

Erfaringsgjennomgang - hva nå?

Hanne Eriksen-Volle

Oktober 2023

Erfaringsgjennomgang; Smittevern i helse- og omsorgstjenesten

Lite om smittevern i ulike offentlige evalueringer – oppdrag fra HOD

Datakilder

- Evalueringsrapporter
- Semistrukturerte intervjuer
- Utdrag av resultater fra nasjonale indikatorundersøkelser i sykehus i 2022 og i sykehjem 2021

«Rammeverk»

- Gjeldende lovverk
- Råd og anbefalinger fra WHO om kjerneområder innen smittevern
- Sammenlignet funn med Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge fra 2018



Funn

Mer på plass i sykehus enn i sykehjem, utfordringer størst i en-til-en-helsetjenestene

● Smittevernorganisering – og beredskap

- Styrke i smittevernarbeidet at det er regulert i lov- og rammeverk, men omfatter ikke alle aktører og deler av helsetjeneste
- Mangelfull ledelsforankring av smittevern i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Utydelige ledelseslinjer spesielt ansvar for smittevern i kommunale helseinstitusjoner
- Beredskapsplaner er ikke standardiserte, «traff ikke helt», omfattet ikke alle aktører og samhandling, samt var ikke kjent for alle
- Implementering og etterlevelse av forskrifter og rammeverk var mangelfull
- For lite ressurser innen smittevernområdet til å møte smittevernbehov og sikre beredskap

● Overvåking og digitale verktøy

- Dagens overvåking er ressurskrevende for helsetjenesten og trengt data mangler eks data om HAI-blodbaneinfeksjoner, forhold mellom HAI, antibiotikabruk og antimikrobiell resistens, mikrober med utbruddspotensial, inkludert tilgang til data for helsetjenesten
- Det er behov for automatisk elektronisk overvåkingssystemer som gir sanntidsdata om helsetjenesteassosierte infeksjoner
- Digitale løsninger for samhandling og smittesporing, som kan brukes på tvers av geografiske områder og helsetjenester

Funn

Mer på plass i sykehus enn i sykehjem, utfordringer størst i en-til-en-helsetjenestene

- **Smittevernkompetanse**

- Det er behov for å bedre smittevernkompetansen hos ansatte i helsetjenesten generelt
 - Kompetansebehov i smittevern støttes ikke av undervisning i helsefagutdanninger
 - Behov for å gjenoppfrisking av kunnskap i helsetjenesten – obligatorisk?
- Behov for å øke antall personer med spisskompetanse innen smittevern (på masternivå og smittevern tydeligere inn i legespesialistutdanning)
- Tilgang på spisskompetanse innen smittevern er mangelfull, både i primær- og spesialisthelsetjenesten

- **Infeksjonskontrollprogram og andre smitteverntiltak**

- Ikke alle helseinstitusjoner har oppdaterte infeksjonskontrollprogram
- Krav om innhold i og oppdatering av kommunale smittevernplaner tydeliggjøres
- Det mangler flere oppdaterte kunnskapsbaserte nasjonale veiledere, som normalt finnes for å forebygge HAI
 - medfører risiko for stor variasjon i praktisk smittevernarbeid i helsetjenesten
 - utarbeidelse av lokale retningslinjer blir mer ressurskrevende
- Dekontaminering er et fagfelt med behov for personell med riktig teknisk kompetanse.
 - Sykehusene mangler personell med utdanning som sterilforsyningsteknikere og –ledere

Funn

Audits (revisjoner)

- Det gjennomføres sjelden tilsyn med smittevern i helsetjenesten
- Det etterlyses en standardisert mal for gjennomføring av lokale audits innen smittevern

Kommunikasjon

- Informasjon om smittevern som er relevant for helsetjenesten finnes på ulike nettsider og harmoniserer ikke alltid
- Uoversiktlig å identifisere treng informasjon
- Utfordrende for helsetjenesten med stadige endringer i nasjonale råd og at de utgis rett før helg
- Oppdatert kontaktinformasjon finnes ikke for alle deler av helsetjenesten

Forskning - også Kunnskapshullrapporten

Forskning på smittevern er et særlig neglisjert område som har stor påvirkning ikke bare på AMR

Fra erfaringsgjennomgangen, trenger forskning om bl.a

- Effekt av miljømessige tiltak, som ventilasjon og luftrensing
- Effekt av testing, isolering og karantene (TISK) i og utenfor helsetjenesten
- Effekt av tiltak for å begrense nær kontakt med mange, som avstandsregler, begrense besøk osv
- Effekt av ulike tiltak for å bedre oppslutning og implementering

Fra Kunnskapshullrapporten

- Gjennomføre studier av forholdet mellom AMR, HAI, antibiotikaforbruk og smitteverntiltak
 - Hvilken effekt smitteverntiltak har på bruk av antibiotika
 - Effekt av ulike smitteverntiltak
 - Kost-effektivitet av ulike smitteverntiltak
- Gjennomføre studier av smitteverntiltak i befolkningen
- Satse på nasjonalt på internasjonal smittevern- og AMR relatert forskning



Fire områder vurdert som spesielt viktig å følge opp med effektive tiltak:

