

Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning -kliniknivå

Denna övergripande handlingsplan syftar till att fungera som hjälp och stöd i arbetet med att förhindra smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner. Den kan också fungera som stöd i arbetet med att ta fram en egen mer konkret handlingsplan på den egna kliniken.

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som har ett tids- eller orsakssamband med vård. Vårdrelaterad infektion är den vanligaste vårdskadan och drabbar minst 75 000 patienter per år i den svenska slutenvården (beräkning från Folkhälsomyndigheten 2023). Vårdrelaterade infektioner leder till ökat lidande, ökade kostnader och bidrar till cirka 1300 dödsfall per år. Det finns en koppling mellan VRI och antibiotikaresistens. Av de infektioner som orsakas av resistenta bakterier beräknas 70 procent vara vårdrelaterade. Vårdrelaterade infektioner bidrar också till ökad antibiotikaanvändning, vilket ytterligare kan öka risken för antibiotikaresistens. Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) kan mellan en tredjedel och hälften av alla VRI:er undvikas. Det finns alltså mycket att göra för att skydda patienterna, skydda antibiotikan samt spara pengar och vårdplatser.

Nationell arbetsgrupp vårdhygien har, på uppdrag av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, tagit fram ett kunskapsunderlag, [Vägledning för vårdhygieniskt arbete](#). I vägledningen beskrivs evidensbaserad kunskap och aktiviteter inom de åtta områden som identifierats av WHO som nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete. Den här handlingsplanen bygger på denna vägledning, men vägledningen behöver också läsas i sin helhet och checklistorna i slutet av den kan också vara till hjälp i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.

De åtta områdena är:

1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning
 2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument
 3. Utbildning och träning
 4. Övervakning och registrering av vårdrelaterade infektioner
 5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete
 6. Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer
 7. Bemanning, arbetsbelastning och belägningsgrad
 8. Lokaler och utrustning
-

Nedskrivna vårdhygieniska riktlinjer är viktigt för att nå framgång i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Det är också viktigt att riktlinjerna är evidensbaserade och att de implementeras i verksamheten.

Område 2	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Evidensbaserade styrande och stödjande dokument	All personal behöver känna till och arbeta utifrån vårdhygieniska riktlinjer. På Smittskydd och vårdhygien Dalarnas hemsida finns evidensbaserade riktlinjer (se flik "Vårdhygien" samt "Riktlinjer och rutiner"). Även lokala/verksamhetsanpassade vårdhygieniska rutiner kan behöva finnas eller tas fram när det behövs.	Smittskydd och vårdhygien Dalarna ansvarar för att riktlinjerna på hemsidan är aktuella. Verksamheterna ansvarar för egna lokala rutiner. Verksamheterna ansvarar för att vårdhygieniska riktlinjer och rutiner görs kända för medarbetarna och implementeras i verksamheterna. Vid behov tas vårdhygieniska rutiner riktade till patienter och deras närstående fram av verksamheten.	Verksamhetschef påminner medarbetare var riktlinjer finns och går igenom utvalda riktlinjer, förslagsvis minst 1 gång per år. Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp att rutinerna följs och vidtar åtgärder om de inte följs.	Sker genom Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) en gång per år.

All vårdpersonal behöver återkommande fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien

Område 3	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Utbildning och träning	Utbildning och träning verksamhetsanpassas och följs upp på den egna arbetsplatsen. På verksamhetsnivå bör undervisningen vara team- och uppgiftsbaserad. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är föreskrivet i SOSFS 2015:10 och mycket viktigt för att förhindra smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI). All vård- och städpersonal behöver ha kunskap om och tillämpa basala hygienrutiner och klädregler (BHK). På Smittskydd och vårdhygien Dalarnas hemsida finns bl.a. digital BHK-utbildning och den digitala utbildningen VRI-smart. Det går också bra att kontakta Vårdhygien vid behov av utbildning.	Vårdgivaren och dess verksamhetschefer ansvarar för att vårdpersonalen har tillgång till fortlöpande utbildning inom ämnesområdet vårdhygien. Ledningen för servicepersonal (till exempel städpersonal och vårdnära service) ansvarar för att även deras medarbetare får en basal vårdhygienisk utbildning.	Verksamhetschef påminner medarbetare att digitala utbildningar finns och att åtminstone BHK-utbildningen och/eller VRI-smart görs minst 1 gång per år.	Sker genom Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) en gång per år.

