

Evaluering av handlingsplan for et bedre smittevern 2019-2023

Først publisert: 05. mars 2024

Siste faglige endring: 05. mars 2024

Innhold

1. Innledning	3
2. Sammendrag	4
3. Punktvis oppsummering av måloppnåelse og status på tiltak ... 7	
4. Kobling til Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	12
5. Hovedmål 1: Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i helseinstitusjoner	13
6. Hovedmål 2: Bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge	21
7. Bedre organisering av infeksjonskontroll og oversikt over infeksjonskontrollprogram	25
8. Basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene	29
9. Smittevernveiledere, undervisnings- og informasjonsmateriale 34	
10. Bedre infeksjonsovervåkning i sykehus og i kommunale helseinstitusjoner	37
11. Sikre nødvendig beredskap for utbrudd av infeksjoner i helseinstitusjoner	41
12. Vaksinasjon	45
13. God infrastruktur	50
14. Renhold og dekontaminering	54
15. Mikrobiologiske laboratorier	57
16. Utdanning og opplæring i smittevern	60
17. Forskning	67
18. Bedre oversikt over smittevernet i Norge	68
19. Endringer i smittevernloven og relevante forskrifter	72
20. Smittevernhensyn i metodevurderinger	73
21. Vedlegg: Tabellarisk oppsummering av styringsgruppens anbefalinger knyttet til de ulike målene og tiltakene	75

Innledning

[Handlingsplan for et bedre smittevern - med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#) ble lansert i 2019. Den ble den andre handlingsplanen under den tverrsektorielle [Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 \(regjeringen.no\)](#)[1]. Handlingsplanen har åtte delmål og 37 tiltak.

Formålet med denne rapporten er å gjennomgå status og evaluere tiltakene i handlingsplanen. Rapporten må således ikke leses som en fullstendig anbefaling for ny strategi og handlingsplan.

Rapportens første del inneholder en kortfattet oppsummering av måloppnåelse og status, samt utvalgte anbefalinger fra styringsgruppen. Rapportens andre del inneholder en mer utdypende gjennomgang av status for handlingsplanens mange mål og tiltak.

Styringsgruppen for handlingsplanen består av representanter fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI), Statens Legemiddelverk, Direktoratet for E-helse, RHF-ene representert ved smittevernpersonell fra de fire helseregionene, Den Norske Legeforening, Den Norske Tannlegeforening, Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus (NSAS), Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Kommunesektorens Interesseorganisasjon (KS). Mandatet til styringsgruppen er primært å følge opp og rapportere på handlingsplanen.

Den samme styringsgruppen er også ansvarlig for å følge opp [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten \(regjeringen.no\)](#), som var den første humanhelsespesifikke handlingsplanen under ovennevnte strategi. [Handlingsplanen mot antibiotikaresistens er oppsummert i en egen rapport.](#)

Det er også verdt å merke seg at FHI i 2023 publiserte en [erfaringsgjennomgang av status for smittevernet i Norge \(fhi.no\)](#). Disse rapportene supplerer hverandre. Mens denne evalueringsrapporten fokuserer på handlingsplanens mål og tiltak, ser erfaringsgjennomgangen mer generelt på styrker, utfordringer og forbedringsbehov innen smittevernet i helsetjenestene. Begge rapportene løfter frem utvalgte anbefalinger for veien videre.

Infeksjoner utgjør en stor andel av registrerte pasientskader i sykehus. Smittevernarbeidet i helsetjenesten bør ses i sammenheng med Helsedirektoratets [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring \(2019-2023\)](#) og arbeidet for å redusere pasientskader - [Reduser pasientskader \(itryggehender24-7.no\)](#).

Denne rapporten utgis av Helsedirektoratet på vegne av styringsgruppen for handlingsplanen. Den er skrevet av Helsedirektoratet med bidrag og innspill fra styringsgruppens øvrige medlemmer.

[1] Strategiperioden er forlenget inntil ny strategi mot antimikrobiell resistens foreligger, jf. Folkehelsemeldingen 2023.

Sammendrag

Smittevern handler om hvordan man forebygger infeksjonssykdommer og begrenser spredning av smittestoffer. Infeksjonssykdommer har til alle tider vært blant de største truslene mot menneskers helse.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er infeksjoner som oppstår i kontakt med eller som følge av behandling, undersøkelse og pleie i helsetjenesten. I tillegg til personlige lidelser og helsetap for de som rammes, fører helsetjenesteassosierte infeksjoner til store behandlingskostnader for samfunnet.

Handlingsplan for et bedre smittevern 2019-2023 har to hovedmål fordelt på åtte delmål, samt 37 tiltak. I dette sammendraget refereres et utvalg av de mange målene og tiltakene, samt noen utvalgte anbefalinger fra styringsgruppen. Deretter følger en kortfattet punktvis oppsummering av status for alle handlingsplanens mål og tiltak, før alle mål og tiltak beskrives utfyllende i rapportens øvrige kapitler.

Det første hovedmålet går ut på å redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske helseinstitusjoner sammenlignet med 2017. Resultater fra punktprevalens- og insidensundersøkelsene i Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS), tyder på at det ikke har vært noen økning i forekomst av vanlige helsetjenesteassosierte infeksjoner[2]. Vi har imidlertid begrensede muligheter til å vurdere måloppnåelsen ettersom et overvåkingssystem hvor helsetjenesteassosierte infeksjoner kan overvåkes i sanntid, så langt ikke er etablert.

Det andre hovedmålet er bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge. Det har blitt utført mye godt arbeid i handlingsplanperioden, og mange tiltak er gjennomført eller påbegynt. Et gjennomgående trekk er imidlertid at mange av tiltakene har blitt forsinket. Covid-19-pandemien, som inntraff kort tid etter at handlingsplanen ble lansert, var en viktig bidragende faktor til at en del av arbeidet under handlingsplanen måtte settes på vent. Imidlertid har pandemien ført til bevisstgjøring rundt viktigheten av smittevernarbeid.

Et av de største og viktigste tiltakene i handlingsplanen er å etablere prosjekter for utvikling av et automatisert system for sanntidsovervåkning av helsetjenesteassosierte infeksjoner NoHAI. Nytteverdien av automatisert overvåking ble bekreftet under pandemien: det var mulig å identifisere helsetjenesteassosiert covid-19 ved å sammenstille data samlet inn for andre formål pga. midlertidig hjemmel for registerkoblinger. En kvalitetsstudie hvor muligheten for å identifisere helsetjenesteassosierte Clostridium difficile- og blodbaneinfeksjoner på tilsvarende måte, vil bli gjennomført høsten 2023. Før NoHAI kan utvikles må juridiske endringer og avklaringer på plass, inkludert om personvernet er ivarettatt ved sekundærbruk av data. Styringsgruppen vurderer at et slikt system vil ha en åpenbar nytte i smittevernarbeid og kvalitetsforbedring. Selv om det er blant de mer ressurskrevende oppgavene i handlingsplanen, er det viktig å ta i betraktning at et slikt system vil frigi betydelige ressurser ute i tjenestene gjennom reduksjon i manuell infeksjonsregistrering pålagt i dagens regelverk. I tillegg vil raskere oppdaging av utbrudd kunne gi sekundære besparelser.

God håndhygiene er effektivt for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det finnes dokumentasjon på at håndhygienetiltak er kostnadsbesparende, også i en høyressurssetting. Et viktig tiltak som er gjennomført, er etablering og implementering av Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST). Kvalitetsforbedring ifm. håndhygieneetterlevelse er et sentralt element. Erfaringen så langt er at NOST er effektivt og nyttig. Samtidig har flere foretak prioritert tiltaket ned av ressurs hensyn. Styringsgruppen støtter at det jobbes videre med implementering og videreutvikling. Tydeligere styringssignaler fra nasjonale myndigheter ville også kunne bidra til økt implementering.

Veiledere er viktige hjelpemidler for helsepersonell og annet klinikknært personale. Et omfattende tiltak i handlingsplanen gikk ut på etablering og oppdatering av en rekke spesifiserte smittevernveiledere. Noen av disse veilederne er kommet på plass, men mange har blitt forsinket eller stoppet opp av ressursmessige hensyn. Eksempler på viktige produkter som så langt ikke er kommet på plass, er veiledere for resistente mikrober, desinfisering og sterilisering av medisinsk utstyr (dekontaminering) og utbruddshåndtering i

helseinstitusjoner. Det er viktig å erkjenne at produksjon av veiledere er ressurskrevende arbeid, og står i fare for å bli nedprioritert til fordel for mer "akutte" oppdrag. Ressurser til slike oppgaver vil bidra til å sikre gjennomføring.

Handlingsplanen har flere tiltak om vaksinasjon. Influensavaksinasjon hos helsepersonell er viktig for pasientsikkerheten. Det har vært nedlagt betydelig innsats og kampanjevirkosomhet i tjenestene så vel som fra sentrale helsemyndigheter. Likevel er influensavaksinasjonsdekningen, ifølge beredskapsregisteret C19, dessverre en god del lavere enn målsetningen om 75 %. Det har imidlertid vært en jevn økning gjennom flere år. Lett tilgjengelig vaksinasjonstilbud, kombinert med god informasjon og aktiv lederinvolvering, bør kunne øke vaksinasjonsdekningen ytterligere. Befolkningsrettede informasjonstiltak må også antas å være nyttige i denne sammenhengen. På den positive siden er det høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet. Dette bidrar til at den norske befolkningen er godt rustet mot smittsomme sykdommer generelt. Det gode arbeidet som gjøres, bør fortsette for å sikre en vedvarende høy oppslutning om vaksinasjon.

En nevneverdig erfaring er at de tiltakene som ikke var ansvars plassert i planen, heller ikke synes å ha blitt fulgt opp. Det er all grunn til å tro at tydelig ansvars plassering øker sjansen for at tiltak gjennomføres.

Antimikrobiell resistens innebærer at bakterier og andre mikroorganismer blir motstandsdyktige mot medisiner, og gjør at infeksjoner blir vanskelige eller til og med umulige å behandle. Mesteparten av sykdomsbyrden knyttet til antimikrobiell resistens globalt er helsetjenesteassosiert. Den høye graden av reisevirkosomhet og globalisering medvirker til import av (multi)resistens til Norge. Effektivt og godt smitteforebyggende arbeid sammen med riktig antibiotikabruk kan motvirke at multiresistente organismer får fotfeste i Norge. Norge har fortsatt en svært gunstig resistenssituasjon sammenliknet med de fleste andre land, og vi har alt å tjene på å bevare denne situasjonen. Økende resistenstrykk vil medføre at infeksjonsforebygging blir desto viktigere i tiden fremover.

Det er utfordringer knyttet til ressurstilgang i helsetjenestene. Det synes å være generell opplevelse av personellknapphet i forhold til oppgavetrykk. Bidragsytende er også etterslep og slitenhet etter flere år med pandemihåndtering. Det er grunn til å anta at dette også går ut over smittevernet og annet forebyggende arbeid. Ressursmessige utfordringer har rammet flere av tiltakene og intensjonene i denne handlingsplanen, som f.eks. kvalitetsarbeid for god håndhygiene (implementering av NOST). Styringsgruppens medlemmer er også kjent med en opplevelse av tretthet i vaksinasjonsarbeidet etter pandemiinnsatsen, noe som kan ha bidratt til fallende influensavaksinasjonsdekning den siste sesongen. Godt smittevernarbeid forutsetter tilstrekkelige ressurser hva gjelder areal, personell og kompetanse. God lederforankring er viktig på alle nivåer av helsetjenester og nasjonalt.

Covid-19-pandemien synliggjorde et stort og udekket behov for både breddekompetanse og spisskompetanse innen smittevern. For det første bør generell smittevernkompentanse inngå tilstrekkelig i helsefaglige grunnutdanninger, samt gjennom opplæring på arbeidsteder og i videreutdanninger for helsepersonell. For det andre, er det viktig å anerkjenne verdien av spisskompetansen som ligger i smittevernfagmiljøene.

WHO har i sin nylig publiserte globale strategi for smittevern poengtert at infeksjonsforebyggings tiltak er kostnadseffektive og kan også gi høy avkastning i form av besparelser. En nylig publisert systematisk review-artikkel vurderte økonomiske aspekter ved intervensjoner for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner[3]. Funnene tydet på at en rekke tiltak er kostnadseffektive, og artikkelen var hovedsakelig basert på studier gjennomført i høyinntektsland. Resistens mot antimikrobielle medisiner forventes å øke kostnadene ved helsetjenesteassosierte infeksjoner fremover. En rapport OECD og ECDC[4] estimerte at en intervensjonspakke til 1,5 € per innbygger ville kunne forebygge ca. 27 000 dødsfall årlig i EU/EØS. I tillegg ville en slik pakke kunne lønne seg økonomisk innen et år og medføre store besparelser, anslagsvis 1,4 milliarder € årlig i EU/EØS.

Til sist ønsker vi å påpeke at god infeksjonsforebygging og godt smittevern kommer inn som en viktig del av vår nasjonale beredskap, så vel som i det kontinuerlige forebyggende arbeidet for god helse på befolknings- og individnivå. I 2022 identifiserte EU de tre største grensekryssende helsetruslene mot unionen: Patogener med pandemisk potensiale, CBRNE-trusler[5] og antimikrobiell resistens. En fellesnevner for alle disse tre er infeksjoner. I tillegg har WHO tidligere definert antimikrobiell resistens blant de ti største helsetruslene globalt. Under covid-19-pandemien opplevde Norge og verden hvordan smittevernberedskapen ble satt på prøve. Godt innarbeidet grunnleggende smittevern må antas å ha vært en viktig medvirkende faktor til at Norge klarte seg bra gjennom pandemien.

Utvalgte prioriterte anbefalinger fra styringsgruppen:

- Det bør jobbes videre med et elektronisk overvåkningssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner (NoHAI, se tiltak 9, 10, 11).
- Arbeidet med smittevernveiledere og faglige råd bør styrkes. Oppdaterte og gjennomarbeidede veiledere bidrar til harmonisering av smitteverntiltak i Norge og utgjør en viktig støtte til tjenestene (se tiltak 8).
- Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST) bør implementeres, videreutvikles og brukes aktivt i helsetjenestene (se tiltak 4, 5, 6).
- Det bør sikres grunnleggende breddekompetanse i smittevern gjennom de ulike grunn- og videreutdanninger innen helse. Dedikert smittevernpersonell bør gis mulighet til formalisert utdanning og spisskompetanse (se tiltak 31).

Tabellarisk oppsummering av anbefalinger finnes til slutt i rapporten.

[2] Covid-19 ikke medregnet

[3] [Economic evaluations of interventions to prevent and control health-care-associated infections: a systematic review - The Lancet Infectious Diseases](#)

[4] [AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf](#)

[5] CBRNE-trusler: Trusler knyttet til kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktiv stråling (R), kjernefysisk stråling (N) og eksplosiver (E).

Punktvis oppsummering av måloppnåelse og status på tiltak

Her gis en kortfattet oppsummering av status for alle handlingsplanens mål og tiltak. Handlingsplanen inneholdt en rekke frister, som ikke var oppnåelige (eller hensiktsmessige) pga. covid-19-pandemien. Vi har valgt å vurdere fremgangen utfra status ved utløpet av 2023, og ikke utfra de opprinnelige fristene fastsatt i planen.

Hovedmål 1: Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i helseinstitusjoner (delmål 1-5)

- Delmål 1 gikk ut på å redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i helseinstitusjoner i 2023 sammenlignet med 2017. Resultater fra punktprevalensundersøkelsene og insidensovervåkingen i Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) tyder på at det ikke har vært noen økning i forekomst av vanlige helsetjenesteassosierte infeksjoner. Om det har vært en reell nedgang, er mer usikkert.
- Delmål 2 handlet om å redusere forekomst av kateterassosierte blodbaneinfeksjoner i 2023 sammenlignet med 2021. Målet forutsatte etablering av et automatisert insidensovervåkningssystem eller at denne type infeksjoner ble meldingspliktig, men dette er så langt ikke kommet på plass. Det er derfor uvisst om målet er nådd.
- Delmål 3 går ut på at det ikke skal være noen økning i andelen blodbaneinfeksjoner for utvalgte resistente mikrober i handlingsplanperioden - MRSA og E. coli resistent mot 3. generasjons cefalosporiner. Dette målet var innfridd per 2022 (data fra 2023 er så langt ikke tilgjengelig).
- Delmål 4 går ut på at forekomst av sekundærsmitte i helseinstitusjoner for hver enkelt av mikrobene MRSA, VRE, KPB (CPO) og C. difficile skal reduseres sammenlignet med basisåret 2020. Det er ukjent i hvilken grad målet er oppnådd, og det er uansett problematisk å sammenligne med et pandemiår.
- Delmål 5 går ut på at antall varslede utbrudd i helseinstitusjoner skal reduseres sammenlignet med 2020, men det er ikke hensiktsmessig å vurdere antall varslede utbrudd opp mot et pandemiår. Indikatoren kan imidlertid være nyttig i en mer normal situasjon.

Hovedmål 2: Bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge (delmål 6-8)

- Delmål 6 innebærer at nasjonale, aggregerte tall i indikatorundersøkelsen ved utgangen av 2023 i gjennomsnitt skal være 20 % bedre enn i 2020. Indikatorundersøkelsen er så langt ikke gjentatt, men en slik sammenligning kan være en nyttig indikator under neste strategi.
- Delmål 7 går ut på å øke influensavaksinasjonsdekning hos helsepersonell i sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste til 75 %. Per mai 2023 var den registrerte dekningsgraden 55 % i spesialisthelsetjenesten og 31 % i primærhelsetjenesten. På tross av en jevn, årlig økning i dekningsgrad frem mot sesongen 2021/2022, er det langt igjen til målet er oppnådd.
- Delmål 8 handlet om implementering av et system for fortløpende elektronisk overvåking og rapportering av etterlevelse av håndhygiene i helseforetak og kommunale helseinstitusjoner innen 2021. Tiltaket ble forsinket pga. pandemien, men ved starten av 2023 har systemet NOST blitt rullet ut i

sykehusene. I primærhelsetjenesten er det startet opplæring. Systemet er tatt i bruk i enkelte sykehjem fra våren 2023, og det planlegges økt initiativ mot primærhelsetjenesten fra februar 2024. Se tiltak 4-6 for nærmere detaljer.

Sammendrag av status for de ulike tiltakene

Handlingsplanen inneholdt en rekke frister, som ikke var oppnåelige (eller hensiktsmessige) pga. pandemien. Vi har i stedet valgt å vurdere status for de ulike tiltakene iht. forventet fremdrift ved handlingsplanperiodens utløp.

Bedre organisering av infeksjonskontroll og oversikt over infeksjonskontrollprogram

- Tiltak 1 handlet om at kommunene skal ha oppdaterte og ledelsesforankrete infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner, og ha lokale mål for smittevern og pasientsikkerhetsarbeid som gjennomgås regelmessig. De fleste sykehjemmene som besvarte indikatorundersøkelsen hadde et infeksjonskontrollprogram, men det var ikke alltid oppdatert. Status hos den betydelige andelen av sykehjemmene som ikke svarte, er ukjent.
- Tiltak 2 gikk ut på at statsforvalteren skulle få oppdrag om å holde oversikt over kommunenes infeksjonskontrollprogram og lokale målsetninger. Oppdraget ble aldri gitt, men informasjon fra indikatorundersøkelsen kan tilgjengeliggjøres for statsforvalterne.
- Tiltak 3 innebar at RHF-ene skulle få oppdrag om å rapportere om infeksjonskontrollprogram og lokale målsetninger for sykehusene i sine regioner. Oppdraget ble ikke gitt, men indikatorundersøkelsen viste at alle sykehusene hadde infeksjonskontrollprogram, og at mye er på plass.

Basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene

- Tiltak 4 gikk ut på å etablere felles nasjonal standard for overvåkning av håndhygiene hos helsepersonell, samt elektronisk registreringsverktøy for å kartlegge håndhygieneetterlevelse. Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST) er etablert og lansert.
- Tiltak 5 går ut på at helseforetakene *skal* ta i bruk NOST, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter. Nær alle (eller alle) sykehus har representanter som har fullført opplæringen i NOST. Per juli 2023 er løsningen tatt systematisk i bruk ved 15 av 55+ geografiske enheter. Ifm. den globale håndhygienedagen oppga ca. 50 % av respondentene (14 av 27) at de hadde kartlagt håndhygienefasiliteter ifm. markeringen.
- Tiltak 6 går ut på at kommunene *bør* ta i bruk NOST, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter. Utrulling av NOST i primærhelsetjenesten startet våren 2023. Opplæring tilpasset primærhelsetjenesten tilbys fra høsten 2023 og noen sykehjem har tatt systemet i bruk. Det planlegges økt initiativ mot kommunehelsetjenesten fra februar 2024. En del sykehjem har evaluert håndhygienefasiliteter ifm. den globale håndhygienedagen.
- Tiltak 7 handler om å sikre deltakelse i kampanjer for å bedre etterlevelse av basale smittevernrutiner i helseinstitusjoner. Deltakelse i markeringen av den internasjonale håndhygienedagen er god i sykehus, men at det er rom for høyere deltakelse spesielt i primærhelsetjenesten. FHI har spilt inn at det er behov for å etablere bedre kanaler for å nå ut til den enkelte enhet i primærhelsetjenesten ifm. slike kampanjer.

Smittevernveiledere, undervisnings- og informasjonsmateriale

- Tiltak 8 omhandler utarbeidelse av en rekke prioriterte smittevernveiledere. Noen av disse veilederne er fullført, men mye av arbeidet har blitt forsinket eller stoppet opp av ressursmessige hensyn.

Bedre infeksjonsovervåkning i sykehus og kommunale helseinstitusjoner

- Tiltak 9 innebar et prosjekt med formål å utvikle en elektronisk modell for løpende automatisert overvåkning av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Nytteverdien av automatisert overvåking ble bekreftet under pandemien, da det var mulig å identifisere helsetjenesteassosiert covid-19 ved å sammenstille data samlet inn for andre formål i andre registre. Høsten 2023 vil det bli gjennomført et prosjekt som vil undersøke muligheten for på tilsvarende måte å identifisere helsetjenesteassosierte C. difficile- og blodbaneinfeksjoner. Før systemet kan utvikles må juridiske avklaringer og endringer på plass, samt ressurser.
- Tiltak 10 handler om elektronisk rapportering til helseregistre, samt at spesifikt kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner skulle tas i bruk. Spesifikt kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner er forsinket. Meldinger til MSIS[6] og SYSVAK[7] kan nå mottas elektronisk. Systemet rundt legenes meldeplikt (klinikermelding) kan forbedres, bl.a. kan klinikermelding fortsatt ikke sendes direkte fra journalsystemene, og meldingen til kommunelege må fortsatt sendes gjennom papirpost. FHI har tidligere løftet behov for å vurdere dagens meldeplikt fra leger.
- Tiltak 11 handlet om at Helse- og omsorgsdepartementet skulle vurdere å pålegge helseinstitusjoner å rapportere elektronisk til MSIS og SYSVAK, samt ta i bruk spesifikt kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner. Så langt er ikke alle tekniske forutsetninger på plass, og tiltaket er ikke gjennomført.

Sikre nødvendig beredskap for utbrudd av infeksjoner i helseinstitusjoner

- Tiltak 12 går ut på at helseforetak skal gjennomføre rotårsaksanalyser for definerte alvorlige helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det synes som om implementering av metoden har vært noe begrenset, og pandemien kan ha bidratt til dette. Muligens bør tiltaket promottes ytterligere. Ved en eventuell revisjon av malen for rotårsaksanalyse, bør man vurdere å endre betegnelsen til hendelsesanalyse.
- Tiltak 13 innebar styrking av feltepidemiologisk gruppe ved FHI, utvikling av mal for rotårsaksanalyse, samt å styrke kompetansetiltak og bistand ifm. utbruddshåndtering. Malen for rotårsaksanalyse ble utviklet, men implementeringstiltakene ble noe begrenset pga. pandemi og ressursituasjonen. Feltepidemiologisk gruppe ved FHI ble styrket under covid-19-pandemien, men i stor grad av midlertidige ressurser. Infeksjonsbyrden fryktes å øke fremover i takt med økende klimaendringer og naturtap. Erfaringene fra pandemien og andre nylige utbrudd (f.eks. mpox, pseudomonas, serratia), tyder på at det kan være behov for vedvarende styrking av denne kapasiteten.
- Tiltak 14 og 15 gikk ut på at helseinstitusjoner skulle gjennomføre nullrapportering av utbrudd, og at det skulle vurderes pålegg om nullrapportering. Det er kartlagt muligheter, men tiltaket er ikke iverksatt. Et automatisert overvåkningssystem (tiltak 9) vil kunne tjene noe av den samme nytten.
- Tiltak 16 innebærer at det skal gis egnet informasjon til befolkningen om risiko for å bli smittet med resistente bakterier i utlandet. Det er publisert råd knyttet til antibiotikaresistens og reiser på FHIs nettsider.

Vaksinasjon

- Tiltak 17 handlet om at FHI skulle gjøre en analyse av risiko og sårbarhet som grunnlag for å sikre høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet. Rapport er publisert og oppslutningen om barnevaksinasjonsprogrammet er vedvarende høy.
- Tiltak 18 handler om at kommuner og helseforetak skal ha oversikt over vaksinasjonsstatus blant eget helsepersonell. Slike oversikter kan fremskaffes på flere måter og nivåer, og under pandemien har det

vært midlertidig mulighet til å følge vaksinasjonsdekning hos helsepersonell gjennom registerkoblinger. Dette har gitt nye muligheter for å tilpasse og målrette smitteverntiltak. Oversikt over vaksinasjonsstatus på individuelt nivå er kun tillatt etter en konkret nødvendighetsvurdering.

