Region Stockholm

12

# Yttrande över remiss – Vägledning för vårdhygieniskt arbete

VKN 2021-0190

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*
*Kunskapsstyrning och -stöd*
*Ameli Norling*

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-11-03

VKN 2021-0190

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

# Yttrande över remiss – Vägledning för vårdhygieniskt arbete

## Ärendebeskrivning

En vägledning för vårdhygieniskt arbete har tagits fram av nationell arbetsgrupp för vårdhygien på uppdrag av nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra dokumentet genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till den nationella samverkansgruppen.

## Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion Vägledning för vårdhygieniskt arbete
Remissversion konsekvensbeskrivning för vägledning för vårdhygieniskt arbete

## Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationell samverkansgrupp patientsäkerhet

## Förvaltningens motivering till förslaget

*Bakgrund*
Vägledningen riktar sig till beslutande och operativa aktörer inom regionernas och kommunernas vård och omsorg på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ och syftar till att beskriva förutsättningar för aktiviteter på olika nivåer inom samtliga kärnområden. Vägledningen för vårdhygieniskt arbete bygger på WHO:s evidensbaserade åtgärder inom det vårdhygieniska området, Sveriges Kommuner och Regioners (SKR)

identifierade framgångsfaktorer för att förebygga den vanligaste vårdskadan, vårdrelaterade infektioner och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard. Dokumentet innehåller en sammanfattning av aktuella författningar och statliga myndigheters uppdrag inom området vårdhygien och lämpliga arbetssätt för de olika nivåerna från makro till patientnivå med tillhörande checklistor för att säkerställa en uppfyllelse enligt rekommendationer och rådande lagkrav.

*Överväganden*
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivning. Dokumentet bedöms vara en vägledning för hur vårdhygieniskt arbete bör organiseras på olika nivåer och inte ett kunskapsstöd för vårdgivare i patientmötet då specifika vårdhygieniska riktlinjer i kliniskt arbete inte omfattas.
Dokumentet utgör en sammanställning av gällande lagstadgade krav och befintliga kunskapsstöd från till exempel WHO (världshälsoorganisationen) och Socialstyrelsen samt beskrivning av lagstadgade vårdhygieniska krav för att uppnå god hygienisk standard. Delar av innehållet är inte på kort till medellång sikt brett genomförbara i svensk hälso- och sjukvård och kräver avvägningar på ett bredare plan än det strikt vårdhygieniska. I nuvarande form bedöms dokumentet kunna utgöra en strategisk plan för hur lagstadgade krav avseende vårdhygieniska aspekter på patientsäkerhet ska uppnås, men inte utgöra ett styrande dokument för vården i patientmötet.

*Ekonomiska konsekvenser*
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna av att införa samtliga rekommendationer inom vägledning för vårdhygieniskt arbete kan inte tydligt bedömas. Konsekvensanalyserna saknar hälsoekonomiskt underlag. Implementering av den nya vägledningen kommer sannolikt innebära ökade kostnader. Det kommer motverkas av förkortade vårdtider, minskad risk för antibiotikaresistens och minskat lidande för den enskilde som följd.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten. Ett förbättrat arbete kring vårdhygien utifrån kunskap och gällande rekommendationer förväntas ha positiva effekter för patientsäkerheten.

*Konsekvenser för jämlik och jämställd vård*
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. Ett förbättrat arbete kring vårdhygien utifrån kunskap och gällande rekommendationer förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård.

*Miljökonsekvenser*
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för miljön.

*Administrativa konsekvenser*
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration hos vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

**Beslutet ska skickas till**
Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-11-03

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan

Kontaktperson [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]

Datum för publicering

Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

# *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* – en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

## Sammanfattning


- Målet för denna *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* är att bästa kunskap om vårdhygien finns tillgänglig och används, så att varje person vid varje kontakt med vård och omsorg samt tandvård möter en verksamhet med god hygienisk standard där riskerna för smittspridning och vårdrelaterade infektioner har minimerats.
- Vägledningen bygger på WHO:s evidensbaserade åtgärder, vars syfte är att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vårdmiljöer är så liten som möjligt.
- Vägledningen riktar sig till beslutande och operativa aktörer inom regionernas och kommunernas vård och omsorg.
- Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg samt tandvård kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i befintliga författningar.
- Vägledningen beskriver de förutsättningar som måste finnas inom regionernas och kommunernas vård och omsorg på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ för att nå målet
- Vägledningen beskriver aktiviteter för nivåerna makro, meso, mikro och individ inom åtta kärnområden som är nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete. För aktiviteterna på nivåerna makro och meso finns det också checklistor.
- Vägledningen förutsätter aktiviteter av nationella aktörer, till exempel statliga myndigheter, professions- och intresseorganisationer, liksom samverkan mellan dessa och regioner och kommuner.


## Uppdraget

Nationell arbetsgrupp för vårdhygien (NAG Vårdhygien) fick hösten 2019 i uppdrag av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet (NSG Patientsäkerhet) att utarbeta en strategi för vårdhygieniskt arbete.

Uppdragsbeskrivningen slog fast att: ”Syftet med en *Strategi för vårdhygiensikt arbete* är att utveckla, samordna och leda det vårdhygieniska arbetet på alla vårdnivåer, för att uppnå målen för Nationell kunskapsstyrning.”

I uppdragsbeskrivningen står även:

> För att åstadkomma ett framgångsrikt arbete bör strategin beskriva:
>
> **Individnivå** som beskriver hur patienter och närståendes möjligheter och kunskap tas tillvara.

**Mikronivån,** att Hälso- och sjukvårdspersonal i vårdnära verksamhet har kunskap, tillgång till kunskap och arbetar aktivt för ökad patientsäkerhet.

**Mesonivå,** att Verksamhetsledningen ansvarar för att skapa förutsättningar för systematiskt vårdhygieniskt patientsäkerhetsarbete och följer upp verksamhetens resultat.

**Makronivå:** Den högsta ledningen efterfrågar resultat och följer upp på ett strukturerat sätt så att vården kan ledas och styras mot ökad patientsäkerhet.

En första version av *Nationell strategi för vårdhygieniskt* arbete presenterades för NSG Patientsäkerhet i januari 2020, och en andra omarbetad version i slutet av augusti 2020. Efter synpunkter från den nationella kunskapsstyrningens Beredningsgrupp och NSG Patientsäkerhet har dokumentet nu rubriken *Vägledning för vårdhygieniskt arbete,* referenslistorna har utökats och dokumentet har delats i tre delar där checklistor för nivåerna makro och meso finns i del 3.

# Inledning

Denna *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* bygger på WHO:s evidensbaserade åtgärder inom det vårdhygieniska området, SKR:s identifierade framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard. (1, 2, 3) Vägledningen beskriver förutsättningar och aktiviteter inom de åtta kärnområden som WHO har identifierat som nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete.

Vägledningen riktar sig till beslutande och operativa aktörer inom regionernas och kommunernas vård och omsorg på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ och syftar till att konkreta aktiviteter sker på alla dessa nivåer inom samtliga kärnområden. Samtidigt är det nödvändigt med nationell samordning mellan regioner, kommuner och statliga myndigheter, lärosäten, nationella professions- och intresseföreningar med flera för ett framgångsrikt vårdhygieniskt arbete.

Vägledningens del 1 presenterar syfte, mål, bakgrund och övergripande referenser.

Del 2 beskriver först de förutsättningar som måste finnas inom varje kärnområde på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ inom vård och omsorg samt tandvård för att målet för vägledningen ska kunna uppnås (nivåerna följer den beskrivning som gavs i uppdraget från NSG Patientsäkerhet, se ovan). Förutsättningarna gäller såväl beslut som struktur och process, och följer Socialstyrelsens beskrivning av roller och ansvar inom *Samlat stöd för patientsäkerhet*. (4) Därefter beskrivs aktiviteter inom varje kärnområde.

I del 3 finns checklistor för nivåerna makro och meso inom varje område.

# Innehållsförteckning

**Del 1 – syfte, mål, bakgrund, nationella aktörer och referenser ..... 4**
Syfte..... 4
Mål..... 4
Bakgrund ..... 4
Nationella aktörer ..... 6

Referenser ..... 11

**Del 2 – Aktörer, förutsättningar och aktiviteter ..... 12**
Aktörer ..... 12
Förutsättningar ..... 12
Aktiviteter (”Hur når vi dit”) ..... 13
1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning ..... 14
2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument ..... 16
3. Utbildning och träning ..... 17
4. Övervakning och registrering av vårdrelaterade infektioner ..... 18
5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete ..... 19
6. Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer ..... 21
7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad ..... 23
8. Lokaler och utrustning ..... 24

**Del 3 – Checklistor ..... 27**
Checklista kärnområde 1 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 27
Checklista kärnområde 2 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 28
Checklista kärnområde 3 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 29
Checklista kärnområde 4 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 30
Checklista kärnområde 5 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 31
Checklista kärnområde 6 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 32
Checklista kärnområde 7 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 33
Checklista kärnområde 8 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej” ..... 34

# Del 1 – syfte, mål, bakgrund, nationella aktörer och referenser

## Syfte

Syftet med vägledningen är att utveckla, samordna och vägleda det vårdhygieniska arbetet på alla vårdnivåer för att uppnå målen för Nationell kunskapsstyrning.