Systematisk övervakning av vårdrelaterade infektioner bidrar till att minska dessa infektionstyper.

Område 4	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner	Det finns olika sätt att övervaka riskfaktorer och mäta VRI. Exempelvis: - Synergier (se till att synergier skrivs vid VRI och vid identifierade risker, analysera vad som inträffat och vad som hade kunnat göras annorlunda –ta hjälp av Vårdhygien vid behov) - Realtidsdata, daglig riskbedömning för VRI (exempelvis ”Gröna korset”) - Infektionsverktyget (för att kunna lita på resultaten från infektionsverktyget vad gäller VRI behöver varje verksamhet validera sina egna data om statistiken ska användas) - Journalgranskning - Diagnoskodning av VRI (medicinska sekreterare vid somatiska sjukhuskliniker har utbildats i diagnoskodning av VRI) - Kvalitetsregister (när det är tillämpligt) Ytterligare information om mätmetoderna finns i tabellen sist i denna handlingsplan.	Verksamheten ansvarar för att: - Övervaka riskfaktorer för VRI och/eller mäta VRI och regelbundet följa upp och vidta åtgärder för att förebygga VRI. - Välja en eller flera mätmetoder och regelbundet följa upp resultaten av dessa. (Det är dock inte själva mätningen som är målet, allt handlar om att bli medveten om vilka VRI:er eller risker som är vanliga (eller allvarliga) på den egna enheten för att sedan kunna arbeta vidare förebyggande.)	Varje enhet följer upp sina lokala mätresultat regelbundet och arbetar vidare utifrån resultaten. Förslagsvis utses medarbetare ur olika personalkategorier som bildar en VRI-grupp. VRI-gruppen rapporterar regelbundet resultat och förbättringsförslag till verksamhetschef och övriga medarbetare.	Sker genom den årliga enkäten inför patientsäkerhetsberättelsen samt genom Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) en gång per år.

VRI beror oftast på flera samverkande faktorer och det förebyggande arbetet sker bäst genom ett multimodalt arbetssätt.

Område 5	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete	Välj ut ett eller flera fokusområden att arbeta vidare med. Fokusområden kan t.e.x. vara vårdrelaterad UVI, vårdrelaterad pneumoni, infartsrelaterad infektion, postoperativa infektioner eller 100 % följsamhet till BHK. Arbeta med valt/valda områden under året enligt ett multimodalt arbetssätt: 1. <i>Bygg upp</i> (skapa resurser –ekonomi, personal, utrustning) 2. <i>Lär ut</i> (praktisk och målinriktad träning i korrekt arbetssätt) 3. <i>Utvärdera effekten</i> (mätning och återkoppling av indikatorer för att mäta förändringar) 4. <i>Sälj in budskapet</i> (påminnelser och kampanjer som håller frågan ständigt levande) 5. <i>God organisationskultur</i> (fokuserad, pådrivande ledning och en aktiv patientsäkerhetskultur)	Vårdgivaren ansvarar för att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att implementering och systematiskt förbättringsarbete kan genomföras. Verksamheten ansvarar för att evidensbaserad implementering och systematiskt förbättringsarbete sker.	Regelbundna lägesrapporter till medarbetare, exempelvis som stående punkt i samband med återkommande möten i verksamheten. Alla yrkeskategorier behöver vara involverade.	Verksamheten sammanfattar i verksamhetsberättelsen vilket/vilka fokusområden som valts ut och hur arbetet går. Om allvarliga brister eller risker gällande VRI kvarstår trots förbättringsarbete lyfts detta vidare i organisationen.

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt kvalitetsarbete uppnår verksamheten en god kvalitet och hög grad av patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i vårdgivarens ledningssystem. Regelbunden mätning och utvärdering i kombination med regelbunden återkoppling (individuellt, i team eller per enhet) är ett sätt att undersöka om en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter, kunskapsstöd och nationella rekommendationer, och därmed säkerställa att patientsäkerhet och en god hygienisk standard upprätthålls.

