

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Förslag som ger förutsättningar till data av hög
kvalitet

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-6-9676

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2025

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att gemensamt föreslå insatser och uppskatta kostnader för hur information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner ska dokumenteras, sammanställas och göras tillgängliga på lokal, regional och nationell nivå. Syfte med uppdraget är att möjliggöra nationellt aggregerade data inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner. Rapporten vänder sig till nationella myndigheter, regioner och kommuner, men är även av intresse för andra aktörer såsom professionsföreningar och regeringskansliet.

Projektledare för uppdraget har varit Wenjing Tao för Folkhälsomyndigheten och Axana Haggar för Socialstyrelsen. Ansvariga enhetschefer har varit Andreas Sandgren på Folkhälsomyndigheten och Anna Bennet Bark på Socialstyrelsen.

Björn Eriksson

Olivia Wigzell

Generaldirektör
Socialstyrelsen

Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Innehåll

Förord	3
Förkortningar	5
Sammanfattning	6
Övergripande slutsatser	6
Bedömningar och föreslagna insatser	7
Inledning	9
Tidigare mätningar	10
Uppdraget	10
Bakgrund.....	12
Vårdhygien – en nödvändighet för patientsäkerhet och arbetet mot antibiotikaresistens.....	12
Mätningar – en del av kvalitets- och utvecklingsarbete	18
Användningsområden	18
Befintliga mätningar.....	18
Så har information inhämtats.....	22
Enkät till vårdhygieniska enheter	22
Dialogmöten	22
Kostnadsuppskattning	23
Nulägesbeskrivning.....	24
Resultat från enkäten	24
Resultat från dialogmöten och övrig informationsinsamling	28
Utgångspunkter för förslagen	30
Förslag på insatser.....	33
Förslag på lång sikt	33
Förslag på kort sikt.....	36
Kostnadsuppskattningar.....	37
Konsekvensbedömning.....	39
Slutsatser	41
Referenser.....	43
Bilagor	45

Förkortningar

BHK – Basala hygienkrav och rutiner

ECDC – Europeiska smittskyddsmyndigheten (Eng. European Center for Disease Prevention and Control)

ECDC-PPM – Punktprevalensmätning av VRI och antibiotikaanvändning inom slutenvården som anordnas av ECDC ungefär vart femte år

HALT – Årlig punktprevalensmätning av VRI på särskilda boenden. Eng. Healthcare - associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities.

MJG – Markörbaserad journalgranskning

mnkr – miljoner kronor

NAG – Nationell Arbetsgrupp (inom Kunskapsstyrningen)

NSG – Nationell samverkansgrupp

PPM – Punktprevalensmätning

PPM-BHK – SKR:s punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler

PPM-VRI – SKR:s punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner inom slutenvård

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner

VRI – vårdrelaterade infektioner

WHO – Världshälsoorganisationen

Sammanfattning

Information om läget i Sverige vad gäller vårdrelaterade infektioner (VRI) och vårdhygieniskt arbete har under åren 2011–2022 baserats på nationella patientsäkerhetsmätningar som har varit en del i överenskommelser mellan SKR och regeringen med syfte att stärka patientsäkerheten i regioner och kommuner. Överenskommelsen inom patientsäkerhet har bland annat inneburit insamling av data kring vårdskador, VRI och följsamhet till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg.¹ Detta har möjliggjort sammanställning av nationella data, som har använts av beslutfattare, myndigheter och sjukvårdspersonal för uppföljning och kvalitets- och utvecklingsarbeten på lokal, regional och nationell nivå. Från och med 2023 genomförs inga nationella mätningar och därmed försvinner tillgång till aggregerade data som – ett verktyg i arbetet för att förebygga antibiotikaresistens och VRI.

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag² att föreslå hur viss information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner ska dokumenteras, sammanställas och tillgängliggöras lokalt, regionalt och nationellt. Vidare beskrivs kostnader för förslagen på kort och lång sikt.

För uppdragets syfte har information samlats in via dialogmöten med relevanta aktörer samt en enkät till regionala vårdhygieniska enheter.

Övergripande slutsatser

Utredningen har utifrån den insamlade information kommit fram till följande slutsatser:

- Mätningar av följsamhet till basala hygienkrav och rutiner (BHK) och andra vårdhygieniska rutiner och VRI ser olika ut i landet idag. Med undantag av VRI mätningar på särskilda boenden finns det inga nationella data.
- På nationell nivå är möjligheten till jämförbara och aggregerade data av vikt för uppföljning av bland annat nationella indikatorer och strategier för antibiotikaresistens, vårdhygien och patientsäkerhet, samt för internationella jämförelser.
- På lokal, regional och kommunal nivå är incitamentet för datainsamling framför allt kopplat till lokala kvalitets- och utvecklingsarbeten, men

¹ <https://www.regeringen.se/contentassets/7b321cef1a814194babb11a788f385ef/bemyndigande-att-underteckna-en-overenskommelse-om-patientsakerhets-satsning-2011>

² Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner (S2024/01921)

aggregerade data kan även bidra till prioritering och resursfördelning på regional och kommunal samt nationell nivå i dialog med beslutsfattare.

- För att få jämförbara och aggregerade data av hög kvalitet inom vårdhygienområdet finns det ett behov av harmoniserade mätmetoder och gemensamma system över huvudmannagränser.
- Vårdhygieniska enheter, professionsföreningar och myndigheter är överens om att det är nödvändigt att utveckla befintliga och framtida mätmetoder, och att detta bör samordnas på nationell nivå.
- Det finns en bred efterfrågan på en succesiv övergång till automatiserade mätningar av VRI samt riskfaktorer och andra vårdskador i den utsträckning som det är möjligt. Automatisering möjliggör kontinuerliga mätningar och minskar arbetsbelastningen för den vård- och omsorgspersonal som gör mätningar.

Bedömningar och föreslagna insatser

- Nationella data av hög kvalitet kräver ändamålsenliga system som är förankrade hos användare i regioner och kommuner. Dessa system bör vara finansierade och långsiktiga så att utveckling kan ske över tid i förhållande till behov och tekniska möjligheter. Framtagande av sådana system bör vara väl utredda innan utveckling påbörjas.
- Vi föreslår därför två förstudier:
 - En förstudie för att ta fram en digital databas och system för mätningar av vårdhygieniska rutiner och
 - En förstudie för att utveckla ett automatiserat system för uppföljning av VRI och riskfaktorer.
- Förstudierna ska ge svar på hur data ska samlas in, dokumenteras, sammanställas och tillgängliggöras. Väl genomförda förstudier kan vara resurssparande både i framtida arbetstid och utvecklingskostnader hos statliga såväl som regionala och kommunala huvudmän när nya system ska utvecklas och implementeras.
- Vidare ska förstudierna även undersöka legala förutsättningar, uppskattade kostnader och förutsättningar för implementering av nya system i verksamheterna samt ta fram en tidsplan.
- Under tiden som förstudier pågår föreslår myndigheterna hur data, i den mån det är möjligt kan sammanställas under tiden som förstudierna pågår och de långsiktiga systemen utvecklas. Här ingår bland annat vidareutveckling av nuvarande mätningar på nationell, regional och kommunal nivå enligt befintlig planering, samt införande av nationell samordning och sammanställning av mätresultat som tidigare funnits tillgängliga på nationell nivå.

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

- De tillfälliga sammanställningarna kommer sannolikt inte vara lämpliga för regionala eller kommunala jämförelser eller ge en nationell aggregerad siffra.

Inledning

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan i Sverige och leder till ökad sjuklighet och lidande för vård- och omsorgstagarna, förlängda vårdtider och ökade kostnader. God följsamhet till vårdhygieniska rutiner är en förutsättning för att förebygga infektioner och minska smittspridning inom regional hälso- och sjukvård samt kommunal vård och omsorg. Minskad förekomst av VRI³ leder också till minskat behov av antibiotika och därmed minskad antibiotikaresistens. Tillsammans bidrar det till ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Under 2020–2024 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att samordna och stödja insatser i den nationella handlingsplanen inom patientsäkerhet *Agera för säker vård* [1]. Syftet var att åstadkomma en effektiv samordning av de nationella insatserna för patientsäkerhet både hos regioner och kommuner. Insatser för att minska förekomsten av VRI är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet som har en övergripande målsättning - *God och säker vård - överallt och alltid*.

I Sveriges strategi för arbetet mot antibiotikaresistens, *Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024–2025* [2], betonas vikten av att förebygga infektioner och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier. I det arbetet är vårdhygien och övervakning av vårdrelaterade infektioner helt centralt.

Uppskattningar från slutenvården visar att:

- VRI är den vanligaste vårdskadan i Sverige och drabbar ca 75 000 personer per år [3].
- Var tionde patient som vårdas inneliggande på ett sjukhus i Sverige hade en infektion till följd av vård och behandling enligt resultat från en punktprevalensmätning (PPM) från 2023 [3].
- VRI utgör en tredjedel av alla vårdskador och mellan hälften och en tredjedel av VRI bedöms gå att undvika med vårdhygieniska åtgärder [4].
- Antibiotikaresistens är ett särskilt uttalat problem när det gäller vårdrelaterade infektioner och VRI bidrar i hög grad till spridning av antibiotikaresistens [5].
- Kostnader för förlängd vårdtid kopplad till undvikbar VRI uppskattas till över en miljard kronor per år [3].
- VRI uppstår och smittspridning sker också inom primärvården och i den kommunala hälso- och sjukvården. I PPM av VRI på sjukhus från 2023

³ Med vårdrelaterade infektioner (VRI) menas infektion som uppkommer hos person under slutenvården eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning, Socialstyrelsen termbank 2021.

hade var femte VRI sitt ursprung från ett särskilt boende eller LSS-boende [3].

Tidigare mätningar

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tidigare genomfört och publicerat information om läget i Sverige vad gäller VRI och vårdhygieniskt arbete. Detta har baserats på nationella punktprevalensmätningar (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) och VRI (PPM-VRI) samt patientsäkerhetsmätningar av skador och vårdskador via markörbaserad journalgranskning (MJG).