## Mål

Målet för vägledningen är att bästa kunskap om vårdhygien finns tillgänglig och används i varje möte med patient och brukare, så att varje person vid varje kontakt med vård och omsorg samt tandvård möter en verksamhet med en god hygienisk standard där risker för smittspridning och vårdrelaterade infektioner har minimerats.

## Bakgrund

### *Problemområdet*

Vårdrelaterad infektion är den vanligaste typen av vårdskada i Sverige. Vid upprepade journalgranskningar har SKR sett att vårdrelaterade infektioner utgör omkring en tredjedel av alla vårdskador inom den slutna somatiska vården för vuxna. (5) Vid en fördjupad analys har Socialstyrelsen visat att närmare 60 procent av dessa skador leder till fortsatt vård inom den öppna eller slutna vården, och att knappt 5 procent leder till permanenta skador, livsuppehållande åtgärder eller död. (6) Vårdrelaterade infektioner medför också en ökad antibiotikaanvändning vilket ökar risken för utveckling av antibiotikaresistens.

Genom att förebygga vårdrelaterade infektioner minskar risken för att utveckla antibiotikaresistens, kostnaderna för vården reduceras och konsekvenser i form av lidande för den enskilde förhindras.

Problemet med vårdrelaterade infektioner är globalt, vilket gjorde att WHO år 2016 beslöt att sammanställa de evidensbaserade kärnområden som ingår i ett nationellt program för att minska vårdrelaterade infektioner. (1) De åtta kärnområdena i ett sådant program är desamma i alla länder, men programmets nationella utformning måste ta hänsyn till det enskilda landets styrning av vården och landets vårdstruktur.

År 2014 genomförde SKR (dåvarande SKL) en studie av arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner i 16 svenska landsting. Genom studien identifierades åtta framgångsfaktorer för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Dessa beskriver huvudsakligen förutsättningar för framgångsrik implementering. (2) De framgångsfaktorer som SKR identifierade är desamma som WHO:s kärnområden.

### *Författningsstöd*

En nationell vägledning för vårdhygieniskt arbete har stöd i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), patientsäkerhetslagen (2010:659), smittskyddslagen (2004:168), Socialstyrelsens föreskrifter (2015:10) om basal hygien i vård och omsorg samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg samt tandvård kan uppfylla befintliga författningar genom åtgärder på alla vårdnivåer.

## *Hälso- och sjukvårdslagen, 5 kap.*

**1 §** Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,

**2 §** Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

## *Tandvårdslagen*

**3 §** Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

**4 a §** Där det bedrivs tandvårdsverksamhet skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

## *Patientsäkerhetslagen, 3 kap.*

**1 §** Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

**2 §** Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

## *Smittskyddslagen, 2 kap.*

**4 §** Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt.

## *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg*

**1 §** Dessa föreskrifter ska tillämpas i verksamhet som omfattas av

1. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

2. tandvårdslagen (1985:125), och

3. lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.

**2 §** I verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser

1. hemtjänst i ordinärt boende, eller

2. sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL.

**3 §** I verksamhet som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

### *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 4 kap.*

**6 §** Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

## Nationella aktörer

Nationella aktörer – SKR, statliga myndigheter, Inera, högskolor och universitet, forskningsråd, intresse- och professionsföreningar – är inte operativa inom vård och omsorg eller tandvård, men spelar en viktig roll för att vården uppnår nationell samordning och likvärdighet. (7) Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har genom sina instruktioner från regeringen båda en nyckelroll inom patientsäkerhet och vårdhygien och beskrivs därför mer detaljerat än andra nationella aktörer.

### *Socialstyrelsen*

I Socialstyrelsens *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024* beskrivs de grundläggande förutsättningarna för en säker vård:

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare. (7)

Dessa förutsättningar är lika viktiga för vårdens arbete inom vårdhygien som inom de andra delarna av patientsäkerhet. Vissa av Socialstyrelsens fem prioriterade fokusområden – öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling, öka riskmedvetenhet och beredskap – adresseras tydligt i *Vägledning för vårdhygieniskt arbete.*

Socialstyrelsens beskriver också på sin webbplats vad en god hygienisk standard innebär. (3)

> ”God hygienisk standard
>
> För att hålla en god hygienisk standard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

En god hygienisk standard berör alla som arbetar och vistas inom vård, tandvård och omsorgsverksamhet. Det inkluderar både vård- och omsorgstagare, personal, närstående och besökare. Hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. Det omfattar bland annat:

- Vårdhygienisk kompetens
- Vårdlokaler
- Utrustning i vården
- Vårdens organisation och planering

## Vårdhygienisk kompetens

Varje vårdgivare ska ha

- grundkunskap om vårdhygien hos all vårdpersonal
- tillgång till vårdhygienisk expertis både i det förebyggande arbetet och vid akuta problem.

Personal ska ges regelbunden kompetensutveckling inom vårdhygien. Vårdgivare behöver stöd från experter inom vårdhygien med möjlighet till nära dialog med vårdgivarens ansvariga beslutsfattare.

Inom folktandvården har vissa landsting speciella hygienansvariga.

## Hygien i vårdlokaler

Lokaler som används för vård, tandvård och omsorg ska vara anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten som bedrivs där enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Vid ny- eller ombyggnad av vårdlokaler är det viktigt att redan från start involvera vårdhygienisk expertis i planeringen. Det gäller även vid ändring av verksamheten i befintliga lokaler, eftersom olika verksamheter ställer olika krav på till exempel ventilation, ytor och fast utrustning med mera.

## Hygienisk utrustning

All utrustning i en vårdlokal ska uppfylla kraven på god hygienisk standard – både medicinteknisk och annan utrustning. All utrustning måste uppfylla relevanta krav så att den inte riskerar att sprida smittämnen till patienter, personal och besökare.

**Organisera och planera arbetet med hygien**

Som stöd när du planerar arbetet med god hygien har du Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för både hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Här framgår till exempel att du som vårdgivare och du som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten behöver

för att säkra kvaliteten i verksamheten. Du behöver utarbeta och fastställa rutiner för det arbetet och ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

**Medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård**

Verksamhetschefen ansvarar för att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter används på patienter. För att möjliggöra en säker användning och hantering av produkterna ska det finnas rutiner för hur varje verksamhet organiseras.

För att säkerställa en säker användning är det viktigt att användningen inklusive rengöring, desinfektion och eventuell sterilisering sker enligt tillverkarens anvisningar. Anvisningarna ska finnas tillgängliga på svenska.

Läkemedelsverket utövar tillsyn av CE-märkta produkter och dess tillverkare. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utövar tillsyn av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens användning av medicintekniska produkter samt egentillverkning av medicintekniska produkter.

Allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter som är CE-märkta ska så snart som möjligt anmälas till både tillverkaren och till Läkemedelsverket. Dessa händelser kan även rapporteras till IVO, som information. Händelser med egentillverkade medicintekniska produkter ska anmälas till IVO.

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och IVO samverkar inom det medicintekniska området och inom frågor där myndigheternas ansvar gränsar till varandra.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården ligger till grund för användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården och tandvården.

**Upphandling av utrustning**

Aspekter som rör smittskydd och vårdhygien ska finnas med i alla upphandlingsärenden inom vård, tandvård och omsorg. Experter inom vårdhygien bör medverka i utformningen av rutiner för upphandling och bör vid behov fungera som sakkunniga i enskilda ärenden.

**Personalens medicintekniska kompetens**

All personal inom vård, tandvård och omsorg måste ha relevant kunskap och få regelbunden kompetensutveckling avseende den medicintekniska utrustning de använder. För personal som har sterilisering som huvudsaklig arbetsuppgift är kompetenskraven högre och bör motsvara den utbildning till instrument- och steriltekniker som finns inom yrkeshögskolan.”

## *Folkhälsomyndigheten*

Folkhälsomyndigheten ska ”verka för en minskad smittspridning och resistensutveckling genom att samla in, analysera och aktivt förmedla kunskap i frågor som rör […] vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.” (8) Folkhälsomyndigheten har tagit fram flera kunskapsunderlag om olika

mikroorganismer som inkluderar vårdhygieniska aspekter, till exempel om vancomycinresistenta enterokocker och Legionella.