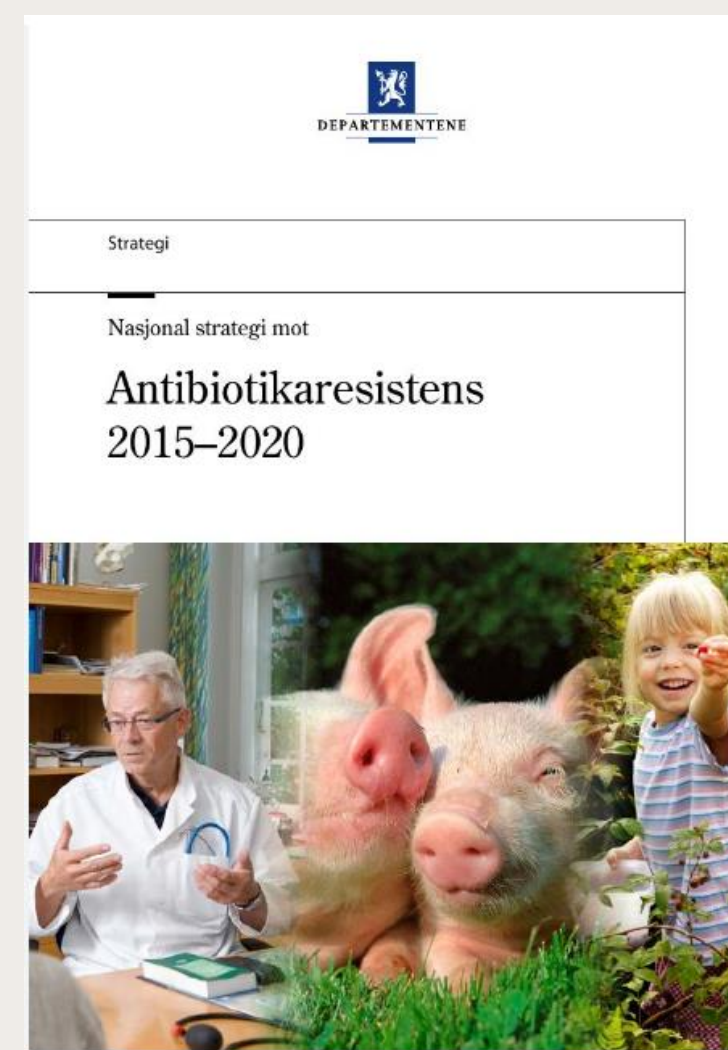
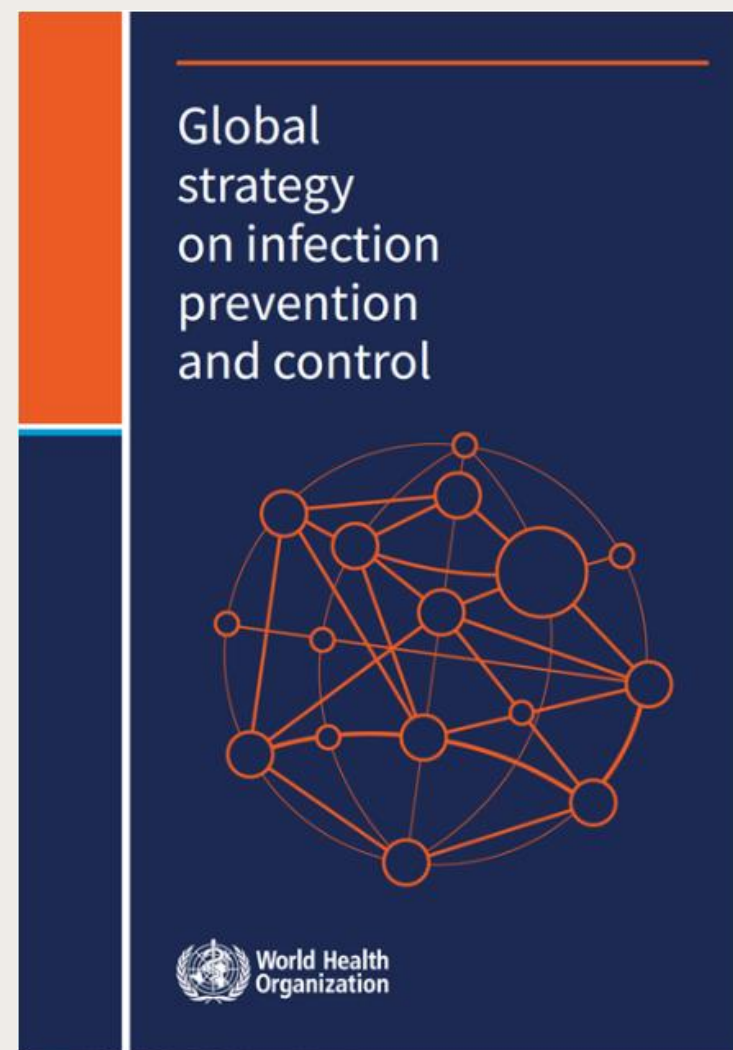
De forhold som ble identifisert i Folkehelseinstituttets *Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge* fra 2018 og anbefalinger gitt i den, er i stor grad fortsatt aktuelle.

- 1. Oppdatert og implementert lov- og rammeverk**
- 2. Etablere automatisk overvåking av HAI mm, samt digitale løsninger for smittesporing og samhandling**
- 3. Få på plass nasjonale veiledere og undervisningsmateriale**
- 4. Tiltak for å sikre smittevernkompetanse ansatte i helsetjenesten generelt, samt øke antall personer med spisskompetanse innen smittevern (på masternivå og smittevern tydeligere inn i legespesialistutdanning)**

Hvordan unngå at vi igjen om 5 år sier:

Funn i erfaringsgjennomgang og situasjonsbeskrivelse av smittevern, er fortsatt i stor grad aktuelle?