Mätningarna har varit ett verktyg i arbetet för att följa upp följsamhet till basal hygien och förekomsten av VRI. Mätningarna gav beslutsfattare och sjukvårdspersonal tillgång till lokala, regionala, kommunala och nationella data som kunde användas för kvalitets- och utvecklingsarbeten. Antalet deltagande regioner och kommuner har varierat över åren.

SKR har under åren 2011–2022 haft överenskommelser med regeringen i syfte att stärka patientsäkerheten i regioner och kommuner, men från och med 2023 har ingen ny överenskommelse slutits [6]. Eftersom överenskommelsen har avslutats uppgav SKR att de inte längre hade medel för koordinering, förvaltning av digitala system, utveckling av handböcker, samt utbildningsinsatser och annat stödmaterial till ovanstående mätningar.

Nationellt aggregerad information saknas således i nuläget eftersom nationell insamling har upphört sedan 1 januari 2024. Regioner och kommuner kan fortsätta mäta på eget initiativ, men det finns risk för att mätmetoder och definitioner skiljer sig åt vilket försvårar nationell aggregering av information. Bristen på nationella eller jämförbara data leder till att regioner och kommuner saknar referensram och sammanhang för sina egna data. Nationella data behövs också för uppföljning av nationella strategier, handlingsplan för patientsäkerhet samt handlingsplan mot antibiotikaresistens samt för internationella jämförelser såsom inom WHO och ECDC där till exempel VRI status och hur ofta mätningar genomförs ingår.

Uppdraget

För att även i framtiden kunna ha tillgång till nationellt aggregerade data inom området vårdhygien och VRI, har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att gemensamt föreslå och kostnadsuppskatta hur information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

och VRI ska dokumenteras, sammanställas och göras tillgänglig på lokal, regional/kommunal och nationell nivå.⁴

⁴ Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner (S2024/01921)

Bakgrund

Vårdhygien – en nödvändighet för patientsäkerhet och arbetet mot antibiotikaresistens

Vad innebär vårdhygien?

Vårdhygien är ett samlingsbegrepp för åtgärder som förhindrar uppkomst av VRI samt förebygger smittspridning inom sjukvård, tandvård och omsorg. I Sverige regleras vårdhygieniskt arbete huvudsakligen inom ramen för god hygienisk standard som är en del av god kvalitet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.⁵ Vårdhygieniska enheter stödjer och guidar vårdgivarna i deras vårdhygieniska arbete och ger råd och rekommendationer om hur utbrott bör förebyggas och begränsas inom regionernas och kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Den vårdhygieniska verksamheten har rollen av att vara rekommenderande och rådgivande och har inte ansvar för hur vården bedrivs. Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för verksamhetens kvalitet och att den bedrivs på ett patientsäkert sätt. Men för att uppfylla kravet på god hygienisk standard behöver vårdgivaren ha tillgång till vårdhygienisk kompetens⁶. Att förebygga VRI innebär utöver basala hygienkrav och rutiner att personalen har kunskap om riskfaktorer, smittämnen, smittvägar, rutiner för [städning och rengöring](#), tvätt, [desinfektion](#) och hantering av [smittförande avfall](#), samt att följsamheten till kraven och rutinerna är hög. En god vårdhygienisk standard kan minska förekomsten av undvikbara VRI vilket, förutom en ökad patientsäkerhet, även minskar behovet av antibiotika och begränsar spridning av resistent infektioner. Detta kan också ge lägre vårdkostnader [7, 8].

Relevanta styrdokument

Vårdhygien har en avgörande betydelse för patientsäkerhet inom vård och omsorg och en tydlig koppling till arbetet mot antibiotikaresistens. Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030* har som övergripande målsättning att ingen patient ska drabbas av en vårdskada och visionen att vården ska vara säker överallt och alltid. Visionen och målet belyser tydligt det säkerhetsarbete som inkluderar perspektiven i närvaro av säkerhet och frånvaro av skador som

⁵ Se 5 kap. 1 § HSL.

⁶ Se proposition 2005/06:50 Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar, s. 28.

bör ingå i den moderna hälso- och sjukvården. I denna kontext intar det vårdhygieniska arbetet en central roll.

I Sveriges strategi för arbetet mot antibiotikaresistens, *Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024–2025*, betonas vikten av att förbygga infektioner och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier. I det arbetet är vårdhygien och övervakning av vårdrelaterade infektioner helt centralt. Sveriges strategi mot antibiotikaresistens som gäller till slutet av 2025 håller på att revideras. Som grund för detta finns bland annat en rapport från ett landsbesök av ECDC och Europeiska kommissionen [9], en utvärdering av Statskontoret [10] och en utvärdering av den nationella samverkansfunktionen för arbetet mot antibiotikaresistens [11]. Flera av de rekommendationer som lyfts i rapporten och i utvärderingarna handlar om stärkt övervakning av vårdrelaterade infektioner, monitorering av vårdhygieniska rutiner och en starkare koppling till patientsäkerhet.

Nationell arbetsgrupp för vårdhygien (NAG -Vårdhygien), inom kunskapsstyrningen, har publicerat en vägledning för vårdhygieniskt arbete. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen. Den bygger bland annat på WHO:s åtgärder inom det vårdhygieniska området och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard. Den beskriver förutsättningar och aktiviteter på olika nivåer inom områden och som WHO har identifierat som nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete. Här ingår bland annat uppföljning av det vårdhygieniska arbetet [12, 13]. Det finns även andra styrdokument på området såsom Stramas 10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg. Där anges att smittspridning i vård och omsorg ska förebyggas och att basal hygien alltid ska tillämpas [14].

På den internationella arenan har WHO:s globala strategi för Infection Prevention and Control (IPC)⁷ och tillhörande Monitoring Framework givit stöd för att följa efterlevnad av BHK och förekomst av VRI på lokal och nationell nivå.

Även i WHO:s Global Action Plan on Antimicrobial Resistance⁸ betonas vikten av vårdhygien för att förebygga VRI och i det arbetet är denna typ av mätningar centrala.

⁷ [Global strategy on infection prevention and control](#)

⁸ [Global action plan on antimicrobial resistance](#)

Relevanta författningar

Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården särskilt ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard och att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.⁹ Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.¹⁰ Vårdgivarens ansvar är övergripande och den ska planera, leda och kontrollera verksamheten som leder till att kraven på god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.¹¹

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och ska dessutom utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren har en skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg.¹² Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.¹³

Hälso- och sjukvårdspersonalen i sin tur ska arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhets upprätthålls. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.¹⁴ Vid vård av patienter ska det föras patientjournal som ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.¹⁵

I Sverige regleras vårdhygieniskt arbete huvudsakligen inom ramen för god hygienisk standard som är en del av god kvalitet i HSL.¹⁶ I god hygienisk standard ingår att vårdgivare behöver ha tillgång till vårdhygienisk kompetens, krav på vårdgivare när det gäller exempelvis lokaler och utrustning samt organisation, planering och rutiner som är anpassade för att förebygga smittspridning.¹⁷

⁹ Se 5 kap. 1 § HSL.

¹⁰ Se 5 kap. 4 § HSL.

¹¹ Se 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

¹² Se 3 kap. 3 och 5 §§ PSL.

¹³ Se 3 kap. 9 § PSL.

¹⁴ Se 6 kap. 1, 2 och 4 §§ PSL.

¹⁵ Se 3 kap. 1 och 6 §§ patientdatalagen (2008:355)

¹⁶ Se 5 kap. 1 § HSL.

¹⁷ Se prop. 2005/06:50, s. 28.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Som komplement till HSL och PSL:s krav på ett systematiskt kvalitetsarbete finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, och
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.¹⁸

Kraven innebär bland annat att:

- fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet¹⁹, och
- för varje aktivitet utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.²⁰

Till stöd för tillämpningen av SOSFS 2011:9 finns en handbok.²¹

Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg syftar till att hindra smittspridning. Föreskrifterna gäller i verksamheter som omfattas av HSL.²² De gäller också i verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453) vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser hemtjänst i ordinärt boende, eller sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL.²³ De ska även tillämpas i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.²⁴ Basal hygien omfattar bland annat handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder.

¹⁸ Se 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9.

¹⁹ Se 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

²⁰ Se 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.

²¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

²² Se 1 § SOSFS 2015:10.

²³ Se 2 § SOSFS 2015:10.

²⁴ Se 3 § SOSFS 2015:10.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

Socialstyrelsen beslutade i juni 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa²⁵ verksamheter enligt SoL och LSS. Syftet med författningen är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. Kraven som ställs i HSLF-FS 2022:44 är bland annat att den som bedriver verksamheten ska:

- fastställa rutiner för hur smitta och smittspridning ska förebyggas och förhindras i verksamheten²⁶,
- i det fortlöpande arbetet med riskanalyser bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning i verksamheten,
- erbjuda personalen utbildning i basala hygienrutiner med utgångspunkt från SOSFS 2015:10²⁷, och
- vid behov erbjuda personalen fortbildning för att upprätthålla och uppdatera kunskaperna.²⁸

Smittskyddslagen

Enligt smittskyddslagen (2004:168) ansvarar Folkhälsomyndigheten för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.²⁹

Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. I varje region ansvarar en smittskyddsläkare för smittskyddsarbetet.³⁰

Folkhälsomyndighetens instruktion

Av förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten framgår att myndigheten ska verka för en minskad smittspridning och resistensutveckling genom att samla in, analysera och aktivt förmedla

²⁵ Sådant boende som avses i 5 kap. 5 § andra eller tredje stycket SoL, sådant boende som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS, bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, eller hemtjänst i ordinärt boende.

²⁶ Se 3 § HSLF-FS 2022:44.

²⁷ Se 6 § HSLF-FS 2022:44.

²⁸ Se 7 § HSLF-FS 2022:44.

²⁹ Se 1 kap. 7 § smittskyddslagen.

