

## **Primärvårdens handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner i Region Jönköping län**

## Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Ledningens ansvarsområden.....	4
2.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse.....	4
2.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens.....	4
2.3 Område 3 – Utbildning och träning.....	5
2.4 Område 4 – Registrering och övervakning.....	5
2.5 Område 5 – Systematiskt förbättringsarbete.....	6
2.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete, att mäta och värdera.....	6
2.7 Område 7 – Bemanning, arbetsbelastning och beläggning.....	6
2.8 Område 8 - Lokaler, utrustning och tillgång till adekvat infektionsdiagnostik.....	6
3. Verksamhetschefens ansvar.....	8
3.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse.....	8
3.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens.....	8
3.3 Område 3 – Utbildning och träning.....	8
3.4 Område 4 – Registrering och övervakning.....	9
3.5 Område 5 – Systematiska förbättringsarbeten.....	10
3.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete.....	10
3.7 Område 7 – Bemanning, belastning och beläggning.....	10
3.8 Område 8 – Lokaler och utrustning.....	11
4. Enhetschefens ansvarsområden.....	12
4.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse.....	12
4.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens.....	12
4.3 Område 3 – Utbildning och träning.....	12
4.4 Område 4 – Registrering och övervakning.....	13
4.5 Område 5 – Systematiska förbättringsarbeten.....	13
4.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete.....	13
4.7 Område 7 – Bemanning, belastning och beläggning.....	14
4.8 Område 8 – Lokaler och utrustning.....	14
5. Medarbetarens ansvarsområden.....	15
6. Patient och anhöriga.....	16

## 1. Inledning

Den här planen ingår som en del i Region Jönköpings läns handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner, men pekar specifikt ut ansvarsområden för primärvården. Mer utförlig bakgrund och beskrivning av problemområdet med vårdrelaterade infektioner (VRI) och vilka verktyg vi har i det förebyggande arbetet finns i den övergripande handlingsplanen.

Planen beskriver olika ansvarsområden i det VRI-förebyggande arbetet som läggs på ledning, verksamhetschef, enhetschef och medarbetare inom primärvården, men dokumentet kan också i tillämpliga delar användas som grund för att det VRI förebyggande arbetet inom tandvården.

VRI utgör ett stort och viktigt problem som är förenat med påtagliga risker och ett ökat lidande för våra patienter. Problemet är störst inom slutenvården, men även i öppenvården görs ingrepp och behandlingar som inte sällan leder till komplikationer i form av infektioner. Dessutom förekommer ibland smittspridning på våra mottagningar mellan patienter, eller mellan patienter och personal.

Målen för det VRI förebyggande arbetet beskrivs nedan för olika nivåer i organisationen inom åtta olika ansvarsområden. För varje område beskrivs också förslag på åtgärder för att nå målen. Som hjälp för implementeringen finns verktyg i form av egenkontroller. För ledningen inom *Bra Liv* och privata vårdgivare finns *VRI-förebyggande arbete – egenkontroll för primärvårdsledning* och för verksamhetschefer och enhetschefer finns sedan tidigare *vårdhygienisk egenkontroll* som täcker in de viktigaste områdena. Genom att utföra egenkontrollen årligen och skapa en nulägesbild får man stöd i att identifiera brister och prioritera förbättringsområden.

## Primärvårdsledningens ansvarsområden

Med ledningen avses i detta sammanhang i första hand ledningen för *Bra Liv* samt huvudmän för privata vårdcentralerna som har avtal med Region Jönköpings län. Som privat vårdgivare har man även en del ytterligare ansvar som finns beskrivna för vårdgivare i Regionens övergripande handlingsplan. Det innefattar bland annat att utforma och fastställa en egen övergripande handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner.

Som hjälp i arbetet med ledningens ansvarsområden finns verktyget *VRI-förebyggande arbete – egenkontroll för primärvårdsledning*.

### 2.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse

#### Målbild:

- Ledningen har kännedom om Regionens handlingsplan mot VRI och arbetet ingår i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Ledningen är införstådd med problemet med antibiotikaresistens, VRI-problemets omfattning och konsekvenserna av VRI vad gäller så väl onödigt lidande och död samt kostnader och merarbete.

#### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Inhämta kunskap om VRI-problemet och problemet med antibiotikaresistens genom att till exempel läsa bakgrundsmaterialet i Regionens handlingsplan
- Verka för att handlingsplanen blir känd och implementeras på olika nivåer i verksamheterna och för in den som en del i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.
- Ledningsgruppen genomför årligen tillsammans med expertis från LAG-VRI och/eller Vårdhygien en egenkontroll kring det VRI –förebyggande arbetet. Vidare bör man se till att varje vårdcentral gör en vårdhygienisk egenkontroll och arbeta för att vårdcentralerna ska delta i konceptet *antibiotikasmart*.

### 2.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens

#### Målbild:

- Ledningen säkerställer att följsamheten till de vårdhygieniska riktlinjerna och riktlinjer för en rationell antibiotikaanvändning följs upp.

#### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Efterfråga resultat från följsamhetsmätningar avseende BHK och ställ krav på att dessa resultat redovisas, till exempel i patientsäkerhetsberättelse och/eller Stratsys.
- Följ upp rapporter över följsamhet till antibiotikarekommendationer.
- Uppmana vårdcentraler att delta i utvecklingskonceptet Antibiotikasmart för att därigenom förbättra sin vårdhygieniska standard och följsamhet till rekommendationer om antibiotikaanvändning.

## 2.3 Område 3 – Utbildning och träning

### Målbild:

- Ledningen följer upp att alla kategorier av personal i patientnära arbete får lämplig introduktionsutbildning och regelbunden fortbildning kring smittor, smittspridning och det VRI-förebyggande arbetet.
- Ledningen följer upp att läkare som i sitt dagliga arbete ordinerar antibiotika får utbildning i adekvat antibiotikaanvändning.

### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Kvalitetsgranska den introduktionsutbildning i vårdhygien som ges vid nyanställning och säkerställ att den ges till alla, inklusive sommarvikarier.
- Skapa en mer heltäckande fortbildningsstruktur för att öka kunskapen om VRI-förebyggande arbete för olika kategorier av personal.
- Inför vårdhygienisk fortbildning som en del i ett ”årshjul” på samma sätt som till exempel HLR-utbildning och brandutbildning.
- Stötta hygienombuden i att utbilda personal på den egna enheten.
- Samordna utbildningar och följ upp effekten av dessa, till exempel via Futurum/LOK, och utforma dem i samverkan med vårdhygienisk expertis.
- Säkerställ att fler chefer går Vårdhygiens chefsutbildning.
- Säkerställ att läkare fortsatt får utbildning i adekvat antibiotikaanvändning och VRI-förebyggande arbete, till exempel genom konceptet Antibiotikasmart vårdcentral.
- Följ upp att utbildningar genomförs, till exempel genom rapportering via Stratsys eller LOK.

## 2.4 Område 4 – Registrering och övervakning

### Målbild:

- Ledningen följer upp att registreringar kring VRI-förekomst, hygienisk standard och antibiotikaanvändning sker och att data från registreringar valideras och håller hög och jämn kvalitet som möjliggör jämförelse över tid samt jämförelse mellan verksamheter och andra regioner.

### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Överväg att börja använda Infektionsverktyget inom verksamheten.
- Överväg att arbeta för en alternativ VRI-registrering i form av diagnosregistrering, genom utbildning av vårdadministratörer kring VRI och ändrad praxis bland läkare vid diagnosättning.
- Efterfråga data från verksamheternas registreringar i verksamhetsplan eller patientsäkerhetsberättelse och ställ krav på att verksamheterna att data valideras.
- Verka för att fler VRI registreras som avvikelser i Synergi för att få ytterligare ett mått på förekomst och för att stärka kulturen kring att betrakta VRI som något oacceptabelt

## 2.5 Område 5 – Systematiskt förbättringsarbete

### Målbild:

- Resultat från lokala förbättringsarbeten kommer övriga vårdcentraler till godo.
- Ledningen beskriver med regelbundenhet viktiga fokusområden för förbättringsarbeten baserade på problemområden som identifieras i VRI-registreringar, mätningar av följsamhet till BHK-regler och andra mätningar.

### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Gör VEK till en obligatorisk årlig aktivitet på alla enheter.
- Uppmuntra enheter att bli diplomerade enligt konceptet Antibiotikasmart Vårdcentral.
- Se över behovet av ytterligare mötesarenor för att dela erfarenheter.
- Identifiera problemområden utifrån VRI-mätningar och andra mätningar och presentera fokusområden för övergripande förbättringsarbeten inom respektive verksamhetsområde.

## 2.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete, att mäta och värdera

### Målbild:

- Ledningen övervakar kvalitén på det VRI-förebyggande arbetet genom att regelbundet efterfråga data från verksamheternas olika mätningar av VRI-förekomst, antibiotikaanvändning och hygienisk standard.

### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Kontrollera att verksamheterna rapporterar in data gällande följsamhet till BHK och att VEK utförs årligen.
- Efterfråga vilka förbättringsarbeten som görs i verksamheterna kopplade till dessa mätresultat.
- Låt controllers ta fram och presentera mätetal kring VRI, BHK och antibiotikaanvändning.

## 2.7 Område 7 – Bemanning, arbetsbelastning och beläggning

### Målbild:

- Ledningen säkerställer att primärvårdens resurser är tillräckliga avseende personal (bemanning och kompetens) för att upprätthålla god hygienisk standard och arbeta VRI-förebyggande i förhållande till vårdtyngd, vårdlokaler samt verksamhetens innehåll och komplexitet.

## 2.8 Område 8 - Lokaler, utrustning och tillgång till adekvat infektionsdiagnostik

### Målbild:

- Ledningen följer upp att alla vårdcentraler utför VEK för att uppmärksamma lokalers eventuella felaktiga användningsområden

- Ledningen följer upp att vårdcentralerna har kännedom om och följer nationella riktlinjer för städning och avfallshantering.
- Ledningen tydliggör för vårdcentralerna att inköp av specialutrustning i första hand ska ske i samarbete med Inköpsavdelningen och att vårdhygieniska aspekter måste beaktas vid direktinköp.
- Ledningen verkar för att alla vårdcentraler har ändamålsenliga lokaler så att smittsamma patienter kan tas emot i ett säkert flöde.
- Ledningen verkar för att primärvården har tillgång till adekvat och snabb infektionsdiagnostik

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Öka kunskapen hos verksamhetschefer och vårdenhetschefer om de särskilda hygienkraven som ställs på vårdlokaler och medicinteknisk utrustning, förslagsvis genom att säkerställa att de deltar i Vårdhygiens chefsutbildning.
- Säkerställ att verksamheterna utför VEK för att uppmärksamma lokalers eventuella felaktiga användningsområden.
- Tydliggör att vårdhygieniska aspekter måste beaktas vid inköp.
- Samverka med laboratoriemedicin för att säkerställa en adekvat och lättillgänglig infektionsdiagnostik för primärvården.

### 3. Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefens ansvar beskrivs utifrån åtta olika områden. Tanken är att huvuddelen av det ansvar som ligger på verksamhetschefer och enhetschefer ska omfattas av den vårdhygieniska egenkontrollen (VEK) som hos många redan ligger med i befintlig verksamhetsplan. Gör man den vårdhygieniska egenkontrollen årligen och utifrån den skapar en åtgärdsplan där det finns brister och initierar förbättringsarbeten, så uppfyller man det mesta av målen enligt handlingsplanen. Genom att delta i konceptet *Antibiotikasmart vårdcentral* täcker man in ytterligare ett antal målområden.

#### 3.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse

**Målbild:**

- Verksamhetschefen är insatt i VRI-problemets omfattning och konsekvenser och är införstådd med att det VRI-förebyggande arbetet kan vara ett kostnadseffektivt sätt att öka kvaliteten på vården och samtidigt spara pengar.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Verksamhetschef och ledningsgrupp sätter sig in i bakgrundsmaterialet i Regionens handlingsplan.
- Verksamhetschefen är tydlig i sin kommunikation till medarbetare att undvikbara VRI är oacceptabelt och något alla måste ta på allvar.
- Verksamhetschefen deltar i chefsutbildning som arrangeras av Vårdhygien.