- Tiltak 19 og 20 går ut på at helseforetak og kommuner skal bidra til influensavaksinasjonsdekning hos helsepersonell på minst 75 %. Per våren 2023 er det dessverre langt igjen til ønsket dekning er nådd, selv om dekningsgraden har økt gjennom handlingsplanperioden. Per mai 2023 var den registrerte vaksinasjonsdekningen ca. 55 % i spesialisthelsetjenesten og 31 % i primærhelsetjenesten.

God infrastruktur

- Tiltak 21 omhandler videreutvikling av byggveileder for smittevern i sykehus. Den største faglige endringen i handlingsplanperioden er utvikling av en kravmatrise for ulike sykehusarealer. Videreutvikling og revisjon av veilederen er fortsatt pågående.
- Tiltak 22 innebærer at RHF-ene skal sikre at smittevernpersonell involveres i nybygg- og renoveringsprosjekter. Tiltaket er viktig, men er utfordrende å implementere og vanskelig å måle.
- Tiltak 23 og 24 handlet om at det skulle føres nasjonal oversikt ulike typer godkjente isolater i helseregionene. Tiltaket er ikke gjennomført. Det er viktig at det holdes oversikt over isoleringskapasitet, men det er ikke alle typer isolasjonsfasiliteter som kan telles like presist (pga. omstillingsmuligheter er ikke antall isolater nødvendigvis en konstant størrelse). Isolasjonskapasitet bør inngå i RHF-enes beredskapsplaner, og oversikt bør være tilgjengelig for sentrale myndigheter ved behov. Generell mangel på isolater er påpekt i FHIs nylige erfaringsgjennomgang av smittevernet under pandemien.

Renhold

- Tiltak 25 går ut på at helseinstitusjoner skal oppdatere renholdsplaner basert på risikovurdering og ny nasjonal standard. Ny standard er etablert, men det er foreløpig uvisst hvor mange institusjoner som har oppdatert sin renholdsplan iht. den nye standarden.

Dekontaminering

- Tiltak 26 handler om å utarbeide nytt normerende produkt om dekontaminering av medisinsk utstyr. Tiltaket er satt på vent pga. den aktuelle ressursituasjonen.

Mikrobiologiske laboratorier

- Tiltak 27 handler om at helseforetakene for mikrobiologiske laboratorier skulle gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser av åpningstider og bemanning utenfor ordinær arbeidstid, samt vurdere om kommunikasjon med klinisk personell foregår på en hensiktsmessig måte. Det synes som man generelt har kommet et godt stykke på vei med gjennomføring av dette tiltaket, men med lokale variasjoner. Det er viktig for nytteverdien av slike ROS-analyser at forbedringspunkter følges opp med konkrete tiltak.
- Tiltak 28 gikk ut på at det skulle gis et eget oppdrag til FHI om å gjennomgå evidensgrunnlag og kost-nytteverdi av definerte diagnostiske hurtigtester. Oppdraget er så langt ikke gitt.
- Tiltak 29 handler om å lage en standard for diagnostikk og rapportering av *C. difficile*. Arbeidet ble utsatt, men det er plan om å ha et endelig utkast ferdig i løpet av 2023. (Mot slutten av året ser det ut til at prosessen er noe forsinket).
- Tiltak 30 handlet om å standardisere prøvetaking og rapportering ved blodbaneinfeksjoner. En rapport fra 2021 gir råd om analyse og rapportering av ulike agens til kliniker. Når det gjelder prosedyre for selve prøvetakingen henviser rapporten til [Nasjonal prosedyre for blodkulturtaking](#). Etterlignede blodkulturer blir jevnlig sendt ut for testing hos laboratoriene, og kvalitetsaspekter evalueres og diskuteres i de såkalte Ringtest-rapportene.

Utdanning og opplæring i smittevern

- Tiltak 31 handler om å styrke smittevern i grunn- og videreutdanning av helsepersonell mm. Tiltaket består i prinsippet av tre ulike deltiltak:
 - Legge til rette for at helsepersonell i Norge får mulighet til utdanning i smittevern på masternivå: Det har så langt ikke blitt tilrettelagt for en egen norsk utdanning i smittevern på masternivå. Det eksisterer en nordisk smittevernutdanning i Gøteborg, men få norske studenter har gjennomført denne utdanningen. Tilbudet er ikke tilstrekkelig til å dekke det norske behovet for formell utdanning innen smittevern.
 - Starte prosess for vurdering av medisinsk spesialisering for leger i smittevern og for å få smittevern faget tydeligere inn i læringsmål til andre legespesialiteter: Det er ikke startet noen prosess for egen legespesialitet i smittevern. Antakelig er det mer hensiktsmessig å jobbe for at formalisert og/eller anerkjent spisskompetanse i smittevern kan bygges på toppen av annen relevant spesialitet/kompetanse. Helsedirektoratet inkluderer for øvrig smittevernkompetanse i sitt pågående revisjonsprosjekt for felles kompetansemål (FKM) i spesialistutdanningen.
 - Utrede akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologi: Et slikt arbeid synes ikke å være påbegynt.

Forskning

- Tiltak 32 går ut på å vurdere å legge til rette for flere akademiske stillinger innen i smittevern. Styringsgruppen kjenner ikke til at dette har blitt tatt videre.

Bedre oversikt over smittevernet i Norge

- Tiltak 33 og 34 innebar utarbeiding og gjennomføring av indikatorundersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført i sykehjem i 2021 og sykehus i 2022, og har frembrakt nyttig informasjon om en rekke smittevernindikatorer. Andelen sykehjem som svarte var imidlertid begrenset.
- Tiltak 35 går ut på at helseinstitusjoner skulle gjennomføre interne revisjoner om smittevern i løpet av handlingsplanperioden. Minst to tredjedeler av sykehusene oppga å ha gjennomført slike interne revisjoner per 2022, mens status er mer uvisst når det gjelder kommunale helseinstitusjoner. Det synes som slike revisjoner utføres på varierende måter, og tjenestene har ytret ønske om en standardisert mal.

Endringer i smittevernloven og relevante forskrifter

- Tiltak 36 går ut på at relevante forskrifter innen smittevernområdet skal oppdateres. Dette arbeidet ble satt på vent pga. pandemien og samt pga. prosess med revisjon av aktuelle lover.

Smittevern hensyn i metodevurderinger

- Tiltak 37 innebærer en prøveperiode der smittevern hensyn skal inngå i nye metodevurderinger. Det synes å ha vært få, om noen, aktuelle metodevurderinger i handlingsplanperioden, og det er så langt ikke grunnlag for noen erfaringsoppsummering.

[6] MSIS: Meldingssystem for smittsomme sykdommer

[7] SYSVAK: Nasjonalt vaksinasjonsregister

Kobling til Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Handlingsplanen for et bedre smittevern skal ses i sammenheng med Helsedirektoratets [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring \(2019-2023\)](#) og arbeidet for å redusere pasientskader ([Reduser pasientskader \(itryggehender24-7.no\)](#)). Den sistnevnte handlingsplanen har tre hovedmål:

- færre pasientskader
- bedre pasientsikkerhetskultur
- varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Infeksjoner er et av innsatsområdene også i denne handlingsplanen. Planen detaljerer imidlertid ikke konkrete tiltak for infeksjonsforebygging, ettersom dette dekkes i Handlingsplan for et bedre smittevern.

Helsedirektoratet utgir årlige rapporter om pasientskader i Norge ([siste rapport finnes her](#)). Pasientskader utgjør en stor belastning for pasienter, pårørende og helsepersonell, og bidrar til ca. 15 % av de totale sykehuskostnadene[8]. I somatiske sykehus måles pasientskader med metoden Global Trigger Tool (GTT). Infeksjoner utgjør til sammen hovedandelen av de registrerte pasientskadene målt med GTT[9]. Dette støtter opp om behovet for videre systematisk arbeid innen infeksjonsforebygging.

Anbefaling fra styringsgruppen:

- Styringsgruppen ser synergieffekter ved at fagmiljøene for smittevern og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet samarbeider der det er naturlig. Forbedringskompetanse er et eksempel, hvor felles metoder og verktøy benyttes for å forbedre helse- og omsorgstjenestene. Slik kompetanse er relevant også i arbeidet med å nå målene i handlingsplanen for et bedre smittevern.

[8] [Sammendrag - Helsedirektoratet](#)

[9] [Resultater 2021 og trender fra 2012 - Helsedirektoratet](#)

Hovedmål 1: Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i helseinstitusjoner

Delmål 1: Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus og helseinstitusjoner i 2023 er redusert sammenlignet med 2017

Status

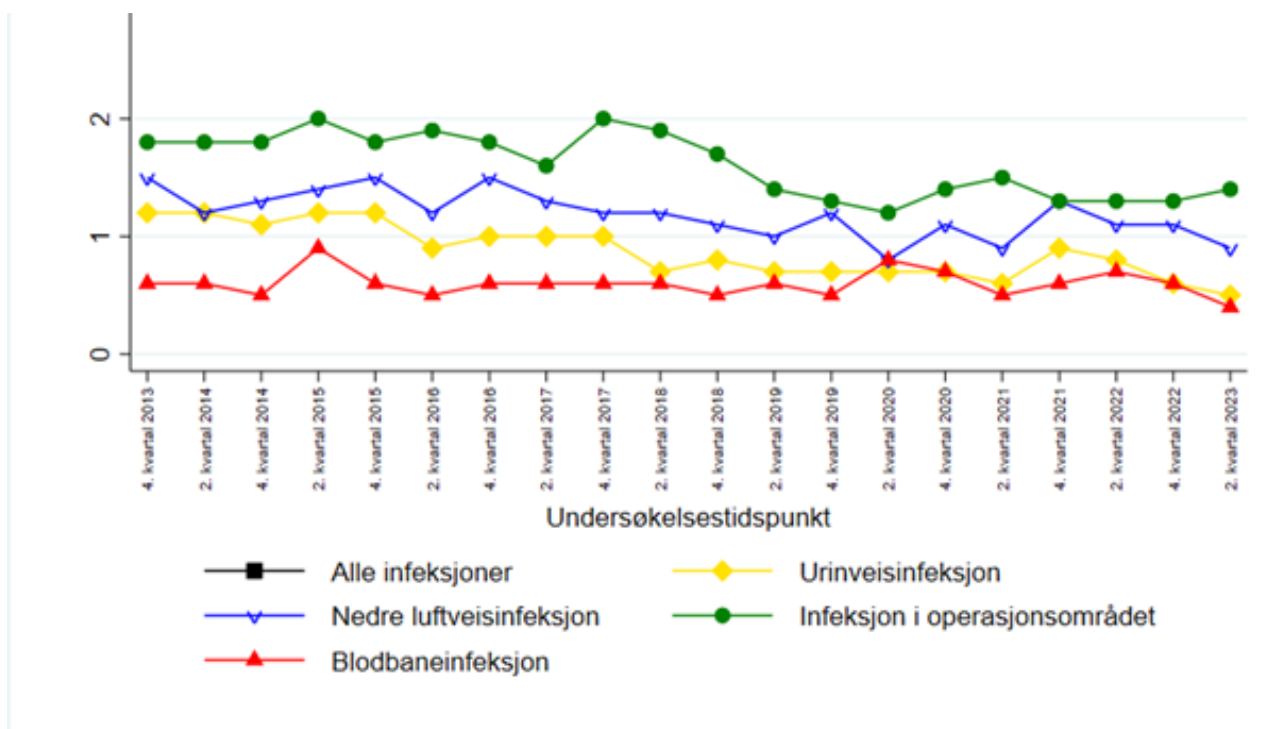
Dette er et sentralt delmål i handlingsplanen. Forekomsten skulle måles som beregnet insidens fra prevalensdata, samt fra insidensdata registrert i NOIS[10]. For å kunne svare på om delmål 1 er nådd, er nåværende nasjonale overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner i NOIS viktig.

Punktprevalensundersøkelsene

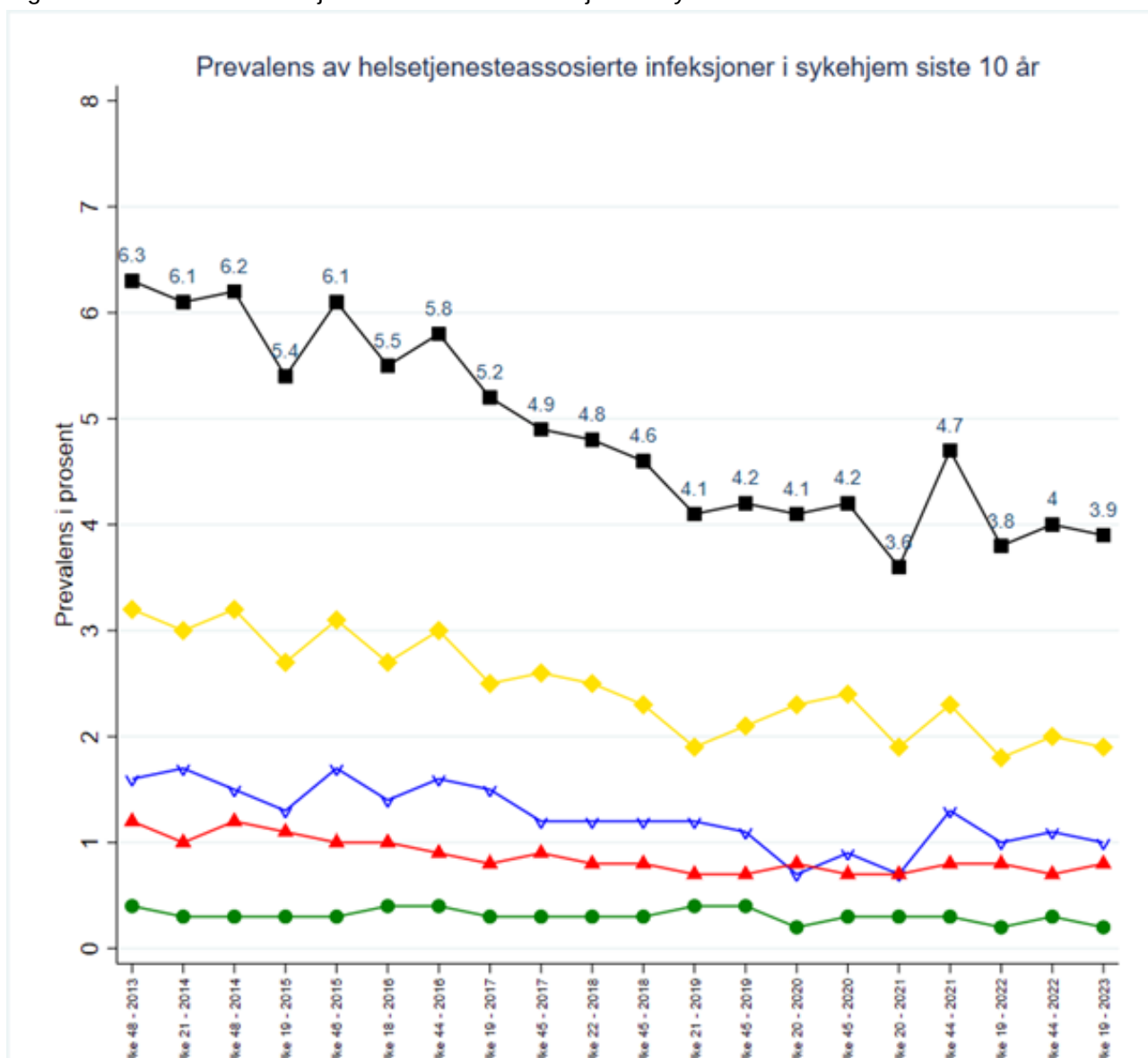
Det er obligatorisk for sykehus og sykehjem å delta i punktprevalensundersøkelser to ganger årlig (NOIS-registerforskriften). Undersøkelsene gir øyeblikksbilder for de vanligste helsetjenesteassosierte infeksjonene: urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative infeksjoner i operasjonsområder, blodbaneinfeksjoner (sykehus) og hud/sårinfeksjoner (sykehjem).

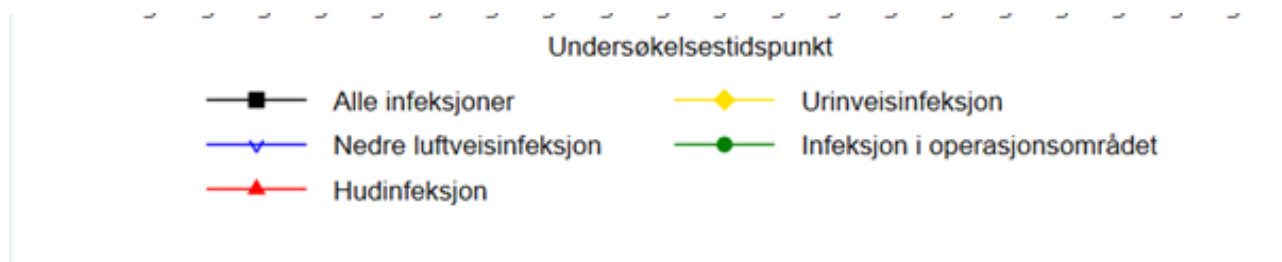
- Sykehus – prevalens av HAI blant pasienter på målingstidspunktet: Nedgang fra våren 2017 til våren 2023 på 1,3 prosentpoeng (fra 4,5 % til 3,2 %). Se Figur 1.
- Sykehjem - prevalens av HAI blant beboere på målingstidspunktet: Nedgang fra våren 2017 til våren 2023 på 1,3 prosentpoeng (fra 5,2 til 3,9 %). Se figur 2.





Figur 1: Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus siste 10 år. *Kilde: FHI.*

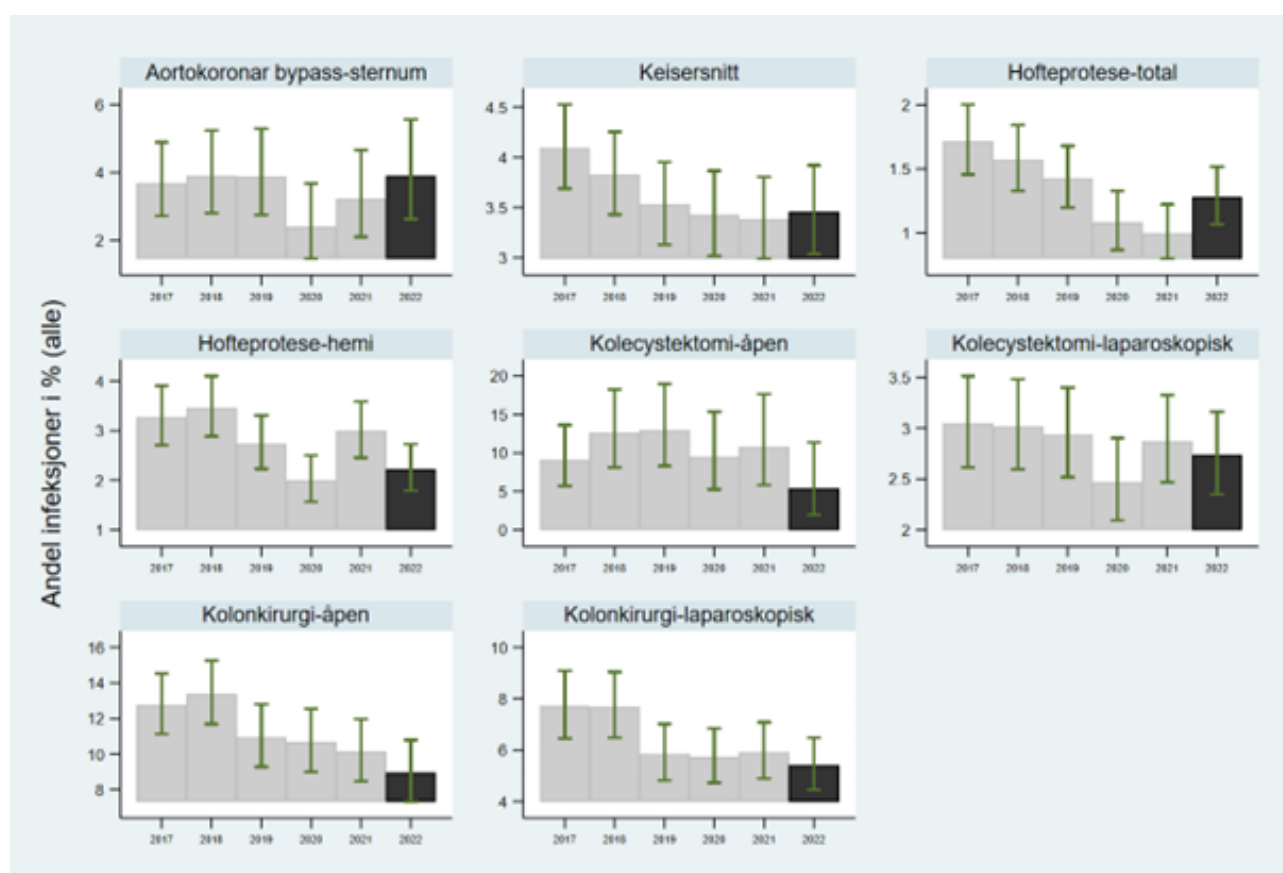




Figur 2: Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehjem siste 10 år. Kilde: FHI.

NOIS-POSI

Det er også obligatorisk for alle norske sykehus og dagkirurgiske klinikker å kontinuerlig overvåke infeksjoner i operasjonsområder etter fem typer kirurgiske inngrep ([NOIS-POSI \(fhi.no\)](https://fhi.no/no/tema/infeksjoner-i-operasjonsomradet)). Det ser ut til å være en nedgang i postoperative infeksjoner i operasjonsområder etter de fleste inngrepstypene. Nedgangen er statistisk signifikant etter innsetting av hemi- og totalproteser, samt etter koloninngrep (åpen og laparoskopisk, $p < 0,05$). Se Figur 3.



Figur 3: Nasjonal insidensandel av postoperative infeksjoner i operasjonsområder per overvåkingsinngrep 2017-2022. Merk ulik skala på y-aksen og manglende data fra ett stort helseforetak i 2022. Kilde: FHI.

Det er stort behov for vedlikehold og oppgradering av dataverktøyet som benyttes for innlevering av POSI-data til FHI, og stor usikkerhet knyttet til videre drift av / levetid for systemet. Oppgradering vil ikke bli prioritert på grunn av høye kostnader, og fordi systemet antageligvis vil bli erstattet av det automatiserte systemet NoHAI på sikt (se tiltak 9). Nasjonal overvåking i NOIS-POSI er viktig for å besvare delmål 1, inntil NoHAI eventuelt er etablert. Mindre kostnadskrevende nødløsninger for å sikre kontinuerlig overvåking av POSI vurderes.

Vurdering

Det ser ut til å ha vært en nedgang i forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner siden 2017, men tallene er beheftet med usikkerhet bortsett fra for postoperative infeksjoner i operasjonsområdet etter innsetting av hemi- og hofteproteser. Det er derfor usikkert om i hvilken grad delmål 1 er nådd. Smitteverntiltakene under pandemien gjør det også vanskelig å sammenligne pandemiårene med øvrige år. Styringsgruppen har imidlertid ingen grunn til å anta at det har vært en økning i handlingsplanperioden (bortsett fra når det gjelder covid-19).

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen anbefaler at det jobbes videre med et system for å etablere automatisk overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner og AMR, der data om antibiotika-bruk i helseinstitusjoner vil kunne inngå når de foreligger på pasientnivå.

Delmål 2: Forekomst av meldepliktige, kateterassosierte blodbaneinfeksjoner er redusert i 2023 sammenlignet med i 2021.

Status

Det var en forutsetning i handlingsplanen at helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner ble gjort meldepliktige (eller etablering av et automatisert overvåkningssystem), men det har så langt ikke blitt gjort.

Blodbaneinfeksjoner registreres i punktprevalensundersøkelsene i sykehus, men det fremgår ikke om de er kateterassosierte.

Vurdering

Det er ukjent i hvilken grad tiltaket er oppnådd, da det ikke finnes gode data.

Å gjøre helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner meldepliktige ville medføre merarbeid for helseforetak og sykehjem. Det ville også innebære ny meldingslogikk i MSIS. Antakelig er det mer hensiktsmessig å få på plass automatisert overvåking (NoHAI, tiltak 9).

Delmål 3: Det har ikke vært noen økning i andelen blodbaneinfeksjoner i perioden 2019-2023 for utvalgte resistente bakterier.

Med utvalgte resistente bakterier menes MRSA og E. coli resistent mot 3. generasjons cefalosporiner (resistens mot 3. gen. cefalosporiner er her omtalt generelt som ESBL, selv om det finnes mange varianter av ESBL). Disse to mikrobene medfører stor sykdomsbyrde i Europa; I ECDCs undersøkelse av sykdomsbyrde av AMR i perioden 2016-2020 var den største andelen av sykdomsbyrden forårsaket av E. coli resistent mot 3. generasjons cefalosporiner etterfulgt av MRSA på andreplass.