## *Nationella aktörers betydelse för att förverkliga vägledningens åtta kärnområden*

Många statliga myndigheter och nationella organisationer kan på olika sätt bidra till att skapa de förutsättningar för att nå god vårdhygienisk standard som vägledningen beskriver. Här följer några exempel där flera redan verkställs utifrån myndigheternas regleringsbrev och uppdrag och organisationernas uppdrag och stadgar. Numreringen följer de åtta kärnområdena i vägledningens del 2.

1. Statliga myndigheter – till exempel Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Läkemedelsverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Vinnova – samverkar sektorsövergripande mot vårdrelaterade infektioner utifrån en gemensam nationell strategi och handlingsplan. (9) I en sådan samverkan medverkar också nationella intresse- och professionsföreningar såsom Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH), Svenska Hygienläkarföreningen (SHLF), Smittskyddsläkarföreningen, Riksföreningen för MAS-MAR, Föreningen för klinisk mikrobiologi (FKM), liksom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet med Nationell arbetsgrupp för vårdhygien.
2. Statliga myndigheter som Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, IVO och Arbetsmiljöverket samverkar med professionsorganisationer för att ta fram föreskrifter, rekommendationer och kunskapsunderlag inom det vårdhygieniska området, och ansvarar för att uppdatera dessa. SKR bidrar till att utveckla kommuners och regioners verksamhet inom vård och omsorg genom att tillgängliggöra vårdhygieniskt uppdaterade och korrekta vårdhygieniska kunskapsunderlag, metoder, praktiska råd och anvisningar för vårdarbete.
3. Vårdhygien är ett obligatoriskt ämne i alla vårdutbildningar på gymnasienivå, inom yrkeshögskolan samt på grundnivå och avancerad nivå vid universitet och högskolor. Regionerna samverkar med universitet och högskolor och andra lärosäten för att ge relevant undervisning med ett uppdaterat vårdhygieniskt innehåll. Akademisk utbildning på avancerad nivå inom ämnet vårdhygien riktad till vårdhygieniska experter tillhandahålls av universitet och högskolor.
4. Nationella myndigheter och organisationer säkerställer att det finns ett gemensamt nationellt system för att övervaka vårdrelaterade infektioner. Systemet uppdateras och utvecklas kontinuerligt i samverkan med huvudmännen för vård och omsorg samt professionsorganisationerna inom det vårdhygieniska området.
5. SKR sammanställer och publicerar verktyg för multimodal implementering.
6. Statliga myndigheter och nationella organisationer tar fram verktyg för att mäta och utvärdera hygienisk standard. Verktygen är utformade så att det går att bedöma i vilken utsträckning en god vårdhygienisk standard uppfylls och hur följsamheten är i förhållande till föreskrifter och andra styrande och stödjande dokument både när det gäller struktur och process. Resultatet av mätningarna rapporteras på nationell nivå.
7. Statliga myndigheter, exempelvis Högskoleverket, ser till att tillgången på utbildningsplatser motsvarar verksamheternas behov av vårdpersonal. Socialstyrelsen reglerar

patientsäkerhetsrisker i de föreskrifter som styr vårdens innehåll. Socialstyrelsen och SKR gör kontinuerliga utvärderingar och uppföljningar av riskfaktorer samt bemanning och beläggningsgrad i relation till förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

8. Statliga myndigheter, till exempel Boverket och Socialstyrelsen, och nationella organisationer ansvarar för att ta fram föreskrifter, kunskapsunderlag och rekommendationer för vårdens lokaler och utrustning. Svenska Institutet för Standarder (SIS) ansvarar för att ta fram och uppdatera standarder och handböcker för såväl produkter som tjänster inom vårdområdet. I de nationella regelverken, rekommendationerna och standarder framgår hur vårdgivare ska utforma och underhålla lokaler, utrustning och ventilations- och vattensystem, samt skapa system för avfall, sanitet och textilier så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning minimeras.

# Referenser

1. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. World Health Organization 2016. ISBN 978-92-4-154992-9.
2. Vårdrelaterade infektioner - framgångsfaktorer som förebygger. SKL 2014. ISBN 978-91-7585-109-9.
3. God hygienisk standard. https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vardhygien/god-hygienisk-standard/ (hämtad 210506)
4. Samlat stöd för patientsäkerhet. Roller och ansvar. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/roller-och-ansvar/ (hämtad 210607)
5. Vårdrelaterade infektioner (VRI) – Kunskap, konsekvenser, kostnader. SKL 2017. ISBN 978-91-7585-475-5.
6. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Socialstyrelsen 2019. Artikelnummer 2019-4-3.
7. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Socialstyrelsen 2020. ISBN 978-91-7555-510-2.
8. Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2021248-med-instruktion-for_sfs-2021-248 (hämtad 210506)
9. Reviderad tvärsektoriell handlingsplan mot antibiotikaresistens 2018–2020. Folkhälsomyndigheten, 2017. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/t/tvarsektoriell-handlingsplan-antibiotikaresistens-20182020/ (hämtad 210607)

# Del 2 – Aktörer, förutsättningar och aktiviteter

## Aktörer

### *Makronivå*

Huvudman, det vill säga den politiska nämnd som styr över hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg i regionen eller kommunen och nämndens tillhörande förvaltning.

### *Mesonivå*

Vårdgivare
Verksamhetschef

### *Mikronivå*

Medarbetare och chef på enhetsnivå

### *Individnivå*

Patient, brukare och dess närstående

## Förutsättningar

### *Makronivå*

Huvudmannen har det övergripande ansvaret för att en god och säker vård ges och säkerställer att kvaliteten följs upp hos alla vårdgivare. På makronivå fattas beslut om handlingsplan och övergripande vårdhygieniska resurser för den hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg som finansieras eller bedrivs av regionen eller kommunen. Handlingsplanen på makronivån beskriver mål, aktiviteter, ansvar och roller inom de åtta kärnområdena.

### *Mesonivå*

På mesonivå ansvarar vårdgivare för att genomföra och rapportera måluppfyllelse och genomförda aktiviteter visavi handlingsplanens åtta områden.

Vårdgivare ansvarar vidare för att det finns styrande dokument baserade på nationella kunskapsunderlag inom det vårdhygieniska området.

Vårdgivare ansvarar också för att vårdhygien är integrerat i det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschefer ansvarar för att tillgängliggöra vårdhygieniska kunskapsstöd för vårdens medarbetare och chefer, och att resultat från mätningar av vårdhygienisk kvalitet presenteras och analyseras på verksamhets- och enhetsnivå.

Verksamhetschefer ansvarar vidare för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att vård med en god hygienisk standard ges till varje patient och brukare.

### *Mikronivå*

På mikronivå ansvarar medarbetare och chefer inom vård och omsorg för att kontinuerligt tillägna sig uppdaterad kunskap om hur de kan förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. De ansvarar också för att använda kunskapen i varje möte med patient och brukare.

### *Individnivå*

Patienten/brukaren och dess närstående är informerade om hur de kan bidra till att smittspridning och vårdrelaterade infektioner förebyggs.

## Aktiviteter (”Hur når vi dit”)

Det här avsnittet beskriver evidensbaserad kunskap och aktiviteter inom de åtta kärnområden som identifierades av WHO (Gu*idelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. World Health Organization 2016. ISBN 978-92-4-154992-9). I Figur 1 visas hur de olika kärnområdena samverkar till en helhet.

Svensk vård och omsorg har resurser att åstadkomma det som WHO beskriver som fulla krav (”full requirements”) beträffande vårdhygienisk standard (*Minimum requirements for infection prevention and control programmes*. World Health Organization 2019. ISBN 978-92-4-151694-5).

Inom varje kärnområde finns konkreta aktiviteter på varje nivå (makro, meso, mikro, individ). För aktiviteterna på nivåerna makro och meso finns det dessutom checklistor (i del 3).

### *Kärnområden*

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 beläggningsgrad
8. Lokaler och utrustning

# 1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning är en del av det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

Att ha och tillämpa en vårdhygienisk handlingsplan med en systematisk uppföljning av de åtgärder som beskrivs i planen leder till färre vårdskador, minskad sjuklighet och död för patienter och ökar vårdens möjlighet att fungera effektivt. (1, 2)

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen ansvarar för att fastställa en övergripande handlingsplan med målet att vårdgivarnas strukturer och processer är effektiva för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Handlingsplanen inkluderar kärnområdena 2–8 samt att alla vårdgivare ges tillgång till vårdhygienisk expertis organiserad inom en vårdhygienisk enhet i regionen och tillgång till mikrobiologiska laboratorier. Socialstyrelsen definierar vårdhygienisk expertis inte som en enskild person utan en expertgrupp där relevanta kunskapsområden finns representerade. (3). Expertgruppens storlek och sammansättning ska vara tillräcklig utifrån geografiskt upptagningsområde och utifrån de vårdgivare som ska ges expertstöd (vårdens innehåll och bemanning). För att den vårdhygieniska expertisen ska kunna stödja vårdgivarna i deras kvalitetsarbete krävs att deras uppdrag och mandat är formaliserat. (3)

### *Mesonivå*

Vårdgivarens organisation av kunskapsstyrning för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning inrättas med tydliga mål och funktioner utifrån huvudmannens handlingsplan.