Område 6	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Systematiskt kvalitetsarbete -mätning och uppföljning av strukturer och processer	- Vårdhygienisk egenkontroll görs 1 gång per år - Verksamheten utför riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att oönskade händelser kopplade till bristande hygienisk standard skulle kunna inträffa. Inför förändringar görs riskbedömning enligt Region Dalarnas <i>Checklista riskidentifiering</i> (finns på Inblick under Riskhantering) - Verksamheten tar som en del i det systematiska förbättringsarbetet fram handlingsplaner utifrån resultat av mätningar och utvärdering, samt vidtar åtgärder - Vårdhygien kontakts vid behov av stöd	Verksamhetschef ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet	Resultat från olika mätningar återkopplas regelbundet till medarbetarna (alla personalkategorier). Utifrån resultatet diskuteras de utmaningar som finns på den egna enheten och vilka förbättringar som behöver komma på plats (lokal handlingsplan tas fram). Sedan upprepas processen med ny mätning, utvärdering och återkoppling osv. (Glöm inte heller att lyfta fram goda exempel eller bra, fungerande arbetssätt.) Exempel på mätning och uppföljning kan t.ex. vara följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, vilka VRI:er eller riskfaktorer för VRI som är vanliga (eller allvarliga) på enheten, hur många som gått BHK- eller VRI-smart-utbildningarna eller hur resultatet av vårdhygienisk egenkontroll ser ut. Medarbetares delaktighet i det förebyggande arbetet är viktigt.	Sker genom den årliga enkäten inför patientsäkerhetsberättelsen samt genom Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) en gång per år. Om allvarliga brister eller risker identifieras lyfts detta vidare i organisationen.

Bemanningen behöver vara tillräcklig för att personalen ska hinna följa hygienrutiner, städa noggrant och arbeta förebyggande (exempelvis mobilisera patienter för att förebygga VRI). Bemanningen behöver också vara tillräcklig för att så långt det är möjligt vårda patienter på enkelrum med eget hygienutrymme, utan att patienter behöver omflyttas på avdelningen, bli satellitpatienter, läggas på rum med fler patienter än vad som avsetts eller vårdas i annat utrymme (ex korridor). Eftersom problemet med antibiotikaresistens väntas öka, liksom andelen inlagda patienter med infektionsdiagnos behöver det finnas en långsiktig planering.

För låg bemanning ökar, direkt eller indirekt, risken för smittspridning, vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Område 7	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad	Minimera omflyttning och utlokalisering av patienter i den somatiska slutenvården. Genomför strukturerad utvärdering 1 gång per månad med dessa frågor: -hinner personal följa hygienrutiner, städa noggrant, arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner? -sker omflyttning av patienter på avdelningen på grund av för få enkelrum? -finns den en plan för satellitpatienter så att inte kvaliteten på vården sänks för dessa patienter? -görs riskbedömning avseende riskfaktorer för smittspridning? -känner personalen till rutinen att screena patienter som vårdats utomlands för multiresistenta bakterier? Alla verksamheter har utsedda hygienombud som ges tid att arbeta enligt uppdragsbeskrivningen. Verksamheten skriver synergier vid bristande hygienisk standard. Vid VRI beaktas även bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad och tas med i synergirapporten.	Verksamheten ansvarar för att vården är av god hygienisk standard. När risker identifieras som inte går att lösa lokalt behöver detta lyftas vidare i organisationen.	Gå igenom den strukturerade utvärderingen med personalen 1 gång per månad.	Om vårdhygieniska risker identifieras på grund av otillräcklig bemanning lyfts detta vidare i organisationen.

En god hygienisk standard innebär att lokaler och utrustning är utformade och hanteras på ett sådant sätt att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Detta innefattar förutom hygienkrav på lokaler där verksamhet redan bedrivs, också att vårdhygieniska krav beaktas vid om- och nybyggnation av lokaler. Ventilationen i vissa lokaler utformas och specialanpassas så att risken för luftburen smitta minimeras. Dricksvattnet ska vara tjänligt och förekomsten av Legionella och andra vattenburna mikroorganismer på en så låg nivå att varken patienter eller personal riskerar att smittas. Medicintekniska produkter och annan utrustning ska uppfylla kraven i förordningar och standarder liksom vedertagna renhetsgrader utifrån användningsområde. Detsamma gäller medel, metoder och apparatur för desinfektion och sterilisering.

