

Stockholm 2021-11-01

## Remissvar Vägledning för vårdhygieniskt arbete

### Vägledning för vårdhygieniskt arbete

Vi uppfattar att "Vägledning" låter lite vagt, vi föreslår i stället strategi.

Vi föreslår också att Omsorg och tandvård behöver vara med redan i huvudrubriken.

Ny beteckning. "Strategi och tillämpning för vårdhygieniskt arbete- en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg".

### Kapitel 1.1: Bakgrund

Vi saknar en beskrivning av vårdrelaterade infektioner (VRI) och anser att det ska nämnas även gällande tandvård, öppenvård och omsorg. Det behöver betonas att det även förekommer där för att motivera implementeringen av detta dokument även i dessa verksamhetsområden.

Socialtjänstlagen och LSS är inte nämnda. Båda dessa lagar beskriver att insatser och verksamheten ska vara av god kvalitet. Detta innebär ur ett vårdhygieniskt perspektiv att insatserna/verksamheten bör utformas på ett sådant sätt så att risken för infektioner och smittspridning minimeras.

Vi önskar lite mer om WHO:s kärnområden (8 core components) redan i bakgrunden för att ge en bättre förståelse.

Nationella aktörer: i den inledande texten står att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har nyckelroller och därför beskrivs mer detaljerat. Socialstyrelsens nationella handlingsplan beskrivs i detalj. Under rubriken Folkhälsomyndigheten är innehållet knapert. Detta ger intrycket att Socialstyrelsen har ett stort ansvar medan FHM inte belyses på samma sätt.

Flera myndigheter, organisationer och föreningar räknas upp som betydelsefulla för att skapa förutsättningar för att nå en god vårdhygienisk standard i Sverige. Dokumentet ger flertalet exempel på vad dessa gör/kan göra. Vi saknar en rad om att den gemensamma nationella strategin kan bli mycket tydligare än vad den är idag.

Vi efterfrågar en tydligare definition eller exemplifiering av den kompetens och organisation av "vårdhygiensisk expertis" som återkommer i dokumentet.

## **Kapitel 1.2: Nationella aktörer**

9.2 Här nämns professionsorganisationer. Vi menar att intresseorganisationer som SFVH (Svensk förening för Vårdhygien) också ska nämnas då SFVH i högsta grad är engagerade genom att svara på remisser och ta fram kunskapsunderlag.

## **Kapitel 1.3: Referenser**

Vi föredrar alla referenser i slutet av dokumentet.

## **Kapitel 2.2: Förutsättningar**

Makronivå: ansvaret för vårdlokaler borde lyftas från mesonivå till makronivå. Verksamhetschefen står utan mandat, kan påtala brister i verksamhetens lokaler men kan inte påverka politiska beslut.

## **Kapitel 2.3: Aktiviteter**

Först nu nämns WHO:s kärnområden, det vore en klar fördel om det beskrevs i alla fall kortfattat tidigare.

### **Kapitel 2.3.1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning**

Mikronivå: "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."

Vår kommentar: Smitta och smittspridningen behöver identifieras, inte endast infektionsrisk. Även ett bärarskap av MRB kan vara en konsekvens till dålig vårdhygien.

Mesonivå: Måste finnas relevant kompetens i verksamheterna oavsett om det är i regional eller kommunal regi.

### **Kapitel 2.3.2: Evidensbaserade styrande och stödande dokument**

Makronivå: De vårdhygieniska riktlinjerna utarbetas av huvudmannen.

Huvudmannen kan inte utarbeta riktlinjerna, det gör vårdhygienisk expertis. Huvudmannen har ansvaret för att de finns och efterlevs.

De nationella riktlinjerna ska följas så långt det går men lokala riktlinjer kan vara ett stöd eller en anpassning till de nationella.

Mikronivå: förbättringsarbeten bedrivs fortlöpande. Mesonivån ansvarar för att förbättringsarbete bedrivs. Medarbetarna (på mikronivån) ansvarar för att medverka.