Handlingsplanen er ikke klar på om det med andel menes

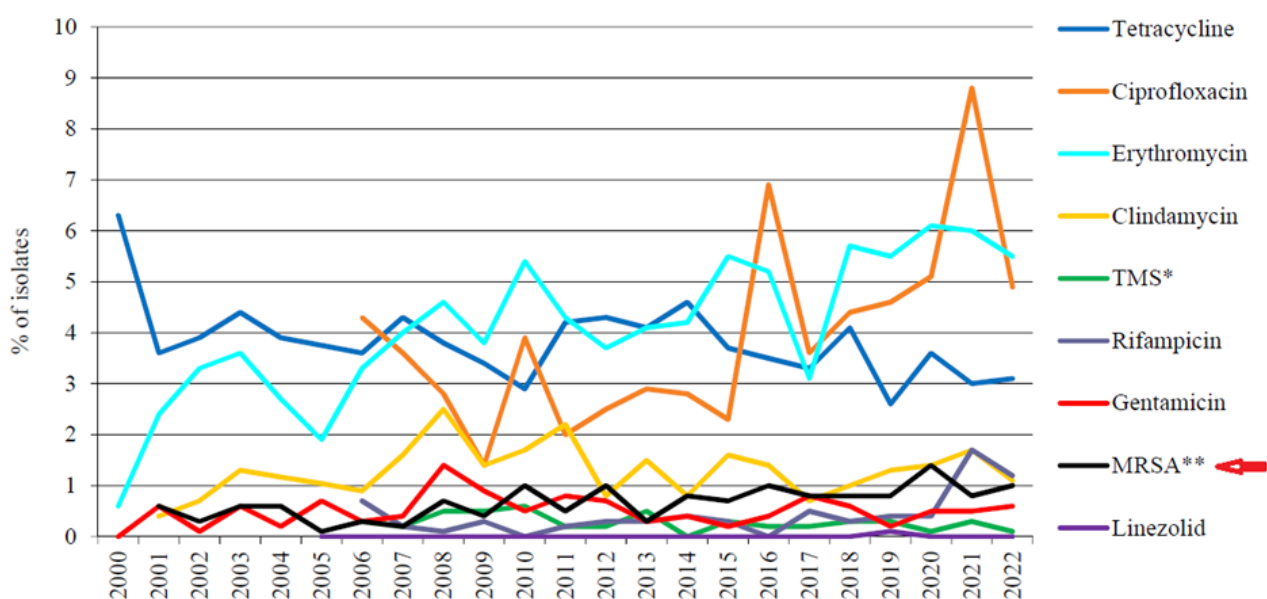
- A. Andelen av blodbaneinfeksjoner med S. aureus/E. coli som er resistente
- B. MRSA/E.coli_{ESBL} som andel av totalt antall blodbaneinfeksjoner

Vi legger til grunn at målet knyttes til alternativ A. Denne andelen har vært vanlig å rapportere gjennom internasjonale systemer, og det finnes data på i Norsk overvåkningssystem for resistente mikrober (NORM). For alternativ B har vi ikke funnet publiserte oppdaterte data på nasjonalt nivå.

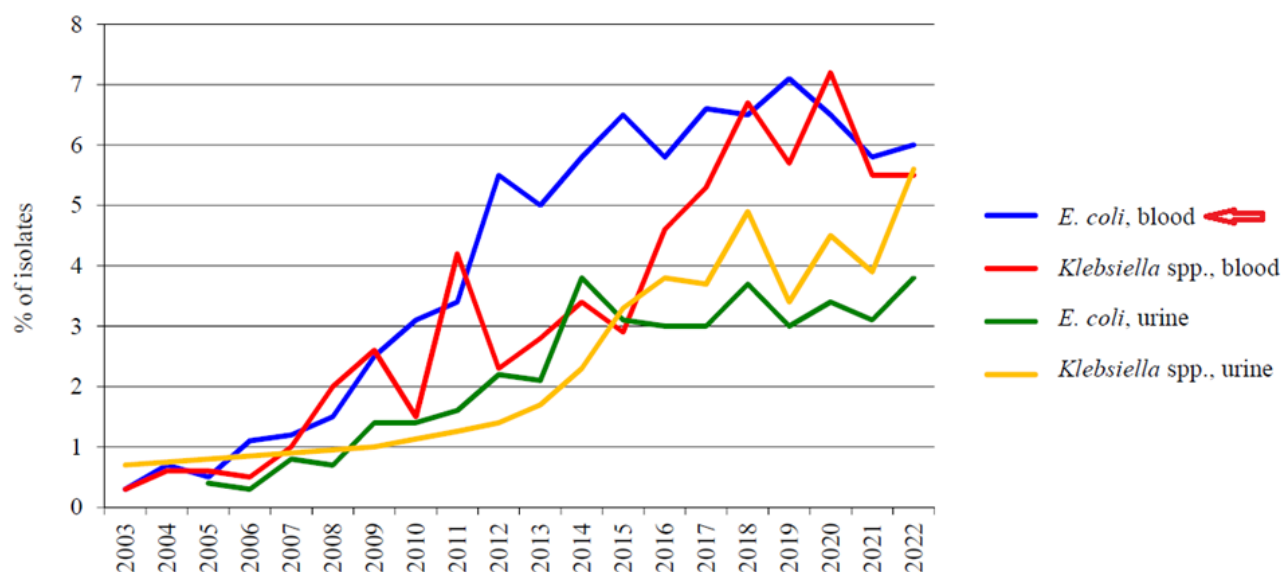
Status

Andel blodbaneinfeksjoner med spesifikke mikrober som er resistente, publiseres i NORM, basert på mikrobiologiske prøver.

For MRSA var andelen lav og uten signifikant endring fra 2019 til 2022 (Figur 4. Merk imidlertid at prosentandelen er basert på et lavt antall funn). For *E. coli*_{ESBL} var andelen lett synkende mellom 2019 og 2022 (Figur 5, rød pil).



Figur 4: Fra NORM-NORM-vet-rapporten for 2022. Prevalens av antimikrobiell resistens hos *S. aureus* blodkulturisolater 2000-2022.



Figur 5: Fra NORM-NORM-vet-rapporten for 2022. Prevalens av ESBL-produksjon hos *E. coli* (og *Klebsiella* spp.) i blod (rød pil) og i urin 2003-2022.

Vurdering

Andelen resistente blodbaneinfeksjoner med de utvalgte mikrobene har ikke økt så langt i handlingsplanerioden, og tiltaket kan således anses innfridd ihvertfall per 2022.

Som smittevernindikator må denne indikatoren tolkes med forbehold. En redusert andel resistente infeksjoner kan skyldes både at antallet resistente infeksjoner går ned, eller at det totale antallet infeksjoner går opp, og andelen kan også påvirkes av diagnostisk aktivitet[11]. Ideelt sett bør derfor disse tallene ses i sammenheng med insidensberegninger (se under). For MRSA er også tallene små.

Imidlertid er det også verdt å merke seg en MRSA-infeksjon ikke nødvendigvis kommer i stedet for en følsom infeksjon med gule stafylokokker (dvs. MRSA-infeksjoner kan være en "tilleggsbyrde"), hvilket styrker indikatorens betydning som mål på godt smittevern.

Styringsgruppen vurderer at disse indikatorene vil være viktige å følge også i neste periode, selv om det er enkelte forbehold knyttet til sammenhengen med smittevern/infeksjonsforebygging.

Klonale utbrudd av slike multiresistente bakterier har vært et uttalt sykehusproblem i mange land. Typiske "sykehusbakterier", som *K. pneumoniae* og karbapenemresistente bakterier, målt tilsvarende, ville kunne være nyttige som supplerende mål på smittevern i helsetjenesten.

Dataene i NORM er basert på mikrobiologisk diagnostikk, og er ikke knyttet opp mot f.eks. sykehusinnleggelser eller om infeksjonene er helsetjenesteassosierte. Det hadde derfor vært nyttig å koble slike data mot andre registre slik det er foreslått i NoHAI som så langt ikke er blitt realisert (se omtale av tiltak 9-11).

Selv om andelen resistente blodbaneinfeksjoner med de spesifiserte mikrobetyperne ikke har økt, er det verdt å merke seg en betydelig økning i antall påvisninger av karbapenemresistente bakterier fra 2021 til 2023. De fleste var påvist via screening. En stor del av økningen er meldt som smittet i Ukraina, men det har også vært betydelig økning i antall påvisninger meldt smittet i øvrige land og i Norge.

Delmål 4: Forekomst av sekundærsmitte i helseinstitusjoner for hver enkelt av mikrobene MRSA, VRE, KPB (CPO) og C. difficile er redusert sammenlignet med basisåret 2020.

Hva er status

Utbrudd varsles til FHI gjennom varslingsystemet [VESUV \(fhi.no\)](https://vesuv.fhi.no), men systemet gir ikke noen systematisk oversikt over sekundærsmitte (utbrudd) i helseinstitusjoner for de aktuelle mikrobene. Det er mange utbrudd som ikke varsles (se også delmål 5).

Per i dag er det først og fremst VESUV som kan gi noe informasjon om sekundær smitte i helseinstitusjoner. MSIS[12] data kan også til en viss grad benyttes til dette formålet ved å se på antall meldte tilfeller som er rapportert med å være prøvetatt i forbindelse med smitteoppsporing. Denne overvåkingen vil basere seg på godt utfylte kliniker/laboratiemeldinger. Per i dag mangler rundt 35 % av MSIS-meldingene informasjon om indikasjon for prøvetaking, herunder informasjon om prøven er relatert til smittesporing. Det er derfor vanskelig å benytte MSIS, slik systemet er i dag, som kilde til å si noe om sekundærsmitte.

Referanselaboratoriene gjør slektskapsanalyse av tilsendte isolater basert på sekvensering, men det er kun Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res) som sekvenserer alle innsendte isolater. Sekvensering av isolater med påvist ESBL gjøres på ulike laboratorier ved behov, for eksempel i

utbruddssammenheng. Nasjonalt referanselaboratorium for MRSA sekvenserer utvalgte isolater, samt i utbruddssammenheng. Nasjonalt referanselaboratorium for Clostridoides difficile sekvenserer per i dag svært få isolater. Det finnes ikke et nasjonalt system for å innhente informasjon om alle sekundærtifeller selv om referanselaboratoriene har påvist slektskap mellom isolater og orienterer om dette til helsetjenesten lokalt. FHI orienteres om utbrudd via VESUV eller dersom rådgivningstjenesten kontaktes direkte.

Vurdering

Det er ukjent i hvilken grad målet er oppnådd.

En utfordring er at FHI grunnet manglende hjemler i MSIS-forskriften ikke kan dele informasjon med referanselaboratoriene. Dette går utover kvalitet på data og norsk overvåking. Blant annet kan ikke Norge bidra til Europeisk overvåking innen dette området.

Et system for insidensovervåking med kobling av eksisterende registre (NoHAI, se tiltak 9-11) ville gjøre det mulig å følge nærmere med på dette delmålet.

Dersom automatisert overvåking (NoHAI) kommer på plass, vil det være nyttig å videreføre dette målet i en ny handlingsplan. Det er imidlertid problematisk å sammenligne med pandemiåret 2020 da det var generelle smitteverntiltak, og det må i så fall besluttes et nytt referanseår.

Delmål 5: Antall varslede utbrudd i norske helseinstitusjoner skal hvert år være mindre enn i basisåret 2020.

Status

FHI publiserer årsrapporter om varslede utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge. I [2021 var det en solid økning i antall varslede utbrudd \(fhi.no\)](#) sammenlignet med 2020, men økningen skyldtes utbrudd av covid-19. Antall varsler om utbrudd for andre agens var omtrent halvert i forhold til årene før pandemien (og slik var det også i 2020). [Antall varslede utbrudd økte også i 2022 \(fhi.no\)](#), og også dette året var utbrudd av covid-19 dominerende (86 %; 1233 av 1428 utbrudd).

Det er imidlertid viktig å påpeke at mange utbrudd ikke varsles, så rapporten gir ingen fullstendig oversikt over utbrudd. Det er også vanskelig å sammenligne pandemiårene med tidligere år. Under pandemien ble det påvist klar underrapportering til utbruddsvarslingssystemet VESUV sammenlignet med smitteclustere som ble påvist gjennom registerkobling (som var mulig gjennom det midlertidige beredskapsregisteret Beredt C19).

Vurdering

Det er ikke hensiktsmessig å vurdere antall varslede utbrudd opp mot 2020 grunnet pandemien.

Antall varslede utbrudd er en indikator som kan være vanskelig å tolke pga, bl.a. mulighet for rapporteringsbias (for eksempel kan økt antall varslede utbrudd skyldes økt oppmerksomhet om varsling snarere enn reell økning.) Men selv om indikatoren ikke gir et fullstendig bilde over smittesituasjonen, vurderes vi den som en nyttig indikator å følge med på i smittevernsammenheng, spesielt i en mer stabil situasjon.

Det hadde imidlertid vært mer effektivt å få implementert et automatisert overvåkingssystem (NoHAI, se tiltak 9-11).

[10] NOIS: [Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner](#)

[11] [Eurosurveillance | Staphylococcus aureus bloodstream infections: diverging trends of meticillin-resistant and meticillin-susceptible isolates, EU/EEA, 2005 to 2018](#)

[12] Meldingssystem for smittsomme sykdommer

Hovedmål 2: Bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge

Delmål 6: Nasjonale, aggregerte tall for helseforetak og kommunale helseinstitusjoner i indikatorundersøkelsen er ved utgangen av 2023 i gjennomsnitt 20 % bedre enn i 2020.

Status

Indikatorundersøkelsen ble forsinket pga. pandemien, men ble gjennomført i 2021 i sykehjem og 2022 i sykehus. Den er så langt ikke gjentatt.

Vurdering

Styringsgruppen vurderer at dette delmålet kan være en nyttig prosessindikator for smitteverninnsatsen under neste strategi. Forutsetningen er at indikatorundersøkelsen gjentas med tilsvarende innretning som sist. Det vil være forbehold ifm. at mange sykehjem ikke svarte på undersøkelsen i 2021.

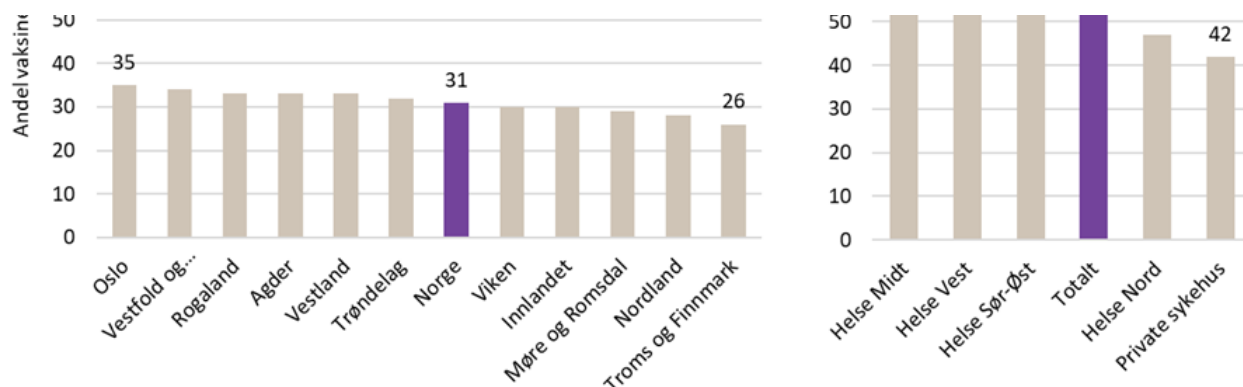
Delmål 7: Vaksinasjon av helsepersonell skal trappes ytterligere opp gjennom handlingsplanperioden slik at 75 % av alle sykehusansatte og ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten er vaksinert mot sesonginfluensa.

Status

Vaksinasjonsdekning, data fra beredskapsregisteret

Influensavaksinasjonsdekningen hos helsepersonell har vært økende over flere år frem til 2021/2022, men har avtatt under sesongen 2022/2023. Total dekning blant ansatte i helsetjenesten var 39 % per 21. mai 2023 (per mai 2023, jf. [FHIs ukerapport for uke 20 \(fhi.no\)](https://fhi.no/ukerapport-for-uke-20) ifølge beredskapsregisteret Beredt C-19.



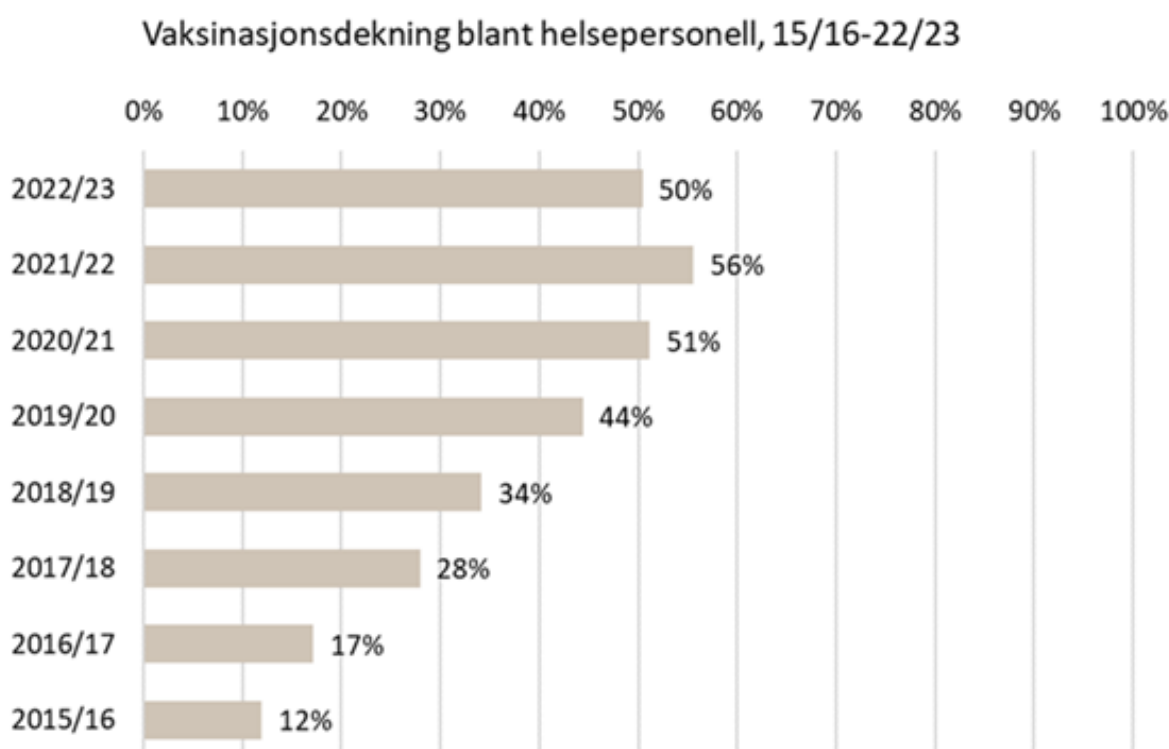


Figur 7: Andel helsepersonell ansatt i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten vaksinert mot influensa per fylke og helseregion, 3. oktober 2022 – 21. mai 2023. Kilde: Folkeregisteret, AA-registeret og SYSVAK.

Data fra spørreundersøkelser

I en nylig undersøkelse fra Helsedirektoratet svarte 54 % av helsepersonell at de planlegger å vaksinere seg mot influensa i år. Dette er en nedgang på seks prosent sammenliknet med fjoråret.

Ifølge selvrapporterte tall fra en spørreundersøkelse gjort av SSB over flere sesonger var gjennomsnittlig dekning 55 % i spesialisthelsetjenesten og 31 % i primærhelsetjenesten i sesongen 2022/23.



Figur 6: Selvrapportert vaksinasjonsdekning blant personer som jobber i helsetjenestene og har pasientkontakt. Figur fra SSB/FHI: [Vaksinasjonsdekning for influensavaksine 2022/2023](#)

Vurdering

Influensavaksinasjon blant helsepersonell er viktig for pasientsikkerheten, og det er dessverre liten grad av måloppnåelse for dette tiltaket. Dette til tross for betydelig innsats og kampanjevirkosomhet i tjenestene så vel

som fra sentrale helsemyndigheter. Det er positivt at vaksinasjonsdekningen har steget betydelig de siste ti årene, men denne økningen har vært fra et svært lavt nivå. For ytterligere betraktninger rundt årsaken til den lave dekningen, vises til omtale av tiltak 19 og 20 under.

Merk at det forekommer underrapportering av ansattvaksinering mot influensa til SYSVAK. AA-registeret kan inneholde flere enn de som reelt sett jobber i den enkelte institusjon til enhver tid. Begge disse forholdene kan føre til at rapportert vaksinasjonsdekning er lavere enn reelt. Vaksinasjonsdekningen fra nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) er således å regne som minimumstall. For noen foretak er nok den faktiske dekningen betydelig høyere enn det man finner i registerdata. I de selvrapporterte tallene for vaksinasjonsdekning gjennom SSB, vises gjennomgående høyere dekning enn registertallene (dog med en viss mulighet for seleksjonsskjevhet).

En annen utfordring er at handlingsplanen er inkonsekvent mtp. *hvordan andelen vaksinerte skal telles*: I handlingsplanens tekst og vedlegg forekommer ulike varianter; andel *ansatte i helseforetak*, andel blant *helsepersonell i sykehus/kommuner*, og andel *ansatte med pasientkontakt*. En erfaring er at ulike helseforetak leser kravene i handlingsplanen ulikt, og dette har medført tilbakevendende diskusjoner i fagmiljøet om hvordan man skal telle. FHI har i ukerapportene angitt dekning blant *helsepersonell ansatt i primær/spesialisthelsetjenesten* (men også stratifisert for yrkesgrupper der også renholdere inngår). Mange foretak rapporterer imidlertid vaksinasjonsdekning blant *alle ansatte*, hvormed både teller og nevner blir betydelig høyere enn i FHIs tall. Dekningsgraden kan *fremstå* lavere om man teller alle ansatte enn om man kun inkluderer helsepersonell med pasientkontakt. Fra smittevernaglig ståsted bør alle ansatte i helsetjenesten med pasientkontakt være vaksinert mot sesonginfluensa, også inkludert ansatte som ikke er helsepersonell (f.eks. renholdere). Men aller best er det selvfølgelig om alle ansatte er vaksinert, og styringsgruppen er kjent med at mange sykehus tilbyr alle ansatte influensavaksine.

Ettersom influensavaksinasjonsdekning er et uttalt og konkret mål (minst 75 %), er det oppmerksomhet rundt denne indikatoren. Ulike oppfatninger av hva som skal telles bidrar til diskusjoner og "støy". På denne bakgrunn anbefaler styringsgruppen at målsetningen presiseres entydig i neste strategiperiode. **Styringsgruppen anbefaler at man teller andel vaksinert mot sesonginfluensa blant ansatte med pasientkontakt.** Den eksakte utregningen er imidlertid mer komplisert å standardisere, og er det sannsynligvis mest hensiktsmessig å avgjøre lokalt.

En slik presisering bør ikke være til hinder for at arbeidsgivere fortsetter å tilby influensavaksine til alle ansatte. Dette er gunstig både av smittevernaglige grunner i tillegg til at det må antas å redusere sykefravær og således styrke beredskapen i helseinstitusjonene.

For ytterligere betraktninger rundt vaksinasjonsdekning se også avsnittene om tiltak 19 og 20.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen vurderer at målet om 75 % influensavaksinasjonsdekning er et viktig mål som bør videreføres.
- Det bør presiseres hvordan 75 %-målet skal forstås. Styringsgruppen anbefaler at strategi og aktuelle oppdragsdokumenter presiserer at 75 %-målet gjelder *alle ansatte i helsetjenestene med pasientkontakt*. Dette bør ikke være til hinder for at sykehus fortsetter å tilby influensavaksine til alle ansatte.
- Arbeidsgivere bør oppfordres til å sørge for at all vaksinasjon blir registrert i SYSVAK (redusere underrapportering).

Delmål 8: Helseforetakene og kommunale helseinstitusjoner har implementert et system

for fortløpende elektronisk overvåkning og rapportering av etterlevelse av retningslinjer for håndhygiene blant helsepersonell innen 2021.

Status

Systemet er laget og etablert: Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten ([NOST \(fhi.no\)](https://fhi.no)). Tiltaket ble forsinket pga. pandemien, men per starten av 2023 er det tilrettelagt for opplæring i alle regioner. Juli 2023 er løsningen tatt systematisk i bruk ved 15 av 55 sykehus (geografiske enheter). Opplæring tilpasset primærhelsetjenesten tilbys fra høsten 2023. Per starten av 2023 har to sykehjem tatt NOST systematisk i bruk (piloter). Se nærmere detaljer og anbefaling under beskrivelse av tiltak 4-6.

Bedre organisering av infeksjonskontroll og oversikt over infeksjonskontrollprogram

Tiltak 1 – Kommunene har ansvar for sine infeksjonskontrollprogram

Tiltaket

Kommunene skal innen utgangen av 2020 ha oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner. I tillegg bør kommunen definere lokale mål for smittevern- og pasientsikkerhetsarbeidet som gjennomgås jevnlig med hensyn til måloppnåelse.