Vårdgivarens plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och innehåller aktiviteter inom kärnområdena 2–8.

Vårdgivaren säkerställer att verksamheterna har tillgång till vårdhygienisk expertis, såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem.

Vårdgivarens handlingsplan beskriver hur patienters och närståendes kunskaper tas tillvara.

Verksamhetschefen ansvarar för följsamheten till vårdgivarens handlingsplan, såväl beträffande de förebyggande åtgärderna som uppföljning av implementering.

Verksamhetschefen tillhandahåller material samt organisatoriskt och administrativt stöd för det vårdhygieniska förbättringsarbetet inom verksamheten, enligt aktivitetsplan och uppsatta mål.

### *Mikronivå*

Enhetschefer eller motsvarande och medarbetare har kännedom om huvudmannens och vårdgivarens handlingsplan, inklusive mål och aktiviteter, för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Åtgärder, rutiner och riktlinjer för förebyggande av vårdrelaterade infektioner och smittspridning ses som självklara av samtliga, och kulturen tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser.

Enhetschef eller motsvarande och medarbetares riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt som, utöver att följa handlingsplan och etablerade hygienrutiner, identifierar situationer med hög risk för infektion och anpassar åtgärder och planering för att minimera infektionsrisker.

Medarbetarna ser en tydlig koppling mellan sitt eget agerande och risken för spridning av smitta och uppkomsten av vårdrelaterade infektioner.

### *Individnivå*

Vårdgivarens handlingsplan om åtgärder för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning är känd för patienter och närstående, och de är delaktiga i förebyggande åtgärder och ges möjlighet att påverka dessa.

## *Referenser*

1. Improving infection prevention and control at the health facility. Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. World Health Organization 2018. WHO-HIS-SDS-2018.10-eng.pdf (sll.se) (hämtad 210621)
2. Vårdrelaterade infektioner - framgångsfaktorer som förebygger. SKL 2014. ISBN 978-91-7585-109-9.
3. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-86885-11-3.

# 2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Att det finns nedskrivna vårdhygieniska riktlinjer är en av de viktigaste faktorerna för att nå framgång i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Det är viktigt att riktlinjerna är evidensbaserade och att de implementeras i vården. (1–5) För att lyckas med implementeringen kan riktlinjerna behöva anpassas till rutiner på lokal nivå.

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen ansvarar för att uppdaterade vårdhygieniska riktlinjer – baserade på nationella föreskrifter, rekommendationer och kunskapsunderlag – finns tillgängliga och görs kända hos samtliga vårdgivare. Riktlinjerna utarbetas av huvudmannen i samråd med vårdhygienisk expertis. Följsamhet till riktlinjerna följs upp hos samtliga vårdgivare och om följsamheten brister vidtar huvudmannen lämpliga åtgärder.

### *Mesonivå*

Vårdgivaren eller verksamhetschefen

- Tillskapar resurser så att medarbetare och vårdhygienisk expertis är involverade i att ta fram, utveckla och anpassa lokala rutiner baserade på huvudmannens riktlinjer
- Ansvarar för att de uppdaterade lokala rutinerna finns tillgängliga för alla medarbetare
- Ser till att rutinerna är anpassade för verksamheten
- Följer upp att rutinerna följs och vidta åtgärder om de inte följs.

### *Mikronivå*

Alla medarbetare har tillgång till gällande vårdhygieniska rutiner och får regelbundet utbildning och träning i att följa dessa. Alla medarbetare får återkoppling om sin följsamhet till vårdhygieniska rutiner. Förbättringsarbete bedrivs fortlöpande.

### *Individnivå*

Patienter och närstående är informerade om de vårdhygieniska rutiner som de själva förväntas följa för att förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

## *Referenser*

1. Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's hand hygiene guideline and impact on infection rates. Am J Infect Control. 2007;35(10):666–75.
2. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Effect of education and performance feedback on rates of catheter-associated urinary tract infection in intensive care units in Argentina. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004;25(1):47–50.
3. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. Am J Infect Control. 2005;33(7):392–7.

4. Rubinson L, Wu AW, Haponik EE, Diette GB. Why is it that internists do not follow guidelines for preventing intravascular catheter infections? Infect Control Hosp Epidemiol. 2005;26(6):525–33.
5. Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. Heart Lung 2007;36(4):287–97

# 3. Utbildning och träning

Utbildning inom ämnesområdet vårdhygien leder till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner och förbättrad följsamhet till handhygien. Därför ges all vård- och omsorgspersonal sådan utbildning. Utbildning och träning verksamhetsanpassas, äger rum och följs upp på den egna arbetsplatsen. På verksamhetsnivå bör undervisningen vara team- och uppgiftsbaserad. (1)

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen fattar beslut och tillsätter resurser som garanterar att all vård- och omsorgspersonal får återkommande fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien. Även de vårdhygieniska experterna vid regionernas vårdhygieniska enhet får resurser för specialistutbildning och återkommande fortbildning inom ämnet vårdhygien. (2, 3)

### *Mesonivå*

Varje vårdgivare och dess verksamhetschefer ansvarar för att vård-och omsorgspersonalen ges utbildning inom ämnesområdet vårdhygien. Ledningen för servicepersonal (till exempel städpersonal och vårdnära service) ansvarar för att även deras medarbetare får en basal vårdhygienisk utbildning. Nationella vårdhygieniska riktlinjer utgör vägledning för den verksamhetsbaserade utbildningen och träningen. Undervisningen ges i samarbete med den vårdhygieniska expertenheten i regionen. (1, 2)

### *Mikronivå*

Enhetschefer eller motsvarande ansvarar för att den enskilda medarbetaren genomgår den utbildning i vårdhygien som erbjuds inom organisationen. Alla medarbetare inom vård och omsorg samt servicepersonal ansvarar själva för att delta i utbildning och träning inom det vårdhygieniska området. Undervisningen, med mätning av kunskapsnivån, och återkoppling av genomförandet, bör följas upp. (2)

### *Individnivå*

Patienter och närstående informeras muntligt och skriftligt om hur de genom egna förebyggande åtgärder kan bidra till att förhindra smittspridning och därigenom uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. (4, 5)

## *Referenser*

1. Infection Prevention and Control Assessment Framework at the Facility Level. World Health Organization 2018. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.9 (hämtad 210620)
2. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-86885-11-3.
3. Core competencies for infection prevention and control professionals. World Health Organization. 2020. ISBN 978-92-4-001166-3.
4. Hand Hygien Promotion in Health Care, Tips for patients. World Health Organization 2013. tips-for-patients.pdf (who.int) (hämtad 210621)
5. God hygienisk standard. https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vardhygien/god-hygienisk-standard/ (hämtad 210506)

# 4. Övervakning och registrering av vårdrelaterade infektioner

Systematisk övervakning av vårdrelaterade infektioner på olika nivåer leder till minskning av sådana infektioner. Det är betydelsefullt med tidig återkoppling av resultat för att kunna vidta effektiva åtgärder. (1–3)

Vårdrelaterade infektioner övervakas på nationell, regional och lokal nivå genom ett sammanhängande, robust system med möjlighet till återkoppling på varje nivå. Systemet kan följa patientens väg genom vården och det är möjligt att utbyta information mellan huvudmän, vårdgivare och vårdnivåer, till exempel mellan kommun och region, primärvård och specialiserad vård.

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen säkerställer att alla vårdgivare har teknisk möjlighet att ansluta till ett nationellt övervakningssystem för vårdrelaterade infektioner, och följer upp att sådan anslutning sker.

### *Mesonivå*

Varje vårdgivare har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) där registrering av vårdrelaterade infektioner är en del av egenkontrollen.

Varje vårdgivare är ansluten till det nationella övervakningssystem för vårdrelaterade infektioner som huvudmannen har fattat beslut om att använda.

Verksamhetschefen skapar en struktur för återkoppling av resultaten från infektionsregistreringen till medarbetarna, liksom en struktur för kvalitetssäkring av data. Resultaten analyseras fortlöpande och kopplas till förbättringsåtgärder som beskrivs i vårdgivarens plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

### *Mikronivå*

Alla medarbetare som arbetar med diagnostik, behandling och omvårdnad får regelbundet återkoppling av relevanta resultat från infektionsregistreringen och möjlighet att diskutera dessa. Förbättringsåtgärder genomförs i dialog med cheferna.