³⁰ Se 1 kap. 8 och 9 §§ smittskyddslagen.

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

kunskap i frågor som rör antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens samt i frågor som rör vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.³¹

³¹ Se 20 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Mätningar – en del av kvalitets- och utvecklingsarbete

Mätningar är en förutsättning för att bedriva effektivt kvalitets- och utvecklingsarbete. Genom mätningar av följsamhet till BHK följer man upp kvaliteten i det förebyggande arbetet, medan mätningar av VRI visar på utfallet av det förebyggande arbetet. Själva mätningarna är dessutom en åtgärd som sätter fokus på vårdhygieniskt arbete. Dessa mätningar är därför ett viktigt verktyg för att skydda vårdtagare mot vårdskador och säkerställa en god och säker vård.

Användningsområden

Lokal nivå

Detta uppdrag fokuserar på nationella data, men resultat från mätningar av VRI, BHK och andra vårdhygieniska rutiner är också en viktig del för kvalitets- och utvecklingsarbete på lokal nivå. Med regelbundna mätningar kan huvudmän och vårdgivare jämföra sina resultat över tid och mot andra liknande verksamheter samt använda resultatet för prioritering av insatser och för kvalitets- och utvecklingsarbeten.

Nationell nivå

Harmoniserade mätmetoder och gemensamma system för datainsamling möjliggör även aggregering av data på regional, kommunal, och nationell nivå. Sammanställning av nationella data fyller flera syften, bland annat:

- För uppföljning av indikatorer, mål och strategier inom patientsäkerhets- och antibiotikaresistensarbetet.
- För att identifiera gemensamma utvecklingsområden där särskilda satsningar kan behövas från regionalt, kommunalt eller nationellt håll.
- För regionala och kommunala jämförelser.
- För att delta i internationella mätningar samordnade av exempelvis ECDC och WHO.

Befintliga mätningar

Olika mätmetoder skiljer sig åt i typ av data som samlas in, val av insamlingsmetod, samt hur sammanställning och återkoppling sker. Detta påverkar användbarheten för kvalitets- och utvecklingsarbete. De olika befintliga mätningarna och deras samordning beskrivs i tabell 1. En översiktlig beskrivning av mätmetoderna samt deras styrkor och svagheter

beskrivs i tabell 2. Mer utförliga beskrivningar av mätmetoderna finns i bilaga 1.

Tabell 1. Befintliga mätningar inom vårdhygien och VRI

Mätmetod	Nivå	Vad mäts	Verksamheter som ingår	Användning och samordning
PPM (exempelvis lokala PPM BHK)	Lokalt	Följsamhet till BHK	Sjukhus, vårdcentraler, kommunal vård och omsorg, tandvård	Utföras Socialstyrelsens egenkontroll. Samordnas ej nationellt
PPM (exempelvis ECDC-PPM, lokala PPM-VRI)	Lokalt och nationellt	VRI, antibiotikaanvändning och riskfaktorer, regional hälso- och sjukvård	Sjukhus	Europeisk mätning (ECDC PPM), senast samordnad 2023 av Folkhälsomyndigheten, genomförs vart femte år. Mätningar kan ske i regioner utan samordning nationellt
PPM (exempelvis HALT)	Lokalt och nationellt	VRI, antibiotikaanvändning och riskfaktorer, kommunal vård och omsorg	Kommunal vård och omsorg	HALT utförs årligen via Senior alert (nationellt kvalitetsregister) på särskilda boenden, samordnas tillsammans med Folkhälsomyndigheten
Markörbaserad journalgranskning	Lokalt	Vårdskador, inklusive VRI	Sjukhus	Samordnas ej nationellt
Nationella kvalitetsregister	Nationellt	Bland annat VRI	Sjukhus, öppen specialistvård, kommunal vård och omsorg	Används för uppföljning av framför allt specifika postoperativa infektioner
Infektionsverktyget	Lokalt	VRI, antibiotikaanvändning och riskfaktorer ³² , regional hälso- och sjukvård	Sjukhus ³³	Ägs av Inera. Användning i regioner varierar. Nationell rapportmodul utvecklad, nationell sammanställning av data saknas.
Automatiserad VRI-övervakning	Lokalt	VRI och riskfaktorer, regional hälso- och sjukvård	Sjukhus	Privat regi eller lokala initiativ, nyligen uppstartat vid två sjukhus i två regioner Samordnas ej nationellt.

³² Ett fåtal regioner kan följa upp riskfaktorer in Infektionsverktyget i dagsläget.

³³ Vårdcentraler och annan öppenvård kan också kopplas upp till systemet.

Tabell 2. Beskrivning och jämförelse av befintliga mätningar inom vårdhygien och VRI

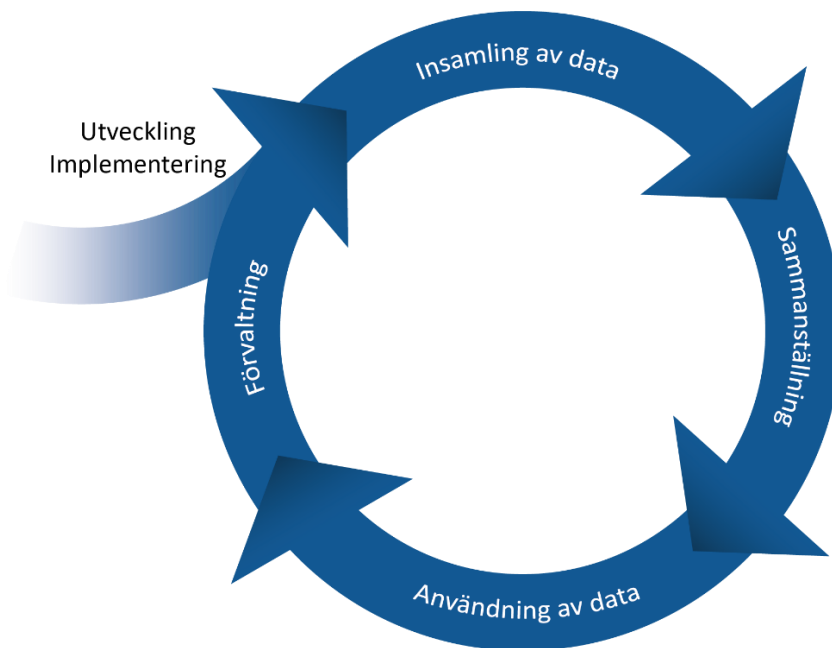
Mätmetod	Beskrivning av datainsamling	Styrkor	Svagheter
PPM av BHK	Observation av arbetsmoment hos vårdpersonal och bedömning av överensstämmelse med Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg. Manuell registrering.	Lättillgänglig. Kan göras lokalt utan större IT-satsning	Tids- och resurskrävande. Ger endast en ögonblicksbild. Metod för urval och få observationer kan försvåra tolkning av resultat. Arbetskultur kan påverka resultat.
PPM av VRI - sjukhus	Manuell journalgranskning av samtliga ineliggande patienter på en avdelning/sjukhus under en viss tidpunkt/dag.	Lättillgänglig och anpassningsbar, Kan göras lokalt utan större IT-satsning	Tids- och resurskrävande. Bedömning av VRI påverkas av undersökarens kompetens och subjektivitet. Ger endast en ögonblicksbild. Oftast få VRI registreringar på lokal nivå.
PPM av VRI – Särskilda boenden	Manuell journalgranskning av vårdtagare på det särskilda boendet under en viss dag.	Lättillgänglig och anpassningsbar, För HALT: finns ett webbaserat verktyg för direktinmatning av resultat med direkt återkoppling tillgängliga i rapporter i Senior alert och bedömning av VRI görs genom algoritm utifrån uppgivna symtom. Data kan användas vid återkommande ECDC mätning för långtidsboenden.	Tids- och resurskrävande. Ger endast en ögonblicksbild. Oftast få VRI registreringar på lokal nivå. För HALT: alla använder inte med i Senior alert.
Markörbaserad journalgranskning	Upprepade manuella journalgranskningar av ett slumpmässigt urval av vårdtillfällen på sjukhuset under en viss tidsperiod	Kontinuerlig registrering om journalgranskningar upprepas med regelbundenhet enligt handbok. Inkluderar alla vårdskador. Bedömning av undvikbarhet	Tids- och resurskrävande. Begränsat antal granskningar per tidpunkt ger lite data. Ersätter inte andra mätningar specifikt för VRI men är ett komplement
Nationella kvalitetsregister	Datainsamling varierar med kvalitetsregister, oftast manuell registrering av vårdgivare.	Data samlas redan in för andra syften	Mest relevant för specifika postoperativa infektioner (VRI), kan inte ge heltäckande bild av VRI
Infektionsverktyget	Manuell registrering av VRI vid antibiotikaordination. Automatisk rapportering av data (exempelvis vårdtider, åtgärds-koder och diagnoskoder) från	Kontinuerlig registrering av VRI och antibiotikaanvändning. Delvis automatisk data leverans. Utvecklad nationell rapportmodul.	Subjektiv bedömning om en infektion är en VRI. Kräver kontinuerlig utbildning och validering. Kvalitet och struktur av data i regionala journalsystem avgörande. Jämförelse av resultat

Mätmetod	Beskrivning av datainsamling	Styrkor	Svagheter
	journalssystem och andra vårddatasystem.		mellan regioner ej möjligt idag.
Automatiserad VRI-övervakning	Automatisk insamling av informationsmängder från journaldata och eventuellt andra vårddatasystem. Specifika VRI identifieras med förbestämda algoritmer.	Kontinuerlig insamling av information. Kräver ingen eller begränsad manuell bedömning.	Validerade algoritmer finns inte framtagna för alla VRI:er idag. Resurskrävande vid utveckling och införande, och därmed mindre lättillgänglig. Kräver viss validering. Kvalitet och struktur av data i regionala journalssystem avgörande. Begränsad erfarenhet i Sverige och andra länder.