Ansvar: Kommunene

Plikt til infeksjonskontrollprogram i helseinstitusjoner i spesialist – og kommunehelsetjenesten er hjemlet i [Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten](#) § 2-1. Forskriften inneholder krav om en rekke elementer som skal være på plass, og som forutsettes integrert i den daglige driften ved institusjonen. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) stiller også krav til virksomheten som er relevante i denne sammenheng, inkludert plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

Status

Indikatorundersøkelsen er en spørreundersøkelse fra FHI til helseinstitusjoner i kommunene og til sykehus/helseforetak, der en rekke indikatorer relatert til smittevern kartlegges (se tiltak 33). Undersøkelsen ble gjennomført i sykehjem i 2021, og inkluderte spørsmål om sykehjemmene har oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram.

Litt over halvparten av sykehjemmene svarte (54 %, 455 av omtrent 850 sykehjem). Her fremgår at en stor andel av sykehjemmene har infeksjonskontrollprogram (85 %). Av alle som svarte, anga ca. 2/3 at infeksjonskontrollprogrammet nylig var gjennomgått (24 mnd.) og basert på risikovurdering. En andel på 43 % av respondentene anga at sykehjemmets infeksjonskontrollprogram var basert på en lokal risikovurdering OG oppdatert siste 24 måneder.

På spørsmål om sykehjemsledelsen har tatt beslutninger om konkrete forbedringsområder innen smittevern siste 12 måneder, svarte over 90 % ja. På spørsmål om sykehjemsledelsen har avsatt ressurser til forbedringsområdene innen smittevern, svarte 60 % ja. På spørsmål om hvor ofte sykehjemsledelsen etterspør milepæler og resultater innen smittevern, var svarfordelingen som følger: Ukentlig/månedlig (32 %), Halvårlig (21 %), Årlig (14 %), Aldri/Vet ikke (33 %). Svarene må ses i lys av pågående covid-19 pandemi.

Vurdering

Det finnes ingen komplett nasjonal oversikt over status i landets kommuner og sykehjem. Indikatorundersøkelsen gir et inntrykk, men andelen sykehjem som besvarte undersøkelsen var begrenset, og det er ikke sikkert at utvalget var representativt (god mulighet for rapporteringsskjevhet). Det er vanskelig å vite hvordan forholdene er i den store andelen av sykehjem som ikke har svart. Det fremstår som det kan være stor variasjon - noen kommuner har mye på plass, og noen har kommet veldig kort.

Det bør nevnes at indikatorundersøkelsen ble gjennomført midt under pandemien, og at begrensede ressurser i den forbindelse kan ha påvirket svarandelen. Videre antar vi at det kan være aktuelt for mange kommuner å gjennomgå infeksjonskontrollprogram og andre mål og rutiner knyttet til smittevern nå i etterkant av pandemien. Det er mål om å gjenta indikatorundersøkelsen hvert tredje eller fjerde år.

Styringsgruppen vurderer at gode og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram er viktige for godt og systematisk smittevernarbeid i helseinstitusjoner. Vi vurderer at resultatene fra indikatorundersøkelsen vil være nyttige i det videre arbeidet med smittevern institusjonene. Indikatorsvarene bør gjennomgås av smittevernansvarlige og ledelsen av institusjonen/kommunen. Indikatorundersøkelsen bør gjentas. I den aktuelle handlingsplanen var helseforetakene mer forpliktet til deltakelse enn kommunene (*ska/versus bør*), hvilket kan ha bidratt til redusert deltakelse i sykehjemmene. I en ny handlingsplan bør også kommunene få i oppgave å delta i indikatorundersøkelsen.

Andre kommentarer

FHI har tidligere utarbeidet en [veileder til forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten \(fhi.no, PDF\)](#) der det finnes mer informasjon om hvordan man kan bygge opp et infeksjonskontrollprogram.

Tiltak 2 – Fylkesmannen har oversikt over infeksjonskontrollprogram i kommunene

Fylkesmannen vil få i oppdrag å ha oversikt over hvorvidt kommunene har oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner. I tillegg skal fylkesmannen innhente informasjon om kommunen har definert lokale mål for smittevern- og pasientsikkerhetsarbeidet som gjennomgås jevnlig med hensyn til måloppnåelse. Dette skal skje innen utgangen av 2021 og videreføres ut handlingsplanperioden.

Ansvar: Statsforvalterne

For overordnet forklaring av hva infeksjonskontrollprogram er, se avsnittet over om tiltak 1.

Status

Statsforvalteren skal ifølge styringsdokumentene bistå i arbeidet med implementering av generelle smitteverntiltak og følge opp arbeidet med riktig bruk av antibiotika og bedre smittevern. Så langt styringsgruppen er kjent med, har imidlertid ikke statsforvalterne mottatt spesifikt oppdrag om å ha oversikt over status for infeksjonskontrollprogram i kommunene, slik handlingsplanen la opp til.

Det vil nå være mulig for statsforvalterne å benytte seg av informasjon fra Indikatorundersøkelsen (se tiltak 33, samt overordnet beskrivelse over i avsnittet om tiltak 1).

Indikatorundersøkelsen kartlegger spesifikt om de kommunale institusjonene har oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram, i tillegg til andre indikatorer og mål for smittevernarbeidet. I tillegg kan statsforvalteren uansett, under utøvelsen av sin tilsynsfunksjon, be om å få se infeksjonskontrollprogram.

Vi har ikke innhentet noen systematisk tilbakemelding fra statsforvalterne på dette tiltaket.

Vurdering

Det ser ut til at aktiviteten knyttet til dette tiltaket har vært begrenset, antakelig fordi det ikke kom noe oppdrag slik handlingsplanen la opp til. Likevel kan statsforvalterne nå benytte seg av data fra indikatorundersøkelsen i sin oppfølging av kommunene. Imidlertid begrenses oversiktene fra indikatorundersøkelsen noe av at svarandelen var begrenset. Ettersom resultatene fra undersøkelsen relativt nylig er sendt ut, er det antakelig for tidlig å vurdere i hvilken grad de har vært brukt i statsforvalternes oppfølging av smittevernet i kommunene.

Merk også at statsforvalteren under utøvelse av sin tilsynsfunksjon uansett kan be om å få se programmet (forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, merknader til §2-1).

Styringsgruppen antar at oppmerksomhet fra statsforvalter kan bidra til økt fokus på infeksjonskontrollprogram i kommunene.

Andre kommentarer

Også Statens Helsetilsyn fører tilsyn med smittevernet i kommunal sektor. Det ble tidligere gjort en oppsummering av status på infeksjonskontrollprogram i sykehjem i 2005 ([Infeksjonskontrollprogram i sykehjem og kommunenes tuberkulosekontrollprogram - oppsummering av rapportering \(helsetilsynet.no\)](#), [Oppsummering av rapportering på smittevernområdet for 2004 \(helsetilsynet.no\)](#)) på bakgrunn av oppdrag i tildelingsbrev. Styringsgruppen kjenner ikke til at Helsetilsynet har gjort opp status på dette feltet i nyere tid.

Tiltak 3 – Helseforetakene har infeksjonskontrollprogram

De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å rapportere til styringsgruppen for handlingsplanen om oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram i helseforetakene i sin helseregion. I tillegg skal RHF-ene etterspørre at foretakene har definerte lokale mål for smittevern- og pasientsikkerhets-arbeidet som gjennomgås jevnlig med hensyn til måloppnåelse. Rapporteringen skal skje gjennom RKS-ene innen utgangen av 2020 og ut handlingsplanperioden.

Ansvar: RHF-ene

For overordnet omtale av infeksjonskontrollprogram, se tidligere avsnitt om tiltak 1.

Status

I oppdragsdokumentene til RHF-ene for 2020 er det angitt at handlingsplanen for et bedre smittevern inngår blant dokumentene som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten. Men styringsgruppen kjenner ikke til at det er gitt konkret oppdrag om å rapportere på infeksjonskontrollprogram, slik handlingsplanen la opp til. Føringer om infeksjonskontrollprogram finnes imidlertid i alle de regionale smittevernplanene.

RKS i HSØ og HN har så langt ikke innhentet status for infeksjonskontrollprogram eller lokale mål for smittevern og pasientsikkerhetsarbeidet, og de har heller ikke mottatt rapportering fra HF-ene på dette. RKS HSØ har innhentet rapport fra alle regionens helseforetak på måloppnåelse for målene satt i regional smittevernplan, (altså for regionale mål). RKS Helse Vest har innhentet status for måloppnåelse for alle risikoreducerende tiltak og mål i regional smittevernplan og rapporterer på vegne av Helse Vest RHF på utvalgte tiltak i regional smittevernplan til Styret i Helse Vest.

Imidlertid er mye informasjon samlet inn gjennom Indikatorundersøkelsen. Undersøkelsen kartlegger hvor mange sykehus/helseforetak som har oppdaterte og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram, i tillegg til andre indikatorer og mål for smittevern- og pasientsikkerhetsarbeid (se også tiltak 33). Indikatorundersøkelsen

ble gjennomført i sykehus i første halvdel av 2022, og svarprosenten blant sykehusene var høy - 65 av 66, (98 %) deltok. Alle sykehusene som svarte (43 av 66), hadde infeksjonskontrollprogram (100 %). Av disse svarte 65 % ja på at programmet er basert på en risikovurdering og identifisering av kritiske punkter i sykehuset. En andel på 53 % svarte at sykehusledelsen har rutiner for å gjennomgå infeksjonskontrollprogrammet. 86 % svarte at sykehusledelsen har tatt beslutninger om konkrete forbedringer på smittevernområdet siste 12 måneder. Antakelig er det noe variasjon mellom helseforetakene når det gjelder systemer og rutiner for gjennomgang og oppdatering.

For øvrig er det lite fokus på smittevern i de siste årenes oppdragsdokumenter til RHF-ene (Det har imidlertid blitt gitt føringer mtp. pasientsikkerhet).

Vurdering

Som også beskrevet under tiltak 1, vurderer styringsgruppen at gode og ledelsesforankrede infeksjonskontrollprogram er viktige for godt og systematisk smittevernarbeid i sykehus. Indikatorundersøkelsen i sykehus viser at mye er på plass. Styringsgruppen vurderer at resultatene fra indikatorundersøkelsen vil være nyttige i det videre arbeidet med smittevern sykehusene. Indikatorsvarene bør gjennomgås av smittevernansvarlige og ledelsen av institusjonen/kommunen, f.eks. ifm. internrevisjon (se tiltak 35). Resultatene fra den gjennomførte indikatorundersøkelsen må ses i lys av pågående pandemihåndtering. Undersøkelsen bør gjentas for å følge utviklingen og smittevern revisjoner/audits bør gjennomføres med utgangspunkt i disse undersøkelsene. Det er mål om å gjenta indikatorundersøkelsen hvert tredje eller fjerde år.

Basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene

Tiltak 4 – Nasjonal standard for overvåking av håndhygiene

FHI skal, i samarbeid med Helsedirektoratet, innen utgangen av 2020 utarbeide en mal med en felles nasjonal standard og forslag til tekniske løsninger for overvåking av hvordan anbefalinger for håndhygiene blant helsepersonell etterleves. Instituttet skal utarbeide et nasjonalt elektronisk registreringsverktøy og sammenstille nasjonale data om etterlevelse av håndhygiene i helseinstitusjoner. Det forutsettes at standarden tar hensyn til den knappe ressursituasjonen i helseinstitusjonene.

Ansvar: FHI

Status

Det er etablert standard for overvåking av etterlevelse av håndhygiene. Standarden er definert i samarbeid med den nasjonale arbeidsgruppen for håndhygiene, hvor alle regioner samt kommunehelsetjenesten er representert.

I april 2022 ble første versjon av Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST) lansert. Den tekniske løsningen er webbasert, og utarbeidet av FHI. NOST er primært et hjelpemiddel til tjenestene for å kartlegge etterlevelse av håndhygiene og andre smitteforebyggende tiltak, til bruk i lokal kvalitetsforbedring. Løsningen tillater også uttak av nasjonal statistikk. Observert etterlevelse av anbefalt praksis registreres ved bruk av håndholdt enhet som smarttelefon eller nettbrett.

Nasjonal arbeidsgruppe for håndhygiene har fungert som høringsgruppe, og jevnlig gitt innspill under utarbeidelse av løsningen.

Første versjon av løsningen har fire moduler:

- Fire indikasjoner (håndhygiene)
- Smykker, klokker og negler
- Hansker
- Beskyttelsesutstyr

Det er utarbeidet informasjons- og undervisningsmateriell for bruk av de ulike modulene for observatører og koordinatører, samt om anbefalinger til helsepersonell. Det er blant annet utarbeidet en detaljert mal for observasjon av håndhygiene. Denne vil videreutvikles fra høsten 2023, i tett samarbeid med Nasjonal arbeidsgruppe for håndhygiene og landets øvrige smittevernpersonell.

Den tekniske løsningen er godt mottatt. Men det har vært uttrykt bekymring fra deler av helsetjenesten med tanke på manglende ressurser til gjennomføring av systematisk observasjon. I tillegg til at det er ressurskrevende å gjennomføre observasjoner, er det også behov for grundig opplæring av observatører for å sikre standardisert registrering og pålitelige data. Mange opplever en stor knapphet på personalressurser til denne type oppgaver.

Planlagt fremdrift

Per starten av 2023 er NOST allerede rullet ut i helseforetakene, etter først å ha blitt testet ut i mindre skala ved enkelte sykehus. Det ble gjennomført "train the trainer" kurs i alle fire helseregioner høsten 2022, samt flere webbaserte oppsamlingskurs våren 2023. Nye kurs for sertifisering av koordinatorene og observatørene er planlagt fra august 2023. Opplæring for primærhelsetjenesten har startet, og det planlegges utrulling i primærhelsetjenesten fra våren 2023.

Nasjonal arbeidsgruppe for håndhygiene har utarbeidet anbefalinger for omfang av observasjon ved norske sykehus 2023/2024.

Det er gjennomført en nasjonal kampanje om NOST våren 2023. NOST var også deltema på håndhygienedagen 5. mai 2022 og 2023.

Tertialvise rapporter om etterlevelse av håndhygiene basert på NOST publiseres her: [Tertialvise rapporter \(fhi.no\)](https://fhi.no).

Vurdering

Som det vises til i handlingsplanen, har OECD tidligere på generelt grunnlag anbefalt tiltak for bedre håndhygiene som det mest kostnadseffektive tiltaket mot antimikrobiell resistens. I WHO's nylig publiserte globale strategi for smittevern, angis at håndhygiene er vist å være høyeffektivt og et essensielt tiltak for å hindre spredning av mikroorganismer og infeksjoner i helsevesenet. Det refereres videre til at bedret håndhygiene i helsetjenesten kan være svært kostnadseffektivt. Blant de strategiske målene i WHO-strategien fremheves behov for systemer for datainnsamling og feedback på smittevernindikatorer, hvorav håndhygiene fremheves spesielt. En nylig systematisk review-artikkel støttet også at tiltak for god håndhygiene er kostnadseffektivt i en høyressurs-setting[13].

Styringsgruppen vurderer at NOST er et nyttig hjelpemiddel i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten. Primo 2023 er det for tidlig å si noe om hvilken effekt systematisk observasjon ved hjelp av løsningen har på etterlevelse av håndhygieniske anbefalinger.

FHI (bl.a. Senter for forskning på epidemitiltak) planlegger studie for å se på effekten av etterlevelse etter implementering av NOST. Studien, med frivillig deltakelse, går ut på tilfeldig uttrekk av avdelinger til NOST eller kontroll (ikke NOST). Effektmål vil være etterlevelse etter NOST sett opp mot antall utbrudd/smittede (VESUV [14]) og antall infeksjoner (NOIS/NOIS-POSI[15]).

Som nevnt over, er det utfordringer knyttet til ressursbruk i tjenestene. Det har vært etterspurt tydeligere føringer om forventninger til omfang og deltakelse (utover det som allerede er beskrevet i handlingsplanen, jf. tiltak 5 og 6). Styringsgruppens medlemmer er kjent med en opplevelse av fatigue ute i tjenestene; det er vanskelig å prioritere kvalitetsarbeid i en situasjon der ansatte er presset og slitne, og særlig dersom kvalitetsarbeid går på bekostning av direkte pasientrettet arbeid. Spesielt ett RHF har vært tilbakeholdne til NOST, og spilt tilbake bl.a. at systemet er for komplisert og ressurskrevende. Ressurssituasjonen hos FHI har også vært utfordrende.

Det er ledelsen i hvert foretak (og ikke lokalt smittevernpersonell) som må ta stilling til hvordan NOST skal implementeres i det enkelte foretak og legge til rette for at det settes av ressurser som trengs. I noen tilfeller har man ventet på føringer/ledelsesforankring mtp. implementering av NOST. Det har også vært ytre ønske om at hver enhet/region selv kan bestemme hvilke avdelinger som skal gjøre observasjoner. I så måte bemerkes at standarden tillater at sykehusene selv kan velge hvilke avdelinger som vil delta, selv om det anbefales tilfeldig uttrekk.

Som nevnt over, er det utarbeidet *anbefalinger* for omfang av observasjoner ved norske sykehus. En tydeligere føring i eierlinjen om implementering av NOST ville kunne øke bruken. Dersom man vurderer *pålegg*, er det imidlertid viktig å ha i bakhodet at pålegg om deltakelse i spesifikke tiltak kan trekke oppmerksomhet og ressurser bort fra andre smitteverntiltak og kvalitetsarbeid som også er viktige lokalt.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST) bør implementeres, videreutvikles og brukes aktivt i helsetjenestene (tiltak 4, 5, 6).
- Tydeligere styringssignaler fra sentrale helsemyndigheter om deltagelse i NOST ville kunne øke implementeringen. Tilbakemeldinger fra HF og primærhelsetjenesten er at det er vanskelig å få prioritert NOST når det oppleves som frivillig.

Tiltak 5 – Overvåking av håndhygieneetterlevelse (1)

Helseforetak skal innen utgangen av 2021 ha satt i system et program for overvåking av hvordan anbefalinger for håndhygiene blant helsepersonell etterleves, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter. Overvåkingen skal utføres i henhold til felles nasjonal standard og teknisk løsning.

Ansvar: RHF

Status

NOST

For bakgrunn, se omtale av NOST under avsnittet om tiltak 4.

Utvikling av NOST ble forsinket pga. pandemien, og det har ikke vært mulig å forholde seg til den opprinnelige fristen satt i handlingsplanen. Per starten av 2023 er NOST rullet ut i helseforetakene, etter først å ha blitt testet ut i mindre skala ved enkelte sykehus. Det ble gjennomført "train the trainer" kurs i alle fire helseregioner høsten 2022. Nye kurs for sertifisering av koordinatorene og observatører er gjennomført våren 2023, og planlagt for høsten 2024.

Nær alle (eller alle) sykehus har representanter som har fullført opplæringen i NOST. Per juli 2023 er løsningen tatt systematisk i bruk ved 15 av 55+ geografiske enheter.

Gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter

Tilgang til håndhygienefasiliteter er essensielt for muligheten til god håndhygiene. Dette er så langt ikke en del av NOST, men det er diskutert om dette kan inngå som en ny modul i en senere versjon.

Kartlegging av håndhygienefasiliteter har vært en anbefalt aktivitet ifm. den globale håndhygienedagen i flere år. Dette var videre et hovedtema under årets markering (5. mai 2023). En av årets anbefalte aktiviteter var å kartlegge håndhygienefasiliteter i helseinstitusjoner, og gjennomføre forbedringstiltak ved behov. Per august 2023 er det mottatt evalueringsskjemaer fra 27 sykehus (minst 27 geografiske enheter), hvorav omkring 50 % rapporterer at de har kartlagt håndhygienefasiliteter ifm. markeringen.

Forbruk av hånddesinfeksjonssprit per avdeling har også vært foreslått som indikator, men styringsgruppen kjenner ikke til at det er etablert noen systematisert overvåkning av dette. Forbrukstall kan gi en rask og nyttig pekepinn om hånddesinfeksjon blir brukt, men det vil være utfordrende å skulle sammenligne avdelinger grunnet forskjeller i aktivitet og organisering.

Vurdering

Se omtale av tiltak 4.

Tiltak 6 – Overvåking av håndhygieneetterlevelse (2)

Kommuner bør innen utgangen av 2021 ha satt i system et program for overvåking av hvordan anbefalinger for håndhygiene blant helsepersonell etterleves, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter. Overvåkingen skal utføres i henhold til felles nasjonal standard og teknisk løsning.

Ansvar: Kommuner

Status

NOST

For bakgrunn, se omtale av NOST under avsnittet om tiltak 4. Utvikling av NOST ble forsinket pga. pandemien, og det har ikke vært mulig å forholde seg til den opprinnelige fristen satt i handlingsplanen. Utrulling av NOST i primærhelsetjenesten startet våren 2023. Enkelte kommuner har ytret ønske om å komme raskt i gang, og disse har fått tilbud om å delta på kursene som gjennomføres for spesialisthelsetjenesten. Noen sykehjem har tatt NOST systematisk i bruk (piloter). Opplæring tilpasset primærhelsetjenesten tilbys fra høsten 2023, og det planlegges økt initiativ mot kommunehelsetjenesten fra februar 2024.

Gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter

Kartlegging av håndhygienefasiliteter har vært en anbefalt aktivitet ifm. den globale håndhygienedagen (se også tiltak 5). Evalueringsskjemaer fra årets markering er ikke ferdig innsamlet (per 15.06.23).

Tilbakemeldinger mottas på vegne av ett eller i noen tilfeller flere sykehjem. Så langt oppgis i 17 av 60 tilbakemeldinger (28 %) at håndhygienefasiliteter er kartlagt ifm. årets markering. Se også omtale under tiltak 5.

Vurdering

Per starten av 2023 er det for tidlig å vurdere oppslutning om og effekt av NOST i primærhelsetjenesten. Formuleringen "bør" i handlingsplanen medfører at tiltaket ikke forplikter kommunene på samme måte som sykehusene (tiltak 5).

Som nevnt under avsnitt om tiltak 4, er det utfordringer knyttet til ressursbruk i tjenestene. Vi må anta at slike utfordringer også vil gjøre seg gjeldene i primærhelsetjenesten. Der ressursene er begrenset, kan det være vanskelig å sette av mye tid til kvalitetsarbeid på bekostning av det direkte pasientrettede arbeidet.

Tiltak 7 – (Deltakelse i) Nasjonale kampanjer for etterlevelse av basale smittevernrutiner

Kommuner bør, og de regionale helseforetakene skal, sikre relevant deltakelse i kampanjer for å bedre etterlevelsen i helseinstitusjonene av basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene.

Ansvar: RHF, Statsforvalterne

Status

Ifm. covid-19 har det vært gjennomført mange kampanjer, undervisninger, webinarer og markeringer for å bedre etterlevelsen av basale smittevernrutiner. I tillegg har den internasjonale håndhygienedagen blitt markert årlig. Det er utarbeidet mye informasjonsmateriale til bruk lokalt i helsetjenesten.

Nærmere om den globale håndhygienedagen

Det gjennomføres en årlig kampanje knyttet til den globale håndhygienedagen for helsetjenesten, 5 mai. Kampanjen har vært gjennomført siden 2010, siden 2013 i regi av FHI og Nasjonal arbeidsgruppe for håndhygiene. Temaene har i alle år vært knyttet til [håndhygiene \(fhi.no\)](https://fhi.no/handhygiene), eksempelvis teknikk, bruk av hansker, bruk av håndsmykker osv. I 2022 ble markeringen utvidet til å omfatte basale smittevernrutiner generelt.

FHI oppfordrer alle deltakende enheter til å registrere seg, for å kunne følge den årlige aktiviteten. De fleste sykehus deltar. Også et stort antall enheter i primærhelsetjenesten deltar, men her er det også fortsatt et stort antall enheter som ikke deltar. Det er utfordrende å nå frem til alle deler av primærhelsetjenesten med informasjon om markeringen og alt materiellet som utarbeides.

Vurdering

Deltakelsen i markeringen av den internasjonale håndhygienedagen er god i sykehus, nær alle deltar. I primærhelsetjenesten er det rom for høyere deltakelse og involvering, selv om deltakelsen har vært økende i senere tid. FHI har spilt inn at det er utfordrende å nå ut til aktuelle personer/enheter i kommunene og at det er behov for å etablere bedre kanaler ifm. slike kampanjer.

Antakelig vil god lederforankring lokalt bidra til økt deltakelse i slike kampanjer.

Andre kommentarer

FHI har for øvrig arrangert webinarer om smittevern som var svært populære under pandemien. Det arrangeres fortsatt webinarer, men tematikken er utvidet til også å omhandle andre ting enn smittevern.

[13] [Economic evaluations of interventions to prevent and control health-care-associated infections: a systematic review - The Lancet Infectious Diseases](#)

[14] [VESUV](#): utbruddsvarslingssystem

[15] NOIS: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Smittevernveiledere, undervisnings- og informasjonsmateriale

Tiltak 8 – Utarbeidelse og oppdatering av smittevernveiledere

FHI og Helsedirektoratet skal i henhold til tidsplan og oversikt gitt i Vedlegg 2, sørge for at prioriterte smittevernveiledere, og informasjons- og undervisningsmateriale er oppdaterte. Arbeidet skal skje i samarbeid med regionale kompetansesentre for smittevern og representanter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ansvar: FHI (og Helsedirektoratet)

Status

Handlingsplanens vedlegg 2 gir oversikt over de ulike veilederne. Noen eksisterer allerede som nasjonale veiledere med oppdateringsbehov, mens andre så langt ikke er laget. Oppdatering av veiledere er arbeidsintensivt (krever årsverk), og mye av dette arbeidet måtte settes på pause ifm. pandemien. Arbeidet er nå gjenopptatt for flere av veilederne, men ressursituasjonen i FHI og Hdir er utfordrende og påvirker videre fremdrift. Byggveileder for smittevern i sykehus er beskrevet separat under tiltak 21.