#### 3.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens

**Målbild:**

- Regionens vårdhygieniska riktlinjer och riktlinjer kring antibiotikaanvändning är kända i verksamheten och i möjligaste mån följs det upp att dessa efterlevs.
- Verksamhetschefen har kännedom om verksamhetens egna lokala riktlinjer och säkerställer att eventuella vårdhygieniska aspekter och antibiotikarekommendationer i dessa kvalitetsgranskas och hålls uppdaterade.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Verksamhetschefen påminner om de regionala och lokala riktlinjerna och om var man finner dessa på nätet.
- Verksamhetschefen säkerställer att följsamhetsmätningar till BHK utförs och att dessa håller hög kvalitet.
- Verksamhetschefen inventerar förekomst av lokala riktlinjer och går igenom om något kan tas bort, uppdateras eller behöver faktagranskas av Vårdhygien, STRAMA eller annan expertis.
- Verksamhetschefen fastställer rutin för fortlöpande uppdatering av dessa lokala riktlinjer.

#### 3.3 Område 3 – Utbildning och träning

**Målbild:**

- All personal i patientnära arbete får fortlöpande utbildning i basala hygienrutiner.

- Läkare får fortlöpande utbildning i VRI-förebyggande arbete och rationell antibiotikaanvändning.
- Lokala STRAMA- och hygienombud finns och får möjlighet att delta på utbildningar och nätverksträffar.
- Nya kollegor får introduktion till aktuella vårdhygieniska riktlinjer med särskilt fokus på basala hygienrutiner och för läkare, även STRAMAs antibiotikarekommendationer.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Hygienombud och STRAMA-ombud får tid och utrymme att gå utbildningar, ha tid för självstudier och sen i sin tur utbilda kollegor.
- Se över rutiner vid nyanställning och säkerställ hög kvalitet på både teoretisk och praktisk introduktion i basala hygienrutiner, helst med uppföljande återkoppling efter en tids tjänstgöring.
- Säkerställ att nya läkare har kännedom om STRAMAs app för rationell antibiotikaanvändning.

**3.4 Område 4 – Registrering och övervakning****Målbild:**

- Enheten har en VRI-registrering som fångar upp infektioner som är relaterade till verksamhetens diagnostik, behandling och omvårdnad. Detta innefattar även att tillsammans med kommunen mäta och följa VRI-förekomst på SÄBO som är kopplade till vårdcentralen.
- Verksamhetschefen är medveten om vilka VRI och vilka riskfaktorer för VRI som är vanligast förekommande inom verksamheten.
- Det finns en rutin för återkoppling av resultaten från mätningar av antibiotikaanvändning och VRI-förekomst till medarbetarna.
- Det finns en struktur för hur kvaliteten på data från registreringarna säkerställs.
- Det finns en rutin för att VRI som har sitt ursprung i slutenvården återkopplas till berörda enheter.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Infektionsverktyget är ett sätt att mäta VRI-förekomst och få en bild av läget inom den egna verksamheten, men verktyget används i dagsläget inte inom primärvården eller tandvården. Därför bör man använda andra metoder för att följa VRI-förekomsten. Ett alternativ är egen journalgranskning och uppföljning av utförda ingrepp. Ett annat alternativ är rapportering av upptäckta VRI i Synergi. Man kan också överväga att arbeta med att förbättra sin diagnosregistrering genom att använda tilläggs-koden *Y95.9 – vårdrelaterad infektion*, för att mäta förekomsten.
- En rutin bör utformas för att validera data från VRI-registreringen.
- Avsätt tillfällen för återkoppling av data rörande antibiotikaanvändning och VRI-förekomst samt när man haft utbrott med smittspridning inom verksamheten.
- Skapa en rutin för att återkoppla till andra verksamheter när en av ”deras” VRI identifieras vid enheten.