Noen av problemene jobbes det alt med, forventes «drahjelp» fra:



Oppdatert og implementert lov- og rammeverk

Iverksatte og planlagte tiltak

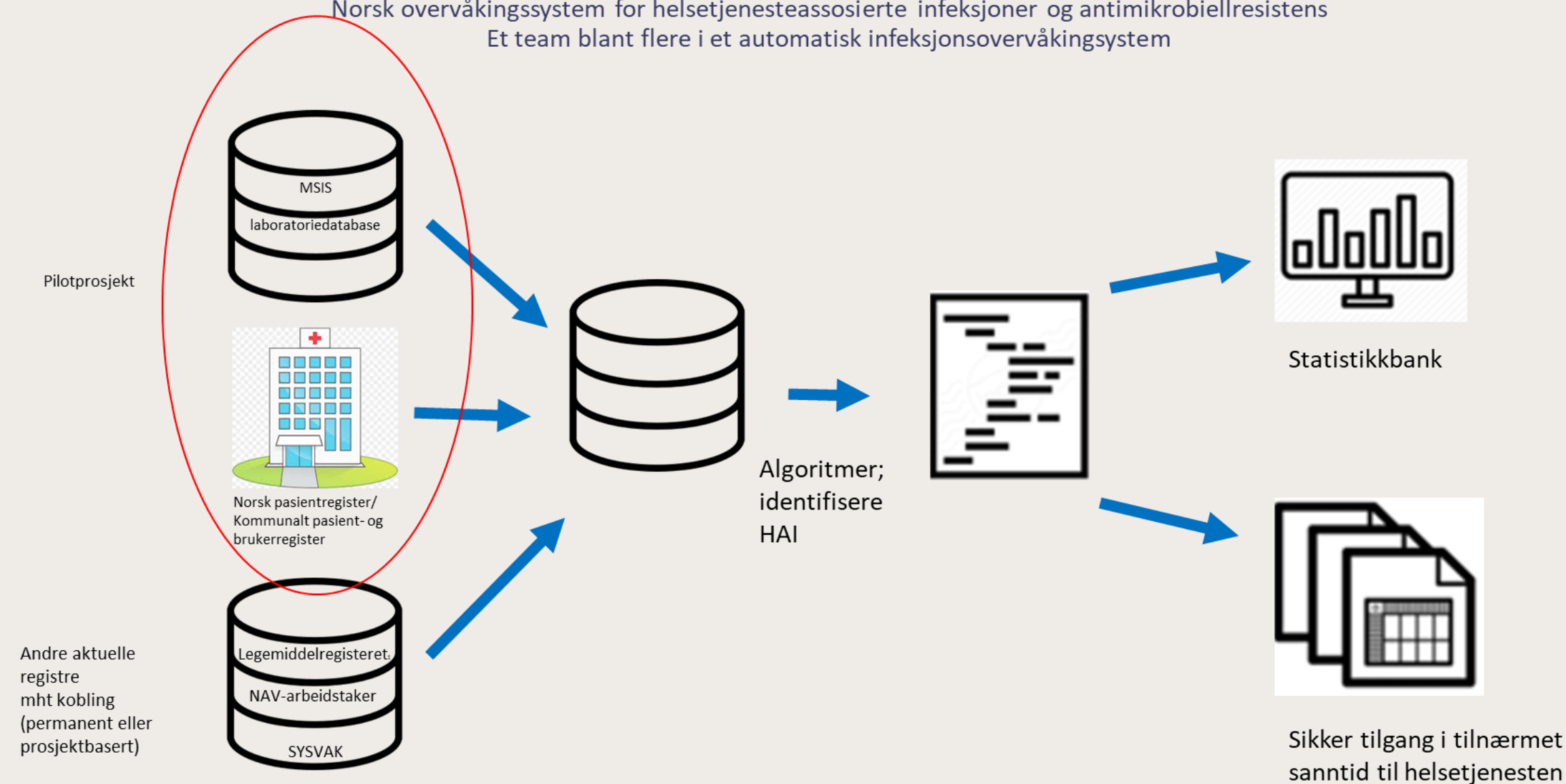
- HOD gjennomgår og reviderer lover og forskrifter
 - Smittevernloven
 - Beredskapsrammeverk
 - Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere
 - Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre implementering
 - Indikatorundersøkelser/internrevisjoner/audits
 - HOD jobber med ny strategi og handlingsplan
 - Planlegger øvelser på tvers av sektorer

Digitale løsninger for overvåking, smittesporing og samhandling

- Smittesporing og samhandlingsverktøy: behov løftet til HOD
- Digitale løsninger for overvåking

NoHAI

Norsk overvåkingssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner og antimikrobiellresistens
Et team blant flere i et automatisk infeksjonsovervåkingsystem