- [Veileder for basale smittevernrutiner i helsetjenesten \(fhi.no\)](#): Ny veileder ble etablert rundt mai 2022, da de fleste kapitler ble publisert. Noen kapitler har blitt ferdigstilt løpende siden da. Et siste kapittel ventes ferdigstilt ila. sommeren 2023.
- **Veileder resistente mikrober**: eksisterer ikke som samlet veileder. Det er tidligere publisert råd for ulike resistente mikrober på FHIs nettsider samt en MRSA-veileder. Prosessen er startet for å gjennomgå og samle denne tematikken i en ny veileder om resistente mikrober. Arbeidet er forsinket, påbegynt i første del av 2023. FHI har for øvrig omfattende [nettsider om antibiotikaresistens \(fhi.no\)](#). Noen, men ikke alle temasideene er oppdatert i senere tid.
- **Forebygging av postoperative sårinfeksjoner**: Eksisterer ikke fra før. Det er jobbet med en ny veileder, av Helse Midt i samarbeid med FHI. Veilederen er nesten ferdig og skulle på høring i slutten av 2022. Per april 2023 er den ikke publisert.
PS: Det eksisterer også en del kunnskap fra tidligere:
 - I 2010 ble det laget en [hurtigoppsummering](#) av litteratur for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som foreligger på FHIs nettsider.
 - WHO publiserte en veileder for postoperative infeksjoner i 2016.
 - FHI publiserte også i 2016/2017 en oversikt over oppsummert forskning ifm. innsatsområdet Trygg Kirurgi ifm. Pasientsikkerhetsprogrammet: [Tiltak innen innsatsområdet "Trygg kirurgi" i Pasientsikkerhetsprogrammet i Norge: Oversikt over oversikter](#).
 - Merk også at nasjonal retningslinje for antibiotika i sykehus inneholder anbefalinger om [antibiotikaprofylakse ved kirurgi](#).
- **Forebygge blodbaneinfeksjoner assosierte med bruk av ulike katetre**: Veileder ble publisert i 2021 og foreligger på nettet, utarbeidet av Helse vest i samarbeid med FHI: [Veileder for forebygging av infeksjoner ved bruk av intravaskulære katetre - FHI](#).
- **Dekontaminering inkludert steriltforsyning**: Tiltaket ble forsinket pga. pandemien. I lys av den aktuelle ressursituasjonen i Helsedirektoratet, vil det heller ikke være ressurser til å sette i gang arbeid med normerende produkt om dekontaminering i 2023. Se nærmere beskrivelse under tiltak 26.

- **Smittevern og helseinstitusjonsbygg:** Det finnes så langt ingen samlet veileder for smittevern i helseinstitusjonsbygg, men det er laget to separate veiledere for sykehus og kommunale heldøgns omsorgsplasser.
 - Byggveileder for smittevern i sykehusbygg ble publisert i 2018 av Sykehusbygg HF. Tiltak 21 i handlingsplanen går ut på videreutvikling av denne byggveilederen. Se omtale av tiltak 21 for nærmere status.
 - [Veileder for bygningstekniske smittevernråd for kommunale heldøgns omsorgsplasser](#), publisert av FHI januar 2023. Veilederen beskriver bygningsmessige forhold som har betydning for smittevern, med formål å beskytte beboere, besøkende og ansatte mot smitte.

Styringsgruppen har mottatt et innspill om det heller burde vært en samlet veileder for smittevern i sykehus og omsorgsbygg (dvs. slå sammen de to veilederne). Mye av smittevernhensynene er de samme i sykehus og omsorgsbygg, og det hadde vært praktisk for brukerne å ha én veileder å forholde seg til. Imidlertid er det også viktige forskjeller mtp. sykehus og omsorgsbygg utover det smittevernfaglige, og ulike hensyn må tas. Eksempelvis er omsorgsbygg ofte brukernes *hjem*. Særskilte hensyn må tas overfor beboere med demens. Videre kan det bli en omfattende prosess og praktiske utfordringer knyttet til å slå sammen disse veilederne (som i dag utgis av to ulike aktører) og holde dem oppdatert.

- **Utbruddshåndtering i helseinstitusjoner:** Det eksisterer per i dag ingen slik veileder, men det er plan om å utarbeide en veileder for nasjonale utbrudd i helseinstitusjoner. Den må ikke forveksles med [FHIs utbruddsveileder \(fhi.no\)](#), som er en veileder for kommuneleger og Mattilsynet ved smitte fra mat, vann eller dyr.
- **Forebygge kateterassosierte urinveisinfeksjoner:** Arbeidet med revisjon av veilederen er så langt ikke påbegynt. [Gammel veileder eksisterer på FHIs nettsider \(fhi.no\)](#) eksisterer på FHIs nettsider, sist oppdatert i 2015. Det er også publisert en [rapport om oppsummert forskning om forebygging av kateterrelatert urinveisinfeksjon fra 2016 \(fhi.no\)](#).
- **Forebygge nedre luftveisinfeksjoner/håndtering av respirasjonsutstyr:** Veileder eksisterer ikke og arbeidet er så langt ikke påbegynt. Det foreligger heller ingen internasjonal veileder.
- **Mathåndtering i helseinstitusjoner, inkludert morsmelkkjækken/-banker:** Veileder eksisterer ikke, og arbeidet er så langt ikke påbegynt. Det foreligger imidlertid noe informasjon på FHIs sider ([Forebygging av matbåren smitte i helseinstitusjoner \(fhi.no\)](#)). Siden inneholder en kortfattet oversikt over matbåren smitte. Morsmelkhåndtering omtales ikke. Dessuten finnes noe informasjon på Mattilsynets sider, samt Helsedirektoratets retningslinje for spedbarnsernæring.
- **Veileder smittevern i tannhelsetjenesten:** Veilederen foreligger som [faglige anbefalinger \(odont.uio.no\)](#) og ble publisert som pdf i 2018, signert UiO, UiB, UiT, DNTP, FHI. I situasjonsbeskrivelsen av smittevernet i Norge fra 2018 (som lå til grunn for handlingsplanen) ble det anført at det vil være behov for oppdatering mht. lovverksendringer. Styringsgruppen har også mottatt innspill fra det odontologiske fagmiljøet om at det er ønske om en gjennomgang og oppdatering etter erfaringene fra Covid-19-pandemien. Denne prosessen er så langt ikke startet.
- **Fleksible skop; renhold og desinfeksjon:** Veileder eksisterer så langt ikke, og arbeidet er ikke påbegynt. Det foreligger ulike lokale/regionale prosedyrer og retningslinjer. Medlemmer i styringsgruppen erfarer imidlertid at dette er et omdiskutert tema der praksis er variabel i tjenestene. Dette bygger opp under behovet for en veileder. Merk at handlingsplanens tiltak 26 (Nasjonale faglige anbefalinger for dekontaminering) imidlertid også er formulert slik at fleksible skop kan inngå i et normerende produkt om dekontaminering. Som anført over er tiltak 26 satt på vent. Før man eventuelt går i gang med en veileder om fleksible skop, er det grunn til å avklare utsiktene til om tiltak 26 skal gjenopptas på et senere tidspunkt.

Noen andre muligheter/behov for veiledere (ikke uttømmende)

- FHI har mottatt forespørsler fra fagmiljøet om en veileder for smittevern i nyfødtintensivavdelinger. Det har så langt ikke vært ressurser til å planlegge for en slik veileder. Ovennevnte utbruddsveileder og veileder for mathåndtering inkl. morsmelkkjølken/-banker kan imidlertid komme inn på noe av dette.
- [Isoleringsveilederen \(fhi.no\)](https://fhi.no) er fra 2004, og burde også gjennomgå/oppdateres. FHI har nylig igangsatt prosess mtp. dette.
- FHI har meldt behov for oppdatering av håndhygieneveilederen.

Vurdering

Oppdaterte veiledere er viktige hjelpemidler for helsepersonell og annet klinikknært personell, og bidrar til å redusere uønsket variasjon i praksis. Helsepersonell bruker veilederne både i dag-til-dag pasientoppfølging, og til å utarbeide lokale prosedyrer, infeksjonskontrollprogram etc. Utarbeidelse og oppdatering av veiledere krever imidlertid mye tid og ressurser. Pandemien har forsinket arbeidet, og ressursituasjonen fremover er utfordrende, noe som utfordrer arbeidet med veiledere generelt. I sin nylige [erfaringsgjennomgang av smittevernet i Norge \(fhi.no\)](https://fhi.no) viser FHI til et stort behov for å utvikle og oppdatere relevante evidensbaserte veiledere og relatert implementeringsmateriale.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Arbeidet med smittevernveiledere og faglige råd bør styrkes. Oppdaterte og gjennomarbeidede veiledere utgjør en viktig støtte til tjenestene.

Bedre infeksjonsovervåkning i sykehus og i kommunale helseinstitusjoner

Tiltak 9 – Utarbeide elektronisk modell for overvåking

FHI skal innen utgangen av 2020 etablere et prosjekt med det formål å utvikle en elektronisk modell tilsvarende den danske (HAIBA) som også skal sikre en systematisk koding av HAI i helseinstitusjoner. For å etablere effektive overvåkingsmodeller, skal det deretter iverksettes pilotprosjekter både i sykehus og i sykehjem før HOD skal ta stilling til en eventuell nasjonal implementering.

Ansvar: FHI (men HOD skal ta stilling til nasjonal implementering)

Status

Per i dag overvåkes helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) gjennom punktprevalensundersøkelser (NOIS-PIAH) i sykehus og sykehjem, som gir et øyeblikksbilde to ganger årlig. Det gjøres også nasjonal kontinuerlig overvåkning av infeksjoner i operasjonsområder etter spesifikke kirurgiske inngrep, for sykehus og dagkirurgiske klinikker ([NOIS-POSI \(fhi.no\)](#)). Overvåkingen i NOIS-POSI er ressurskrevende, retrospektiv og skjer etter et begrenset antall kirurgiske inngrep. Datakvaliteten er imidlertid god, og det samles inn informasjon om risikofaktorer for infeksjon.

Tiltak 9 omhandler et forbedret overvåkningssystem med bl.a. automatisert insidensovervåkning av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Hjørnesteinen vil være kobling av data fra eksisterende registre som Norsk Pasientregister, MSIS labdatabase og SYSVAK. Det vil danne grunnlag for løpende insidensovervåkning med digitale oversikter/dashboard og tilgang til egne kvalitetsdata, inkludert helsetjenesteassosierte infeksjoner, utbrudd og vaksinasjonsdekning blant pasienter, ansatte og beboere. Resultatene skal være lett tilgjengelig for helsepersonell og andre brukere. Tiltaksformuleringen omfatter planlegging, pilotering og vurdering av implementering av et slikt system.

Under pandemien ble det midlertidige beredskapsregisteret Beredt C19 opprettet med hjemmel i helseberedskapsloven. Gjennom Beredt C19 har det vært mulig å gjøre overvåkning på en måte som i stor grad tilsvarer det danske HAIBA. Forprosjektet for overvåkning av helsetjenesteassosiert-Covid-19 er nå ferdig. Som beskrevet i [erfaringsgjennomgangen fra FHI \(fhi.no, pdf\)](#), viste forprosjektet at et slikt system er gjennomførbart i praksis, og at det kunne automatisere prosesser som per i dag krever mye manuelt arbeid ute i tjenestene. Høsten 2023 vil det bli gjennomført et prosjekt som vil undersøke muligheten for på tilsvarende måte å identifisere helsetjenesteassosierte C. difficile- og blodbainfeksjoner.

Behov for en teknisk plattform er meldt til FHIs digitale portefølje, HODs Store satsninger, EUs Joint Action (myndighetssamarbeider) og DG-HERAs IT-plattform

Spesifikt og enhetlig kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner vil styrke kvaliteten i automatisk overvåkning. Arbeidet med slikt kodeverk er forsinket. I det ovennevnte prosjektet som starter høsten 2023, vil bruk av spesifikt kodeverk (ICD-10) også bli vurdert. Det vil også være nødvendig med enkelte justeringer i regelverket.

Vurdering

Styringsgruppen vurderer at et slikt overvåkningssystem vil være nyttig og kostnadsbesparende for tjenestene, og støtter at det iverksettes. Et slikt system vil ha åpenbar nytte i smittevernarbeid og kvalitetsforbedring. På sikt vil dette også gi en mulighet til å se data om antibiotikabruk, resistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner i sammenheng, samt gi data om helsetjenesteassosiert smitte blant ansatte i helsetjenesten. I WHO's nylige utkast til global strategi for smittevern, fremheves også behovet for god overvåkning av HAI på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det (tredje) koronautvalget anbefalte også nylig i sin rapport at *regjeringen bør vurdere lovforslag som innebærer økte muligheter for deling og bruk av data under alvorlige kriser, herunder styrke mulighetene for sammenstilling av registerdata.*

Selv om det er en av de mer ressurskrevende oppgavene i handlingsplanen, er det viktig å ta i betraktning at NoHAI vil kunne redusere arbeidsbelastning knyttet til rapportering, og således frigi ressurser i tjenestene. Det brukes mye ressurser på å samle inn data manuelt. Medlemmer av styringsgruppen erfarer at det her vil være et stort effektiviseringspotensiale ute i tjenestene. I tillegg kan utbrudd oppdages raskere, hvilket kan ha sekundære gevinster.

ECDC har nylig publisert en [rapport om læringspunkter etter covid-19-pandemien \(ecdc.europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/rapport-om-læringspunkter-etter-covid-19-pandemien), der de bla. Viser til behov for styrking av overvåkningssystemer, og det løftes også behov for automatisering og kobling av data fra ulike kilder/registre.

FHI rapporterer at det er økonomiske hindringer som nå holder prosjektet tilbake. Det mangler også regelverkshjemler. Det gjenstår også å avklare om personvernet er ivarettatt iht. GDPR ved sekundærbruk av data.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Det bør jobbes videre for et elektronisk overvåkningssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Tiltak 10 – Elektronisk rapportering til helseregistre (1)

Helseforetak skal og andre helseinstitusjoner bør rapportere elektronisk til MSIS og Sysvak, samt ta i bruk spesifikt kodeverk for HAI.

Ansvar: RHF, kommuner

Status

MSIS

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er et landsomfattende meldingssystem for smittsomme sykdommer, og inkluderer et helseregister med opplysninger om smittsomme sykdommer som er definert som viktig å overvåke av hensyn til smittevernet i Norge. Påvist tilfeller av meldingspliktig sykdom skal meldes til MSIS fra laboratorier og leger.

MSIS klinikermelding

MSIS klinikermelding, hvor behandlende lege skal melde sentrale kliniske og epidemiologiske opplysninger, kan også fra 2020 sendes elektronisk via webapplikasjonen klinikermelding.fhi.no (kun for brukere tilknyttet helsenettet). Det er imidlertid ikke teknisk løsning for elektronisk rapportering direkte fra elektronisk

pasientjournal (EPJ)-systemene. Under pandemien ble det også mulig å rapportere for covid-19 direkte fra smittesporingsløsningene til MSIS, via Fiks klinikermelding, driftet på Fiksplattformen som er eid av kommunesektorens interesseorganisasjon (KS).

Manglende mulighet for å rapportere direkte fra EPJ, med mulighet for å lagre kopi i pasientens journal, er et hinder for innmelding. Dette fører antakelig både til redusert etterlevelse (manglende meldinger og opplysninger) og forsinket innmelding. Klinikermelding skal også sendes til kommunelege, men så langt er det ingen mulighet for å sende dette elektronisk, så dette må fortsatt gjøres gjennom papirpost ([Elektronisk MSIS-melding - FHI](#)).

MSIS labdatabase

MSIS-labdatabase ble etablert i 2020 og skal inneholde informasjon om alle mikrobiologiske prøvesvar ved at svarrapporter sendes i kopi til MSIS labdatabase. Per mars 2023 sender 22 av landets 26 mikrobiologiske laboratorier alle svar til MSIS-labdatabase. Fra laboratoriene sendes kopi av prøvesvar hovedsakelig elektronisk, på et standard XML-format, Mikrobiologisk Svarrapport 1-3/1.4, både til MSIS-registeret og MSIS-labdatabase. Det sendes unntaksvis papirkopier fra laboratorier til MSIS, disse er det kun MSIS-registeret som kan motta. MSIS-labdatabase kan kun motta elektroniske meldinger. Laboratoriene har ikke meldeplikt til kommunelegen.

SYSVAK

Alle vaksinasjoner er meldepliktige til vaksinasjonsregisteret SYSVAK. Elektronisk rapportering er tatt i bruk og kan gjøres gjennom EPJ-systemer eller webløsning (SYSVAK-nett). Styringsgruppen erfarer at elektronisk SYSVAK-registrering fungerer bra i kommunene. Vaksinasjonsstatus er også tilgjengelig i kjernejournal.

Kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner

Arbeidet med å etablere spesifikt kodeverk for helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er forsinket, men et prosjekt som vil se på dette startes høsten 2023.

Vurdering

God overvåkning forutsetter enhetlig og god rapportering. Enkle elektroniske rapporteringsløsninger faciliterer prosessen og bidrar til bedre og mer komplett rapportering. Gode registre er dessuten viktig for fremtidig forskning og overvåkning av infeksjonssykdommer og antibiotikaresistens.

Kommunelegen og helseforetak har behov for enkelt å få oversikt over situasjonen i egen kommune/helseforetaksregion, og dagens papirbaserte meldingsordning til kommunelegen fungerer ikke optimalt. Klinikermeldingene er ofte mangelfulle, og meldedekningen fra leger er lav (ca. 50 % uten purring). FHI har tidligere løftet behov til HOD for å vurdere dagens meldeplikt fra leger til kommuneleger. Det ble vist til at det er behov for å forbedre og digitalisere overvåkningssystemet og for å gi kommunene bedre verktøy i smittevernarbeidet.

Tiltak 11 – Elektronisk rapportering til helseregistre (2)

Departementet vil vurdere nødvendige forskriftsendringer for å pålegge alle helseinstitusjoner å rapportere elektronisk til MSIS og Sysvak, samt ta i bruk spesifikt kodeverk for HAI.

Ansvar: HOD

Status

Det er ikke innført slik plikt.

Vurdering

Tekniske forutsetninger og andre forutsetninger (kodeverk) må på plass før det pålegges plikt om elektronisk rapportering (se omtale av tiltak 10 over).

Sikre nødvendig beredskap for utbrudd av infeksjoner i helseinstitusjoner

Tiltak 12 – Rotårsaksanalyser

Helseforetak skal, med bidrag fra kommunen når nødvendig, fra og med 2020 gjennomføre rotårsaksanalyser for definerte alvorlige helsetjenesteassosierte infeksjoner og mikrober etter standardisert mal.

Ansvar: RHF, kommuner

Hva er status

Tiltaket bygger på tiltak 13, som går ut på at FHI skal utvikle nødvendige verktøy for rotårsaksanalyse og få dem implementert i helsetjenesten.

FHI har i samarbeid med UNN og OUS utarbeidet [malen for rotårsaksanalyse \(fhi.no\)](https://fhi.no/malen-for-rotarsaksanalyse) for helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og multiresistente mikroorganismer. Malen ble publisert på FHI sine sider i november 2021, og lansert i møte med fagdirektører for sykehusene og de regionale kompetansesentrene for smittevern (RKS-ene). Ifølge handlingsplanen vil rotårsaksanalyser i første omgang bli benyttet mot karbapenemaseproduserende bakterier (CPB/CPO), men verktøyet kan brukes til alle typer uønskede hendelser som kateterassosierte blodbaneinfeksjoner og alvorlige postoperative infeksjoner.

Ifølge indikatorundersøkelsen som ble utført i sykehus i første halvdel av 2022 svarte 26 % av sykehusene ja til at det var etablert rutiner for bruk av rotårsaksanalyser knyttet til HAI. Den reelle bruken kan imidlertid være mer utbredt, ettersom indikatorundersøkelsen ble utført kun noen måneder etter at verktøyet ble ferdig. Videre ble undersøkelsen gjort under en intensiv fase i pandemihåndteringen.

Antakelig gjøres det også andre type evalueringer. RKS Nord rapporterte per juni 2022 at helseforetakene i Nord per da ikke benyttet malen, og det gjøres ikke rotårsaksanalyser på "indremedisinske HAI" eller KPB p.t. Det har imidlertid vært gjennomført tverrfaglige gjennomganger av dype postoperative sårinfeksjoner etter utvalgte inngrep i noen år.

Per utgangen av 2022 var det ingen av foretakene i Helse Vest som hadde rukket å komme i gang med å utføre rotårsaksanalyser etter mal. Noen av sykehusene i Helse Sør-Øst har fått erfaring med slike rotårsaksanalyser, men få arbeider med det systematisk.

Hvilke typer infeksjoner omfattes?

Hva som menes med *definerte alvorlige HAI og mikrober* er ikke eksplisitt konkretisert i handlingsplanen. Etter styringsgruppens syn vil dette være opp til lokal vurdering. Hvilke type HAI som skal defineres som alvorlige, og som skal inkluderes dette forbedringsarbeidet, bør bestemmes lokalt basert på både lokal forekomst av HAI, pasientgruppe og risikovurdering. Et [eksempel på utvalg kan finnes her](#).

Vurdering

Smitteoppsporing knyttet til utvalgte mikrober er en metode som brukes i stor grad blant smittevernpersonell, men det synes som implementeringen av malen og metoden for rotårsaksanalyse er begrenset/forsinket. Antakelig har pandemien vært bidragsytende til dette, da sykehusene har vært under press ifm. pandemihåndteringen. Erfaringene med metoden er begrenset, og det er antakelig for tidlig å slå fast i hvilken

grad rotårsaksanalyse bidrar til å redusere forekomsten av HAI i helseinstitusjoner i Norge. Det er antakelig rom for forbedring ved en ev. forlengelse av tiltaket/handlingsplanperioden. Muligens bør tiltaket promottes ytterligere.

Styringsgruppen antar uansett at det kan være mye å lære av slike undersøkelser. ECDC har tidligere påpekt nytten av rotårsaksanalyse ved utbrudd av enkelte mikrober der kilden er uviss.

Styringsgruppen har mottatt innspill om at benevnelsen rotårsaksanalyse er forvirrende. Begrepet betyr i praksis det samme som *hendelsesanalyse*, som også er beskrevet under dette navnet i egen og mer omfattende og mer generell veileder utgitt av Helsedirektoratet: [Risiko- og hendelseanalyse - Håndbok for helsetjenesten](#). Ved en eventuell revisjon av malen for rotårsaksanalyse, bør man vurdere å endre betegnelsen til hendelsesanalyse. Arbeidet med smittesporing rundt definerte mikrober for å avdekke smitekilder og stoppe spredning, bør fortsette uavhengig av omfanget av rotårsaks/hendelsesanalyser.

Tiltak 13 – Styrke feltepidemiologisk gruppe

For å sikre bedre håndtering av utbrudd og enkelttilfeller av resistente mikrober, særlig KPB, styrkes feltepidemiologisk gruppe ved FHI i 2019 som et strakstiltak med tilstrekkelige ressurser for innen utgangen av 2020 å utvikle nødvendige verktøy for rotårsaksanalyse og få dette implementert i helsetjenesten, samt bidra med kursing for å styrke kompetansen for utbruddshåndterings i helsetjenesten og bistand til utbrudd og smitteoppsporing ved forespørsel.

Ansvar: FHI

Status

FHI har i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge og Oslo Universitetssykehus utviklet veiledning/mal for [rotårsaksanalyse \(fhi.no\)](#). Rotårsaksanalyse er nærmere omtalt under tiltak 12.

Som del av covid-19-pandemiresponsen ble feltepidemiologisk gruppe ved FHI styrket med midlertidige ressurser. Det er utarbeidet et undervisningsopplegg, samt kartleggingsverktøy for å styrke lokal utbruddshåndtering i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Vurdering

Feltepidemiologisk gruppe ved FHI ble styrket under covid-19-pandemien, men i stor grad av midlertidige ressurser. Infeksjonsbyrden ventes å øke i takt med økende klimaendringer og naturtap. Dettess sammenholdt med erfaringene fra pandemien og andre nylige utbrudd (f.eks. mpox, pseudomonas, serratia), tyder på at det kan være behov for vedvarende styrking av denne kapasiteten.

Verktøyet for rotårsaksanalyse ble utarbeidet, men implementeringen er så langt begrenset/forsinket pga. pandemi og den generelle ressurssituasjonen. Se også omtale av tiltak 12.

Tiltak 14 – Nullrapportering (1)

Helseforetak skal og andre helseinstitusjoner bør fra og med 2020 gjennomføre nullrapportering av utbrudd.

Ansvar: RHF, kommuner

Hva er status

Nullrapportering innebærer at også "ingen utbrudd" rapporteres. FHI har kartlagt muligheter for et nullrapporteringssystem gjennom det etablerte utbruddsvarslingssystemet [VESUV \(fhi.no\)](https://vesuv.fhi.no). Slik nullrapportering er gjennomførbart, men det vil imidlertid pålegge helsetjenesten en ny melding- og varslingsordning. Det er også noe usikkerhet vedr. robustheten til et slikt system. Nullrapportering gjennom VESUV vil kreve oppdatering av løsningen.