### 3.5 Område 5 – Systematiska förbättringsarbeten

**Målbild:**

- Data rörande hygienisk standard, förekomst av VRI och antibiotikaanvändning inom verksamheten analyseras av verksamhetschef och ledningsgrupp och en åtgärdsplan upprättas och kopplas till förbättringsarbeten.
- Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personella resurser med adekvat utbildning i implementeringsarbete tillgängliga som arbetar utifrån ett multimodalt arbetssätt.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Verksamhetsutvecklare eller motsvarande får ett formaliserat uppdrag att arbeta med handlingsplan och fortlöpande förbättringsarbeten.
- Genom konceptet *antibiotikasmart vårdcentral* kan man få stöttning från STRAMA och Vårdhygien i arbetet att analysera sin situation och prioritera viktiga förbättringsområden
- Qulturum erbjuder stöd och utbildning i förbättringskunskap för enheter som behöver höja sin kompetens inom området.

### 3.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete

**Målbild:**

- Verksamheten genomför regelbundet en vårdhygienisk egenkontroll (VEK) som täcker in de flesta områden som definierar god hygienisk standard.
- Verksamheten analyserar om det finns svagheter i den vårdhygieniska kvaliteten som innebär risker för VRI.
- Verksamheten analyserar sin antibiotikaanvändning för att se om den innebär onödiga risker eller avviker från aktuella behandlingsrekommendationer.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Säkerställ att alla enheter i verksamheten (minst) årligen gör en vårdhygienisk egenkontroll för att identifiera svagheter och eventuella risker.
- Säkerställ att rutin finns för analys av antibiotikaanvändningen på enheten.

### 3.7 Område 7 – Bemanning, belastning och beläggning

**Målbild:**

- Verksamhetschefen säkerställer att bemanningen och personalens kompetens är tillräcklig för att ge medarbetarna tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- Verksamhetschefen säkerställer att ny personal fyller i hälsodeklaration och vid behov erbjuds kompletterande vaccinationer.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Säkerställ god bemanning i det dagliga arbetet och rutin för att hälsodeklaration ifylles vid nyanställning.

### 3.8 Område 8 – Lokaler och utrustning

**Målbild:**

- Medarbetarna har i det dagliga arbetet förutsättningar för att följa föreskriften *Basal hygien i vård och omsorg*.
- Medarbetarna har tillgång till personlig skyddsutrustning.
- Lokalerna är ändamålsenliga och används till det ändamål de är avsedda för.
- Rutin finns för spolning av vattenledningar om någon lokal inte varit i bruk under en längre tid.
- Rätta metoder används och rätt utrustning finns för städning och för rengöring, desinfektion och sterilisering av utrustning.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Genom att göra den vårdhygieniska egenkontrollen fångas alla dessa och fler relevanta frågeställningar upp kring lokaler och utrustning.

## 4. Enhetschefens ansvarsområden

Enhetschefens ansvar beskrivs utifrån åtta olika områden. Tanken är att huvuddelen av det ansvar som ligger enhetschefer ska omfattas av den vårdhygieniska egenkontrollen (VEK) som hos många redan ligger med i befintlig verksamhetsplan. Gör man den vårdhygieniska egenkontrollen årligen och utifrån den skapar en åtgärdsplan där det finns brister och initierar förbättringsarbeten, så uppfyller man det mesta av kraven på *god hygienisk standard*.

### 4.1 Område 1 – Handlingsplan och förståelse

**Målbild:**

- Enhetschefen är insatt i VRI-problemets omfattning och konsekvenser och införstådd med att det VRI-förebyggande arbetet kan vara ett kostnadseffektivt sätt att öka kvaliteten på vården och samtidigt spara pengar.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Enhetschefen läser bakgrundsmaterialet i handlingsplanen.
- Enhetschefen deltar i Vårdhygiens chefsutbildning.