Utöver befintliga mätningar planeras uppföljning av utvecklingen och implementeringen av WHO:s globala strategi för långsiktigt vårdhygieniskt arbete (så kallade WHO core components) via globala mätningar under år 2026, 2028 och 2030 i primärvård, på sjukhus och nationellt [15], se bilaga 3.

Oavsett mätmetod behöver alla metoder implementeras och förvaltas på ett ändamålsenligt sätt samt kontinuerligt utvecklas för att resultaten ska komma till användning (figur 1).

Figur 1. Beskrivning av process för mätsystem, inklusive utveckling, mätning och förvaltning.



Så har information inhämtats

Informationen som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen hämtat in för att besvara uppdragets olika delar har skett via enkätundersökning till vårdhygienenheter, dialogmöten samt skriftliga inlagor från berörda aktörer. Resultatet ligger till grund för nulägesanalysen och efterföljande förslag på insatser. Kostnadsuppskattningar för förslagen utgår från tidigare erfarenhet, beräkningar av hälsoekonom på Socialstyrelsen samt samråd med E-hälsomyndigheten.

Enkät till vårdhygieniska enheter

För att sammanställa vilka metoder regioner och kommuner använder i dagsläget för att mäta följsamhet till BHK samt förekomsten av VRI och dess riskfaktorer, skickades en enkät ut till alla landets 24 vårdhygienenheter³⁴ under december 2024. Enkäten, som togs fram av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i samråd med SKR, distribuerades till vårdhygienenheter via funktionsbrevlådor via enkätverktyget Survey & Report. Enkätfrågorna beskrivs i bilaga 2.

Kommunernas tillgång till vårdhygienisk expertis via regionala vårdhygienenheter varierar i landet. Vårdhygieniska enheters kännedom om pågående vårdhygieniska initiativ inom kommunal vård och omsorg kan därför skiljas åt.

Dialogmöten

Ett samlat dialogmöte har genomförts med representanter från professionen såsom Svensk föreningen för vårdhygien, Svenska hygienläkarföreningen, NAG vårdhygien, Svenska infektionsläkarföreningen samt Smittskyddsläkarföreningen. Ett samlat dialogmöte har genomförts med medicinskt ansvariga sjuksköterskor från nio län. Frågor för dialogmöten beskrivs i bilaga 3.

Myndigheterna har också genomfört flera separata dialogmöten med representanter från SKR, Inera, E-hälsomyndigheten, Senior alert, Uppsala Clinical Research Center, NSG Patientsäkerhet, NSG Hälsodata och P3S (Patient Safety Surveillance Solution). Frågor för dialogmöten beskrivs i bilaga 3.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har haft en dialog med projektgruppen för utredningen om stärkt framtida smittskydd. Dialog har även förts med representanter från några regioner i Sverige men även andra

³⁴ VGR har fyra vårdhygienenheter, övriga regioner har en vårdhygienenhet.

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

länder (Danmark och Nederländerna) som utvecklat och testat nya metoder och verktyg för VRI mätningar.

Även kunskap och tidigare erfarenheter från de båda myndigheterna har tagits tillvara i nulägesanalysen, t.ex. från ECDC PPM, Infektionsverket och HALT.

Kostnadsuppskattning

Kostnader för utveckling, förvaltning och användning av olika mätverktyg diskuterades vid flera dialogmöten med relevanta aktörer. De kostnadsförslag som redovisas för centrala aktörer (ej regionala eller kommunala utförare) för förstudier utgår främst från underlag från E-hälsomyndigheten (bilaga 4) efter diskussion om behov och stöd av insamlad information från Inera samt diskussioner inom respektive myndighet. E-hälsomyndighetens underlag beskriver i generella drag relevanta tjänster och ungefärlig tidsåtgång för en förstudie för framtagandet av ett system för automatiserad VRI-övervakning.

Uppskattade kostnader för förstudien för BHK och vårdhygieniska rutiner i uppdraget utgår från samma mall och underlag, men har justerats utifrån förstudiens komplexitet.

Efter vidare diskussioner om innehåll och komplexitet av respektive förstudie har en kostnadsuppskattning tagits fram av sakkunniga utredare vid respektive myndighet efter diskussion med hälsoekonom (bilaga 5). Hänsyn bör tas till att dessa är just uppskattningar eftersom exakta behov inte är utredda.

Kostnader för mätningar på kortare sikt som baseras på insamling av data via enkätverktyg PPM av VRI, insamling av BHK-mätresultat, WHO core components) baseras på Folkhälsomyndighetens kostnader för ECDC PPM från 2023 (arbetstid och inköp av tjänster) samt en bedömning av komplexiteten i att förbereda, samordna och återkoppla för varje typ av mätning, i jämförelse med ECDC PPM. Kostnader för fler mätningar av HALT utgår från diskussioner med Senior alert och Uppsala Clinical Research Center, samt Folkhälsomyndighetens egna kostnader vid HALT mätningar.

Uppskattningar av kostnader för utförare av olika mätningar baseras på tidigare uppskattningar av SKR [16] samt underlag från utvalda regioner och diskussioner med hälsoekonom (bilaga 5).

Nulägesbeskrivning

Resultat från enkäten

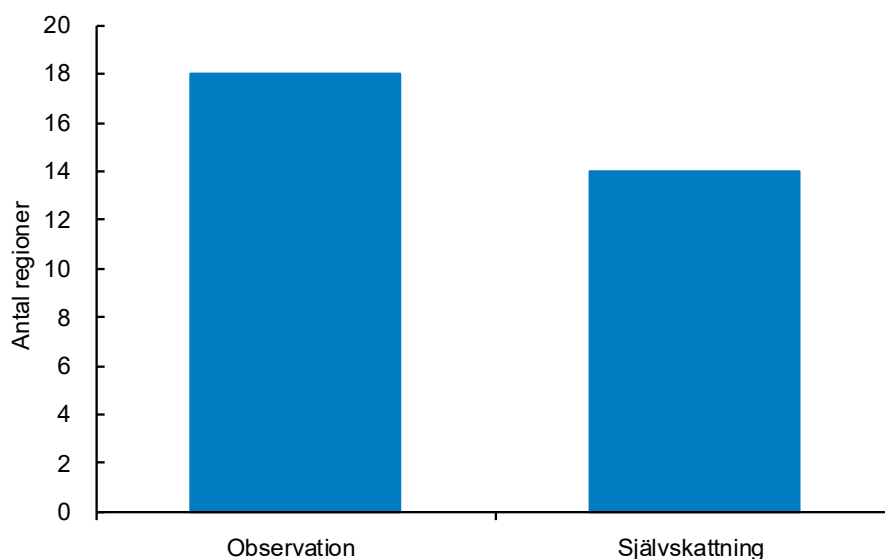
Samtliga 24 vårdhygienenheter svarade på enkäten (svarsfrekvens 100 procent). Resultat för regional hälso- och sjukvård redovisas per region (21 regioner). Resultat för kommunal vård och omsorg redovisas utifrån vårdhygieniska enheter (24 enheter).

Mätningar av följsamhet till BHK

Regional hälso- och sjukvård

Majoriteten av regionerna (18 av 21 regioner) anger att de genomför mätningar av följsamhet till BHK minst en gång per år (figur 2). Följsamheten mäts genom observation och självskattning i 14 regioner, medan fyra regioner mäter endast genom observation.

Figur 2. Antal regioner som mäter följsamhet till BHK i regional hälso- och sjukvård genom observation respektive självskattning.



Källa: Enkätundersökning Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2025.

I 13 regioner finns ett eget digitalt system för inmatning av BHK data där resultaten presenteras i ett visualiserings- eller rapporteringssystem. Av de återstående fem regionerna, uppger två regioner att utveckling av ett digitalt system är på gång.

Två regioner svarade att de inte uppfyller mätningar av BHK minst en gång per år; den ena regionen planerar att återuppta mätningarna under 2025, medan den andra regionen uppger att man rekommenderar regelbundna

mätningar, men det är inget som följs upp. Från en region angav respondenten att man inte visste om det genomfördes mätningar av BHK minst en gång årligen.

Kommunal vård och omsorg

När de vårdhygieniska enheterna tillfrågades om kommunernas mätningar av följsamhet till BHK så angav 23 av 24 vårdhygieniska enheter att någon/några kommuner mätte minst en gång årligen, och över hälften (56 procent) av de svarande uppgav att mer än 75 procent av kommunerna i regionen/regionsdelen genomförde mätningar.

Avseende digitala system för inmatning av BHK data, så uppgav 15 vårdhygieniska enheter att det pågår ett utvecklingsarbete för kommunala verksamheter. I vissa regioner kan kommuner ansluta till regionens system; i andra regioner/regionsdelar använder kommunerna enkätverktyg eller ledningssystem som kan variera mellan kommuner inom samma region. Jämförelse mellan kommuner är därmed inte möjligt i dessa regioner. En vårdhygienisk enhet uppger att regionen erbjudit sig att ta fram en gemensam lösning för alla kommuner i länet, men att kommunerna beslutat att utveckla egna digitala lösningar och äga sin data. I andra fall har kommuner i olika regioner valt att samverka.

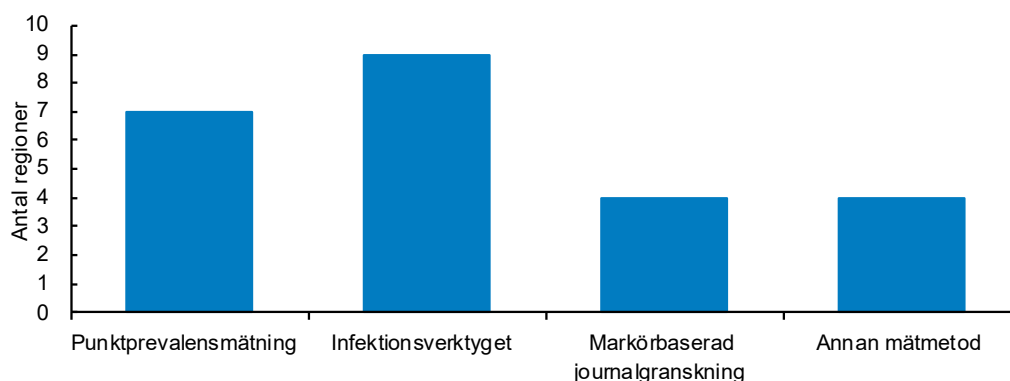
Mätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI)

Regional hälso- och sjukvård:

Vårdhygieniska enheter i 11 av 21 regioner uppger att regionen mäter förekomsten av VRI; 10 regioner har genomfört mätningar vid någon/några verksamheter under 2024.