Tiltaket er så langt ikke iverksatt, og det er ikke tatt noen endelig avgjørelse.

Vurdering

Nullrapportering kan gi økt oppmerksomhet rundt utbrudd i den enkelte helseinstitusjonen, og vil sannsynligvis bidra til økt rapportering av utbrudd generelt. På generelt grunnlag er det imidlertid ønskelig å redusere rapporteringsbyrden.

Et automatisert overvåkningssystem (tiltak 9) vil kunne tjene mye av den samme nytten. Hvis det kommer på plass, kan tiltaket om nullrapportering i stor grad bli overflødig. Gjennom det midlertidige registeret Beredt C19 så man under pandemien at man kunne identifisere klynger og utbrudd av Covid-19.

Tiltak 15 – Nullrapportering (2)

Departementet vil vurdere nødvendige forskriftsendringer for å pålegge alle helseinstitusjoner å gjennomføre nullrapportering fra og med 2021.

Ansvar: HOD

Hva er status

Styringsgruppen kjenner ikke til at det er tatt noen avgjørelse rundt nullrapportering. Vi kjenner ikke til at det er påbegynt arbeid rundt forskriftsendringer mtp nullrapportering. Se for øvrig omtale av tiltak 14.

Tiltak 16 – Informasjon om risiko for å bli smittet med resistente bakterier ved reiser

FHI og Hdir skal på egnet måte informere publikum om risiko for å bli smittet med resistente bakterier ved reise til land med høy forekomst av antibiotikaresistens.

Ansvar: FHI

Status

FHI har publisert [smittevernrad ved reiser](https://smittevernrad.fhi.no), herunder et kapittel om generelle reiseråd (fhi.no) der det bl.a. finnes råd om smitte med resistente bakterier, knyttet til helsebehandling i utlandet og ved sykdom etter hjemkomst. Det har tidligere også vært en egen side for Beskyttelse mot resistente bakterier ved utenlandsreiser (fhi.no) under reiserådene.

Risikoen for å bli smittet med resistente bakterier er mye større ved behandling i helsetjenester utenfor Norge/Norden. På sine nettsider anbefaler FHI at man unngår helsebehandling i land utenfor Norge dersom man kan få utført behandlingen i Norge. Dette gjelder også tannbehandling.

For øvrig finnes i FHIs smittevernveilederen et generelt kapittel om utenlandsreiser og smittevern for helsepersonell ([Utenlandsreiser og smittevern \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/no/tema/smittevern/utenlandsreiser)).

Vurdering

FHIs informasjonssider om reiser er mye benyttet. Vi vurderer det som viktig at slik informasjon finnes lett tilgjengelig for befolkningen. Det er imidlertid vanskelig å vurdere kausal sammenheng mellom tiltaket (informasjonssider) og effekt. Helsedirektoratet er i prosess mtp. å få oppdatert også helsenorge.no med informasjon om dette.

Det har ikke vært gjennomført mer målrettede kampanjer eller "oppsøkende" informasjonsarbeid mot befolkningen om dette temaet i handlingsplanperioden. Slike strategier må antas å øke oppmerksomheten sammenlignet med "passiv" tilgjengeliggjøring av informasjon (nettsider).

Vaksinasjon

Tiltak 17 – Sikre fortsatt høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet

FHI skal innen utgangen av 2019 levere en rapport til HOD hvor holdninger til vaksinasjon i ulike målgrupper er kartlagt, med en analyse av risiko og sårbarhet for en svekket oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger i dag og i årene som kommer.

Ansvar: FHI

Status

Rapporten som nevnes i oppdragsteksten er publisert: [Holdninger til vaksinasjon og sårbarhet for svekket oppslutning om vaksinasjonsprogrammene i Norge \(fhi.no\)](#). I tillegg har FHI nylig (juni 2023) publisert et [nytt notat \(fhi.no\)](#) om barnevaksinasjonsprogrammet. Notatet beskriver bl.a. målsetning, organisering og oppfølging av programmet, og er ment å gi innsikt i sammenhengen mellom programmets suksess og overordnet struktur.

Ifølge [Statistikk for barnevaksinasjon - FHI](#) er det svært god oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet hos barn og unge i Norge. For sykdommer i barnevaksinasjonsprogrammet lå andelen fullvaksinerte per 31.12.22 for toåringer mellom 96-97 % for de ulike sykdommene. Tilsvarende tall for niåringer var 95-97 %. For 16-åringer lå dekningsgraden for de ulike sykdommene på 93-94 % (89 % for HPV-vaksine til gutter). Vaksinasjonsdekningen publiseres normalt hvert år, per fylke og for landet samlet. Det synes ingen markante endringer fra 2019. Se også [Høg oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet \(fhi.no\)](#).

Vurdering

Det er høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet, på tross av pandemien. Dette bidrar til at den norske befolkningen godt rustet mot smittsomme sykdommer. Ingen spesielle tiltak er iverksatt. Det gode arbeidet som gjøres bør fortsette for å sikre en vedvarende høy oppslutning om vaksinasjon.

Andre kommentarer

FHI har også utredet etablering av et vaksinasjonsprogram for voksne, hvilket hadde vært svært gunstig for smittevernet i Norge. Stortinget har anmodet regjeringen om å utrede hvordan et voksenvaksinasjonsprogram kan gjennomføres. Saken ligger til vurdering i HOD.

Tiltak 18 – Oversikt over vaksinasjonsstatus blant helsepersonell

Kommuner og helseforetak bør innen utgangen av 2020 ha oversikt over vaksinasjonsstatus blant eget helsepersonell.

Ansvar: RHF, kommuner

Det har i mange år vært en nasjonal så vel som internasjonal målsetning at minimum 75% av dem som jobber med pasienter i helsetjenestene skal motta årlig influensavaksine.

Status

Tiltaket kan leses på to måter: *Oversikt over vaksinasjonsstatus* kan være

- på overordnet nivå (i kommunen eller helseforetaket), eller
- i en nærmere spesifisert gruppe, eksempelvis avdelingsnivå, etter yrkesgruppe i en institusjon eller eventuelt på individuelt nivå i den enkelte avdeling.

Slik følgeteksten til tiltaket er formulert i handlingsplanen, synes det som tiltaket er ment å handle om sistnevnte. Begge vil uansett omtales her.

Oversikt over vaksinasjonsdekning på overordnet nivå

Vaksinasjonsdekningen blant ansatte som arbeider i helsetjenesten og har kontakt med pasienter måles årlig i spørreundersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå, på oppdrag fra Folkehelseinstituttet. Under covid-19-pandemien har det midlertidige beredskapsregisteret Beredt C19 gjort det mulig å følge vaksinasjonsdekning mer presist med registerkobling (se under). FHI publiserer ukerapporter der influensavaksinasjonsdekning hos helsepersonell rapporteres på overordnet nivå (nasjonalt og per fylke og RHF, samt yrkeskategorier).

Oversikt over vaksinasjonsdekning på den enkelte arbeidsplassen

Tiltak 18, sett i lys av følgeteksten i handlingsplanen, kan leses i betydningen at arbeidsgivere på mer eller mindre generelt grunnlag skal holde oversikt over vaksinasjonsdekning hos sine ansatte, for "relevante smittsomme sykdommer". En mulig tolkning kunne være at "alle" arbeidsgivere i helsetjenesten skal holde oversikt over vaksinasjonsstatus hos sine ansatte.

Under pandemien vurderte Helsedirektoratet, i samarbeid med FHI og Arbeidstilsynet, arbeidsgiveres muligheter for å kartlegge den enkelte ansattes vaksinasjonsstatus. Arbeidsgivere i Norge kan som hovedregel ikke kartlegge vaksinasjonsstatus på arbeidsplassen. I helse- og omsorgstjenesten kan det imidlertid være grunnlag for å gjøre slik kartlegging hvis det er nødvendig for å kunne tilby forsvarlige helsetjenester. Det må i så fall først gjøres en konkret nødvendighetsvurdering. Under pandemien ble nasjonale føringer etterspurt av flere, for når slik kartlegging kan være aktuelt. I samarbeid med FHI og Arbeidstilsynet, kom man frem til at det er vanskelig å utforme spesifikke nasjonale føringer, fordi forsvarligheten vil variere utfra lokale forhold. Eksempelvis vil situasjonen være vesensforskjellig i en hematologisk sengepost sammenlignet med en barnepsykiatrisk poliklinikk, og variere med lokalt smittepress mm.

Spesielt relevante dokumenter er disse:

- [Arbeidsgiveres ansvar og mulighetsrom overfor ansatte som ikke ønsker å la seg vaksinere \(pdf\)](#)
- Helsedirektoratets veileder for vaksinasjon av helsepersonell, [spesielt denne anbefalingen](#)
- [Kan arbeidsgivere kreve vaksinasjonsstatus eller koronatesting av arbeidstakere? \(arbeidstilsynet.no\)](#)

Den enkleste måten å kartlegge vaksinasjonsstatus på er å spørre den ansatte. Det er ikke anledning for arbeidsgivere til å (direkte) benytte informasjon fra SYSVAK, jf. helseregisterloven §19 d som tilkom etter handlingsplanen. Eventuelt kan overordnede oversikter lages gjennom registerkoblinger.

Kartlegging av vaksinasjonsdekning gjennom registerkoblinger

Under pandemien har det, pga. det midlertidige beredskapsregisteret Beredt C19, vært mulig å kartlegge vaksinasjonsdekningen for covid-19 og sesonginfluensa nærmere hos ansatte i helsetjenesten gjennom registerkoblinger. Vaksinasjonsdekning har vært kartlagt på institusjonsnivå og per yrkesgruppe (men ikke på avdelings- eller individuelt nivå). Informasjon har blitt benyttet i smittevernarbeidet.

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at slike data er beheftet med usikkerheter. Registrering av ansattvaksinasjon er mangelfull en del steder, hvilket påvirker riktigheten av tallene (og for vaksiner som gis sjelden, kan et slik "etterslep" av usikkerhet knyttet til mangelfull registrering være i tiår). Videre er arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret ikke fortløpende oppdatert mtp. om de som er registrert som ansatte faktisk jobber i virksomheten.

Vurdering

Oversikter over vaksinasjonsdekning som ble utarbeidet under pandemien har gitt nye muligheter for å målrette og tilpasse smitteverntiltak, og styringsgruppen erfarer at dette har vært svært nyttig for smittevernarbeidet i tjenestene. Det er også ressursbesparende å kunne hente ut automatiske data fremfor å gjøre manuelle kartlegginger lokalt. Hvis slike kartlegginger skal videreføres er det nødvendig med hjemmel i regelverk. Etablering av et automatisert overvåkningssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner (tiltak 9) vil også kunne nyttiggjøres til dette formålet. Se eventuelt FHIs [Erfaringsgjennomgang - Smittevern i helse- og omsorgstjenesten \(fhi.no\)](#). Det jobbes for å oppdatere lovverk, slik at en også i normalsituasjonen kan få kartlagt vaksinasjonsdekning blant ansatte ved å koble AA-registeret mot SYSVAK.

Tilgang til vaksinasjonstall på f.eks. avdelings/klinikknivå eller for de enkelte yrkesgrupper vil kunne være til hjelp for å målrette tiltak og således bedre vaksinasjonsdekningen.

Arbeidsgivere har ikke generell anledning til å holde oversikt over individuelle ansattes vaksinasjonsstatus, og man har så langt ikke brukt registerkoblinger til å kartlegge vaksinasjonsdekning på individuelt nivå. Styringsgruppen er tilbakeholden mtp. generell kartlegging av vaksinasjonsstatus på individuelt nivå. Det er et viktig prinsipp at vaksinasjon skal være frivillig. Kartlegging av vaksinasjonsstatus på individuelt nivå (og eventuelle kontrolltiltak) må være basert på en konkret lokal nødvendighetsvurdering.

Andre kommentarer

Merk at betraktningene over kan være relevant for flere kategorier av sykdommer, ikke bare influensa og Covid-19. Kartlegging av ansattes vaksinasjonsdekning mot andre sykdommer kan f.eks. være aktuelt i enheter som behandler immunsvekkede pasienter.

Oversikt over vaksinasjonsstatus også kan medvirke til at arbeidstakere tilbys relevante yrkesmessige vaksiner, f. eks Hep B, DTPP.

Tiltak 19 og 20 – Vaksinasjonsdekning mot sesonginfluensa blant helsepersonell på sykehus og i kommuner

Tiltak 19: Det ble i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar 2018 stilt krav om at helseforetak skal bidra til at minst 75 prosent av ansatte i sykehus årlig blir vaksinert mot sesonginfluensa. Dette målet skal nås i løpet av influensasessongen 2021/22. De regionale helseforetakene rapporterer summarisk i årlig melding.

Tiltak 20: Kommunene skal bidra til at minst 75 prosent av ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste med pasientkontakt årlig blir vaksinert mot sesonginfluensa.

Ansvar: RHF-ene, kommuner

Status

Influensavaksinasjonsdekningen blant helsepersonell har vært økende frem til sesongen 2021/2022, men man har dessverre ikke nådd målet om 75 % dekning. Dekningen har falt for sesongen 2022/2023.

Spesialisthelsetjenesten

Ifølge [FHIs ukerapport utgitt 25. mai 2023 \(fhi.no\)](#) er gjennomsnittlig dekning ca. 55 % i spesialisthelsetjenesten. Året før var dekningen 59 % på samme tid. Det er store variasjoner avhengig av yrkesgruppe. Private sykehus hadde i gjennomsnitt lavere dekning (42 %) enn RHF-ene. Det er også betydelige lokale variasjoner.

Primærhelsetjenesten

Ifølge ovennevnte rapport er gjennomsnittlig influensavaksinasjonsdekning hos ansatte i primærhelsetjenesten ca. 31 %. Dekningen på samme tid året før var 39 %. Også i primærhelsetjenesten varierer dekningsgraden betydelig mellom yrkesgrupper.

Totalt

Total vaksinasjonsdekning i helsetjenestene per 21. mai 2023 var på 39 %.

Usikkerhet

Det skal imidlertid bemerkes at de reelle tallene for vaksinasjonsdekning antakelig er høyere. FHI erfarer at det ikke alltid blir prioritert å registrere vaksineringer, hvilket fører til underrapportering til SYSVAK. Antakelig er derfor den reelle dekningen høyere enn de oppgitte tallene. Det er også usikkerheter knyttet til at arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret ikke oppdateres fortløpende mtp. hvem som reelt jobber i virksomhetene. Dekningsgraden vil også variere avhengig av om man kun ser på helsepersonell eller også andre ansatte. Tallene vil også variere avhengig av om man ser kun på helsepersonell eller også inkluderer andre yrkesgrupper (se nærmere betraktninger om dette under delmål 7).

Vurdering

Helsepersonells vaksinasjon mot influensa er viktig for pasientsikkerheten. Det er dessverre begrenset måloppnåelse for disse to tiltakene, og dekningen er betydelig lavere i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Selv om dekningen blant helsepersonell har økt jevnt frem mot 2022, var det fra et lavt utgangsnivå (se omtale av delmål 7 over).

Helseforetakene har jobbet målrettet og systematisk mot økt vaksinasjonsdekning i mange år, inkludert under i sesongen 2022/2023. Det gjennomføres årlig influensavaksinasjonskampanje i regi av Helsedirektoratet og FHI, der også helsepersonell er en spesifikk målgruppe. Medlemmer i styringsgruppen opplever at slitenhet og vaksinetretthet (både hos vaksinemottakere og vaksinatører grunnet gjentatt covid-vaksinering) kan ha bidratt til lavere dekning denne sesongen. Generelt høyt arbeidspress, nedbemanning og utslitthet etter pandemihåndteringen kan være bidragende til at dette og andre smitteverntiltak har mistet moment.

De yrkesgruppene som jevnt over har lavest dekning er pleiemedarbeidere, renholdere, helsefagarbeidere og vernepleiere. I FHIs ukesrapport anføres at dette blant annet skyldes at personer i disse yrkesgruppene oftere jobber i små stillingsbrøker, utenom vanlig arbeidstid og som ekstravakter, og dermed er vanskeligere å nå med et sentralisert vaksinitilbud på dagtid. Det må også legges til grunn at vaksinevegring/vaksineskepsis også forekommer hos enkelte helsepersonell.

Erfaringen er at det er viktig at vaksinasjonstilbudet for helsepersonell bør være lett tilgjengelig og ikke forutsette ekstraarbeid, kostnader og "omveier" for de ansatte. Lett tilgjengelig vaksinasjonstilbud kombinert med god informasjon og aktiv lederinvolvering, bør kunne øke vaksinasjonsdekningen ytterligere. Befolkningsrettede informasjonstiltak må også antas å være nyttig i denne sammenhengen.

Som nevnt over, forekommer noe underrapportering av ansattvaksinering mot influensa.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen vurderer at målene om 75 % influensavaksinasjonsdekning bør videreføres.
- Målet bør gjelde alle yrkesgrupper med pasientkontakt, og det er behov for tydeliggjøring av hvordan vaksinasjonsdekningen skal telles (se konkret anbefaling om dette i kapittelet om delmål 7).
- Arbeidsgivere bør sterkt oppfordres til å sørge for at all vaksinasjon blir registrert i vaksinasjonsregisteret SYSVAK.

God infrastruktur

Tiltak 21 – Videreutvikle byggveileder for smittevern

Sykehusbygg HF skal i samarbeid med de regionale helseforetakene videreutvikle Byggveilederen for smittevern ved etablering av sjekklistene knyttet til fasene i et sykehusprosjekt og med ytterligere detaljering innen utgangen av 2020.

Ansvar: Sykehusbygg HF

Status

Byggveilederen for smittevern ble publisert i 2019 og har foreligget som nettside. Tiltaket går ut på at veilederen skal videreutvikles iht. tiltaksformuleringen over.

Helsedirektoratet har innhentet statusoppdatering fra Sykehusbygg HF per våren 2023:

- Den største faglige endringen i byggveilederen siden publikasjonen, er utviklingen av en kravmatrise for de ulike sykehusarealene.
- Sjekklisten som nevnes i handlingsplanens tiltak 21 er ikke ferdigstilt enda.
- Per starten av 2023 er veilederen konvertert til en [foreløpig pdf-versjon \(sykehusbygg.no. pdf\)](#) grunnet utfordringer knyttet til tekniske forhold og brukervennlighet. Det arbeides med en oppdatering som ventes publisert i løpet av 2023. Det har vært utfordringer med å sikre ressurser til arbeidet med veilederen.
- Sykehusbygg HF arbeider med å høste erfaringer fra Covid-19-pandemien og dens konsekvenser for sykehusbygging, og de har også mottatt et eget oppdrag om dette. Man vil gjennomgå og oppdatere anbefalinger for å bedre kunne møte fremtidige epidemier og pandemier.

Det har ikke vært prosess med HOD eller FHI knyttet til byggveilederen de siste årene.

Det påpekes forøvrig at byggveilederen er rådgivende. Sykehusbygg HF har ikke mandat til selv å definere smittevern-standarder for norske sykehus.

Vurdering

Styringsgruppen har innhentet vurdering fra Sykehusbygg HF: Man opplever at byggveileder smittevern er kjent blant smittevernmiljøet, at den blir brukt i forbindelse med planlegging av nye sykehus, og at klassifisering av arealene fra kravmatrisen blir knyttet opp mot romprogrammet i nye prosjekt. Det skal jobbes videre med veilederen i tiden fremover. Sykehusbygg planlegger også å jobbe videre med hvordan informasjonen best kan presenteres for brukerne.

Representanter fra smittevernmiljøet som deltok i utviklingen av byggveilederen for smittevern, har tidligere spilt inn at ikke alle smittevernråd ble tatt til etterretning. Det var tidligere etablert en referansegruppe, men den har ikke vært aktiv på flere år. Sykehusbygg ønsker å benytte en referansegruppe i videre arbeid med byggveilederen og oppsummering etter pandemien. Styringsgruppen støtter dette og vurderer at aktører som de regionale sentrene for smittevern (RKS-ene) og FHI bør inkluderes i videre i dialog om hvordan smittevern skal ivaretas i ny- og ombygging.

Tiltak 22 – Smittevern hensyn ved nybygg og renovering av sykehus

De regionale helseforetakene skal innen utgangen av 2019 sikre at smittevernpersonell involveres i nybygg og renovering i henhold til Byggveilederen fra Sykehusbygg HF.

Ansvar: RHF-ene

Det presiseres også i alle de regionale smittevernplanene at smittevernpersonell skal delta systematisk i prosessene rundt nybygging- og ombyggingsprosjekter. Oppdragsdokumentene til RHF-ene omtaler ikke dette pålegget.

Status

Det finnes ingen samlet oversikt, og det er ikke spurt om dette i indikatorundersøkelsen.

Helse Nord: I Helse Nord har det vært fokus på dette i oppdragsdokumentet over år, men HF-ene har i varierende grad fulgt dette opp. Resultatet av dette har vært mange uhensiktsmessige løsninger og mange feilrettinger i ettertid.

Helse Sør-Øst: Smittevernpersonells medvirkning i byggeprosesser varierer mellom sykehusene og fra prosjekt til prosjekt. Regionen har hatt involvering som et eget mål i regional smittevernplan, og ved statusgjennomgang 2022 rapporterer seks foretak at smittevernpersonell blir involvert, to at de ikke blir involvert og to sier at de er "underveis" på dette punktet.

Helse Midt-Norge: Smittevernpersonell er aktivt med i prosessen rundt nytt sykehus i Helse Møre- og Romsdal, og har også vært involvert i en del andre spørsmål rundt byggsaker.

Helse Vest: Sykehusbygg er ett av sju definerte risikoområder i revidert versjon av Regional smittevernplan med tilhørende konkrete risikoreduserende tiltak. Alle foretak har status "satt i system" når det gjelder tiltak om smittevernpersonell og tidlig involvering/involvering i planleggingsfase ved byggeprosjekt, både nybygg og ombygging. Det fremkommer likevel at det er varierende involvering i alle videre deler av prosess omkring nybygg mellom foretakene i helseregionen.

Vurdering

Dette er viktig tiltak, men det er utfordrende å implementere og vanskelig å måle. Det synes å være forbedringspotensial. Også der smittevernpersonell blir involvert i prosesser, er det vanskelig å veie smittevernhensyn opp mot andre behov innenfor begrensede kostnadsrammer.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen støtter at smittevernhensyn løftes inn i alle prosesser rundt nybygging og ombygging av sykehus. Det bør sørges for tilstrekkelig areal til å unngå fortetning og korridoropphold.

Tiltak 23 og 24 – Oversikt over ulike typer isolat

Tiltak 23: De regionale helseforetakene skal rapportere til Hdir om ulike typer godkjente isolat i helseregionen som en del av nasjonal helseberedskapsplan.

Tiltak 24: Hdir skal innen utgangen av 2020 etablere en nasjonal oversikt over ulike typer isolat i helseforetakene, som del av nasjonal beredskapsplan basert på rapportering fra RHF-ene.

Ansvar: RHF, Hdir

Status

RHF-ene har så langt ikke rapportert på isolatkapasitet til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har ingen egen oversikt per i dag.

I nasjonal helseberedskapsplan fremgår at Helsedirektoratet, etter delegasjon fra HOD, forestår nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksetting av nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Rutinemessig rapportering om godkjente isolat er ikke nevnt i nasjonal helseberedskapsplan, slik handlingsplanen antyder. Likevel må samlet oversikt over isolater antas å kunne være et relevant tiltak som ledd i nasjonal koordinering under en krise. Eventuell nytte av slik oversikt vil imidlertid avhenge av det aktuelle situasjonsbildet. Under Covid-19-pandemien avlastet sykehusene hverandre med pasienter med (og uten) isoleringsbehov, uten at det ble iverksatt nasjonal koordinering fra helsemyndighetene.

Antall isolater er ikke nødvendigvis en konstant størrelse

Handlingsplanen er ikke konkret på hva slags type isolater det skal holdes oversikt over. Det finnes ingen felles mal for telling, og de oversiktene som finnes er ikke telt på samme måte i de ulike regionene. RKS Nord har jobbet med en mal for telling, men dette er svært krevende pga. mange variabler. Spesielt for "ordinære" isolatfasiliteter (som f.eks. kontaktsmitteisolat) er det stor fleksibilitet og omstillingsmuligheter dersom situasjonen krever det. Ved nødvendighet omdisponeres også rom til isolater selv om de ikke oppfyller alle krav i isoleringsveilederen.

Antall tekniske "spesialrom" er i større grad en konstant størrelse. Dette inkluderer luftsmitteisolater med undertrykksventilasjon (til luft/høyriskosmitte), og overtrykksisolater (til beskyttende isolasjon).

Det er for øvrig ikke normkrav for isolater, men anbefalinger finnes i [isoleringsveilederen \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevernet-fra-2018).

Finnes oppdatert oversikt over isolatkapasitet?

I tre av de fire regionale smittevernplanene oppgis tabellarisk oversikt over antall isolater i regionen. De oppgitte oversiktene synes imidlertid å være forholdsvis gamle (tall fra 2016-2018/udatert). Det kan imidlertid eksistere mer oppdaterte oversikter lokalt. I indikatorundersøkelsen i sykehus (2022) svarte 60 % av sykehusene at de rapporterer antall isolat til sitt RHF som ledd i beredskap. Det er anført i flere av de regionale smittevernplanene at det skal holdes løpende oversikt over antall isolater. Eldre oversikter over isolatkapasitet finnes for øvrig for alle de fire regionene i FHIs [situasjonsbeskrivelse av smittevernet fra 2018 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevernet-fra-2018).