### 4.2 Område 2 – Riktlinjer och expertkompetens

**Målbild:**

- Enhetschefen ansvarar för att medarbetarna har tillgång till och tar del av gällande vårdhygieniska rutiner.
- Åtgärder, rutiner och riktlinjer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning ses som självklara av samtliga och kulturen tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Påminn om de vårdhygieniska riktlinjerna i samband med att man t ex. får in fall med smitta på avdelningen.
- Säkerställ att alla medarbetare hittar till vårdhygieniska riktlinjerna på FS-webben.
- För dialog med medarbetare som har småsår, plåster, ortoser och likande kring förutsättningarna för att kunna utföra adekvat BHK och ordnar vid behov alternativa arbetsuppgifter. Kan man inte sprita händerna ska man inte arbeta patientnära.

### 4.3 Område 3 – Utbildning och träning

**Målbild:**

- Enhetschefen ansvarar för att medarbetarna genomgår de utbildningar i vårdhygien och antibiotikaanvändning som erbjuds inom organisationen.
- Enhetschefen säkerställer att kunskapsnivån kring BHK är tillräcklig hos alla medarbetare.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Säkerställ i schemaläggning att tid avsätts för hygienombudens egen vidareutbildning.
- Säkerställ att tid avsätts för övriga medarbetares vidareutbildning.

- Tillsammans med hygienombud ges återkoppling till medarbetare från följsamhetsmätningar i BHK och detta kopplas till riktade utbildningsinsatser. Insikt om att många inte kan detta, även de som arbetat länge i vården. Gemensamma diskussioner i arbetsgruppen kan vara värdefulla som uppföljning för att säkerställa att kunskapsnivån höjts.

#### 4.4 Område 4 – Registrering och övervakning

##### Målbild:

- Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare får återkoppling från relevanta mätningar från t ex. följsamhetsmätningar till BHK och data rörande antibiotika användning.

##### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Återkoppla regelbundet resultat från BHK-mätningar på APT. Gå även igenom data från andra mätningar som t ex. den senaste Europeiska PPM-mätningen

#### 4.5 Område 5 – Systematiska förbättringsarbeten

##### Målbild:

- Enhetschefen ansvarar för att det bland medarbetarna finns utsedda funktioner eller personer som är ansvariga för lokaler och medicinteknisk utrustning.
- Enhetschefen ansvarar för att det bland medarbetarna finns utsedda utbildningsansvariga funktioner eller personer med implementerings- och förbättringskunskap
- Enhetschef och medarbetare genomför regelbundet kampanjer för att hålla frågan om en god hygien levande.

##### Förslag på väg till måluppfyllelse:

- Upprätta en lokal förteckning över ansvarsområden ovan och utse ansvarig personal.
- Se till att använda kompetens hos hygienombud och vårdutvecklare för identifiering av förbättringsområden och implementering av förbättringsarbeten.

#### 4.6 Område 6 – Systematiskt kvalitetsarbete

##### Målbild:

- Enhetschefen ansvarar för att arbetssättet för att mäta och utvärdera hygienisk standard och antibiotikaanvändning är väl förankrat, samt tydligt och lättförståeligt för medarbetare.
- Förbättringsarbeten genomförs på ett sätt som främjar en ”icke-bestrafande kultur” med fokus på resultat av mätningar och inte på enskilda medarbetare.
- Verksamheten har en levande riskmedvetenhet kring VRI.
- Om vårdrelaterade infektioner och brister i vårdhygieniskt arbete uppstår, som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits, analyseras och utreds dessa händelser som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Ge information till medarbetarna om att vårdhygienisk egenkontroll och mätning av följsamhet till BHK görs och syftet med detta.
- Sträva efter att det ska bli självklart att påpeka för varandra när någon gör fel, men utan att skapa dömande kultur. Lyft fram goda exempel.
- Hygienombudens roll uppmärksammas och de får återkoppling på sitt arbete från enhetschefen.
- Ge vid behov personlig återkoppling till individer som inte följer BHK eller andra hygienriktlinjer.
- Gör Synergianmälningar vid icke undvikbara VRI och vid t ex. utbrott av smitta på en enhet.