Norge deltar i europeisk prosjekt om å etablere automatisk overvåkingssystemer

Oppdrag fra HOD til FHI å beskrive et fremtidig infeksjonsregister

Context: E-SURE studies

The aim of this project is to support ECDC and EU/EEA countries in **piloting, implementing, evaluating surveillance systems for specific infectious diseases** or health conditions, groups of diseases or syndromes, **based on automatic extraction, cleaning, validation, analysis, reporting and sharing of health data stored electronically** in EU/EEA countries' health information systems and other similar sources

epiconcept



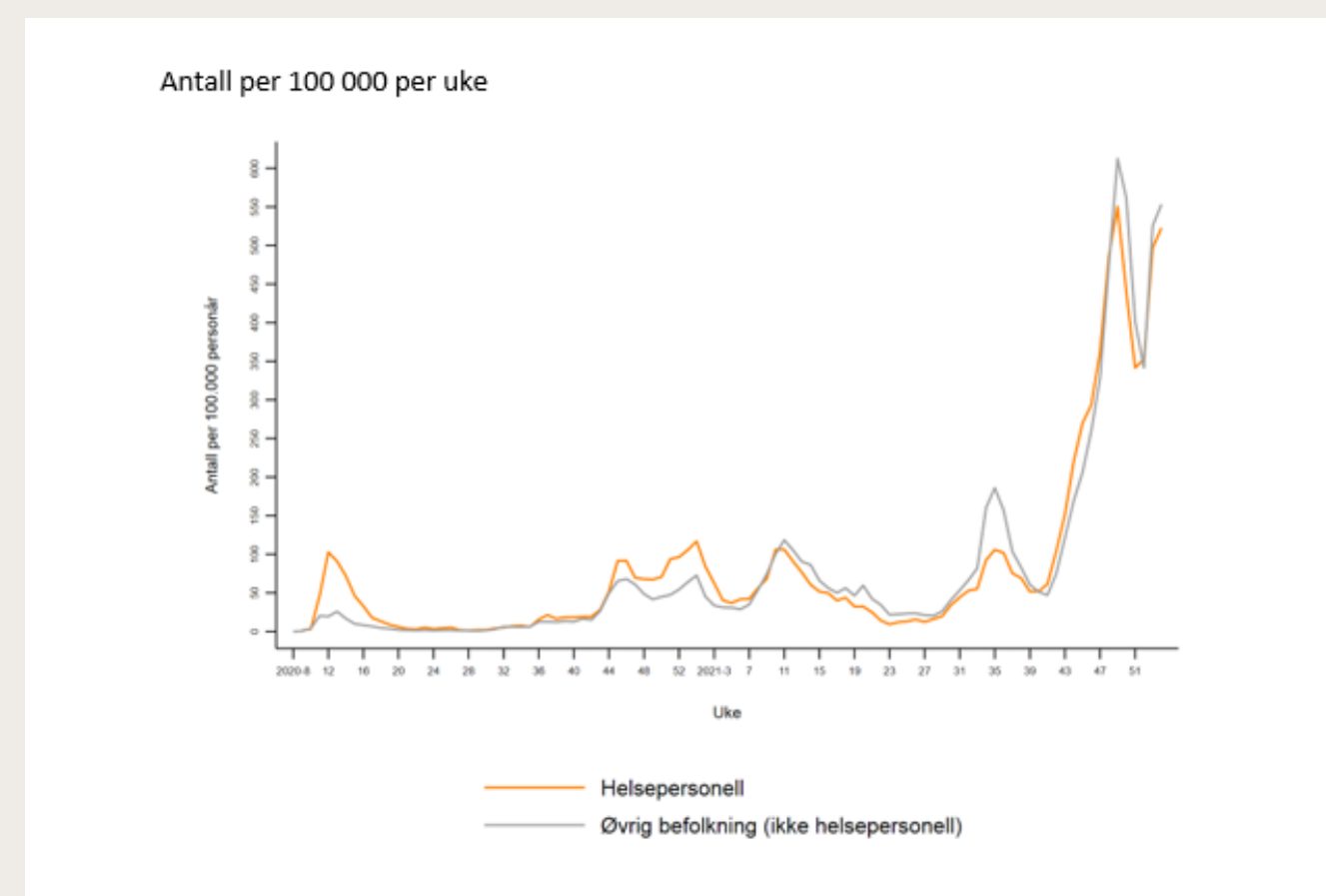
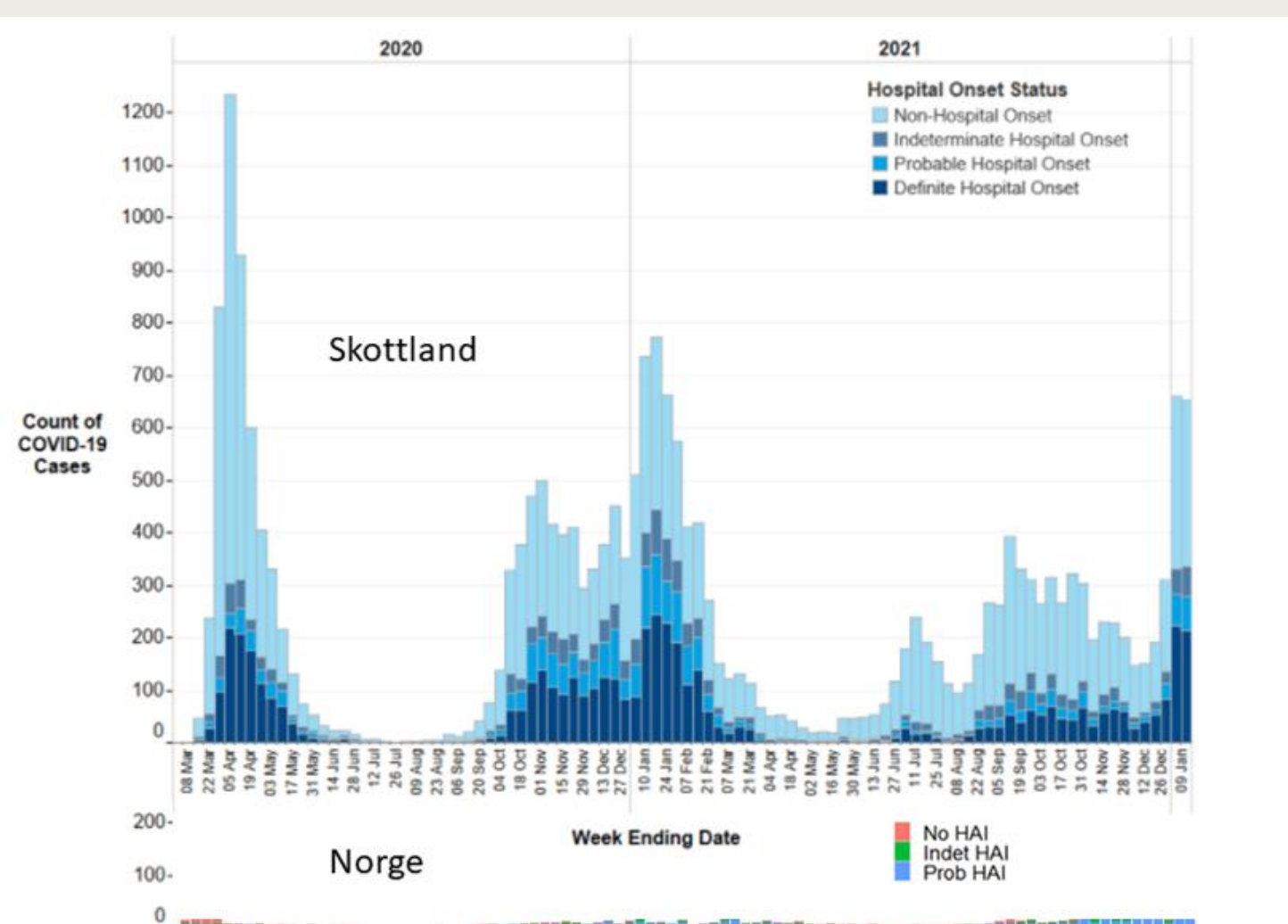
1