### *Individnivå*

Registreringen av infektioner säkerställer att alla infektioner som är relaterade till verksamhetens diagnostik, behandling och omvårdnad fångas upp under eller efter varje patients vårdtillfälle eller vårdkontakt. Patienter och närstående kan ta del av resultaten från verksamhetens registrering av vårdrelaterade infektioner, och därigenom får information om verksamhetens förbättringsarbete.

## *Referenser*

1. Marchi M, Pan A, Gagliotti C, Morsillo F, Parenti M, Resi D, et al. The Italian national surgical site infection surveillance programme and its positive impact, 2009 to 2011. Euro Surveill. 2014;19(21).
2. Palumbo AJ, Loveless PA, Moll ME, Ostroff S. Evaluation of healthcare-associated infection surveillance in Pennsylvania hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2012;33(2):105–11.
3. Mitchell BG, Russo PL. Preventing healthcare-associated infections: the role of surveillance. Nurs Stand. 2015 Feb 10;29(23):52–8.

# 5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

När det finns strukturer och förutsättningar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning (till exempel lokaler, utrustning, evidensbaserade riktlinjer) ska vård- och omsorgspersonalens kunskap tillämpas i praktiken genom implementering av arbetssätt och beteenden som är hållbara över tid och som ingår i ett systematiskt förbättringsarbete. Implementeringen sker genom ett multimodalt arbetssätt. (1–3)

De åtgärder som ingår i ett multimodalt arbetssätt grupperas i fem områden:

1. Skapa resurser (ekonomi, personal, utrustning) (*Bygg upp*).
2. Praktisk och målinriktad träning i korrekt arbetssätt (*Lär ut*).
3. Mätning och återkoppling av indikatorer för att mäta förändringar (*Utvärdera effekten*).
4. Påminnelser och kampanjer som håller frågan ständigt levande (*Sälj in budskapet*).
5. Fokuserad, pådrivande ledning och en aktiv patientsäkerhetskultur (*Organisationskultur*).

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen säkerställer att resurserna är tillräckliga för att evidensbaserad implementering och att systematiskt förbättringsarbete sker hos alla vårdgivare.

### *Mesonivå*

Vårdgivaren fastställer en handlingsplan där man beskriver fokusområden för förbättring av vårdhygienisk standard.

Vårdgivaren säkerställer att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att implementering och systematiskt förbättringsarbete kan genomföras genom ett multimodalt

arbetssätt. Det innebär att det finns personella resurser med adekvat utbildning i implementeringsarbete tillgängliga för verksamheterna.

Verksamhetschefen pekar ut ett eller flera fokusområden i vårdgivarens handlingsplan, där man ska tillämpa ett strukturerat multimodalt arbetssätt för implementering. För dessa fokusområden finns skriftliga åtgärdspaket och checklistor.

### *Mikronivå*

Enhetschefen eller motsvarande säkerställer att det finns utsedda funktioner eller personer som är ansvariga för lokaler och medicinteknisk utrustning. Det finns också utbildningsansvariga funktioner eller personer med implementeringskunskap utsedda, med uppdrag att utbilda och träna personal i åtgärdspaket. Dessutom finns det checklistor för de områden som verksamheten valt att fokusera på. Kampanjer genomförs regelbundet för att ständigt hålla frågan om en god hygien levande.

### *Individnivå*

Patient och närstående involveras i enhetens förbättringsarbete genom att de informeras om enhetens arbetssätt och resultat inom dessa områden och ges möjlighet att komma med förslag på förbättringar.

## *Referenser*

1. Interim Practical manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control programmes. World Health Organization 2017. WHO-HIS-SDS-2017.8-eng.pdf (sll.se) (hämtad 210621)
2. Improving infection prevention and control at the health facility. Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. World Health Organization 2018. WHO-HIS-SDS-2018.10-eng.pdf (sll.se) (hämtad 210621)
3. WHO Multimodal Improvement Strategy. ipc-cc-mis.pdf (who.int) (hämtad 210621)

# 6. Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer

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. (1)

Regelbunden mätning och utvärdering i kombination med regelbunden återkoppling (individuellt eller 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, och därmed säkerställa att patientsäkerhet och en god hygienisk standard upprätthålls. (1, 3)

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen samlar regelbundet in resultat från uppföljning av hygienisk standard hos samtliga vårdgivare inom huvudmannens geografiska område.

Huvudmannen ser till att det finns vårdhygienisk expertis för att löpande värdera den hygieniska standarden hos befintliga vårdgivare, liksom inför start av nya verksamheter. (2, 3)

### *Mesonivå*

Vårdgivaren och verksamhetschefen utövar egenkontroll av hygienisk standard, det vill säga följer systematiskt upp och utvärderar verksamheten och kontrollerar att den bedrivs enligt processer och rutiner inom vårdhygienområdet som ingår i ledningssystemet.

Vårdgivaren och verksamhetschefen utför riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att oönskade händelser kopplade till bristande hygienisk standard skulle kunna inträffa.

Vårdgivaren och verksamhetschefen tar som en del i det systematiska förbättringsarbetet fram handlingsplaner utifrån resultat av mätningar och utvärdering, samt vidta åtgärder. (1)

### *Mikronivå*

Arbetssättet för att mäta och utvärdera hygienisk standard är väl förankrat, samt tydligt och lättförståeligt för medarbetare och chefer. Ansvariga chefer ger återkoppling till granskande personer och berörd personal.

Förbättringsarbetet genomförs på ett sätt som främjar en ”icke-bestraffande kultur” med fokus på resultat av mätningar och inte på den enskilda medarbetaren. Verksamheten utvecklas och är en lärande organisation med ett patientsäkert och riskmedvetet arbetsklimat.

Om vårdrelaterade infektioner och brister i vårdhygieniskt arbete uppstår som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits, ska dessa händelser analyseras, utredas och åtgärdas som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. (1)

### *Individnivå*

Information om mätningar samt om resultat och åtgärder som vidtas i förbättringsarbetet delges patienter och närstående. Patienter och närstående ska på ett enkelt sätt kunna framföra synpunkter och klagomål på vårdskador i form av vårdrelaterade infektioner samt brister i förebyggande arbete för att förhindra smitta.

## *Referenser*

1. SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Senaste version av SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen (hämtad 210621)
2. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-86885-11-3.
3. God hygienisk standard. https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vardhygien/god-hygienisk-standard/ (hämtad 210506)

# 7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Underbemanning, överbeläggning och utlokalisering av patienter (så kallade satellitpatienter) ökar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. (1-4)

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen ansvarar för att:

- Vårdgivarnas bemanning är tillräcklig i förhållande till vårdtyngd, vårdlokaler samt verksamhetens innehåll och komplexitet.
- Sluten vård sker i enkelrum med tillhörande hygienutrymme.
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (så kallade satellitpatienter) inte förekommer inom den slutna vården.

### *Mesonivå*

Vårdgivare och verksamhetschefer ser till att överbeläggningar och utlokaliserade patienter undviks inom den slutna vården. Om överbeläggningar inte går att undvika ökas bemanningen i motsvarande grad för att möta arbetsbelastningen utan att kompetensnivån sänks.

Verksamhetschefen ser till att bemanningen är tillräcklig för att ge medarbetarna tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

### *Mikronivå*

Chefer och medarbetare har tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Chefer och medarbetare har tid att informera patienter och närstående om de åtgärder som de själva kan vidta för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

### *Individnivå*

Patienter och närstående ser och upplever att medarbetarna har tid att tillämpa de åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning. De får information om de åtgärder som de själva kan vidta.

## *Referenser*

1. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. World Health Organization 2016. ISBN 978-92-4-154992-9.
2. Interim Practical manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. World Health Organization 2017. WHO-HIS-SDS-2017.8-eng.pdf (sll.se) (hämtad 210621)
3. Improving infection prevention and control at the health facility. Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention

and Control Programmes. World Health Organization 2018. WHO-HIS-SDS-2018.10-eng.pdf (sll.se) (hämtad 210621)
4. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen 2018. ISBN 978-91-7555-447-1.

# 8. Lokaler och utrustning

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. Det innefattar förutom hygienkrav på lokalerna där verksamhet redan bedrivs, också att vårdhygieniska krav beaktas vid om- och nybyggnation av lokaler. Ventilationen i vissa vårdlokaler utformas och specialanpassas så att risken för luftburen smitta minimeras. (1–4)

Dricksvattnet ska vara tjänligt och förekomsten av Legionella och andra vattenlevande mikroorganismer ska vara på så låg nivå att varken patienter eller personal riskerar att insjukna i vattenburna infektioner under vårdtid eller arbetstid. (5–6)

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. (7–9)

## *Aktiviteter*

### *Makronivå*

Huvudmannen fattar beslut om och tillsätter resurser så att:

- lokaler som används för vård och omsorg samt tandvård är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten som bedrivs där
- nationella styrande och stödjande dokument om lokaler och utrustning är tillgängliga för alla vårdgivare
- vårdhygieniska krav ställs i upphandlingar av medicintekniska produkter och vissa tjänster för alla vårdgivare, och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga
- vårdhygieniska krav ställs vid ny- och ombyggnation av vårdlokaler för alla vårdgivare, och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga.