Av de regioner som mäter VRI, så var de vanligaste mätmetoderna Infektionsverktyget (nio regioner) och PPM (sju regioner) (figur 3). I sju regioner använder man sig av flera metoder för att mäta VRI. Oftast är det då en kombination av Infektionsverktyget och PPM.

Figur 3. Antal regioner som använder respektive metod/system för att mäta förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom regional hälso- och sjukvård.



Källa: Enkätundersökning Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2025.

Av de regioner som använder PPM, har endast tre genomfört en mätning under 2024. I dessa regioner har man använt ett enklare digitalt verktyg (digitalt formulär eller Excel) för PPM efter att SKR avvecklat PPM-VRI.

Av de nio regioner som använder Infektionsverktyget, sammanställer åtta regioner resultaten och återkopplar dem till verksamheterna. VRI-data från Infektionsverktyget återkopplas bland annat i kvartals- och årsrapporter till sjukhus- och regionledningar. I vissa regioner kan verksamheter se sin egna data genom utskick, via visualiseringsplattform eller genom ledningssystem. Registrering av en eller flera riskfaktorer för VRI via Infektionsverktyget görs endast i tre regioner.

Fyra regioner uppgav att de mätt VRI genom markörbaserad journalgranskning, som del av patientsäkerhetsarbetet. Två regioner av dem genomförde mätningen under 2024.

Fyra regioner använder andra metoder för att mäta VRI. Utöver automatiserad övervakning i en region, så används övriga mätmetoder för VRI oftast lokalt av verksamheter. Här ingår uppföljning av specifika VRI:er genom mikrobiologiska provsvar eller kvalitetsregister, uppföljning av diagnoskoder för VRI enligt ICD³⁵ eller sökord i slutanteckningar, samt identifiering via Vårdhygiens utbrottsövervakning.

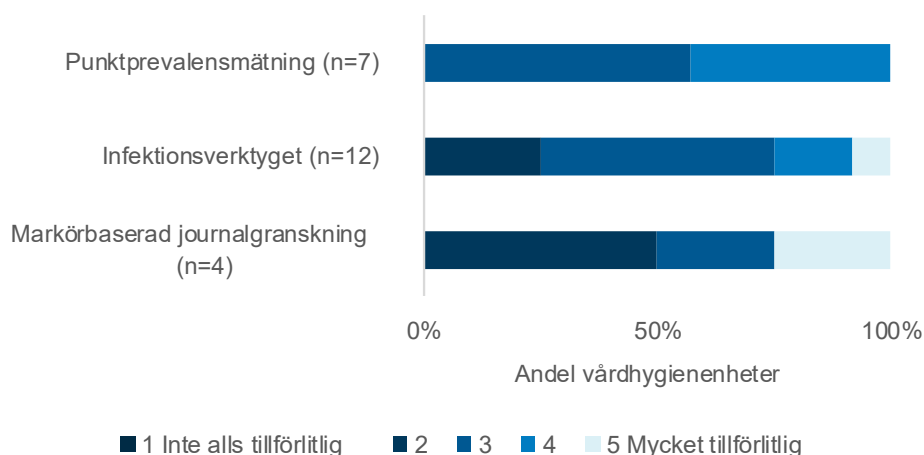
Av de tio regioner som inte mäter VRI, uppger de åtta vårdhygieniska enheterna att det beror på avsaknad av fungerande och tillförlitliga mätverktyg. En region uppger också att man saknar tydligt uppdrag från ledningen och att VRI-resultat inte har efterfrågats. Tre regioner som har infört Infektionsverktyget har bedömt att datakvaliteten är så bristfällig att man valt att inte använda data för VRI. I en region har man avvecklat

³⁵ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Infektionsverktyget under 2024 av samma skäl. Två regioner uppger att man planerar att återinföra Infektionsverktyget under 2025.

När de vårdhygieniska enheterna tillfrågades om hur de såg på tillförlitligheten av mätmetoderna på en skala från 1–5, så var bedömningen att PPM genererar något mer tillförlitliga data än Infektionsverktyget, under förutsättning att PPM genomförs av kvalificerad personal som utbildats i metodiken (figur 4). Bland regioner som använder Infektionsverktyget, understryker flera betydelsen av att validera datakvalitet, den betydande arbetsinsats som behövs för validering, samt behovet av utbildningsinsatser för att VRI:er ska registreras korrekt. Den region som använder sig av automatiserad övervakning bedömde data från det automatiserade systemet som mycket tillförlitlig.

Figur 4. Tillförlitlighet på insamlade data på en skala [1–5] utifrån mätmetod, enligt bedömning av svarande vårdhygienenheter (n).



Källa: Enkätundersökning Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2025.

Kommunal vård- och omsorg

Vid den senaste HALT-mätningen (2024) så deltog 177 kommuner med 2 456 enheter, vilket omfattade 27 261 vårdtagare [17].

I denna enkät så uppgav sex vårdhygieniska enheter att kommuner i regionen/regionsdelen genomför andra mätningar av VRI än HALT och då ingår bland annat infektionsregistrering och utbrottsövervakning på särskilda boenden för äldre.

Övriga kommentarer från vårdhygieniska enheter

De vårdhygieniska enheter som lämnat ytterligare medskick i enkäten uttryckte ett generellt önskemål om ökad samordning och harmonisering av definitioner och metodik för mätningar av BHK, VRI och övriga vårdhygieniska rutiner.

Man såg även nyttan med att ta fram en nationell lösning på digitalt system där både regioner och kommuner har möjlighet att ingå. Det trycktes på användarvänlighet och tillgänglighet, men också möjlighet till anpassning för lokala behov, och att det nationella arbetet behöver samordnas med digitala utvecklingsprojekt inom bland annat Kunskapsstyrningen.

Vidare togs behovet av kvalitetssäkring upp för att den data som insamlas ska kunna användas och uppfylla sitt ändamål. Bland annat föreslog man att det behövs en genomgång och uppdatering av den urvalsmetodik som rekommenderas av SKR:s PPM-BHK för att få bättre representativitet.

Resultat från dialogmöten och övrig informationsinsamling

Synpunkter om BHK-mätningar

Vid dialoger med relevanta delar av kunskapsstyrningen och representanter från professionsföreningar, regioner och kommuner framfördes ett intresse för att mäta följsamhet till BHK. Det finns intresse för att ha tillgång till lokala mätresultat, där den huvudsakliga användningen är för att kunna jämföra sig i sitt kvalitets- och utvecklingsarbete och jämföra sig med andra regioner och kommuner. Följsamhet till BHK sågs som en viktig kvalitetsmarkör för verksamheterna. Representanter från relevanta professionsföreningar uttryckte behovet av gemensamma mätverktyg så att mätningar genomförs på liknande sätt. Dessutom är det resurssparande, då regioner och kommuner inte behöver utveckla egna mätinstrument.

I dialogmöten med medicinsk ansvariga sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård uttrycktes en önskan om att tydligare koppla mätresultaten till patientsäkerhet för att underlätta ett tydligare samtal med beslutsfattare och politiker. I dialogmöten lyftes även att nationella resultat ger litet mervärde, utan det är resultaten på lokal nivå som är av vikt. Det uttrycktes en viss osäkerhet avseende tillförlitligheten på resultaten och om mätningar gör nytta. I kommunerna varierar antalet mättillfällen per år, både via självskattningar och observationer. Några deltagare beskrev att de använder digitala verktyg för uppföljningsarbete som finns tillgängliga i kommunen för att sammanställa insamlad data och resultat. Man uttrycker att det är svårt att göra jämförelser med andra regioner eller kommuner eftersom det saknas en nationell databas. Det faktum att man uppmanar till mätning lyfter även betydelsen av frågan oavsett resultat.

Synpunkter om VRI-mätningar

Regional hälso- och sjukvård

I dialog med relevanta delar av Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och representanter från relevanta professionsföreningar och regioner lyftes synpunkter fram som pekade på behovet av nationella aggregerade data och jämförelser mellan såväl regioner som mellan verksamheter. Nationella aggregerade data belyser vikten av vårdhygien och har ett viktigt symboliskt värde. Däremot framfördes att de är av mindre betydelse för kvalitets- och utvecklingsarbeten. Möjligheten att kunna jämföra sig med andra verksamheter, kommuner eller regioner kan dock vara av värde för att bland annat förstå hur den egna verksamheten, kommunen eller regionen förhåller sig till andra och ge ett riktmärke för kvalitets- och utvecklingsarbeten. Några aktörer beskrev att en farhåga är om för stort fokus läggs på mätningar så kan det tränga bort resurser från kvalitets- och utvecklingsarbeten.

Angående de olika mätmetoderna för VRI, så beskrevs PPM genomgående som resurskrävande men vissa ansåg att mätmetoden är det enda som fungerar för tillfället. Samtidigt leder själva genomförandet av mätningen till ökad uppmärksamhet för vårdhygieniska frågor. Flera olika aktörer ställde sig positiva till fortsatt deltagande vid ECDC PPM var femte år. Infektionsverktyget beskrevs av vissa som ett fungerande verktyg för mätning av VRI efter fortsatta insatser för utbildning och validering. Andra såg stora brister i datakvalitet och ansåg att man inte kan använda Infektionsverktyget för mätning av VRI utan större utvecklingsinsatser. Mätningar med MJG kan vara till stöd i kvalitets- och utvecklingsarbeten men svarar på andra frågor än riktade VRI-mätningar. Mätningar med MJG anses inte kunna ersätta PPM eller incidensmätning med Infektionsverktyget utan ses som ett komplement till dessa mätningar.