Beredt-C19 pilotprosjekt for NoHAI

Startet pilot for BBI /AMR BBI/C.diff. Planlagt for alle typer HAI/mikrober med utbruddspotensiale

Daglig under pandemien fått oppdatert data om pasienter og ansatte i sykehus og sykehjem som har

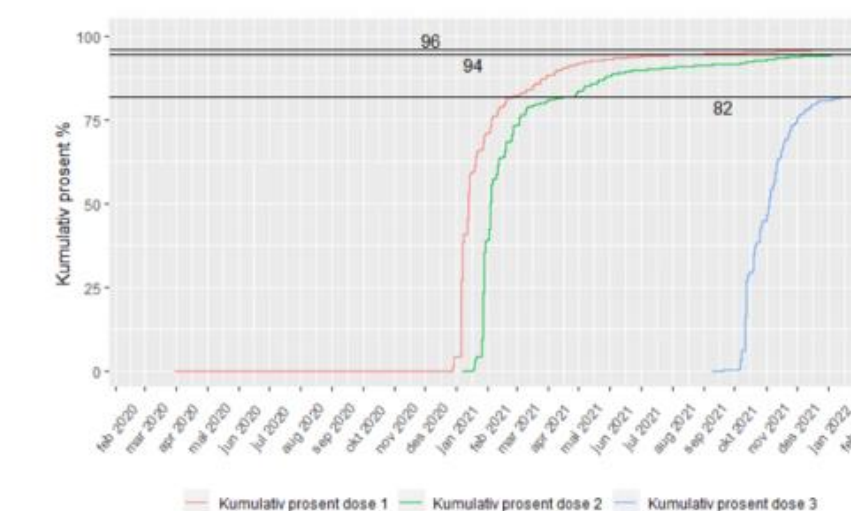
- testet positivt med SARS-CoV2 og om det var en HAI
- Inngår i clustre/utbrudd
- Testaktivitet i sykehus og sykehjem
- Muliggjort evaluering av iverksatte tiltak – eks smitterisiko ved å ha med partner ved fødsel



Tabell 30. Antall og andel ansatte i spesialisthelsetjenesten med pasientnært arbeid som er vaksinert med koronavirusvaksinen per 6. februar 2022 fordelt på yrkesgrupper. Kilde: Beredt C19: AA-registeret og SYSVAK.