Område 8	Aktivitet/åtgärd	Ansvar	Uppföljning	Rapportering från verksamheten till ledningen
Lokaler och utrustning	Enkelrum med eget hygienutrymme ska eftersträvas. Ytskikt behöver vara hela och lätta att göra rent. Ytskikt som är trasiga är svåra, eller t.o.m. omöjliga, att rengöra. Bakterier kan då gömma sig i små sprickor i materialet och sedan spridas vidare till andra patienter. Ytskikt och möbler behöver därför regelbundet gås igenom och det behöver finnas en långsiktig plan för att byta ut eller klä om nötta möbler/ytskikt. Nedskrivna rutiner behöver finnas för rengöring och desinfektion. All personal som städar behöver ha utbildning i både städmetod och hygien. Vid upphandlingar av medicintekniska produkter och vissa tjänster behöver vårdhygieniska krav ställas. Vårdhygieniska krav behöver också ställas vid om- och nybyggnation, se Bygghälsa och vårdhygien (BOV). Vårdhygien kontakts alltid inför om- och nybyggnation. Inför förändringar görs riskbedömning enligt Region Dalarnas <i>Checklista riskidentifiering</i> (finns på Inblick under Riskhantering)	Vårdgivaren ansvarar för att vård och serviceverksamheter bedrivs i lokaler som är anpassade till de hygienkrav som ställs. Vårdgivaren säkerställer att god övervakning och åtgärdsplan finns avseende att förebygga infektioner med Legionella och andra vattenburna mikroorganismer. Vårdgivaren säkerställer att det finns tillgång till medel, metoder och apparatur för rengöring, desinfektion och sterilisering av utrustning. Vårdgivaren säkerställer att lokaler avsedda för vård och omsorg städas enligt nationella riktlinjer och att nationella regelverk avseende avfallshantering följs. Verksamhetschefen ansvarar för att medarbetarna i det dagliga arbetet har förutsättningar för att följa föreskriften Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) samt har tillgång till personlig skyddsutrustning. Verksamheten ansvarar för att förebygga Legionella vid stillastående vatten på enheten.	Regelbunden inventering av ytskikt, minst en gång per år. Se över att nedskrivna städrutiner finns och följs (och att det finns en gränsdragningslista där det framgår vem som städar vad så att ingen yta missas).	Sker genom Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) en gång per år. Om allvarliga brister eller risker identifieras lyfts detta vidare i organisationen

Exempel på olika sätt att mäta vårdrelaterade infektioner

Infektionsverktyget (IV)	Nationellt IT-stöd för kontinuerlig registrering och uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaordinationer. Bygger på att orsaken till antibiotikaordination registreras rätt. Resultaten behöver valideras om statistiken från IV ska användas.
Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI)	Vid en bestämd tidpunkt mäts antal inlagda patienter inom slutenvården med VRI och vilka riskfaktorer som finns. Upprepade mätningar ger säkrare tolkningsresultat. Riskfaktorer och VRI-förekomst redovisas i syfte att förbättra processer.
Diagnoskodning	Koden Y95.9 läggs till genom att läkare dikterar VRI och/eller att vårdadministratör kodar detta. På så sätt möjliggörs mätning av antal VRI. Kan tas ut i en särskild rapport ur journaldatabasen.
Journalgranskning	Ett exempel är markörbaserad journalgranskning (MJG). Denna metod innebär att ett slumpmässigt urval av journaler granskas och utvalda faktorer mäts, bl.a. skadetyper, bedömning av skador och undvikbarhet. MJG-metoden är under utveckling.
Synergier	Genom att synergier skrivs vid VRI (och vid identifierade risker) kan enheterna gå igenom dessa och analysera vad som inträffat och vad som hade kunnat göras annorlunda.
Gröna korset	En metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid, vilket skapar ett underlag för riktat systematiskt dagligt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patientsäkerhetskulturen.