### *Mesonivå*

Vårdgivare ansvarar för att:

- Hälso- och sjukvård, tandvård och omsorgsverksamhet bedrivs i lokaler som är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten.
- Tillämpa nationella styrande och stödjande dokument gällande ny- och ombyggnation av lokaler samt val och hantering av utrustning.
- Vårdhygienisk expertis medverkar vid bedömning av lokaler och utrustning i det löpande arbetet.

- Det finns god övervakning och åtgärdsplan avseende att förebygga infektioner med Legionella och andra vattenlevande sjukdomsalstrande mikroorganismer.
- Lokalernas ventilation är adekvat i förhållande till den verksamhet som bedrivs, så att risken för luftburen smitta minimeras.
- Städning som utförs i lokaler där patienter vårdas utförs enligt nationell standard.
- Det finns adekvat tillgång till medel och apparatur för kemisk desinfektion och värmedesinfektion.
- Tillhandahålla utrustning som krävs för att kunna tillämpa basala hygienrutiner.
- Tillhandahålla den personliga skyddsutrustning som krävs för att medarbetarna inte utsätts för smittrisker.
- Följa nationella regelverk avseende avfallshantering.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- Det finns tillgång till utrustning för basala hygienrutiner i det dagliga vård- och omsorgsarbetet, samt personlig skyddsutrustning för verksamhetens medarbetare.
- Det går att följa riktlinjer för förrådshantering, avfall, textil- och tvätthantering.

### *Mikronivå*

Verksamhetens lokaler och utrustning är sådana att enhetschefer och medarbetare kan arbeta förebyggande och förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

### *Individnivå*

Lokaler där hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg bedrivs är utformade och utrustade så att patienter och närstående har möjlighet att utföra handhygien och andra åtgärder för att förhindra smittspridning och förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

## *Referenser*

1. Byggenskap och Vårdhygien, Vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler. Svensk förening för Vårdhygien 2016. BOV - Byggenskap och Vårdhygien (sfvh.se) (hämtad 210621)
2. Infection prevention manual for construction and renovation. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology 2019. SLS9808_Preview.pdf (apic.org) (hämtad 210621)
3. UK Health Building Note 00-09: infection control in the built environment. Department of Health, London 2013. Health Building Note 00-09: Infection control in the built environment (england.nhs.uk) (hämtad 210621)
4. Birnbach DJ, Nevo I, Scheinman SR, Fitzpat - rick M, Shekhter I, Lombard JL. Patient safety begins with proper planning: a quantitative method to improve hospital design. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):462-5.
5. Livsmedelsverkets föreskrifter (SLVFS 2001:30) om dricksvatten. SLVFS 2001:30 (livsmedelsverket.se) (hämtad 210621)

6. https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/regler-om-byggande/boverkets-byggregler/vatten-och-avlopp/legionella-i-vatten/ (hämtad 210610)
7. Europaparlamentets och rådets förordning 2017/745 MDR, Medical Device Regulation. CL2017R0745SV0010010.0001 cp 1..1 (europa.eu) (hämtad 210621)
8. Decontamination and reprocessing manual for health-care facilities. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154985 1.
9. Spaulding E. Chemical disinfection and antisepsis in the hospitals. J Hosp Res. 1972;9:5-31.

# Del 3 – Checklistor

## Checklista kärnområde 1 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

### *Makronivå*

1. Huvudmannen har fastställt en övergripande handlingsplan med målet att vårdgivarnas strukturer och processer är effektiva för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
2. Handlingsplanen beskriver mål och aktiviteter inom kärnområdena 2–8.
3. Handlingsplanen beskriver hur vårdgivarna rapporterar sina aktiviteter inom kärnområdena 2–8
4. Alla vårdgivare har tillgång till vårdhygienisk expertis (enligt Socialstyrelsens definition).
5. Den vårdhygieniska expertgruppens storlek och sammansättning är tillräcklig utifrån geografiskt upptagningsområde och de vårdgivare som ges expertstöd.
6. Den vårdhygieniska expertgruppen har ett formaliserat uppdrag och mandat.

### *Mesonivå*

1. Vårdgivaren har inrättat sin organisation av kunskapsstyrning för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning med tydliga mål och funktioner utifrån huvudmannens handlingsplan.
2. Vårdgivarens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) innehåller aktiviteter inom kärnområdena 2–8.
3. Vårdgivaren har säkerställt att verksamheterna har tillgång till vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem.
4. Vårdgivarens handlingsplan för vårdhygieniskt kvalitetsarbete beskriver hur patienters och närståendes möjligheter och kunskaper tas tillvara.

# Checklista kärnområde 2 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har sett till att vårdhygienisk expertis finns tillgänglig och har resurser för att utveckla, anpassa och uppdatera riktlinjer inom det vårdhygieniska området.
2. Huvudmannen har sett till att det finns uppdaterade stödjande och styrande dokument för
   - basal hygien
   - utbrottshantering
   - förebyggande av postoperativa infektioner
   - förebyggande av kateterrelaterade infektioner
   - förebyggande av vårdrelaterade pneumonier inklusive VAP
   - förebyggande av KAD-associerad UVI
   - förebyggande åtgärder mot spridning av resistenta bakterier
   - desinfektion och sterilisering
   - personalhygien (ex. vaccination, hälsosamtal inför anställning)
   - förebyggande av stick- och skärskador
   - tvätt- och avfallshantering.
3. De stödjande och styrande dokumenten är tillgängliggjorda för alla vårdgivare.
4. Årlig systematisk uppföljning och kvalitetssäkring sker så att de dokument som huvudmannen ansvarar för stämmer överens med nationella dokument.
5. Vårdgivarnas följsamhet till dokumenten säkerställs regelbundet.

## *Mesonivå*

1. Vårdgivaren har verksamhetsanpassade lokala rutiner för samtliga områden under checklistan ovan, som är baserade på huvudmannens riktlinjer.
2. Vårdgivaren säkerställer att de lokala rutinerna är tillgängliga och kända av samtliga verksamheter.
3. Vårdgivaren säkerställer att medarbetare är involverade i att ta fram, utveckla och anpassa lokala rutiner.
4. Vårdgivaren säkerställer att vårdhygienisk expertis deltar i arbetet med att utveckla, anpassa och uppdatera lokala rutiner inom det vårdhygieniska området.
5. Vårdgivaren säkerställer fortlöpande följsamheten till de lokala rutinerna.

# Checklista kärnområde 3 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har fattat beslut om, och tillsatt resurser, så att all personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård garanteras återkommande fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien
2. Huvudmannen har tillsatt resurser så att de vårdhygieniska experterna vid regionens vårdhygieniska enhet garanteras specialistutbildning och fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien
3. Huvudmannen följer upp att beslutade vårdhygieniska utbildningsinsatser genomförs

## *Mesonivå*

1. Vårdgivaren har fattat beslut om, och tillsatt resurser, så att all vård- och omsorgspersonal, samt servicepersonal som exempelvis städpersonal och vårdnära service, kan genomgå utbildning inom ämnesområdet vårdhygien
2. Vårdgivaren säkerställer att undervisningen sker i samarbete med regionens vårdhygieniska expertenhet
3. I de fattade besluten avseende vårdhygienisk utbildning har tydliggjorts på vilket sätt den ska den bedrivas, exempelvis genom skriftlig information, digital utbildning, kurs eller enstaka föreläsning som ges av regionens vårdhygieniska enhet, vårdhygienisk konferens/möte, verksamhetsförlagt besök/möte från vårdhygienisk enhet, hygienrond, undervisning hygienansvariga personer i verksamheten
4. Vårdgivaren/verksamhetschefen följer upp att beslutade utbildningsinsatser är genomförda
5. Vårdgivaren/verksamhetschefen gör regelbundna utvärderingar av om utbildningsinsatserna höjer den vårdhygieniska kunskapsnivån

# Checklista kärnområde 4 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har säkerställt att alla vårdgivare har teknisk möjlighet att ansluta till ett nationellt övervakningssystem för vårdrelaterade infektioner
2. Huvudmannen följer upp att alla vårdgivare har anslutit till detta system.
3. Huvudmannen presenterar fortlöpande data från infektionsregistreringen aggregerat från samtliga vårdgivare så att medborgarna kan ta del av dessa

## *Mesonivå*

Vårdgivare

1. Vårdgivarens alla vårdenheter är anslutna till det övervakningssystem som huvudmannen anvisat
2. Vårdgivaren har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) där registrering av vårdrelaterade infektioner är en del av egenkontrollen
3. Vårdgivaren har en struktur för att delge patienter och deras närstående resultat från samtliga verksamheters registrering av vårdrelaterade infektioner och få information om verksamheternas förbättringsarbete

Verksamhetschef

1. Inom verksamheten finns utsedda personer som är ansvariga för verksamhetens registrering av vårdrelaterade infektioner
2. Dessa personer har avsatt tid (antal timmar/vecka) för registreringen
3. Dessa personer har fått utbildning om vårdrelaterade infektioner (förekomst, riskfaktorer, prevention etc.)
4. Dessa personer har fått utbildning om övervakningssystemet (funktion, inmatning, rapportuttag etc.)
5. Dessa personer har fått utbildning i validering/kvalitetssäkring av data från övervakningssystemet
6. Validering av data från infektionsregistreringen mot journaldata görs regelbundet
7. Inom verksamheten finns en struktur för återkoppling av resultat från infektionsregistreringen till verksamhetens medarbetare
8. Inom verksamheten finns definierade tillfällen då data från infektionsregistreringen diskuteras inom och mellan olika professioner

# Checklista kärnområde 5 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har säkerställt att de personella resurserna är tillräckliga för implementering och systematiskt förbättringsarbete med avseende på vårdhygienisk standard hos alla vårdgivare.