Yrke	Antall	2.dose (%)	3.dose (%)
Lege	17132	16 751 (98 %)	14 507 (85 %)
Spesialsykepleier	17723	17 290 (98 %)	15 408 (87 %)
Jordmødre	1974	1 891 (96 %)	1 589 (80 %)
Sykepleiere	26862	25 805 (96 %)	20 892 (78 %)
Vernepleiere	2329	2 221 (95 %)	1 805 (78 %)
Fysioterapeuter	2098	2 059 (98 %)	1 754 (84 %)
Ergoterapeuter	730	720 (99 %)	614 (84 %)
Psykologer	4519	4 419 (98 %)	3 574 (79 %)
Radiografer mv			
Bioingeniører			
Helsesekretærer			
Ambulanseperson			
Helsefagarbeidere			
Pleiemedarbeider			
Renholdere			
Ledere			
Andre helsearbeid			
Total			

Tabellen viser antal



Figur 49. Kumulativ prosent covid-19-vaksinedekning blant beboere på sykehjem. Grafen viser tall for dose 1, dose 2 og dose 3, 2020 til – januar, 2022. Kilde: Beredt C19, Sysvak

Smittevernkompetanse

Iverksatte og planlagte tiltak

- Jobber med å synliggjøre behov for spisskompetanse innen smittevern
 - 74 (63%) av 120 smittevernsykepleiere/rådgivere mangler smittevernutdanning eller har mindre enn 10 år igjen før pensjonsalder
 - 10 av 34 smittevernleger har mindre enn 10 år igjen før pensjonsalder
- Stimulere til at flere tar smittevernutdanning ved å få det på masternivå og «danske modellen»
- Spesialisering i smittevern for leger, eller tydeligere inn i andre spesialiteter
- Krav til standardiserte, kvalitetssikrede undervisningsopplegg i smittevern i helsefagutdanningene
- Bedre integrering med pasientsikkerhetsaksen og arbeidet med antibiotikastyring – og resistens

Nasjonale veiledere og undervisningsmateriale

Iverksatte og planlagte tiltak

Oppdatere nasjonale smittevern faglige veiledere, inkludert implementeringsmateriale.

- «Ferdige» veiledere:
 - Basale smittevernrutiner i helsetjenesten
 - Veileder for forebygging av infeksjoner ved bruk av intravaskulære katetre (utgitt med Helse Vest)
 - Veileder for bygningstekniske smittevern råd for kommunale heldøgns omsorgsplasser
 - Snart ferdig veileder for postoperative sårinfeksjoner (utarbeidet med Helse Midt)
 - Påbegynt Resistensveileder
- Men også mange som mangles/er utdaterte eks isoleringsveilederen
- Opprette arbeidsgrupper etter «Håndhygienemodellen» for alle veiledere
- På nasjonalt nivå tilgjengeliggjøre opplæringsvideoer, e-læringsprogram, og praktiske øvelser innen smittevern for ansatte i helsetjenesten (obligatorisk?)

Tiltak i Erfaringsgjennomgangen, løftes også av WHO

WHO strategi publisert, handlingsplan og indikatorer kommer mai 2024

1. Political commitment and policies

- a. Demonstrate visible leadership engagement and action-oriented political commitment, such that:
 - i. policies are in place that require the scale-up and enforcement of the core components for IPC programmes, including through legal and accountability frameworks, regulations and accreditation systems; and
 - ii. resources are mobilized for the sustained financing of IPC programmes and based on the local situation analysis.

2. Active IPC programmes

- a. Establish active and sustainable IPC programmes supported by an enabling environment;
- b. ensure that at least the minimum requirements for IPC programmes are in place in all countries at all levels of the health system, including in primary and long-term care, and that progress is made towards meeting all requirements of the IPC core components' recommendations;
- c. implement IPC interventions using behavioural change and multimodal strategies, including in the context of implementing national action plans on AMR; and
- d. strengthen and maintain IPC in the context of preparedness, operational readiness and response for public health emergencies (such as, disease outbreaks, conflict and fragile settings, disasters and humanitarian crises) at the national and health facility levels.

3. IPC integration and coordination

- a. Consistently coordinate IPC with other health priorities and programmes, including those on: AMR (in particular, antimicrobial stewardship and monitoring, and AMR surveillance, including through the 'One Health' approach); patient safety and quality of care; WASH; occupational health and safety; health emergencies; biosafety and biosecurity; and other programmes (including immunization, human immunodeficiency virus [HIV], tuberculosis, malaria, hepatitis, and maternal, newborn and child health); and
- b. integrate IPC measures into patient pathways and clinical care delivery at the point of care across health services at all health system levels, including primary care, and with adaptation for fragile and low-resource settings.

4. IPC knowledge of health and care workers and career pathways for IPC professionals

- a. Develop IPC curricula (for pre- and postgraduate and in-service training) for health and care workers and link to other associated areas (for example, water safety and occupational health and safety in health care facilities);
- b. provide IPC education across the entire health education system (pre- and postgraduate training);
- c. ensure in-service training for all health and care workers on IPC standards and practices, and specific training for IPC professionals, according to WHO-recommended competencies;
- d. ensure a recognized career pathway for IPC professionals and job opportunities empowering their role; and
- e. develop approaches and resources for the education and orientation of patients and families.

5. Data for action

- a. Establish and/or better utilize systems for regular data collection (including high-quality laboratory data) and feedback on IPC and WASH indicators (particularly for hand hygiene) and HAI surveillance (including for epidemic/pandemic-prone diseases and health and care workers' infections);
- b. ensure training and expertise for data collection, analysis, interpretation and quality control;
- c. ensure integration of IPC and HAI data into national health information and accreditation systems, and provide regular feedback on key IPC performance indicators to relevant audiences and stakeholders;
- d. establish mechanisms for accountability based on IPC and HAI data;
- e. use these data for action in a spirit of safety and quality improvement and not for punishment or penalties; and
- f. develop, implement, measure, and regularly update locally tailored and actionable improvement plans.