**4.7 Område 7 – Bemanning, belastning och beläggning****Målbild:**

- Enhetschefen är införstådd med kopplingen mellan tidsbrist och försämrad följsamhet till BHK och ökad risk för VRI.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:****4.8 Område 8 – Lokaler och utrustning****Målbild:**

- Enhetschefen ansvarar för att medarbetare följer vårdgivarens rutiner för rengöring av utrustning, förrådshantering, sanitet, avfallshantering samt tvätthantering.
- Enhetschefen är införstådd med att olika lokaler har olika hygienklassificering och ansvarar för att verksamhet inte flyttar runt mellan olika rum i lokalerna utan föregående riskanalys.

**Förslag på väg till måluppfyllelse:**

- Genom att göra den vårdhygieniska egenkontrollen fångas alla dessa och fler relevanta frågeställningar upp kring lokaler och utrustning.
- Viktigt att verksamhetschefen är införstådd med att olika rum har olika användningsområden och tar hänsyn till olika rums hygienklassificering om man planerar att flytta runt på verksamheterna i lokalerna. Mer kunskap om detta får chefen genom att gå Vårdhygiens chefsutbildning.
- Säkerställ att det finns skriftliga rutiner kring städmetoder och val av rengöringsmedel för specifik utrustning.

## 5. Medarbetarens ansvarsområden

Medarbetaren är kanske i slutändan den viktigaste kuggen för att vården ska lyckas uppnå en god hygienisk standard. Målet är att bästa kunskap om vårdhygien och annat VRI-förebyggande arbete finns tillgänglig och används i varje möte med våra patienter.

Grunden är att alla medarbetare som möter patienter i sitt dagliga arbete på ett eller annat sätt berörs av följande ansvarsområden:

- Ansvarar för att ha kännedom om vårdrelaterade infektioner, problemets omfattning och riskfaktorer för VRI.
- Införstådd med att undvikbara VRI ska betraktas som oacceptabla och ser åtgärder, rutiner och riktlinjer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning som självklara. Ser en tydlig koppling mellan sitt eget agerande och risken för spridning av smitta och uppkomsten av vårdrelaterade infektioner.
- Ansvarar för att känna till att det finns en handlingsplan med mål och åtgärder för att minska antalet VRI
- Ansvara för att ha viss kännedom om baksidorna med antibiotikaanvändning och konsekvenserna av antibiotikaresistens.
- Ansvara för att tillämpa ett proaktivt arbetssätt som identifierar situationer med hög risk för VRI och att då vidta åtgärder för att minimera dessa risker. Arbetar också aktivt med t ex. checklistor för korrekt KAD-användning, CVK-skötsel och mobilisering(SÄBO)
- Ansvarar för att ha kännedom om olika typer av vårdhygieniska riktlinjer och var man finner dessa på fs-webben.
- Införstådd med skyldigheten att följa Basala hygien- och klädregler (BHK)
- Ansvara för att berätta för chefen om man har sår i huden, plåster, ortoser och liknande som omöjliggör att utföra korrekt BHK.
- Bidrar till en kultur som tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser när någon brister i sina hygienrutiner.
- Ansvarar själv för att delta i utbildning och träning som erbjuds inom det vårdhygieniska området.
- Ansvarar för att hålla ögonen öppna vad gäller trasiga ytskikt och smuts.
- Ansvarar för att se över sitt vaccinationsskydd mot sjukdomar som kan spridas inom vården.
- Ansvara för att ha god kunskap om användning av skyddsutrustning.
- Ansvara för att stanna hemma vid symtom på smittsam sjukdom (framför allt luftvägsinfektion och magsjuka) som kan spridas till patienter och kollegor.

## 6. Patient och anhöriga

Till viss del är patienter och anhöriga, med stöd av smittskyddslagen, ålagda att ”*genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar*”<sup>(15)</sup> men de har i övrigt inget formellt ansvar i det VRI-förebyggande arbetet. Deras agerande kan dock i hög grad påverka risken för VRI genom t ex. bristande hygien vid skötsel av ett operationssår eller genom att sprida smitta i ett väntrum. Patienter och anhöriga bör uppmanas och instrueras om följande;

- Patienter bör stanna hemma från planerade vårdbesök vid luftvägssymtom eller misstänkt magsjuka.
- Anhöriga och patienter ska påtala brister som de upplever i den vårdhygieniska standarden.