Automatiserad övervakning genom inhämtning av journaldata beskrevs överlag som framtiden för VRI-mätningar. VRI-Proaktiv nämndes av flera och man betonade att lärdomar från projektet bör tas till vara. Däremot lyftes flera frågor, exempelvis vilka VRI som kan ingå i ett automatiserat system och om ett sådant system bör förvaltas av en regional aktör som Inera, eller en statlig myndighet. Samtidigt uttrycktes en farhåga att lång utvecklingstid och osäkerhet på nationell nivå kan leda till att fler regioner tar fram egna system, vilket ger merarbete för regionerna och försvårar möjligheten till nationellt aggregerade data i framtiden.

Det faktum att man uppmanar till mätning uppmärksammar betydelsen av frågan oavsett resultat. Många lyfte fram vikten av att återkoppling av data även ska kunna ske integrerat i de olika lösningar för visualisering och återkoppling av data som användes i regionerna. Överlag såg man ett behov

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

av nationell samordning och tydlighet kring målsättning och riktning, då all systemutveckling kräver resurser.

Kommunal hälso- och sjukvård

Inom kommunal hälso- och sjukvård beskrevs svenska HALT som en välfungerande mätning, samtidigt som möjliga utvecklingar och eventuella hinder lyftes fram. Professionerna tog upp att det finns en efterfrågan på återkommande nationella mätningar, samt möjligheten att få mäta när man själv vill. Även behovet av automatiserad övervakning av VRI inom kommunal hälso- och sjukvård via journalintegration framfördes. Möjligheter och kostnader för utvecklingarna diskuterades med representanter från Uppsala Clinical Research Center och Senior alert. Att man måste vara ansluten till Senior alert för att delta i HALT idag beskrevs både som ett stöd och ett möjligt hinder.

Utöver teknisk utveckling diskuterades insatser för att utöka deltagandet i mätningarna och stöd för kvalitets- och utvecklingsarbeten inom särskilda boenden och LSS-boenden.

Övriga synpunkter

Vid dialogmöten med representanter från SKR, E-hälsomyndigheten, Inera och NSG hälsodata diskuterades generella synpunkter på vad som krävs för att utveckla och förvalta relevanta system för uppföljning inom området vårdhygien utifrån erfarenheter med tidigare eller liknande system.

Standardisering av begrepp och definitioner behövs. System behöver vara användarvänliga med dimensionerad supportstöd. Dessutom krävs förvaltning av system samt fortsatt vidareutveckling vid behov. Vid utveckling av nya system ska man ta till vara befintliga lösningar, exempelvis sådana som utdelar behörighet. System får gärna vara modulära, där man börjar med en så kallad minsta livskraftiga produkt (på engelska: minimum viable product) och kan bygga på vidareutveckling, även av nya moduler, över tid. Utvecklingsarbete bör utgå från en tillräcklig resurssatt förstudie för att skapa en nödvändig grund för utvecklingen.

Utgångspunkter för förslagen

Utifrån enkätresultat och dialogmöten framkom både möjligheter och utmaningar med nationella mätningar och system för uppföljning inom vårdhygienområdet (Tabell 3):

Tabell 3. Möjligheter och utmaningar med nationella mätningar och system för insamling av information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner

Möjligheter	Utmaningar
Samförstånd hos aktörerna för mätningars nödvändighet för kvalitets- och utvecklingsarbete, samt för patientsäkerhetsarbetet och i arbetet mot antibiotikaresistens.	Mätning av följsamhet till vårdhygieniska rutiner och VRI ser olika ut i landet idag både med avseende på mätmetod och frekvens.
Aktörerna var överens om att mätmetoderna, både befintliga och framtida, kräver utveckling.	Varierande syn hos aktörerna på behovet av nationella siffror och jämförelser.
Tydligt behov och efterfrågan hos aktörerna av nationell samordning för att koordinera och utveckla enhetliga verktyg och mätmetoder.	Skillnader mellan verksamheter i kommuner och regioner avseende organisationsstruktur, arbetssätt och journalsystem. Även när journalsystemen är detsamma, så kan lokala anpassningar av dessa leda till skillnader som påverkar mätningar via strukturerade vårddata.
Aktörerna var eniga om att en satsning på utveckling och implementering av fler automatiserade mätningar kan leda till minskad arbetsbelastning i verksamheterna och mer tillförlitliga data. De ser också att en central satsning på automatisering kan medföra jämligare förutsättningar för regioner och kommuner att ta tillvara på denna tekniska utveckling och motverka diversifiering.	Resursbrist i regioner och kommuner, både ekonomiska och bemanningsmässiga. Vid hög personalomsättning tappas erfarenhet mellan mättillfällen, vilket leder till ökat behov av utbildning och validering som också kräver resurser.
	Avsaknad av lagstadgat krav på deltagande vid nationella mätningar

Källa: Enkätundersökning Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen 2025.

Sammanfattningsvis krävs det väl utredda, långsiktiga, finansierade och förankrade lösningar som även kan följa behov och utveckling över tid för att få användbara nationella data av hög kvalitet.

Förutsättningar

Utöver metodmässiga och tekniska aspekter av system för mätning av följsamheten till vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och VRI, så finns det även behov av ett mer strukturerat samarbete mellan nationella, regionala och kommunala aktörer. Här ingår även uttalade uppdrag för att förvalta, vidareutveckla och anpassa systemen allteftersom tekniska förutsättningar och behov förändras. Inför framtagande av dessa system, vore det också lämpligt att långsiktigt komma överens om hur ansvar för utveckling och

förvaltning ska fördelas mellan nationella, regionala och kommunala aktörer för systemens beräknade livslängd.

För att den information som samlas in om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och VRI ska användas för kvalitets- och utvecklingsarbete måste det utöver ändamålsenliga system även finnas stöd från ledningen samt förutsättningar inom organisation, kompetens, bemanning och verksamhetskultur, liksom möjlighet till patientmedverkande.

- *Ledning och organisation* - Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att engagera alla vårdgivare att följa upp vårdhygieniskt arbete och VRI.
- *Kompetent personal* - Tillräckligt med personal med adekvat kompetens för att utföra sitt arbete är en grundläggande förutsättning för att kunna följa upp de hygienkrav och rutiner samt VRI vilket är en central del för att förebygga antibiotikaresistens.
- *Säkerhetskultur* - En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvård och omsorg är medvetna och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det ska finnas en öppen dialog om vikten att följa de vårdhygieniska krav och rutiner för att minska vårdskador på grund av VRI.
- *Patienten som medskapande* - Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Förslag på insatser

Utifrån ovanstående nulägesanalys bedömer vi att det finns ett behov av nationell samordning i det fortsatta arbetet med mätningar av följsamhet till vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och VRI. För att insamlad data ska kunna användas för uppföljning samt kvalitets- och utvecklingsarbete på lokal, regional, kommunal och nationell nivå behöver den vara av hög kvalitet och harmoniserad över landet. Vi ser att en utveckling behöver ske av både befintliga och framtida mätmetoder. För detta syfte föreslår myndigheterna att långsiktiga lösningar enligt nedan utreds vidare genom förstudier, samt att kortsiktiga lösningar tillämpas under tiden.

Förslag på lång sikt

För att säkerställa att de långsiktiga lösningarna möter de behov som finns på lokal, regional, kommunal och nationell nivå samt att lösningarna tar hänsyn till strukturella och regulatoriska förutsättningar föreslår vi två förstudier med start 2026 (figur 5).

Förstudie 1: System för mätningar för BHK och andra vårdhygieniska rutiner

Motivering

I dagsläget finns ingen gemensam databas eller digitalt system för insamling och bearbetning av data från mätningar av BHK. Enligt nulägesanalysen använder eller utvecklar kommuner och regioner en uppsjö av olika tekniska lösningar. Detta medför att metoden och innehållet i mätningarna inte är harmoniserade och försvårar framtida sammanställningar och jämförelser. Dessutom riskerar mindre kommuner och regioner med begränsade resurser att hamna efter. En gemensam databas och digital system som ger möjlighet till vissa lokala tillägg motverkar diversifiering och besparar resurser.

I dagsläget består mätningar av vårdhygieniska rutiner framför allt av PPM av BHK. Både ECDC [9] och WHO öppnar upp för mätningar av andra vårdhygieniska rutiner och förutsättningar. Ett gemensamt digitalt system underlättar således även införande och harmonisering av andra relevanta mätningar inom området vårdhygien.

Förstudiens syfte och innehåll

Syftet med förstudien är att utreda möjligheterna att ta fram en nationell flermodulärt system för vårdhygieniska rutiner, där en modul för PPM av BHK är ett första steg med möjlighet för inkludering av moduler för andra vårdhygieniska rutiner framöver. Systemet ska kunna samla in data på

observationsnivå (inte patientdata), aggregering av data på olika nivåer och innehålla en visualiseringsfunktion. Systemet ska kunna användas av olika typer av verksamheter, inklusive sjukhus, särskilda boenden och tandvård.

Exempel på innehåll i förstudie:

- Teknisk genomgång för systemet och BHK modulen, inklusive specifikation av önskade funktioner
- Kostnadsuppskattning och tidsplan för utveckling
- Förvaltning och förutsättning för implementering regionalt, kommunalt och centralt
- lämna förslag på ansvarsfördelning för förvaltning och vidareutveckling
- lämna förslag på finansieringsmodell
- Förutsättning för implementering regionalt och centralt
- Legala förutsättningar

Förstudie 2: Automatiserad övervakning av VRI och riskfaktorer

Motivering

De mätmetoder som används i dagsläget för övervakning av VRI och riskfaktorer är antingen resurskrävande i form av manuellt arbete eller kan brista i datakvalitet. Det finns därför ett stort intresse och stark efterfrågan för automatiserade lösningar både i Sverige och internationellt. Semi- eller helautomatiserade system besparar manuell arbetskraft och säkerställer i högre grad att mätningen sker likvärdigt över landet.