6. Advocacy and communications

- a. Organize and implement campaigns to promote and raise awareness of IPC themes and targets and support social mobilization, including through patient and community engagement;
- b. provide tailored and consistent communications from authoritative sources, based on science and adapted for different audiences; and
- c. provide innovative advocacy approaches through a range of communication channels.

7. Research and development

- a. Identify research gaps for IPC;
- b. fund and facilitate good quality research, answering key questions and developing innovations in IPC;
- c. include a focus on local settings, with adaptation of IPC for fragile countries and/or countries with limited resources; and
- d. support data sharing, collaborative research and research capacity-building.

8. Collaboration and stakeholders' support

- a. Strengthen collaboration and alignment among partners and stakeholders to synergistically support countries to improve IPC according to their priorities and plans; and
- b. support networking and partnerships between facilities, institutions and countries and internationally to share IPC experiences and expertise, in particular by fostering South-South and North-South cooperation.

Global strategy on infection prevention and control



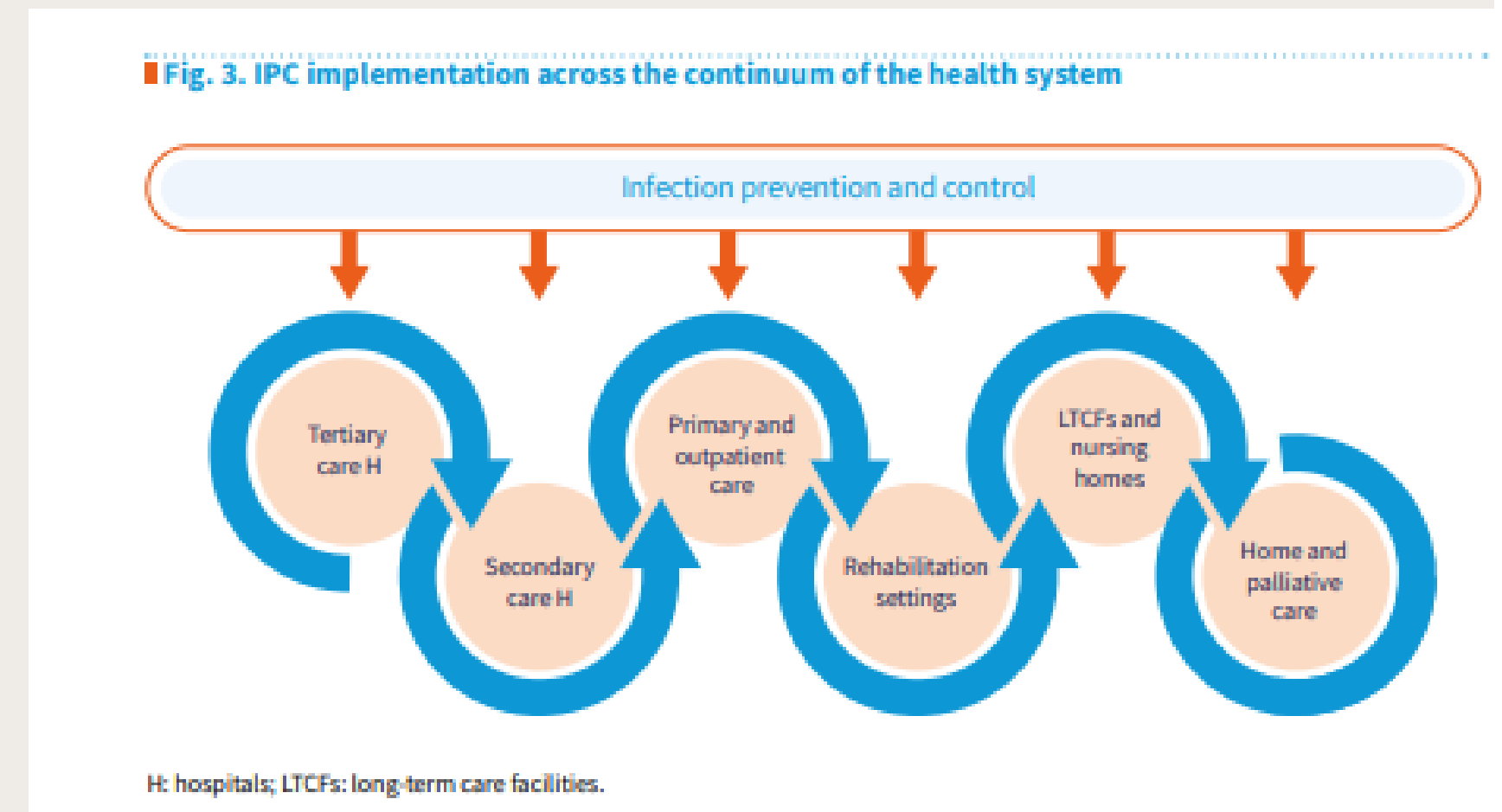
World Health Organization

Tiltak i Erfaringsgjennomgangen, løftes også av WHO

WHO strategi publisert, handlingsplan og indikatorer kommer mai 2024

Målgrupper i WHO-strategien

1. Leaders – political and government and health care leaders;
2. IPC and other focal points/leaders;
3. All health and care workers;
4. Educational institutions and professional and scientific organizations, societies;
5. General population and the community;
6. Key stakeholders and donors;
7. Media and communication professionals and bodies.

