

Uppdraget gäller att identifiera orsaker som kunnat bidra till smittspridning av E. Coli med ESBL, vilka rutiner som brustit eller saknats samt föreslå åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.

1.1 Uppdragsgivare

Område 1

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2016-11-16

Startdatum: 2016-11-16

1.3 Återföringsdatum

2017-02-21

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll/titel	Enhet
Analysledare/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 1/Neonatologi
Analysteammedlem/Sjuksköterska	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 1/Neonatologi
Analysteammedlem/Läkare	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 1/Neonatologi

3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

- Avvikelse rapport
- 3 Intervju med direkt/indirekt involverad personal
- 1 Intervju med expert/sakkunnig
- Journalhandlingar
- Riktlinjer/rutiner

4 Resultat

4.1 Fakta om ESBL

E. Coli är en av våra vanligaste tarmbakterier och nyfödda barns tarmar koloniserar normalt med E. Coli under de första levnadsveckorna.

ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) är en egenskap hos vissa gramnegativa tarmbakterier, bland annat E. Coli som innebär att bakterien är resistent mot viss antibiotika. ESBL smitta kommer vanligen från personer som reser mycket till delar av världen där antibiotika användningen är stor och bland immunsvaga individer. ESBL sprids via direkt och indirekt kontaktsmitta, från förorenade händer och ytor, det kan även överföras via förorenade livsmedel.

4.2 Händelseförlopp

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer av direkt och indirekt involverade medarbetare, experter/sakkunniga samt genomgång av journaler. Vilka som intervjuats för analysen redovisas under Metodik.

Avdelningen får under oktober 2016 ett smittutbrott av E. Coli med ESBL. Förtidigt födda barn vårdades på gemensam övervakningsal. Dag 1: . På avdelningen görs rutinmässig. Dag 1:

4 barn som tidigare vårdats gemensamt på ett övervakningsrum visar positivt odling svar på ESBL. De är ärärär nu isolerade på enskilda föräldrarum och föräldrarna informeras om smittan.

Dag 8:

PositivtPositivt odling odling PositivtPositivt ESBL odling odling svar på barn nr 5 som tidigare varit negativ på odlingen (dag 1). Detta barn har tidigare vårdats på enskilt föräldrarum och har inte vårdats på gemensamt övervakningsrum som övriga smittade. Föräldrar blir informerade om smittan.

Dag 11:

Positiv ESBL odlingssvar på barn nr 6 som tidigare varit negativ på odlingarna odlingarna odlingarna odlingarna (dag 5 och dag 8). Detta barn har tidigare vårdats på enskilt föräldrarum och har inte vårdats på gemensamt övervakningsrum som övriga smittade. Föräldrar blir informerade om smittan.

Dag 18:

Alla Patienterna är utskrivna till hemmet eller på hempermission.

4.3 Bakomliggande orsaker

Omgivning & organisation:

Bakomliggande orsak:

På grund av överbeläggning/personalbrist har man ibland endast ett övervaknings rum öppet istället för två.... Detta bidrar till svårighet att efterfölja kohortvård.

Det finns endast avsatt personal som tillreder mat mån-fre, inte hela veckan.

Föräldrarum är inte inte inte inte anpassade för patienter med smitta då endast ett rum har egen toalett. Föräldrar har matmatmatmat i samma kylskåp i föräldrar köket.

Kommunikation & information:

Bakomliggande orsak:

Det har varit svårt att få ut viktig information till föräldrar när det gäller hygien rutiner pga. ej svensktalande. Tolkhjälp har använts främst vid läkarsamtal.

Procedurer, riktlinjer och rutiner inte tillräckligt kommunicerade och kända på avdelningen.

Procedurer/rutiner & riktlinjer:

Bakomliggande orsak:

Patient har utsatts för smitta pga. bristande följsamhet av hygienrutiner samt till PM "multiresistenta bakterier". Procedurer, riktlinjer och rutiner inte tillräckligt kommunicerade och kända. Patienterna har ingen egen hurts. Patienter har flyttats runt och vårdats på "teamstation" under perioder, även undersökts utan skyddsförkläden/handskar. Bröstmjölkspumpen används av flera mammor, denden är inte inte inte inte personbunden. Rutinmässig screening vid smittutbrott har missats vid ett tillfälle.

Utbildning & kompetens:

Bakomliggande orsak:

Det är många nyanställddanyanställddanyanställddanyanställda på avdelningen och det framkommer att det är svårt att hitta PM i Barium och att hinna uppdatera sig på detta då arbetsbelastningen varit hög.

4.4 Bifynd och andra upptäckta risker

Otydlig dokumentation i journalsystemet Melior om vilka platser patienterna ligger på och hur de flyttats på avdelningen

4.5 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Smittspridning har inte inneburit *förlängd vårdtid* eller *förhöjd vårdnivå* för de drabbade patienterna

4.6 Åtgärdsförslag

Tillräcklig bemanning

Att optimera bemanningen för att kunna vårdamöjliggöra vården av patienter utefter gällande hygienrutiner. Vårdhygien har påtalat vikten av att undvika överbeläggning på övervakssalarna.

Uppmärksamma hygienrutiner, riktlinjer och procedurer

Uppdatera **alla** yrkeskategorier på avdelningen vad det finns för PM om hygienrutiner/riktlinjer samt "multiresistenta bakterier samt *Serratia marcescens*" i Barium. Eventuellt ha dessa PM i en pärm på avdelningen för att ha dem mer lätt åtkomliga.

Anskaffning av checklistachecklistachecklistachecklistachecklistachecklistachecklistachecklista (evt signeringslista) för patientnära smittrening/städning dagligen samt slutstädning för vårdpersonal och lokalvårdare

Anskaffning av fler bröstpumpar och patient bundna hurtsar.

Bättre ID märkning av patientens utensilier som vårdas på övervaket.

Broschyrom hygienrutiner för föräldrar till barn på neonatalavdelning översatt på fler språk till ej svensk talande föräldrar.

SeSeSeSe över eventuellt behov av att ha avdelad personal imjölkköket imjölkköket alla dagar i veckan

Nybyggnation är under planering med möjlighet till enkelrum samt med patientbundna toaletter samt kylskåp.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Barn tas inte ut inte på teamstationer eller vårdas på andra platser än sin egen plats		VEC Lednings ansvarig SSK	Klart
Vårdhygien kom till avdelningen i samband med smittutbrottet och hade genomgång med personalen om hur detta ska hanteras		VEC Vårdhygien	Klart
De vanliga kranarna till handfaten är utbytta till "induktions kranar"		VEC	Klart

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	37373737
För analysteam	19
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	6
SUMMA	62626262

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Åtgärder vidtogs omedelbart, se tabell i händelseanalys. Samtliga rapportens övriga åtgärdsförslag kommer att vidtas, vg se handlingsplan. Se tidsplan för Handlingsplan.

6.2 Återkoppling

Händelseanalysen går igenom med ansvariga på en konferens där en handlingsplan upprättas.

6.3 Uppföljning

Överenskommelse under konferens, se handlingsplan

7 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
<i>Förkortning/begrepp</i>	<i>Här kan redovisas andra förkortningar och begrepp som används i rapporten</i>

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf