Handlingsplan för att minska smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner

Beslutat av: Hälso- och sjukvårdledningsgrupp, Region Örebro

Innehållsförteckning

Bakgrund 2

Syfte 3

Aktörer och ansvar 3

Kärnområde 1 Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens 4

Kärnområde 2 Evidensbaserade styrande och stödjande riktlinjer 5

Kärnområde 3 Utbildning 6

Kärnområde 4 - Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner 7

Kärnområde 5 Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete 8

Kärnområde 6 Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer 9

Kärnområde 7 Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad 10

Kärnområde 8 Lokaler och utrustning 11

Referenser 12

Gäller inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Örebro län

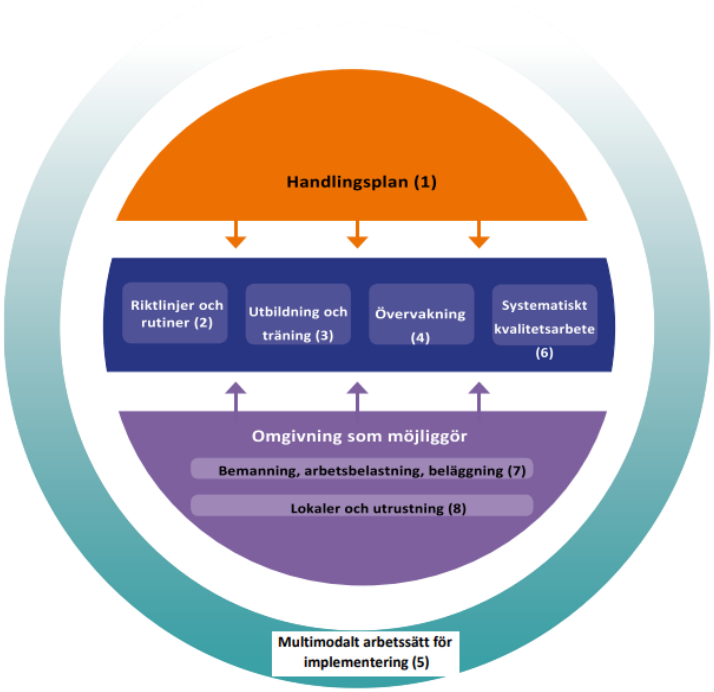
Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner orsakar ett stort mänskligt lidande och innebär stora kostnader. En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Drygt en tredjedel av alla vårdskador är vårdrelaterade infektioner. En VRI kostar i genomsnitt 107 000 kronor för svensk sjukvård (1). Varje år får drygt 75 000 patienter på svenska sjukhus en VRI och uppskattningsvis skulle mellan hälften och en tredjedel av infektionerna kunna undvikas (2).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Det innebär bland annat att lokaler, utrustning och verksamheter utformas och anpassas så att risken för infektioner och smittspridning minimeras. God hygienisk standard och hög följsamhet till basala hygienrutiner är en viktig del i patientsäkerhetsarbete.

Denna handlingsplan baseras på ”Vägledning för vårdhygieniskt arbete” (3). Vägledningen bygger på WHO:s evidensbaserade åtgärder inom det vårdhygieniska området, relevanta författningar, SKR:s identifierade framgångsfaktorer samt Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard.

WHO har identifierat 8 evidensbaserade kärnområden för att förebygga VRI (4). Dessa 8 områden är desamma i alla länder och utifrån dessa utformar respektive land en nationell vägledning som tar hänsyn till de olika ländernas vårdstruktur. Nationell arbetsgrupp (NAG) Vårdhygien har utformat en vägledning utifrån svensk vård- och omsorg. De olika områdena visas i Figur 1.



Figur 1: Visuell presentation av de 8 områdena från Vägledning för vårdhygieniskt arbete.

Syfte

Syftet med denna handlingsplan är att vara ett stöd för verksamheterna att systematiskt bedriva ett effektivt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete inom hälso- och sjukvård i Region Örebro län.

Detta arbete ska minska risken för smittspridning och förekomsten av vårdrelaterade infektioner, vilket bidrar till minskad antibiotikaresistens och bevarar möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner hos personer som vårdas i Region Örebro län.

Aktörer och ansvar

Regionen ansvarar för att erbjuda vård av god kvalitet med en god hygienisk standard. Vårdgivaren har det organisatoriska ansvaret och verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för en verksamhet.

Ledningen på alla nivåer tar ansvar genom systematisk användning av metoder och verktyg för att styra, utvärdera och följa upp arbetet.

Enheten för Vårdhygien har ett länsövergripande uppdrag att utifrån sin expertis stödja hälso- och sjukvården i deras arbete att skapa och upprätthålla en god hygienisk standard samt förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Strama Örebro är en lokal arbetsgrupp som arbetar för en rationell användning av antibiotika.

Smittskydd Örebro är en länsövergripande myndighet som arbetar ut mot samhället för att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor samt att ge allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor.

Kärnområde 1 Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens

Att ha och tillämpa en vårdhygienisk handlingsplan med en systematisk uppföljning av de åtgärder som beskrivs i planen leder till färre vårdskador, minskad antibiotikaanvändning, minskad sjuklighet och död för patienter samt ökar verksamheternas möjlighet att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Mål	Aktivitet	Ansvar	Uppföljning
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Örebro län har en övergripande och aktuell handlingsplan som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen uppdateras vartannat år eller oftare vid behov.	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Förvaltningens verksamhetsplan och verksamhetsberättelse.
	Verksamhetschef tillser att handlingsplanen är anpassad efter verksamheten samt efterföljs.	Verksamhetschef	Verksamhetens aktivitetslista

Kärnområde 2 Evidensbaserade styrande och stödjande riktlinjer

Dokumenterade, evidensbaserade vårdhygieniska riktlinjer och riktlinjer för antibiotikaanvändning är en av de viktigaste faktorerna för att nå framgång i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Mål	Aktivitet	Ansvar	Uppföljning
Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Övergripande vårdhygieniska riktlinjer utarbetas samt uppdateras vid behov och vid giltighetstidens slut av vårdhygienisk expertis.	Ledningsansvarig läkare Vårdhygien	Vårdhygien
	Aktuella riktlinjer och rutiner är publicerade på vårdgivarwebben.	Vårdhygien	Vårdhygien
	Verksamhetschef verkar för följsamhet till riktlinjer och rutiner.	Verksamhetschef	Utvärderas i samband med egenkontroll/ APT regelbundet.
Stramas nationella behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning är tillgängliga och används.	Länk till nationella Stramas behandlingsrekommendationer finns via vårdgivarwebben.	Örebro lokala Stramagrupp	Örebro lokala Stramagrupp
	Verksamhetschef verkar för följsamhet till rekommendationerna.	Verksamhetschef	Via Infektionsverktyget, återkopplas via kvartalsrapporter från Strama till verksamheterna.

Kärnområde 3 Utbildning

Utbildning inom vårdhygien och antibiotikaanvändning leder till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner, minskad antibiotikaresistens samt förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).

Mål	Aktivitet	Ansvar	Uppföljning
All hälso- och sjukvårdspersonal har grundläggande kunskap om och arbetar enligt BHK.	All hälso- och sjukvårdspersonal genomgår grundläggande BHK-utbildning vid nyanställning samt minst vart 3:e år.	Verksamhetschef	Medarbetarsamtal
Alla chefer har utökad kunskap inom vårdhygien för att kunna utföra sitt uppdrag.	Utbildning inom vårdhygien är en del av introduktionsprogrammet för nya chefer.	HR	Patiensäkerhetsrond
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Utbildning av nya hygienombud erbjuds 2 gånger per år.	Vårdhygien ansvarar för utbildningen. Verksamhetschef ansvarar för att personal deltar.	Vårdhygien Medarbetarsamtal
	Hygienombudsträffar genomförs 2 gånger per år.	Vårdhygien ansvarar för träffarna. Verksamhetschef ansvarar för att personal deltar.	Vårdhygien Medarbetarsamtal

Kärnområde 4 - Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner

Systematisk registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning leder till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner. Det är viktigt med tidig återkoppling av resultat för att kunna vidta effektiva åtgärder.

Mål	Aktivitet	Ansvar	Uppföljning
Förhindra utbrott av vårdrelaterade infektioner.	Vårdhygien är behjälpliga i att identifiera risker för utbrott genom att agera för att förebygga och förhindra smittspridning.	Vårdhygien	Vårdhygien
	Övervakning av provsvar för utvalda smittämnen med ställningstagande till åtgärder.	Vårdhygien	Vårdhygien
Verksamheter registrerar systematiskt vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning.	Registrering av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning sker i infektionsverktyget.	Verksamhetschef	Återkoppling till medarbetare.
	Resultaten från Infektionsverktyget analyseras och kopplas till förbättringsåtgärder.	Verksamhetschef Vårdhygien/Strama	Rapporter tas ut från Infektionsverktyget 1 gång per halvår och analyseras av verksamheten i samråd med Vårdhygien/Strama.
	Verksamheten deltar i europeisk punktprevalensmätning när tillfälle ges.	Vårdhygien och Strama ansvarar för att mätningen genomförs inom slutenvården i regionen.	

Kärnområde 5 Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

Det ska finnas strukturer och förutsättningar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens som till exempel lokaler, personal, utrustning och evidensbaserade riktlinjer. Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens beror på flera samverkande orsaker och implementering sker därför genom att åtgärder sätts in på flera områden, ett så kallat multimodalt arbetssätt.

Mål	Aktivitet	Ansvar	Uppföljning
Alla verksamheter arbetar systematiskt med förbättringsarbeten och implementerar evidensbaserade kunskapsstöd och metoder.	Fokusområden för förbättringar genomförs baserat på identifierade problemområden som fångats upp i mätningar från Infektionsverktyget och andra mätningar.	Verksamhetschef	Verksamheters aktivitetslista
	Patientsäkerhetsstrateger förmedlar de verktyg som finns för implementering av förbättringsåtgärder riktade mot vårdrelaterad urinvägsinfektion, postoperativa infektioner samt vårdrelaterad lunginflammation.	Patientsäkerhetsstrateger, med stöd av vårdhygien.	Patientsäkerhetsronder

Kärnområde 6 Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer

Regelbunden mätning och utvärdering i kombination med regelbunden återkoppling 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.

Mål	Aktivitet	Ansvar/förvaltning	Uppföljning
Alla verksamheter arbetar systematiskt med mätningar och uppföljningar för att uppnå en god hygienisk standard.	Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) utförs minst 2 gånger per år.	Patientsäkerhetsenheten Verksamhetschef ansvarar för att mätning utförs.	Regionövergripande resultat presenteras i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen. Resultat från PPM-BHK tas upp på APT och som en del i det systematiska förbättringsarbetet tas vid behov en åtgärdsplan fram.
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå en god hygienisk standard i vårdlokaler.	Minst en gång per år utförs egenkontroll enligt mall från Vårdhygien.	Verksamhetschef	Resultat från egenkontroll tas upp på APT och som en del i det systematiska förbättringsarbetet tas vid behov en åtgärdsplan fram.
	Minst en gång vart 4:e år genomförs en riktad vårdhygienisk konsultrond med stöd av vårdhygienisk expertis.	Verksamhetschef	Resultat från vårdhygienisk konsultrond tas upp på APT och som en del i det systematiska förbättringsarbetet tas vid behov en åtgärdsplan fram.
Alla verksamheter registrerar avvikelser gällande brister i vårdhygieniskt arbete.	Avvikelser kring brister i vårdhygieniskt arbete ska registreras i avvikelsesystem, analyseras, utredas, åtgärdas och återkopplas.	Verksamhetschef	Antal avvikelser tas upp på APT och som en del i det systematiska förbättringsarbetet tas vid behov en åtgärdsplan fram.

Kärnområde 7 Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Rätt bemanning ökar möjligheten att följa rutiner och riktlinjer och minskar därmed risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
Utlokalisering av patienter ökar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Mål	Aktivitet	Ansvar/förvaltning	Uppföljning
Minskad andel utlokaliserade patienter.	Varje verksamhet arbetar med att minska antalet utlokaliserade patienter.	Verksamhetschef	Regionövergripande patientsäkerhetsberättelse
Alla verksamheter har utsedda hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivning.	Hygienombud utses av chef och ges tid att arbeta enligt uppdragsbeskrivning.	Verksamhetschef	Verksamhetens ledningsgrupp

Kärnområde 8 Lokaler och utrustning

En god hygienisk standard innebär att lokaler och utrustning utformas och hanteras på ett sådant sätt att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Mål	Aktivitet	Ansvar/förvaltning	Uppföljning
Vården i region Örebro län bedrivs i vårdlokaler som är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten.	Lokalerna är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten.	Hälso- och sjukvårdsdirektör Verksamhetschef	Verksamheter genomför egenkontroll 1 gång per år och återkopplar på APT.
	Rengöring, desinfektion, sterilisering av utrustning samt städning av lokaler sker enligt nationella och regionala riktlinjer.	Verksamhetschef Lokalvård och service	Vårdhygienisk konsultrond minst vart 4:e år Regelbundna möten mellan verksamheter och Lokalvård och service
Vårdhygieniska krav beaktas vid ny- och ombyggnation av vårdlokaler så att en god hygienisk standard uppnås.	Vårdhygien kontaktas vid all ny- eller ombyggnation. Riskbedömning görs i samråd med Vårdhygien utifrån berörd verksamhet samt planerad byggnation.	Fysiska vårdmiljöer	Fysiska vårdmiljöer

Referenser

1. Socialstyrelsen (2022) Vårdrelaterade infektioner Vårdrelaterade infektioner, VRI - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se) hämtad 2024-03-27.

2. Folkhälsomyndigheten (2023) Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige (ECDC PPM 2023) Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige (ECDC PPM 2023) — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se) hämtad 2024-03-27.

3. Vägledning för vårdhygieniskt arbete Vårdhygien | Kunskapsstyrning vård | SKR (kunskapsstyrningvard.se) hämtad 2024-03-27.

4. 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.