Det finns dock flera olika möjligheter på tekniska och metodmässiga lösningar till automatisering, liksom hur ett sådant system ska utvecklas, implementeras och förvaltas. Dessutom krävs en utredning av hur utvecklingen av ett automatiserat system för VRI förhåller sig till befintliga juridiska regelverk samt pågående digitala initiativ kring automatisering och interoperabilitet på nationell nivå. En utförlig förstudie av samtliga aspekter besparar både framtida arbete och kostnader när ett automatiserat system ska utvecklas och implementeras.

Förstudiens syfte och innehåll

Syftet med förstudien är att utreda förutsättningar och möjligheter för långsiktiga automatiserade lösningar för övervakning av VRI och riskfaktorer i regional hälso- och sjukvård.

Exempel på innehåll i förstudien:

- Nulägesanalys och utvecklingsbehov av befintliga tekniska lösningar, inklusive analys och förslag av möjliga algoritmer och/eller mätmetod, grad av automatisering för olika typer av VRI och riskfaktorer
- Kartläggning av tekniska och juridiska utmaningar
- lämna förslag på ansvarsfördelning för förvaltning och vidareutveckling
- lämna förslag på finansieringsmodell
- Förutsättning för implementering regionalt och centralt
- Kostnadsuppskattning och tidsplan för utveckling
- Övriga nationella och internationella strategier och initiativ inom hälsodata av relevans för utveckling av automatiserad VRI-övervakning
- Även om fokus i förstudien bör vara VRI-övervakning inom regional hälso- och sjukvård bör förutsättningar för att stötta utveckling av automatiserad övervakning av andra vårdskador samt VRI inom kommunal hälso- och sjukvård undersökas.

Denna förstudie kan genomföras i två faser. Den första fasen fokuserar på förutsättningar och genomförbarhet, och utreder vilka automatiserade lösningar som är lämpliga för den svenska kontexten samt ansvarsfördelning och långsiktig finansiering. Den andra fasen utgörs av en fördjupande analys av den föreslagna lösningen med fokus på teknisk utveckling och implementering.

Vidareutveckling av HALT

PPM av VRI och riskfaktorer inom kommunal hälso- och sjukvård (HALT) kan vidareutvecklas för att eventuellt erbjuda ytterligare mättillfällen. Annan utveckling bör undersökas kontinuerligt inklusive möjlighet till automatisering.

Figur 5. Förslag för nationell uppföljning av vårdhygien och VRI på längre sikt.



Förslag på kort sikt

Under tiden som långsiktiga lösningar utreds och utvecklas behöver regioner och kommuner använda och vidareutveckla befintliga metoder och system. De data som finns kan samlas in av nationella myndigheter i den mån det är möjligt. De tillfälliga sammanställningarna kommer sannolikt inte tillåta regionala eller kommunala jämförelser och inte kunna ge en nationell aggregerad siffra.

BHK och andra vårdhygieniska rutiner

För BHK och andra vårdhygieniska rutiner innebär detta:

- Insamling av befintlig BHK-data via enkätverktyg. Mätning görs företrädesvis med formulär på Socialstyrelsens webbsida
 - Förslag att Socialstyrelsen ansvarar för denna insamling och sammanställning
- Insamling av information om andra vårdhygieniska förutsättningar (WHO minimum requirements for Infection Prevention and Control) via enkätverktyg under 2026, 2028 och 2030. Vi bedömer att det är viktigt för uppföljningen av svensk vårdhygiensikt arbetet att Sverige deltar i dessa mätningar.
 - Förslag att Folkhälsomyndigheten ansvarar för denna mätning

Dessa förenklade insamlingar bör avslutas när system för insamling enligt långsiktigt förslag ovan finns på plats.

VRI och riskfaktorer

Eftersom regioner använder olika mätmetoder utifrån deras förutsättningar för VRI-övervakning innebär detta att:

- För de regionerna med en etablerad och kvalitetssäkrad användning av Infektionsverktyget bör Folkhälsomyndigheten fortsätta undersöka möjligheter till sammanställning av VRI-data från Infektionsverktyget (pågår idag). För att möjliggöra ett effektivt utvecklingsarbete behövs en efterfrågan från regioner samt nationell samordning. Nationella sammanställningar av VRI-data från Infektionsverktyget kan avslutas om och när ett automatiserat system för VRI övervakning har införts och bedöms vara tillräcklig täckande för att ge en nationell bild av de viktigaste VRI. Detta förslag rör inte lokal eller regional användning av Infektionsverktyget för VRI övervakning eller uppföljning av antibiotikaanvändning vid sjukhus, oavsett nivå.
 - Förslag att Folkhälsomyndigheten fortsätter ansvara för detta arbete

- Fortsätta delta i ECDC PPM av VRI på akutsjukhus vart femte år. Brett deltagande rekommenderas för att få en mer heltäckande bild av VRI-läget i Sverige med samma mätmetod.
 - Förslag att Folkhälsomyndigheten fortsätter ansvara för denna mätning
- De regioner som saknar fungerande användning av Infektionsverktyget rekommenderas att genomföra förenklade och nationellt samordnade PPM däremellan. Dessa nationella mätningar som infaller mellan ECDC PPM-mätningarna kan avslutas om och när ett automatiserat system för VRI övervakning har införts och bedöms vara tillräcklig täckande för att ge en nationell bild av de viktigaste VRI.
 - Förslag att Folkhälsomyndigheten ansvarar för denna mätning
- Fortsätta HALT-mätningar för den kommunala hälso-och sjukvården enligt befintlig arbetsplan, samt påbörja insatser för att höja deltagandet i HALT-mätningar.
 - Förslag att Folkhälsomyndigheten fortsätter ansvara för denna mätning

Kostnadsuppskattningar

Uppskattade statliga kostnader för de föreslagna förstudierna, oavsett ansvarig myndighet eller aktör, beskrivs i tabell 4. Observera att dessa kostnadsuppskattningar inte inkluderar utveckling av system. Förstudierna bedöms ha olika nivåer av komplexitet och spannen skiljer därför sig.

Tabell 4. Kostnadsuppskattningar (mnkr) för långsiktiga förslag

Aktivitet	Uppskattad kostnad	Huvudsakligt underlag för uppskattning
Förstudie 1: BHK/system för vårdhygien	5-7 mnkr	E-hälsomyndigheten, (bilaga 4), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (bilaga 5), Inera (dialog)
Förstudie 2: Automatiserad övervakning av VRI och riskfaktorer	10-12 mnkr	E-hälsomyndigheten, (bilaga 4), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (bilaga 5), Inera (dialog)

Uppskattning av kostnad utifrån E-hälsomyndighetens beskrivning av relevanta tjänster och tidsåtgång varierar något (bilaga 4 och 5) beroende på faktorer som löneschablon och overheadkostnader som kan variera mellan myndigheter. Vi har tagit hänsyn till detta vid framtagandet av spannet av de uppskattade kostnader.

Uppskattade statliga kostnader för genomförande av föreslagna mätningar av VRI och vårdhygieniska rutiner under tiden som långsiktiga system tas fram beskrivs i tabell 5. Första tillfället för varje mätning bedöms tillföra en engångskostnad.

Tabell 5. Kostnadsuppskattningar (mnkr) för kortsiktiga förslag

Aktivitet	Uppskattad genomförande-kostnad	Uppskattad engångs-kostnad	Underlag för uppskattning
PPM VRI och riskfaktorer	Upp till 2 mnkr per tillfälle	+ 1 mnkr för första tillfället	ECDC PPM 2023 (Folkhälsomyndigheten)
BHK mätning via enkät	Upp till 1 mnkr per tillfälle	+ 0,5 mnkr för första tillfället	ECDC PPM 2023 (Folkhälsomyndigheten)
WHO mätning via enkät	Upp till 1 mnkr per tillfälle	+ 0,5 mnkr för första tillfället	ECDC PPM 2023 (Folkhälsomyndigheten)
HALT ytterligare en mätning årligen	1 mnkr per år	-	Senior alert/Uppsala Clinical Research Center, Folkhälsomyndigheten

Kostnad för utförare

De olika mätmetoder som används idag innebär kostnader för utförare inom kommunal eller regional hälso- och sjukvård. SKR [6] har tidigare uppskattat kostnader för kommuner och regioner att genomföra PPM-BHK, till 10,4–18,9 mnkr för 14 deltagande regioner och 158 deltagande kommuner. Kostnader för inrapportering av mätresultat till SKR uppskattades till 1,1–2,2 mnkr för ett lika stort deltagande.

För att vidare undersöka kostnader relaterad till BHK mätningar inhämtades uppskattad tid för att genomföra en mätning av följsamhet till BHK på en vårdenhets från två regioner. Kostnaden för utföraren för en mätning på en vårdenhets (10 observationer) uppskattas till mellan 2 600 och 3 800 kr beroende på yrkesroll av genomföraren (bilaga 5). Exempelvis skulle kostnaden för att mäta följsamhet till BHK på ett särskilt boende med sex avdelningar uppskattas till mellan 15 600 och 22 800 kr. På ett sjukhus med tjugo avdelningar skulle det innebära en uppskattad kostnad på mellan 52 000 och 76 000 kr. Kostnadsuppskattningarna påverkas av yrkesroll för den som utför mätningen samt antal observationer som utförs per avdelning eller enhet.