## *Mesonivå*

Vårdgivare

1. Vårdgivaren har fastställt en handlingsplan för det vårdhygieniska arbetet som beskriver fokusområden för förbättringsarbete där implementering kan ske genom ett multimodalt arbetssätt
2. Vårdgivaren har utsedda patientsäkerhetsfunktioner på ledningsnivå och på verksamhetsnivå med ett tydligt uppdrag avseende ett systematiskt vårdhygieniskt kvalitetsarbete

Verksamhetschef

1. Ett eller flera fokusområden, som beskrivs i vårdgivarens övergripande handlingsplan, har valts ut för implementering inom verksamheten
2. Brister avseende lokaler och utrustning som är en förutsättning för evidensbaserat arbete inom det/de utvalda fokusområdena kommer att åtgärdas
3. Chefer och medarbetare får riktad utbildning/fortbildning inom det/de utvalda fokusområdena
4. Det finns skriftliga åtgärdspaket och checklistor för det/de utvalda fokusområdena
5. Utsedda personer får utbildning i implementeringskunskap
6. Dessa personer har uppdrag och avsatt tid för att praktiskt träna andra medarbetare i de evidensbaserade åtgärder som är kopplade till det/de utvalda fokusområdena
7. Det finns informationsmaterial om fokusområdet som uppdateras fortlöpande så att frågan hålls levande
8. Patienter och deras närstående involveras i förbättringsarbetet

# Checklista kärnområde 6 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen tillser att det vårdhygieniska området och hygienisk standard finns med, används och följs upp i ledningssystemet och i det systematiska kvalitetsarbetet hos samtliga vårdgivare
2. Huvudmannen följer upp vårdhygienisk standard hos vårdgivarna genom kvalitetsindikatorer för processer och resultat
3. Huvudmannen har tillsett att samtliga vårdgivare har tillgång till vårdhygienisk expertis för utvärdering av hygienisk standard
4. Huvudmannen har tillsett att vårdhygienisk expertis finns och används för bedömning av vårdhygienisk standard inför start av nya verksamheter

## *Mesonivå*

1. Vårdgivaren/verksamhetschefen utför riskanalyser för att säkerställa god hygienisk standard
2. Vårdgivaren/verksamhetschefen tillser att egenkontroll görs genom mätningar av hygienisk standard och vårdskador, att resultaten används i det systematiska kvalitetsarbetet och att påvisade brister i god hygienisk standard och gällande vårdrelaterade infektioner rapporteras, analyseras, utreds och åtgärdas
3. Vårdgivaren/verksamhetschefen rapporterar resultat av mätningar och utvärdering av hygienisk standard och vårdskador till huvudmannen
4. Vårdgivaren/verksamhetschefen ser till att ansvariga chefer har en handlingsplan för det vårdhygieniska arbetet med tydliga mål, delmål och aktiviteter där systematisk insamling av data ingår
5. Verksamhetschefen tillser att enhetschefer/motsvarande ger medarbetare förutsättning att delta i systematiskt kvalitetsarbete
6. Verksamhetschefen har utsett medarbetare som är ansvariga för mätning och utvärdering av vårdhygienisk standard
7. Verksamhetschefen tillser att ansvariga chefer återkopplar resultat av mätningar och utvärdering av hygienisk standard till berörd personal
8. Verksamhetschefen tillser att kvalitetsarbetet genomförs på ett sätt som främjar en icke-bestraffande kultur
9. Verksamhetschefen tillser att patienter och närstående på ett enkelt sätt kan framföra synpunkter och klagomål gällande vårdrelaterade infektioner och brister i god hygienisk standard

# Checklista kärnområde 7 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har säkerställt att vård- och omsorgsverksamheterna har ekonomiska resurser för att åstadkomma en bemanning som är tillräcklig i förhållande till vårdtyngd, vårdlokaler samt verksamheternas innehåll och komplexitet
2. Det finns en tydlig plan för att förändra bemanning och lokaler vid ändrade förutsättningar avseende smittspridning
3. Huvudmannen har en plan för att säkerställa att den slutna vården sker i enkelrum med tillhörande hygienutrymme
4. Förekomsten av satellitpatienter mäts kontinuerligt och det finns en plan för uppföljning av resultatet
5. Förekomsten av överbeläggningar mäts kontinuerligt och det finns en plan för uppföljning av resultatet

## *Mesonivå*

1. Vårdgivaren har säkerställt att bemanningen är tillräcklig för att ge medarbetarna tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning
2. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (så kallade satellitpatienter) undviks i största möjliga mån inom den slutna vården
3. Det finns en tydlig plan för bemanning och lokaler för att möta ändrade förutsättningar avseende smittspridning
4. Sluten vård sker i största möjliga mån i enkelrum med tillhörande hygienutrymme

# Checklista kärnområde 8 – samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”

## *Makronivå*

1. Huvudmannen har fattat beslut om och tillsatt resurser så att lokaler som används för vård, tandvård och omsorg är vara anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten som bedrivs där
2. Huvudmannen har fattat beslut om och tillsatt resurser för att vårdhygienisk expertis medverkar vid upphandling av medicintekniska produkter och vissa tjänster, vid ny- och ombyggnation av lokaler där hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg bedrivs samt i bedömning av lokaler och utrustning i det löpande arbetet, allt för att säkerställa en god hygienisk standard

## *Mesonivå*

Vårdgivare

1. Vårdgivaren bedriver vård, tandvård och omsorg i lokaler anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten
2. Vårdgivaren tillämpar nationella styrande och stödjande dokument gällande ny- och ombyggnation av lokaler samt val och hantering av utrustning
3. Vårdgivaren ansvarar för att vårdhygienisk expertis medverkar vid bedömning av lokaler och utrustning i det löpande arbetet samt vid ny- och ombyggnation av lokaler liksom vid val av utrustning
4. Vårdgivaren tillser att vårdnära städning som utförs i lokaler där patienter vårdas utförs enligt nationell standard
5. Vårdgivaren tillhandahåller utrustning för basal hygien, som förebygger smitta till patienter, liksom personlig skyddsutrustning så att medarbetare inte utsätts för smittrisk