### **Kapitel 2.3.3: Utbildning och träning**

Förbättrad handhygien: det behövs mer än handhygien. Det måste bli bättre följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer. Kunskap behövs hur smittspridning sker och hur man bryter smittvägar. Det innebär att det inte räcker att bara ha en god handhygien, lokalmässiga förutsättningar behövs också.

Utbildning och träning följs upp på den egna arbetsplatsen: vi menar att var den äger rum inte spelar så stor roll men däremot är det avgörande att den följs upp.

### **Kapitel 2.3.4: Övervakning och registrering av vårdrelaterade infektioner**

”Systematisk övervakning av vårdrelaterade infektioner på olika nivåer”: vi föreslår att övervakning byts ut mot mätning.

### **Kapitel 2.3.6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer**

Makronivån: ”Huvudmannen ser till att det finns vårdhygienisk expertis för att löpande värdera den hygieniska standarden hos befintliga vårdgivare, liksom inför start av nya verksamheter.”

Vår kommentar: Vi ser den vårdhygieniska expertisen som coacher men verksamheten äger frågan. Den vårdhygieniska expertisen räcker inte till för att kontrollera alla verksamheter. Egenkontroller är ett viktigt verktyg.

Mikronivån: Icke bestraffande kultur, önskvärt att kulturen ska vara icke bestraffande men en direkt återkoppling ska finnas till den enskilda medarbetaren. Förbättringsarbetet ska genomföras i en lärande organisation, inte icke bestraffande kultur.

### **Kapitel 2.3.7: Bemanning, arbetsbelastning och belägningsgrad**

Vi vill understryka att kompetensen hos medarbetarna i teamet är central för att minska risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Huvudmannen behöver därför inte bara ansvara för att bemanningen är tillräcklig utan även tillse att adekvat kompetens finns, exempelvis tillräcklig andel leg. sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor.

Enbart enkelrum i slutenvården är ett mål när man bygger ut: detta vore naturligtvis det bästa men det är en lång väg dit, inte minst för att kunna säkerställa kompetens och patientsäkerhet för att arbeta i enbart enkelrum. Det finns även vårdformer och

där det är en nackdel att enbart ha enkelrum, då är det en förutsättning att hygienrutiner efterföljs.

### **Kapitel 2.3.8: Lokaler och utrustning**

Källhänvisning till SIV saknas.  
SIS standarden saknas (SS 8760014:2017).

Makro/Mesonivån: Tillgång till arbetskläder behöver nämnas.

### **Kapitel 3: Checklistor**

Vi saknar rubriker med kärnområdena nämnda i text och inte bara i siffror.

Om checklistorna ska bli användarvänliga skulle vi utforma dem som tabeller med kolumner/rutor för Ja /nej/ vem som är ansvarig/datum osv.

Checklista 2: Makronivå, ändra från "basal hygien" till "basala hygienrutiner". Så benämns det när vi arbetar med rutinerna.

Checklista 3: Utbildning och träning, mesonivå hygienrond borde bytas ut till vårdhygienisk egenkontroll.

Checklista 4: Patienterna ska ha tillgång till vårdverksamhetens resultat och förbättringsarbeten. Hur ofta ska man delge patienterna detta och på vilket sätt?

Checklista 8: Mesonivå, hur vet vårdgivarna att lokalerna är rätt anpassade? Här kan man tydliggöra strävan efter enkelrum till alla patienter.

"Sanitet" ett ord som inte används och blir otydligt. Avses lokalvård/städning kanske?

Vårdgivare och verksamhetschef beskrivs tydligt i denna checklista – jättebra! Alla checklistor borde skrivas så.

### **Övergripande eller övriga synpunkter**

Detta dokument är viktigt och välkomnas av Svensk sjuksköterskeförening och Hygiensjuksköterskesektionen.

Vi skulle gärna se en förteckning över medlemmarna i arbetsgruppen som tagit fram detta dokument.

Oili Dahl  
Ordförande  
Svensk sjuksköterskeförening

Sofia Wetterbrandt  
Ordförande  
SFVH, hygiensjuksköterskesektionen

Sandra Månsson  
Sakkunnig  
Svensk sjuksköterskeförening