Uppskattning av kostnader för regioner att genomföra och rapportera in resultat från PPM-VRI saknas i SKR:s rapport. Baserad på uppgifter från en region så tog genomförandet av ECDC PPM 2023 på ett universitetssjukhus och två mindre sjukhus (strax över 800 granskade patienter) uppskattningsvis 320 arbetstimmar. Analys och återkoppling av resultat uppskattades till 64 timmar. Totalt motsvarar det strax under 0,25 av en heltidstjänst och år för 800 patienter. En annan region med ett deltagande sjukhus med strax under 250 deltagande patienter angav att genomförandet av ECDC PPM 2023 tog uppskattningsvis 117 arbetstimmar. Detta motsvarar 0,07 av en heltidstjänst och år. För dessa regioner motsvarar det

strax under 0,03 av en heltidstjänst och år per 100 vårdplatser som ingår i mätningen. Beroende på yrkeskategorin hos de som genomför mätningen kan kostnaden för att genomföra en PPM av VRI uppskattas till mellan 23 500 och 52 800 kr per 100 vårdplatser (bilaga 5). I denna uppskattade kostnad ingår inte analys och återkoppling av resultat. Av insamlade uppgifter framgick det att de yrkesroller som kan vara aktuella är: specialistläkare (infektionsläkare, hygienläkare), ST-läkare, hygienskötterska, Strama-skötterska, Strama-apotekare, och verksamhetsutvecklare. Det behöver förtydligas att uppskattningen gäller den första mätningen av ECDC PPM. Vid upprepade PPM är det rimligt att anta att antalet timmar för utbildning och förberedelse minskar.

Kostnaderna som redovisas i detta avsnitt beskriver endast punktprevalensmätningar för BHK och VRI med befintliga mätmetoder och system. Att besvara enkäter och skicka data till en samordnande myndighet enligt de kortsiktiga förslagen ovan kan innebära merkostnader för regioner och kommuner. Kostnader för regioner och kommuner som resultat av de långsiktiga förslagen som beskrivs ovan uppskattas inte.

Konsekvensbedömning

VRI är den vanligaste vårdskadan och orsakar lidande för individen, ökad risk för död, förlängda vårdtider och ökade kostnader. När nationell övervakning av såväl VRI och riskfaktorer som BHK försvinner blir det svårare att identifiera och prioritera gemensamma förbättringsområden och åtgärder. Följande konsekvenser kan förutses om inga åtgärder vidtas:

Avsaknaden av nationella data försvårar för myndigheter att ge stöd till kommuner och regioner med utbildningsinsatser och metodutveckling. Dessutom påverkas möjligheten för Sverige att följa och rapportera utvecklingen av VRI och dess förebyggande insatser, såväl lokalt, regionalt som nationellt.

- I avsaknad av nationell samordning finns det en risk att regioner och kommuner använder olika mätmetoder med varierande definitioner, mått och rapportsystem som hindrar insamling av data för jämförelser och aggregering.
- Regioner och kommuner som inte utvecklar egna system kan inte följa sin egen utveckling längre eller identifiera förbättringsområden vilket kan leda till försämrad kvalitet inom området vårdhygien, ökad förekomst av VRI samt ojämlig tillgång av data på grund av skillnader i kapacitet mellan regioner eller kommuner. Större regioner kan dock ha möjlighet att utveckla egna system.
- Det finns en risk för att vårdhygienområdet kan förlora fokus och prioritering på regionala, kommunala och nationella agendor.

Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

- Utan nationella data kan Sverige inte delta i mätningar som sammanställs av ECDC, WHO och andra internationella organisationer.
- Att utföra de kortsiktiga förslagen, inom ramen för ordinarie förvaltningsanslag innebär omprioritering av annan verksamhet vid de ansvariga myndigheterna.
- En möjlig konsekvens av att införa förslagen kan vara tillfälliga undanträngningseffekter i verksamheter samt på regionalt, kommunalt och nationellt håll inom patientsäkerhetsarbetet och arbetet mot antibiotikaresistens. Det finns en risk att mer tid ägnas åt framtagandet av system och nya mätningar än att genomföra kvalitets- och utvecklingsarbete inom verksamheterna, även om mätningar är en viktig del av arbetet.

Slutsatser

Utifrån uppdragsbeskrivningen och informationsinsamlingen, drar Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen följande slutsatser:

Om mätmetoder och system:

Mätningar av följsamhet till BHK och andra vårdhygieniska rutiner och VRI ser olika ut i landet idag. Representanter från regioner, kommuner och statliga myndigheter är överens om att en utveckling av mätmetoderna är nödvändigt.

- Det finns ett tydligt behov av och efterfrågan på nationell samordning för att ge regioner och kommuner över landet jämlika förutsättningar till att samla in data av hög kvalitet och på ett jämförbart sätt.
- Syftet med mätningarna är i första hand att samla in data för verksamheternas kvalitets- och utvecklingsarbeten. Gemensamma och enhetliga mätmetoder och system medger även att verksamheternas data kan aggregeras på kommunal, regional och nationell nivå för uppföljning av indikatorer, mål och strategier, samt deltagande i internationella jämförelser.
- Utmaningar som kan försvåra arbetet med nationell samordning och utveckling av gemensamma mätmetoder och system är: regionala och kommunala skillnader i organisationsstruktur, arbetssätt och journalsystem; brist på ekonomiska och bemanningsmässiga resurser; samt avsaknad av lagstadgat krav på insamling av denna typ av data.
- För att utveckla gemensamma mätmetoder och system som är ändamålsenliga och resurseffektiva, behöver lösningarna vara förankrade hos användare i regioner och kommuner samt utvecklingsbara över tid enligt behov och tekniska möjligheter. Dessutom är ansvarsfördelning mellan huvudmän och långsiktig finansiering för förvaltning och utveckling en kärnfråga som kräver vidare diskussion och utredning. Framtagande av sådana system bör således vara väl utredda innan utvecklingsarbetet initieras.
- I uppdraget föreslår vi därför två förstudier som omfattar utveckling av system för mätningar av vårdhygieniska rutiner respektive automatiserade mätningar av VRI. Förstudierna är en investering och besparar både framtida arbetstid och utvecklingskostnader för regionala, kommunala och statliga huvudmän. Vidare föreslår vi hur data kan sammanställas under tiden som långsiktiga system utvecklats.
- Uppdraget adresserar två av tre områden som SKR slutat följa upp: BHK och VRI men inte övriga vårdskador. Vi ser att en väl genomförd förstudie för automatiserad VRI övervakning även kan bidra med kunskap

och erfarenhet till utveckling av automatiserad övervakning av andra vårdskador.

Om andra påverkansfaktorer:

- Vi vill även understryka att det krävs förutsättningar inom ledning, organisation, verksamhetskultur, bemanning samt kompetens hos personalen för att den data som samlas in via systemen ska komma till användning för verksamheternas kvalitets- och utvecklingsarbeten. Satsningar inom dessa områden är således en nödvändighet för framgångsrik implementering av de föreslagna långsiktiga systemen.
- Vårdhygieniskt arbete och förebyggandet av VRI är centralt för arbetet med patientsäkerhet och smittskydd samt i arbetet mot antibiotikaresistens.
- Utveckling och förvaltning av systemen som föreslås i detta uppdrag påverkas av frågan om samordningsansvar för vårdhygien. Oavsett hemvist för ansvaret krävs det en fortsatt god samverkan mellan relevanta myndigheter och aktörer.
- Slutligen vill vi understryka behovet av att samordna med övrig utveckling inom hälsodataområdet genom att bland annat, säkerställa standardisering och interoperabilitet med andra digitala system inom hälso- och sjukvård, samt vård- och omsorg.

Referenser

1. Agera för säker vård- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025 - 2030.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-5-9578.pdf>: Socialstyrelsen; 2025.
2. Svensk- strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024-2025.
<https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2024/06/svensk-strategi-for-arbetet-mot-antibiotikaresistens-2024-2025/>: Regering 2024.
3. Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige - ECDC- PPM 2023.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/vardrelaterade-infektioner-och-antibiotikaanvandning-pa-akutsjukhus-i-sverige-ecdc-ppm-2023/>: Folkhälsomyndigheten; 2023.
4. Vårdrelaterade infektioner
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/vardrelateradeinfektioner.65792.html>: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
5. Health burden infections antibiotic resistant bacteria 2016-2020.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria-2016-2020>: ECDC.
6. Material inom patientsäkerhet arkiveras.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/materialarkiveras.74634.html>: Sveriges kommuner och regioner (SKR).
7. The case for investment and action in infection prevention and control.
<https://www.who.int/publications/i/item/B09330>: WHO; 2025.
8. Pollard J, Agnew Eea. Umbrella review of economic evaluations of interventions for the prevention and management of healthcare- associated infections in adult hospital patients Journal of Hospital Infection 2025; 158:47-60.
9. Country visit to Sweden to discuss antimicrobial resistance issues based on a One Health approach <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/country-visit-sweden-discuss-antimicrobial-resistance-issues-based-one-health>: ECDC; 2025.
10. Sveriges modell för arbetet mot antibiotikaresistens - analys och förslag <https://www.statkontoret.se/publicerat/publikationer/publikationer-2025/sveriges-modell-for-arbetet-mot-antibiotikaresistens--analys-och-forslag/>: Statkontoret 2025.
11. Återrapportering av regeringsuppdrag- Ändring av uppdraget om samverkansfunktion och handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/nationella-samverkansfunktionen-mot-antibiotikaresistens/>: Folkhälsomyndigheten 2025.
12. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>: WHO; 2016.
13. Vägledning för vårdhygieniskt arbete
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradkunskapsstod/vardhygien/vardhygienisktarbetevagledning.82674.html>: Sveriges regioner i samverkan; 2022.

14. 10-punktsprogrammet <https://strama.se/wp-content/uploads/2022/06/10-punktsprogrammet-uppdaterad-kort-version-juni-2022.pdf>: Strama 2022.
15. Global strategy on infection prevention and control <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080515>: WHO; 2023.
16. Punktprevalensmätningar och markörbaserad journalgranskning- medlemmarnas syn på nytta, kostnad och utvecklingsbehov. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR); 2023.
17. Svenska HALT. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/svenska-halt/>: Folkhälsomyndigheten

Bilagor

Bilaga 1. Mätningar Vårdhygien och VRI

Bilaga 2. Enkätfrågor

Bilaga 3. Frågor vid dialogmöten

Bilaga 4. E-hälsomyndigheten- VRI kostnadsberäkning

Bilaga 5. Ekonomiska uppskattningar – Hälsoekonom



Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien
och vårdrelaterade infektioner (artikelnr 2025-6-9676)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.