Vurdering

Forekomsten av (multi)resistente bakterier har økt vesentlig de siste årene. Dette stiller økte krav til smittevernet og øker bl.a. behovet for isolater. Covid-19-pandemien viste også hvordan isolasjonskapasiteten kan måtte omstilles kraftig under en epidemi. Mangel på isolater er påpekt i FHIs nylige [erfaringsgjennomgang av smittevernet i helse- og omsorgstjenesten \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2022/erfaringsgjennomgang-av-smittevernet-i-helse-og-omsorgstjenesten-fhi-no). Flere av de regionale smittevernplanene påpeker også mangel på isolater.

Når det gjelder oversikt over isolatkapasitet, synes det hensiktsmessig å gjøre et hovedskille mellom

- spesialrom til isolasjon, som krever spesifikk og avansert infrastruktur, som under/overtrykksventilasjon mm. Slike isolater er i større grad en spesifikk og konstant størrelse. Når det gjelder slike tekniske spesialrom, så synes det spesielt nyttig å holde mer presis oversikt over antall. En slik oversikt vil være viktig ved et utbrudd av høyrisikosmitte. Dersom et antall pasienter med høyrisikosmitte må fordeles under et utbrudd, kan det bli behov for å se den nasjonale kapasiteten under ett.
- Mer "ordinære" isoleringsfasiliteter er en fleksibel og mindre definert mengde som er utfordrende å telle presist. Under pandemien utviste sykehusene stor fleksibilitet når det gjaldt opprettelse av "pandemirom" og "pandemiavdelinger". Det er neppe formålstjenlig å føre eksakt oversikt over slike isolasjonsplasser. Her bør fokus i større grad være hvordan og i hvilken grad man kan oppskalere fra ordinær drift under en epidemi/utbrudd. En slik vurdering bør også ta høyde for kapasitet for isolasjon ifm. intensivbehandling.

Tiltakene 23 og 24 har ikke blitt utført iht. handlingsplanen. Styringsgruppen vurderer det som viktig at det holdes oversikt over isolasjonskapasiteten i sykehus. Slike oversikter/vurderinger bør inngå i RHF-enes beredskapsplaner, og informasjonen bør være tilgjengelig for sentrale helsemyndigheter i tilfelle en krise. Ettersom det skjer hyppige endringer i arealdisposisjoner i sykehus, bør det gjøres opp status årlig for at oversikten skal kunne anses oppdatert.

Nærmere om enerom som indikator for isolasjonskapasitet og smittevern

En annen og enklere måte å gjøre overslag over "ordinær" isolasjonskapasitet, kunne være å holde oversikt over antall/andel enerom versus flersengsrom. Fra smittevernlig perspektiv er det viktig å ha tilstrekkelig antall enerom. I forlengelsen av dette kunne antall/andel enerom versus flersengsrom således være en indikator for smittevernet i en institusjon. Samtidig har medlemmer av styringsgruppen erfart at personellmessige hensyn i noen tilfeller kan føre til at man ønsker å legge pasienter på flersengsrom.

Renhold og dekontaminering

Tiltak 25 – Renholdsplaner i helseinstitusjoner

Ledere i helseinstitusjoner skal innen utgangen av 2020, i samarbeid med smittevernpersonell, oppdatere renholdsplaner basert på risikovurdering og ny nasjonal standard i henhold til smittevernforskriften § 2-2 femte strekpunkt.

Ansvar: "Ledere i helseinstitusjoner" (ikke ytterligere spesifisert i handlingsplanen).

Status

Ny norsk standard for renhold i helse- og omsorgstjenestene ble etablert høsten 2021: [NS 6600 Ledelsessystemer for renhold i helse- og omsorgstjenester \(standard.no\)](#). Dokumentet bygger på [NS-INSTA 800-1 \(standard.no\)](#) om rengjøringskvalitet.

I indikatorundersøkelsen ble det spurt om sykehuset har en oppdatert og ledelsesforankret renholdsplan. Alle HF (43 av 43, 100 %) svarte ja på at de har renholdsplan, men det er ikke spurt om den er oppdatert etter ny standard (det ville uansett vært urealistisk, pga. kort tid mellom publisering av ny standard og indikatorundersøkelsen).

I indikatorundersøkelsen svarte 440 (99 %) av de 443 sykehjemmene som responderte at de hadde skriftlige rutiner for alminnelig renhold/renholdsplan. Heller ikke sykehjemmene ble spurt om renholdsplanen var oppdatert etter ny standard. Ca. en tredjedel (139, 31 %) svarte at sykehjemsledelsen utarbeidet renholdsplanen. Av de 299 sykehjem hvor renholdsplanen ble utarbeidet eksternt, oppga 252 (84 %) at sykehjemsledelsen var kjent med innholdet. Merk at det var mange sykehjem som ikke svarte på indikatorundersøkelsen, og vi vet lite om status i disse sykehjemmene.

Vurdering

Det er viktig å ha etablerte standarder for godt renhold. Det synes som de aller fleste helseinstitusjoner har renholdsplan, men styringsgruppen har ikke oversikt over hvor mange som ev. har innarbeidet den nye standarden i sine rutiner. Når indikatorundersøkelsen gjentas, er det antakelig hensiktsmessig å spørre om renholdsplanene er oppdatert iht. den nye standarden.

Det er vanskelig å evaluere av effekten av tiltaket direkte.

Andre kommentarer

Merk også at FHIs veileder for basale smittevernrutiner inneholder et kapittel om [Renhold og desinfeksjon \(fhi.no\)](#) av overflater i helsetjenesten. Dette kapittelet er nylig oppdatert (oktober 2022).

Tiltak 26 – Nasjonale anbefalinger for desinfeksjon og sterilisering av medisinsk utstyr

Hdir skal i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering og andre relevante aktører, innen utgangen av 2020 utarbeide faglige anbefalinger for desinfeksjon og sterilisering av medisinsk utstyr både i og utenfor helseinstitusjoner. Dette gjelder også private leverandører av helsetjenester, f.eks. spesialistpoliklinikker som utfører skopier. Gjennomgang av praksis i helseinstitusjonene skal gjøres innen utgangen av 2021.

Ansvar: Hdir

Status

Arbeidet ble utsatt pga. pandemien, men i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering (NKD) ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse i 2022. Prosjektbeskrivelsen tok sikte på å utarbeide *nasjonale faglige råd* for dekontaminering og sterilisering av medisinsk gjenbruksutstyr, samt hvordan ivareta faglige hensyn i krav til kvalitetssikring, dokumentasjon, opplæring og anskaffelser.

Med bakgrunn i den aktuelle ressursituasjonen i Helsedirektoratet, er det besluttet at prosjektet må settes på vent. Helsedirektoratet har ikke ressurser til å starte dette prosjektet i handlingsplanperioden.

Vurdering

I et notat fra 2021 fra NKD til Helsedirektoratet, refereres en rekke forhold som tyder på varierende kvalitet blant helseinstitusjonene. Det vises til at dekontaminering ofte utføres med utilfredsstillende prosesser som følge av uegnet utstyr eller lite hensiktsmessige lokaler. Svak ledelsesforankring ses ofte. Avvik fra best faglig praksis begrunnes ofte i utydelige krav i lovverket eller manglende nasjonale retningslinjer. Per starten av 2023 opprettholder NKD at det er behov for et normerende produkt. Kompetansetjenesten mottar til stadighet spørsmål om hva som er faglige standarder – og krav - til forsvarlig dekontaminering.

Saken har vært drøftet med representanter for smittevernmiljøene og kompetansetjenesten. Vi skisserer her noen ulike perspektiver.

Et spørsmål er om nærmere veiledning for dekontaminering er mest relevant i sykehus og spesialisthelsetjeneste der hovedtyngden av kirurgi foregår. Imidlertid er det viktig å påpeke at forsvarlig dekontaminering er viktig også i primærhelsetjenesten: Eksempelvis foregår mye kirurgisk virksomhet i tannhelsetjeneste, og det gjøres også en god del småkirurgi i allmennpraksis. Kompetansetjenesten anfører at dekontaminering bør gjøres på samme måte uavhengig av om man er i spesialist- eller primærhelsetjenesten, og at nasjonale anbefalinger i stor grad vil være generiske for begge nivåer. Deres erfaring er at det er i primærhelsetjenesten det oftest svikter på kompetanse og veivalg knyttet til dekontaminering, og de antar at også dette tjenestenivået vil ha mye å tjene på nærmere føringer. I primærhelsetjenesten er det også lite tilgang til spisskompetanse i smittevern (smittevernpersonell), og uforsvarlig dekontamineringspraksis vil lettere gå under radaren.

Gjentatte tilbakemeldinger fra kompetansetjenesten og smittevernfagmiljøene tyder på at det er behov for nærmere anbefalinger og/eller føringer for hva som er forsvarlig dekontamineringspraksis. Det bør tas stilling til hvordan dette behovet kan møtes i neste strategiperiode. Vi nevner her noen mulige alternativer:

- Gjenoppta prosessen med normerende produkt fra Helsedirektoratet, som i tillegg til å være kunnskapsbaserte faglige råd, da ville kunne tydeliggjøre hvilke normer og standarder som forventes at tjenestene oppfyller. På den annen side, er utarbeidelse av normerende produkter en svært omstendelig, ressurskrevende og kostbar prosess. Det er også viktig å balansere nye pålegg og krav til kommunene.

- Et annet alternativ kunne være at tjenestene selv utarbeider faglige retningslinjer, anbefalinger og/eller standarder. Dette kunne løses f.eks. gjennom et oppdrag til RHF-ene. En utfordring ved en slik tilnærming ville være at primærhelsetjenestens behov ikke nødvendigvis vil ivaretas (se under om omstrukturering av kompetansetjenesten).
- Et tredje alternativ kunne være at det nye kompetansenettverket utarbeider standarder, fortrinnsvis i samarbeid med Standard Norge. Et eksempel på en slik standard kunne være teknisk standard for minstekrav ved maskinell dekontaminering. En standard er ofte frivillig å følge, og vil ikke nødvendigvis representere normerende krav på samme måte som et regelverk eller normerende produkt ville gjort (men i noen sammenhenger er det gjort forskriftsfesting av at gitte standarder skal følges).

Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering legges ned som [nasjonal kompetansetjeneste \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no) i løpet av 2023. Det er besluttet at denne funksjonen skal omstruktureres til et nasjonalt kompetansenettverk for dekontaminering med regionale noder. Kompetansetjenesten opplyser at det fortsatt vil være kapasitet/ressurser til å kunne utarbeide faglige grunnlag for korrekt dekontaminering også fremover, men som nevnt over, hadde det vært hensiktsmessig å avklare hvilke rammer og føringer som skal gjelde for et slikt arbeid.

Det nye nettverket skal forankres og berammes i RHF-ene. Andre tjenester og sektorer (inkludert kommunene og primærhelsetjenesten) kan bidra inn i nettverkene, men da i kraft av egen finansiering. Styringsgruppen er spent på om det da vil bli mindre fokus på/kapasitet til rådgivning mot primærhelsetjenesten.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen anbefaler at det jobbes videre med å få på plass bedre veiledning til tjenestene om dekontaminering.

Mikrobiologiske laboratorier

Tiltak 27 – Risiko- og sårbarhetsanalyse av åpningstider og bemanning

Helseforetakene skal innen utgangen av 2020 gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av åpningstider og bemanning på kveldstid, i helger og på helligdager [for mikrobiologiske laboratorier]. Foretakene skal også vurdere om kommunikasjon med klinisk personell i og utenfor sykehus foregår på en hensiktsmessig måte.

Ansvar: Helseforetakene

Status

Tiltakets første del – ROS-analyser

I Indikatorundersøkelsen (2022) svarte 51 % av sykehusene JA på at sykehusledelsen har gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) av åpningstider og bemanning ved mikrobiologisk avd. på kveldstid, i helger og på helligdager i løpet av de siste 24 måneder.

Tiltakets andre del - kommunikasjon

På spørsmål om sykehusledelsen i samarbeid med mikrobiologisk avdeling har identifisert forbedringsområder i kommunikasjonen mellom laboratoriet og klinisk personell i og utenfor sykehuset, svarte 65 % JA. Andelen sykehus som har *vurderte* forhold rundt kommunikasjonen kan ha vært høyere, men det er ikke spurt direkte om dette.

Vurdering

Det synes som man generelt har kommet et godt stykke på vei med implementering av dette tiltaket, men med lokale variasjoner.

Det er viktig for nytteverdien av ROS-analyser at forbedringspunkter følges opp med konkrete tiltak. Indikatorundersøkelsen gir ikke svar på i hvilken grad identifiserte forbedringspunkter er fulgt opp. Dette har vi generelt lite kunnskap om.

Andre kommentarer

Litt under halvparten av sykehusene svarte at de har tilgang til mikrobiologiske analyser og vakthavende mikrobiolog på kvelder (40 %), helger (49 %) og helligdager (47 %). Målet er ikke nødvendigvis at 100 % av sykehusene bør ha dette på plass, men styringsgruppen antar at det er hensiktsmessig at det gjøres ROS-analyser av slike forhold, slik dette tiltaket legger opp til.

Tiltak 28 – Evaluering av hurtigtester for diagnostikk

FHI skal innen utgangen av 2020 gjennomgå evidensgrunnlaget og kost/nytte av definerte hurtigtester for diagnostikk av et utvalg infeksjoner (først og fremst luftveisinfeksjoner). Dette vil bli gitt som et eget oppdrag.

Ansvar: FHI

Hva er status

Det er så langt ikke gitt noe slikt oppdrag, og arbeidet er derfor ikke påbegynt.

Vurdering

Hurtigtester kan være viktige ikke bare for avklaring av behandlingsvalg, men også for rask avklaring av smittestatus og behov for isolasjon.

Selv om luftveisinfeksjoner er fremhevet i dette tiltaket, kan rask diagnostisk avklaring også være nyttig for antibiotikastyring og smitteverntiltak ved andre typer akutte infeksjoner.

Dette poenget gjelder ikke bare hurtigtester, men også annen pasientnær diagnostikk som f.eks. PCR, som kan gi mikrobiologiske svar flere dager tidligere enn tradisjonelle metoder (mikrobedyrkning).

Tiltak 29 – Protokoll for diagnostikk og rapportering av *C. difficile*

Referanselaboratoriet for *Clostridioides difficile* ved OUS skal, i samarbeid med FHI og det mikrobiologiske fagmiljøet, innen utgangen av 2020 lage en standard for diagnostikk og rapportering av *C. difficile*.

Ansvar: FHI, referanselab

Status

FHI har gjennomført en evaluering av overvåking av *C. difficile* i Norge. Det jobbes nå med å følge opp funn i denne, inkludert standardisering for diagnostikk og rapportering. Dette gjøres i dialog med referanselaboratoriet for *C. difficile* ved OUS. Arbeidet ble satt på vent under pandemien pga. lite kapasitet, men er nylig tatt opp igjen.

En kartlegging viser at rundt 60 % av laboratoriene i Norge ikke følger de europeiske retningslinjene (ESCMID guidelines) for påvisning av *C. diff*. Det er ønskelig at flere laboratorier følger disse retningslinjene og at flere laboratorier i tillegg utfører dyrkning av *C. diff* for å bedre overvåkning og utbruddshåndtering.

Planlagt fremdrift

Planen videre er at referanselaboratoriet for *C. difficile* lager et utkast til en anbefalt standard for diagnostikk, inkludert anbefalinger for rapportering av prøvesvar til kliniker. Utkastet sendes til FHI for tilbakemeldinger og deretter videre til fagmiljøene (mikrobiologi, infeksjonsmedisin og smittevern). Arbeidsgruppen planlegger å ha et endelig utkast til en standard/harmoniseringsanbefaling i løpet av 2023. Mot slutten av året har vi mottatt tilbakemelding om at prosessen er noe forsinket.

Andre kommentarer

Innenfor diagnostikk og rapportering av *C. difficile* er det to andre tiltak som FHI vurderer som minst like viktig som punktet over.

Periodeprevalens. Dette går ut på å samle inn kliniske *C. difficile* isolater fra alle norske laboratorier i en periode, for eksempel over to uker, og helgenomsekvensere dem. Det vil gi en delvis oversikt over den norske situasjonen med tanke på utbrudd, resistens og epidemiologi, noe vi ikke har per i dag. Dette gjøres allerede i Sverige og Danmark, Norge ønsker å følge samme protokoll så vi kan sammenlikne oss med de landene. En forutsetning for en slik oversikt er ressurser til å gjøre helgenomsekvensering ved ref. lab, så det ikke blir en utgift for de enkelte laboratoriene å sende stammer til ref. lab.

Elektronisk overvåkning av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) med C. difficile gjennom NoHAI-prosjektet. Se tiltak 9 for nærmere beskrivelse av NoHAI. Dette er viktig informasjon vi ikke får i dag fordi dette er ekstremt ressurskrevende å registrere manuelt.

Tiltak 30 – Standardisert prøvetaking ved blodbaneinfeksjoner

FHI skal innen utgangen av 2020, i samarbeid med det mikrobiologiske fagmiljøet, bidra til å standardisere prøvetaking og utrapportering ved blodbaneinfeksjoner.

Ansvar: FHI

Status

Tiltaket anses gjennomført.

Tematikken ble diskutert på møte i Nasjonalt forum for medisinsk mikrobiologi 4.12.2019. Prøvetaking ved blodbaneinfeksjoner er komplisert, og FHI og de mikrobiologiske fagmiljøene må samarbeide. Som del av kvalitetssikringen av human-medisinsk mikrobiologisk diagnostikk i Norge, behandlet strategimøte i bakteriologi, mykologi og parasittologi dette temaet i 2019. Rapporten etter strategimøtet er publisert i november 2021 ([Diagnostikk av blodkultur \(fhi.no\)](#)), og den gir råd om analyse og rapportering av ulike agens til kliniker. Innledningsvis angis at rapporten gjenspeiler det norske medisinsk-mikrobiologiske miljøets beste kunnskap og praksis, og at den er å anse som veiledende for laboratorienes arbeid innen blodkulturdiagnostikk.

Når det gjelder prosedyre for selve prøvetakingen, henviser rapporten til [Nasjonal prosedyre for prøvetaking \(ous-hf.no\)](#) som er utarbeidet i regi av Bioingeniørfaglig institutt/NITO.

Etterlignede blodkulturer blir jevnlig sendt ut for testing hos laboratoriene, og kvalitetsaspekter evalueres og diskuteres i de såkalte Ringtest rapportene. Disse gjøres bare tilgjengelig for deltakende laboratorier.

De siste årene har det også pågått andre parallelle aktiviteter relevant for utrapportering av blodbaneinfeksjoner. Her kan nevnes arbeidet i regi av Direktoratet for e-Helse på [implementering av Norsk Laboratoriekodeverk og andre tabeller i eXML-meldingen for prøvesvar \(ehelse.no\)](#), samt arbeid i MSIS-labdatabasen mtp. automatisert høsting av data på blodbaneinfeksjoner (se tiltak 9).

Andre kommentarer

Handlingsplanen er ikke konkret på om det menes utrapportering til kliniker eller registre. Styringsgruppen oppfatter det slik at det menes utrapportering til kliniker.

Utdanning og opplæring i smittevern

Tiltak 31 – Smittevern i grunn- og videreutdanningen

Gjennom Folkehelsemeldingen foreslår regjeringen for Stortinget at det blir iverksatt tiltak for å få smittevern tydeligere inn i helsefagutdanninger med den hensikt å:

- legge til rette for at helsepersonell i Norge får mulighet til å ta en utdanning innen smittevern på masternivå
- starte en prosess for å vurdere medisinsk spesialisering for leger innen smittevern og for å få dette faget tydeligere inn i andre spesialiteter
- utrede et akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologi

Innledning til tiltak 31

Ambisjonene under dette tiltaket har i liten grad blitt fulgt opp. Antakelig har manglende ansvars plassering i handlingsplanen (og den forrige Folkehelsemeldingen) bidratt til dette. For ytterligere vurderinger av behovet for smittevernkompetanse vises også FHIs nylige [erfaringsgjennomgang \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2022/erfaringsgjennomgang-fhi-no) av smittevernet i Norge.

Temaene har vært drøftet med representanter for smittevernmiljøene. I tillegg til å beskrive status, skisserer vi noen ulike perspektiver i de respektive avsnittene under.

Ettersom dette tiltaket i prinsippet består av flere ulike tiltak, har vi valgt å dele teksten opp i flere underavsnitt.

Legge til rette for at helsepersonell i Norge får mulighet til å ta en utdanning innen smittevern på masternivå

Status

Det har så langt ikke blitt tilrettelagt for en egen norsk utdanning i smittevern på masternivå.

Det eksisterer en nordisk utdanning i smittevern i Gøteborg på magisternivå – [Nordisk magisterutbildning i mikrobiologi, smittskydd och vårdhygien ved Gøteborgs universitet \(gu.se\)](https://www.gu.se/en/education/master-programme-in-microbiology-and-infectious-disease). Dette er et utdanningsprogram på deltid i fire moduler a 15 ECTS som kan tas enkeltvis eller samlet (ledende til svensk magistergrad, 60 ECTS). Programmet er tverrfaglig og retter seg primært mot leger og sykepleiere som arbeider med smittevern. FHI har inngått et samarbeid med NMBU – (det eneste universitetet som meldte interesse ved forespørsel) for at studenter som tar disse emnene ved Gøteborgs universitet kan få godkjent disse inn i en [mastergrad i folkehelsevitenskap ved NMBU \(nmbu\)](https://www.nmbu.no/utdanning/mastergrad-i-folkeshelsevitenskap). Kursene har vært spisset mot infeksjonsepidemiologi. Det har vært relativt mindre stoff om f.eks. implementering av smitteverntiltak. FHI har bidratt aktivt i undervisningen i den nevnte utdanningen, men meldte i slutten av 2022 om at de ikke lenger har ressurser til å bidra i undervisningen. Men FHI vil fortsette å være i referansegruppen og bidra med undervisning ut 2023, i påvente av tilbakemelding fra HOD om videre planer rundt utdanning på masternivå i Norge (se «vurdering» under).

De siste årene har antall deltakere fra Norge vært omkring 3-5 personer årlig i Gøteborg. Nordisk råd har forpliktet seg til å gi finansiell støtte til dette kurset frem til 2023, deretter skal utdanningen finansieres kun av studieavgift, hvilket må antas å kunne svekke rekrutteringen. Det er en utfordring at få norske studenter tar

denne utdanningen sammenliknet med danske og svenske. Økonomi trekkes frem som forklaring på lav deltagelse. Fra Danmark er deltakelsen mange ganger høyere, bl.a. fordi det stilles krav om å ha denne eller tilsvarende type utdanning for å inneha stilling som smittevernrådgiver.

NMBU har, gjennom dialog med FHI, meldt at de trenger finansiell støtte om de skal tilby kurs i smittevern i Norge.

Høgskulen på Vestlandet tilbyr videreutdanning i infeksjonssykepleie og smittevern for sykepleiere med 60 studiepoeng, og på nettsidene fremgår at programmet kan inngå som del av en mastergrad i klinisk sykepleie. Videreutdanningen fremstår som en klinisk videreutdanning for sykepleiere innen infeksjon- og smittevern, og studietilbudet fremstår ikke å dekke det komplette utdanningsbehovet for spisskompetanse innen smittevern.

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) har tidligere tilbudt et studieløp i hygiene og smittevern, men utfra universitets nettsider ser det ikke ut til at dette utdanningsløpet tilbys per nå.

For øvrig kan nevnes at den europeiske foreningen for infeksjonsmedisin og mikrobiologi tilbyr ulike former for videreutdanning, inkludert kurs som gir studiepoeng. Medlemmer i gruppen er imidlertid kjent med at disse kursene kan være kostbare og med krav om reisevirksomhet som reduserer tilgjengeligheten.

FHI har i samarbeid med de regionale kompetansesentrene i smittevern foretatt en kartlegging som viser at en betydelig andel av smittevernpersonell ansatt i tjenestene mangler formell smittevernutdanning, og at en betydelig andel har mindre enn ti år igjen til pensjonsalder.

Vurdering

I Helseberedskapsmeldingen, som ble lagt frem 24.11.23, vises til at det er varierende smittevernkompetanse i helse- og omsorgstjenestene totalt sett, også inkludert kommunene. I meldingen vises til at denne sårbarheten kan være kritisk i en krise.

Styringsgruppen vurderer at det er behov for flere ansatte med formell smittevernkompetanse i tjenestene. Videre vil tilgang til formell utdanning i smittevern kunne bidra til tiltrengt rekruttering til fagfeltet.

Tilbudet i Norge ikke er tilstrekkelig til dekke det norske behovet for formell utdanning innen smittevern. I sin nylige erfaringsgjennomgang av smittevernet i Norge anbefaler FHI å opprette en mastergradsutdanning i Norge. Det er ønskelig med et eget norsk tilbud for å øke tilgjengelighet og oppslutning, fortrinnsvis på masternivå. Imidlertid antar vi at en egen, selvstendig masterutdannelse kun i smittevern vil være vanskelig å få til. Mer nærliggende hadde vært om man kunne bygge inn smittevern i eksisterende masterprogrammer, f.eks. i folkehelse (slik NMBU har åpnet for jf. teksten over). FHI har tidligere løftet et slikt behov til HOD.