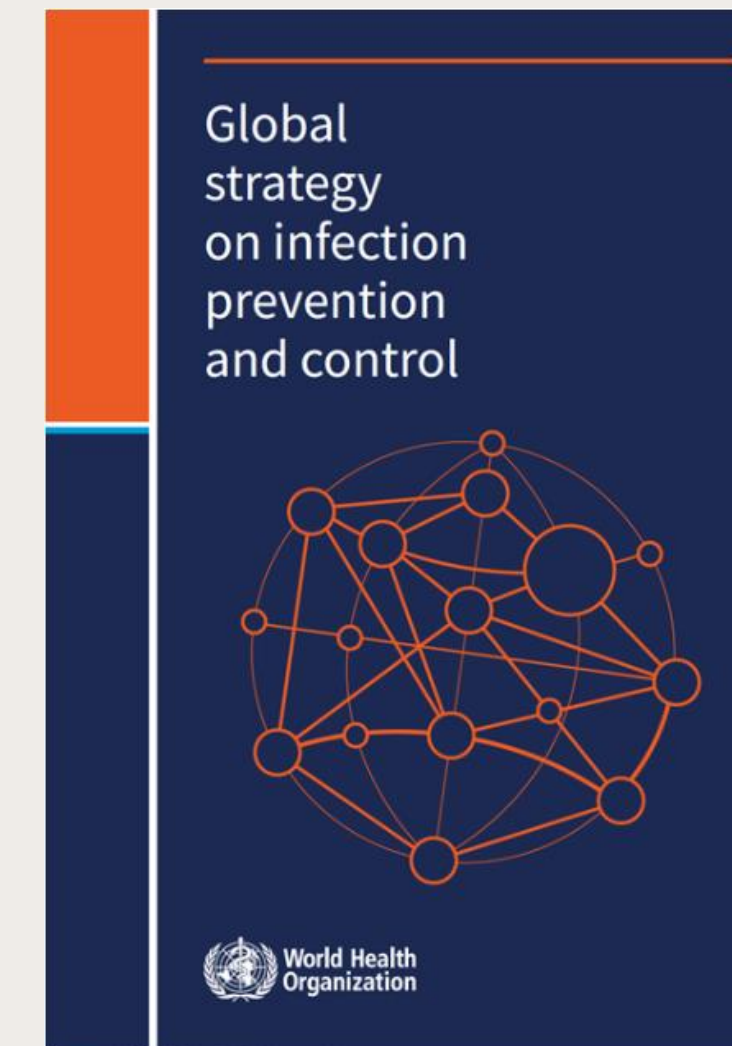


Oppsummering:
Hvordan unngå at vi igjen om 5 år sier
“Funn i Erfaringsgjennomgangen og Situasjonsbeskrivelse av smittevern, er i stor grad fortsatt aktuelle?»

Samlet fagmiljø om de viktigste utfordringene

Tilsvarende utfordringer løftes i:

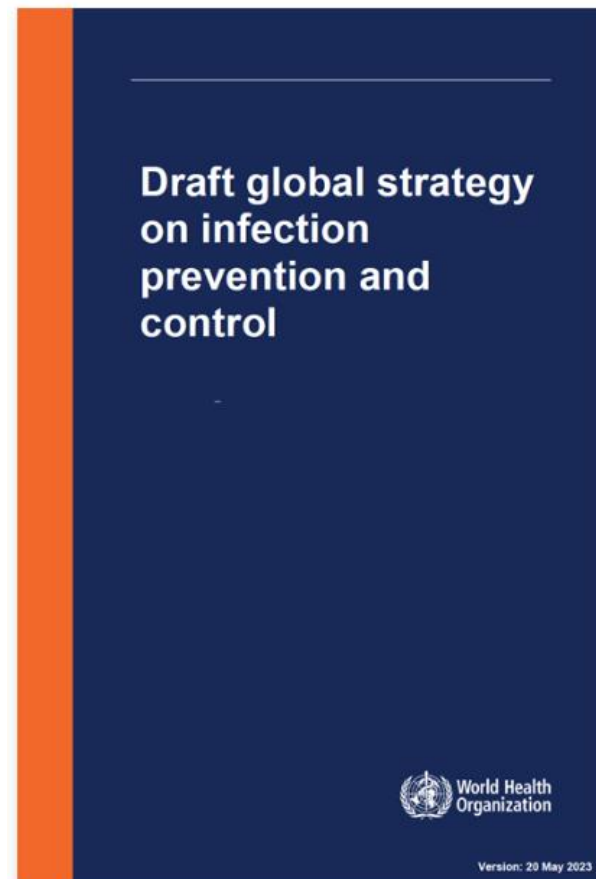
- Erfaringsgjennomgang
- Kunnskapshullrapport
- Gjennomgang av handlingsplanen



Takk for oppmerksomheten 😊



Global IPC strategy - “Prevent, Act, Coordinate”



- “By 2030, everyone accessing or providing health care is safe from associated infections”.
- 1. **Prevent** infection in health care
- 2. **Act** to ensure IPC programmes are in place and implemented
- 3. **Coordinate** IPC activities with other areas and sectors and vice-versa

Strategic directions

1. Political **commitment** and policies
2. **Active** IPC programmes
3. IPC **integration** and **coordination**
4. IPC **knowledge** of health and care workers and **career pathways** for IPC professionals
5. Data for **action**
6. **Advocacy** and communications
7. **Research** and development
8. Collaboration and **stakeholders’ support**