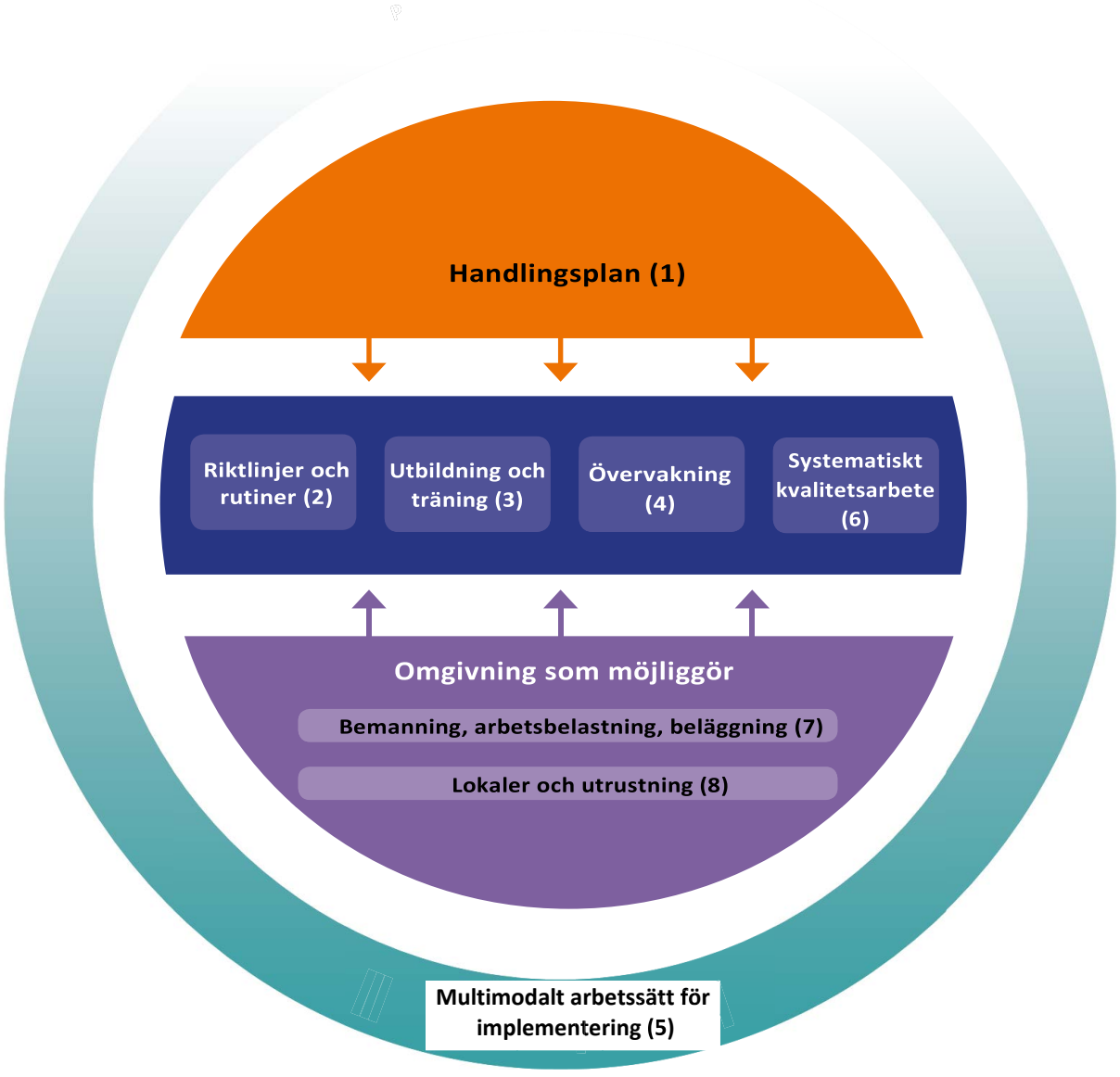
Verksamhetschef

1. Verksamhetschefen har säkerställt att det i det dagliga vård- och omsorgsarbetet finns tillgång till utrustning för basal hygien samt personlig skyddsutrustning för verksamhetens medarbetare
2. Medarbetarna har möjlighet att följa riktlinjer avseende förrådshantering, sanitet, avfall, textil- och tvätthantering
3. Verksamhetschefen har säkerställt att Inköp av medicintekniska produkter och annan utrustning sker genom huvudmannens eller vårdgivarens upphandlingsprocess
4. Verksamhetschefen har säkerställt att medarbetarna har tillgång till medel och apparatur för kemisk desinfektion och värmedesinfektion

| | |
|---|---|
| Nationellt system för kunskapsstyrning | Datum för publicering |
| Hälso- och sjukvård<br>Sveriges regioner i samverkan | |
| Kontaktperson [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget] | Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer] |

**Figur 1**. Visuell presentation av de 8 kärnområdena i *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* som visar hur dessa samverkar.

Figuren är en svenskspråkig version av den figur som används i Interim Practical manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control programmes (World Health Organization 2017).



Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Datum för publicering
Kontaktperson [Förnamn Efternamn, titel i sammanhanget]
Kontaktuppgifter: [e-postadress, telefonnummer]

# *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* – en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

## Konsekvensanalys

### Problemet och vad som ska uppnås genom vägledningen

Svensk hälso- och sjukvård ska ha en ”god hygienisk standard” (hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 5 kap. 1 §). Men eftersom hälso- och sjukvården styrs av 311 huvudmän (290 kommuner och 21 regioner) blir tolkningen och den praktiska tillämpningen av lagens krav mycket varierande, trots att Socialstyrelsen tydligt beskrivit vad ”god hygienisk standard” innebär.

Målet för ***Vägledning för vårdhygieniskt arbete*** är att bästa kunskap om vårdhygien finns tillgänglig och används i varje möte med patienter och brukare. Det betyder att varje person vid varje kontakt med hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg möter en verksamhet med en god hygienisk standard där risker för smittspridning och vårdrelaterade infektioner har minimerats. Detta ska uppnås genom att, inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen, presentera evidensbaserade vårdhygieniska aktiviteter för alla beslutande och utförande nivåer inom svensk hälso- och sjukvård.

### Vilka som berörs av vägledningen

Vägledningen berör aktörer på alla vårdnivåer och inom alla vårdformer. Det innefattar huvudmännen, det vill säga de politiska nämnder som styr över hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg i respektive region eller kommun, samt nämndernas tillhörande förvaltningar, vårdgivare, verksamhetschefer, medarbetare och chefer på enhetsnivå. Dessutom omfattas patienter och brukare samt deras närstående. Indirekt omfattas även till exempel utbildningsanordnare och patientorganisationer.

### Möjliga positiva effekter av vägledningen

- Vägledningen kan påverka politiker, tjänstemän och linjeorganisationer som i nuläget inte känner så väl till de vårdhygieniska krav som ställs i lagar och föreskrifter.
- Det underlättar sannolikt för huvudmän och vårdgivare att uppnå en ”god hygienisk standard” med hjälp av vägledningens anvisningar inom åtta områden.
- Jämlik och säker vård oavsett huvudman kan uppnås genom gemensamma riktlinjer, om vägledningen ses som en ”gold standard”.

- Vägledningen kan vara till stöd och hjälp för de huvudmän, vårdgivare och verksamhetschefer som inte är tillräckligt insatta i hur de kan arbeta optimalt inom det vårdhygieniska området.
- Vägledningen kan tydliggöra inom vilka eller vilket område det finns brister utifrån kraven i lagen. Det kan i sin tur ge upphov till förbättringsarbete inom dessa bristområden.
- Tydliga råd om hur det vårdhygieniska preventiva arbetet, inklusive implementering på olika nivåer, bör bedrivas kan reducera antalet vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning.
- Vägledningen kan minska kostnader för VRI och annan smittspridning, och även lidandet för drabbade patienter.
- Om vägledningen implementeras på de olika nivåerna kommer Sveriges vård att vara bättre rustad inför kommande pandemier
- När den nationella kunskapsstyrningen blir mer känd genom vägledningen kommer även nationella vårdhygieniska riktlinjer att bli mer kända i vårdverksamheterna.

## Möjliga hinder för att tillämpa vägledningen

- Okunskap om de vårdhygieniska krav som ställs i lagar och föreskrifter kan leda till att alla inte följer vägledningen, om aktörerna ser aktiviteterna i vägledningen som möjliga att välja bort eftersom de inte är ”ska-krav” från en myndighet.
- Aktiviteterna i vägledningen medför ökade kostnader för huvudmän och vårdgivare.
- Att åtgärda de brister inom det vårdhygieniska området som vägledningen tar upp kan innebära ökade kostnader på kort sikt för huvudman och vårdgivare.
- Huvudmän och vårdgivare vill själva avgöra hur lagar och föreskrifter inom det vårdhygieniska området ska tolkas och hur det vårdhygieniska arbetet inom vård och omsorg ska bedrivas.
- Vägledningen når inte nivån huvudmän utan går direkt till meso- och mikronivån.
- Den nationella kunskapsstyrningen är för okänd eller inte implementerad hos vare sig huvudmän eller vårdgivare. Det finns därmed ett motstånd att ta till sig vägledningen.
- Hos huvudmännen saknas plan eller budget för att implementera vägledningen, vilket medför en risk att det sker väldigt olika hos de olika huvudmännen, eller inte alls.
- Förkunskap och förutsättningar för att ta till sig vägledningen skiljer sig stort mellan olika vårdformer (till exempel mellan sjukhusvård och hemsjukvård) och huvudmän, i synnerhet om beslutsfattarna inte har vårdbakgrund.
- Förändringsbenägenheten kan vara låg om de som i nuläget är ansvarig för vårdhygienisk kvalitet – oavsett nivå – blir uppmärksammad på att de inte lever upp till kraven inom det vårdhygieniska området. De kan då hamna i försvarsposition.

## Möjliga negativa effekter av vägledningen

- En negativ effekt av vägledningen kan vara att chefer och medarbetare upplever stress av att ha fått ökad kunskap om vårdhygieniska risker och brister, samtidigt som de

saknar förutsättningar att verkställa förbättringar på grund av att huvudmannen, vårdgivaren eller verksamhetschefen inte ger dem tillräckliga resurser.

NAG Vårdhygien, juni 2021