En beslektet utfordring er at det ikke legges tilstrekkelig til rette for at ansatte får delta i eksisterende utdanningstilbud. En hensiktsmessig tilnærming kan være å tydeliggjøre forventninger til arbeidsgivere om å tilrettelegge for at smittevernpersonell får tilgang til formell utdanning og spisskompetanse i smittevern. Det kan bidra til å øke rekrutteringen til de utdanningstilbudene som allerede finnes.

Det vises for øvrig til WHOs globale strategi for smittevern publisert høsten 2023, der det fremgår tydelige forventninger til utdanning innen smittevern, blant annet definert pensum innen smittevern på ulike nivåer og anerkjente karriereløp (recognized career pathways) for smittevernpersonell.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Dedikert smittevernpersonell bør gis mulighet til formalisert utdanning og spisskompetanse.

Starte en prosess for å vurdere medisinsk spesialisering for leger innen smittevern og for å få dette faget tydeligere inn i andre spesialiteter

Nærmere om egen legespesialitet eller kompetanseområde/annen formalisert kompetanse i smittevern

Styringsgruppen har mottatt tydelige tilbakemeldinger fra fagmiljøene om at smittevernlegens kompetanse og rolle må styrkes og formaliseres. Under pandemien erfarte man at det var stor mangel på denne typen spisskompetanse. En formalisert og strukturert samling av fagmiljøet vil også kunne styrke fagutviklingen i seg selv. I FHIs erfaringsgjennomgang kom det frem at flere helseforetak i landet har utfordringer med å få besatt smittevernstillinger, spesielt gjelder det smittevernleger. Bidragende til dette kan være at det er få leger med nødvendig kompetanse, og manglende tilgang til personer med smittevernutdanning. Smittevernleger jobber ofte i små stillingsbrøker "på toppen" av annet arbeid. Det er også en utfordring at mange opplever at status for smittevernpersonell er lav. Dette kan ha sammenheng med at smittevern ikke er en egen legespesialitet, og heller ikke inngår som kompetanseområde i relevante legespesialistløp.

Utfordringer knyttet til eget spesialistløp innen smittevern

Et viktig spørsmål er hvordan man skulle lagt opp til et 5-årig spesialiseringsløp innen smittevern. Det ville antakelig være utfordrende å sikre et standardisert og fullverdig utdanningsløp innenfor et såpass lite fagmiljø. Eksempelvis må det da sikres utdanningsstillinger med standardisert innhold, helst på fulltid, og sikret tilstrekkelig veiledning og supervisjon. En annen potensiell ulempe kan være at egen spesialitet kan bidra til en "monopol-effekt" der kompetanse fjernes fra andre fagmiljøer som også trenger den. I tillegg kommer at en generell trend i tiden er å bygge opp under generalistkompetanse på tvers av spesialiteter snarere enn økende subspesialisering.

Alternativ med påbygning eller formalisert/anerkjent kompetanseområde i smittevern

Et nærliggende alternativ er å sikte mot en påbygning med smittevernkompetanse på toppen av annen relevant grunnkompetanse og spesialistgodkjenning (f.eks. infeksjonsmedisin, mikrobiologi, samfunnsmedisin og ev. andre spesialiteter). En slik tilnærming vil ha flere fordeler:

- Det vil bidra til et større og mer bærekraftig rekrutteringsgrunnlag
- Det er en stor fordel med breddekompetanse og erfaring fra helsetjenestene før man trer inn i en smittevernlegestilling
- Det er betydelige forskjeller mellom smittevernfeltet i sykehus og i kommunene, men en påbygningsstruktur ville gjøre det mulig å oppnå slik spisskompetanse fra flere utgangspunkter. Dette vil også styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene.
- En slik struktur ville også kunne bidra til kompetanse på tvers (f.eks. mellom sykehusansatte - og kommunalt personell)

En utfordring er at de formelle strukturene i liten grad er tilpasset en slik tilnærming slik systemet er innrettet i dag. Påbygnings- og grenspesialiteter finnes ikke i Norge i dag. Imidlertid eksisterer en prøveordning for kompetanseområder i regi av Helsedirektoratet, for tiden er det kun kompetanseområdet i palliativ medisin som har myndighetsgodkjenning gjennom Helsedirektoratet. Legeforeningen administrerer og oppretter selvstendig sine egne (ikke-myndighetsgodkjente) kompetanseområder, som for tiden omfatter smertemedisin, allergologi, alders- og sykehjemsmedisin og snart også traumekirurgi. Disse kompetanseområdene er ikke underlagt føringer eller godkjenningsmekanismer gjennom myndighetene.

En fordel med kompetanseområder er nettopp at formalisert/anerkjent kompetanse kan oppnås på tvers av ulike spesialiteter, og bygges på allerede relevant spesialistkompetanse, og at man således legger til rette for breddekompetanse snarere enn "monopoleffekt" som beskrevet over.

Det er imidlertid høyst usikkert om ordningen med myndighetsgodkjente ("formelle") kompetanseområder videreføres. Det er lagt opp til at denne ordningen bortfaller når det skal etableres en egen spesialitet i palliativ medisin.

Styringsgruppen er kjent med at Legeforeningen har mottatt forespørsel om å vurdere kompetanseområde i smittevern, men vi kjenner ikke status for denne vurderingen.

Vurdering

I styringsgruppen er det enighet om at det synes urealistisk å jobbe mot en egen, 5-årig spesialistutdanning i smittevern. Styringsgruppen anbefaler en videre tilnærming som tar sikte på at smittevernlegenes spisskompetanse bygges på toppen av annen relevant kompetanse – i form av påbygning, tilleggsspesialitet, kompetanseområde eller tilsvarende. Vi antar at smittevern kunne egnet seg som et kompetanseområde, men det er usikkert om det fremover vil være mulighet for myndighetsgodkjente kompetanseområder slik utsiktene er idag. Formalisert og anerkjent spisskompetanse kan nås på flere måter, og tilnærmingen må ses i sammenheng med de eksisterende strukturene for legespesialisering- og kompetanse.

En (tverrfaglig) norsk utdanning i smittevern på masternivå, vil også kunne benyttes av leger for å tilegne seg formell kompetanse på feltet.

Uansett løsning er det viktig å konkretisere hvilke kompetansekrav som skal ligge til grunn for en spisskompetanse innen smittevern.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen anbefaler at det arbeides for formalisert og/eller anerkjent smittevernkompetanse for leger som kan bygges på toppen av annen relevant kompetanse, heller enn å legge opp til eget 5-årig spesialiseringssløp i smittevern.

Nærmere om smittevern i andre spesialiteter - behov for gjennomgang av læringsmål og felles kompetansemål

Regionalt kompetansesenter i smittevern (RKS) i Helse Midt-Norge gjennomførte en kartlegging og fant at det bare finnes konkrete læringsmål i smittevern for leger i spesialisering i medisinsk mikrobiologi og infeksjonsmedisin. Læringsmålene i smittevern for disse to spesialitetene er divergerende, og ble funnet særlig mangelfulle for infeksjonsmedisin. FHIs erfaringsgjennomgang av smittevernet under pandemien identifiserte en rekke behov for utdanning innen smittevern: Det er både behov for å bedre smittevernkompetansen hos helsepersonell generelt, og å øke antall med spisskompetanse innen smittevern. Evalueringsrapporten fra FHI viste også at smittevern i liten grad inngår i de ulike LIS-utdanningene. Disse gjennomgangene tyder på at det er behov for å gjennomgå spesialistutdanninger for leger, samt å sørge for å stille krav til standardiserte, kvalitetssikrede undervisningsopplegg for smittevern i spesialistutdanningene.

Helsedirektoratet sendte i slutten av 2022 ut en høring om felles kompetansemål (FKM) i spesialistutdanningene for leger (21/28563-25). Fra RKS Helse Vest ble det påpekt at smittevern ikke var nevnt som forslag til nye felles kompetansemål for leger. Helsedirektoratet planlegger å inkludere kompetanse i smittevern i revisjonsprosjekt for felles kompetansemål. Dette revisjonsprosjektet er i gang, og vil arbeides videre med i 2024.

Nytt kvalitetsseminar om smittevern for kommunene

Høsten 2023 planlegger Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) å lansere et kvalitetsseminar om smittevern rettet mot kommunalt helsepersonell inkludert legekontor og andre som jobber med smittevern. Kvalitetsseminaret er en videreutvikling av en kvalitetspakke som ble lansert ifm. covid-19-pandemien, og vil omhandle en rekke temaer innen smittevern. Seminaret vil bestå av et møte med forutgående e-læringsmodul. FHI er en viktig samarbeidspartner. Mer informasjon vil komme på www.kommunesamarbeid.no.

Vurdering

Det er mange kompetansemål for leger i spesialisering, og konkurransen om innpass er stor. Likevel har pandemien vist oss viktigheten av smittevernkompetanse blant leger i alle spesialiteter. Også i andre sammenhenger enn store epidemier er dette viktig. Eksempelvis må vi anta at det vil bli økende utfordringer knyttet til håndtering av resistente mikrober i tiden fremover.

Styringsgruppen vurderer at det hadde vært hensiktsmessig å inkludere læringsmål om smittevern i utdanningen av alle kliniske legespesialiteter, inkludert i del 1 av spesialistutdanningen for leger. Helsedirektoratet er allerede i gang med et revisjonsprosjekt for felles kompetansemål (FKM), hvor inklusjon av kompetanse om smittevern vil være et viktig tema for prosjektet.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Styringsgruppen anbefaler at Helsedirektoratet får i oppdrag å utrede om spesialitetsspesifikke læringsmål i smittevern for kliniske legespesialiteter bør forbedres, inkludert i spesialitetene samfunnsmedisin, allmennmedisin, infeksjonssykdommer og medisinsk mikrobiologi. Oppdraget bør også inkludere en vurdering av om det er aktuelt med nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter i smittevern. Et eksempel på en nyttig læringsaktivitet kunne være praktiske øvelser for å sikre bedre etterlevelse av håndhygiene og korrekt bruk av beskyttelsesutstyr.

Nærmere om smittevern i helse-grunnutdanningene

Det kom frem i FHIs erfaringsgjennomgang- smittevern i helse- og omsorgstjenesten at mange helsepersonell følte seg usikker under pandemien grunnet manglende smittevernkompetanse. Det ble trukket frem som et behov å få smittevern tydeligere inn i fagplaner for alle helseutdanninger. Styringsgruppen er omforent om at det er viktig å bygge smittevernkompetanse på alle nivåer gjennom grunnutdanning, arbeid, videreutdanning og spesialisering. Derfor omtaler vi også smittevern i grunnutdanningen nærmere her.

Nærmere om RETHOS og retningslinjer for grunnutdanningene.

I tidligere stortingsmeldinger ble det vist til at helse- og velferdstjenestene ikke hadde god nok innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene (Meld. St. 13 (2011-2012)), og at de gamle rammeplanene var for statiske (Meld St 16 (2017-2017)). Det ble opprettet et nytt styringssystem, [RETHOS \(regjeringen.no\)](http://RETHOS.regjeringen.no), som et samarbeid mellom flere departementer ledet av Kunnskapsdepartementet. Siden 2017 har det blitt gjort et stort utviklingsarbeid der det bl.a. har blitt utviklet forskriftsfestede retningslinjer for hver enkelt helseutdanning, i tillegg til forskrift om felles rammeplan for alle grunnutdanningene. Retningslinjene skal definere sluttkompetanse og utgjøre en minstestandard. Smittevernlæringsmål er tatt inn i relevante utdanninger som sykepleie og medisin. Imidlertid er retningslinjene overordnet, og det faktiske innholdet i studietilbudet konkretiseres videre i de ulike lærestedenes studieplaner.

Nærmere om undervisningsopplegg om smittevern i sykepleierutdanningen

Det har blitt utarbeidet et permanent undervisningsopplegg innen antibiotikastyring og smittevern for sykepleierutdanningen, i samarbeid mellom FHI, ASP og KAS (nå NSAS). Til nå har alle ca. 30 studiesteder

deltatt en eller flere ganger, og mange lager en egen undervisningsdag om AMR og smittevern på sine studiesteder. Noen av underviserne har spilt inn at de allerede har mye undervisning om smittevern for sine studenter, og at de derfor ikke har med denne bolken i undervisningsdagen. Andre rapporterer at de benytter smittevernbolken.

Nærmere om kartlegging av smittevernundervisning på medisinstudiet

Det er nylig (våren 2023) blitt gjennomført en kartlegging av smittevernundervisningen i grunnutdanningen for leger ved de fire norske studiestedene. Kartleggingen, som er gjennomført av smittevernpersonell, konkluderer med at smittevern er et lite fag som ikke har særskilt prioritering i studiet. Fakultetene har organisert utdanningene ulikt, og det er således betydelige forskjeller mellom de ulike studiestedene. Forfatterne foreslår at det defineres felles læringsmål for undervisning av smittevern faget i medisinstudiet, inkludert minstekrav. De anbefaler videre at det legges opp til praktisk trening innen smittevern, og at smittevernkompetanse testes ved eksamen.

Vurdering

FHIs erfaringsgjennomgang av smittevernet under pandemien viste til behov å få smittevern tydeligere inn i fagplaner for alle helseutdanninger.

Et kompliserende element er at det har tatt tid fra de nye forskriftene/retningslinjene er kunngjort, til endringene er implementert i studieplanene. Således vil helsepersonell som uteksamineres nå kunne ha fått et annet undervisningstilbud enn de som var ansatt i tjenestene under pandemien.

Andre tilgrensende spørsmål er om smittevern blir godt nok undervist, og om læringen blir kompetansevurdert til eksamen. Det er få "advokater" for smittevern innen undervisningssektoren: det er få akademiske stillinger og smittevernundervisning kommer ofte "på toppen" av annet arbeid.

Styringsgruppen vurderer at det, ikke minst i lys av pandemien, kunne vært nyttig å gjøre en helhetlig gjennomgang av innholdet i grunnutdanningene for helsepersonell.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Det bør sikres grunnleggende breddekompetanse i smittevern gjennom de ulike grunn- og videreutdanninger innen helse- og omsorg.

Utrede et akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologi

Begrepet akkreditering brukes i flere sammenhenger. Gjennomgående er at akkreditering innebærer en formell aksept eller godkjenning, som følge av en uavhengig vurdering av evne til å utføre spesifiserte oppgaver i tråd med gitte krav. (Se ev. [Store Norske Leksikon \(snl.no\)](https://snl.no)). Etter [lov om universiteter og høyskoler \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) § 3-1 forstås akkreditering som en faglig bedømming av om en høyere utdanningsinstitusjon eller et studietilbud fyller standarder og kriterier gitt av departementet og NOKUT[16] [...]. Selv om handlingsplanens formulering kunne antyde at det kan være aktuelt å akkreditere fagpersoner, er det nok utdanningsinstanser som kan være mest aktuelle å akkreditere.

Status

Styringsgruppen kjenner ikke til at det er startet utredning av akkrediteringssystem for infeksjonsepidemiologi.

[16] [NOKUT](https://nokut.no) – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga

Forskning

Tiltak 32 – Opprettelse av akademiske stillinger i smittevern

Departementet vil, sammen med relevante samarbeidspartnere, vurdere å legge til rette for flere akademiske stillinger i smittevern.

Ansvar: HOD

Status/vurdering

Antakelig er det er lavt antall akademiske stillinger innen smittevern i Norge, men antallet vil avhenge av hvor bredt man definerer smittevern.

En mulig fremtidig tilnærming kunne være å starte med å kartlegge antall akademiske stillinger innen smittevern gjennom utdanningsinstitusjonene. I så fall vil det være nødvendig å definere kriterier for telling, f.eks. der smittevern inngår spesifikt i stillingsbeskrivelse/portefølje.

Bedre oversikt over smittevernet i Norge

Tiltak 33 – Indikatorundersøkelse (1)

FHI skal innen utgangen av 2020 utarbeide indikatorer tilpasset helseforetak og kommuner med tanke på rapportering. Dette skal skje i samarbeid med Helsetilsynet, Hdir og helsetjenesten og være basert på indikatorer anbefalt av WHO og ECDC.

Ansvar: FHI

Status

Indikatorundersøkelsen er en spørreundersøkelse fra FHI til helseinstitusjoner i kommunene og til sykehus/helseforetak, der en rekke indikatorer relatert til smittevern kartlegges. I tillegg til indikatorer som er relevante for handlingsplanen, kartlegges andre relevante og lovpålagte forhold knyttet til smittevernet, inkludert andre indikatorer som anbefales av WHO.

Arbeidet ble forsinket pga. pandemien, men det er utarbeidet en indikatorundersøkelse for sykehjem og en for helseforetak. Det er også laget et poengsystem og en resultatrapport-mal for hver av undersøkelsene. Se også avsnittet om tiltak 34.

Vurdering

Indikatorundersøkelsen er nyttig, da den gir informasjon om status på en rekke indikatorer og aktivitet knyttet til smittevernet i Norge. Styringsgruppen antar også at den er nyttig for å bevisstgjøre ledelsen i institusjoner om viktigheten av dette arbeidet.

Utfra foreløpige data fra undersøkelsen, ser det ut til at mye er på stell, men samtidig kan det være forbedringspotensial på en del punkter.

Undersøkelsen er besvart under en pågående pandemi, og det er nærliggende å tenke at resultatene og oppslutningen kan ha vært farget av det.

Anbefaling fra styringsgruppen

- Indikatorundersøkelsen bør gjentas med jevne mellomrom

Tiltak 34 – Indikatorundersøkelse (2)

Helseforetak skal, og kommuner bør, delta i FHIs indikatorundersøkelse fra og med 2021.

Ansvar: Helseforetak, kommuner (KS)

Status

Indikatorundersøkelser ble gjennomført i sykehjem i 2021 og i helseforetakene i 2022. Litt over halvparten av sykehjemmene og nesten alle sykehusene svarte. Se også omtale av tiltak 33 for nærmere detaljer. Resultatrapporter (poengoversikter) er sendt til alle deltagende helseforetak, sykehjem og kommuner, og det vil

bli publisert en samlerapport (etternotat: samlerapporter om indikatorundersøkelsen i sykehjem og i sykehus ble publisert på FHIs nettsider februar 2024).

Vurdering

Deltakelsen i sykehjem burde vært bedre. Muligens kunne deltagelsen vært økt dersom handlingsplanen brukte formuleringen "skal" og ikke "bør" også for kommuner. Styringsgruppen anbefaler at både helseforetak og kommuner "skal" delta i indikatorundersøkelsene neste gang.

Tiltak 35 – Internrevisjon

Helseforetakene og kommunale helseinstitusjoner skal i løpet av handlingsplanperioden gjennomføre interne revisjoner om smittevern, inkludert utarbeide en oppfølgingsplan. Dette gjelder også private leverandører av helsetjenester.

Ansvar: RHF, kommuner

Regelverk og begreper

Etter [lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 5 \(lovdata.no\)](#) skal alle som yter helse- og omsorgstjenester opprette et *internkontrollsystem* for virksomheten:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Internkontroll kan defineres som en prosess, utført av en virksomhets styre, ledelse og øvrige ansatte, utformet for å gi rimelig sikkerhet for oppnåelse av målsettinger relatert til drift, rapportering og etterlevelse av eksterne og interne krav.

Et *infeksjonskontrollprogram* vil være en del av internkontrollen ved institusjonen og må innpasses i virksomhetens internkontrollsystem (som beskrevet i forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten [§ 2-1 \(lovdata.no\)](#) og [§ 2-2 \(lovdata.no\)](#)).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) stiller krav om å «minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten».

Veileder til [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#) utdyper hvordan forskriften skal forstås og gir veiledning om generelle krav til styring og kontroll i en virksomhet.

Internrevisjon utføres av interne personer i organisasjonen, og skal avdekke om kvalitetssystemet fungerer og følges, om fagkunnskapen er tilstrekkelig og om sikkerheten ivaretas ([Store Norske leksikon](#)). Internrevisjonens formål er å fremme og beskytte organisasjonens verdier gjennom å gi risikobaserte og objektive bekreftelser, råd og innsikt. Funksjonen skal være uavhengig og objektiv og ha faglig integritet. Internrevisjon kan være en del av den etablerte internkontrollen. Revisjonen gjøres på oppdrag fra ledelsen og er ofte starten på større forbedringsarbeid i virksomheter.

Nærmere om private leverandører av helsetjenester

Handlingsplanen definerer ikke hva som menes med private leverandører av helsetjenester. Styringsgruppen legger til grunn at tiltaket i prinsippet omfatter alle helseforetak og kommunale helseinstitusjoner som er omfattet av smittevernforskriften. Vi har imidlertid ingen god oversikt over det helprivate helsetilbudet.

Status

Mange institusjoner legger ned en betydelig innsats knyttet til internkontroll og internrevisjon av tjenestene. I indikatorundersøkelsen til sykehus i 2022 svarte 72 % ja på at det var gjennomført internrevisjoner innen smittevern i løpet av siste tre år. Av de som svarte ja, svarte videre 80 % ja på at sykehuset hadde utarbeidet en oppfølgingsplan for identifiserte forbedringspunkter.

Hovedandelen av sykehusene hadde gjennomført internrevisjoner og laget oppfølgingsplan for identifiserte forbedringspunkter.

Det er imidlertid ikke klart definert hvilket nivå en slik internrevisjon skal gjøres på og hva den skal omfatte. Antakelig gjøres slike revisjoner på ulike måter og nivåer, og vi har grunn til å anta at det er betydelig variasjon mtp. hvordan revisjonene gjennomføres.

Det er ikke spurt sykehjemmene om internrevisjoner i indikatorundersøkelsen.

Vurdering

Styringsgruppen vurderer at internrevisjoner på smittevern er nyttig og kan gjerne videreføres. Slike revisjoner gir mulighet til å kontrollere at god praksis følges og at lovverkets krav på området er ivarettatt.

Indikatorundersøkelsen kan brukes til å følge opp status på dette tiltaket på et senere tidspunkt. I så fall bør man vurdere å også inkludere spørsmål om interne revisjoner til sykehjem neste gang.

Nærmere om behovet for standardisert mal for interne revisjoner om smittevern

FHI og Hdir har fått forespørsler fra HF om det kan utarbeides en nasjonal mal for internrevisjoner innen smittevern, som ev. tar utgangspunkt i indikatorundersøkelsene. I FHIs nylige erfaringsgjennomgang av smittevernet ifm. pandemien fikk man også tilbakemeldinger fra tjenestene som tilsier ønske om standardiserte maler for internrevisjon/audit.

Styringsgruppen ser at det kan være nyttig og tidsbesparende å standardisere disse prosessene. Gruppen har flere ganger drøftet om FHI og Hdir bør utarbeide en nasjonal mal for internrevisjon, eventuelt i samarbeid med Helsetilsynet. Et viktig spørsmål blir da på hvilket nivå og av hvilket omfang en slik mal bør *utarbeides*. I den ene enden av spekteret kan man se for seg et nasjonalt normerende produkt utgitt av Helsedirektoratet. I den andre enden kunne man sett for seg at tjenestene samarbeidet om å utarbeide prosedyrer og sjekklister over relevante krav og standarder.

Et annet spørsmål er på hvilket nivå i institusjonen slike revisjoner bør *utføres*. I den ene enden av spekteret kan gjøres en begrenset gjennomgang på avdelings/fagnivå – i motsatt ende full toppledelsesinitiert revisjon, eventuelt med eksternrevisor).

Helsedirektoratet ønsker i utgangspunktet ikke å lage en normerende nasjonal mal, av følgende hovedgrunner:

- Produkter som utgis av Helsedirektoratet oppfattes som normerende, og vil i praksis bety et nytt pålegg for tjenestene. Dette vil redusere mulighetsrommet for å fokusere ressursene på områder med spesielt behov lokalt.
- Den generelle metodikken er allerede beskrevet i [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#).

- Normerende produkter er svært omfattende og ressurskrevende å utvikle – ofte kreves årsverk. Det gjøres derfor en streng prioritering før oppstart av nye normerende produkter. Det er betraktelig mindre ressurskrevende om tjenestene kunne dele prosedyrer og sjekklister over faglige standarder, og ev. samarbeide om utarbeidelse av disse. Antakelig finnes en del materiale og erfaring i tjenestene allerede.

Representanter i styringsgruppen påpeker imidlertid at tilbakemeldingene fra tjenestene tyder på at

- den generelle veiledningen ikke gir tilstrekkelig støtte, og at det synes å være stor variasjon i tilnærmingen til slike revisjoner i tjenestene.
- Tjenesteproduserte sjekklister for prosedyrer og faglige standarder kan besvare alle uklarheter, som f.eks hvilket nivå man skal legge revisjonen på (full, topplederinitiert ekstern revisjon versus "runde i fagmiljøet").

Fra tjenestehold fremholdes således ønsket om en standardisert mal. Styringsgruppens medlemmer fremstår noe delt i synet på om en slik mal burde utarbeides sentralt som en "nasjonal" mal, eller om tjenestene selv heller bør samarbeide om mer lokale maler og fremgangsmåter (prosedyrer og sjekklister mm), eller eventuelt som ledd i prosjektet rundt metodebok.no (se under).

Videre vil det antakelig være mest aktuelt å utarbeide separate maler for sykehus og sykehjem/kommunale helseinstitusjoner. Vi har ikke systematisk kunnskap om hvor mange sykehjem som har gjennomført interne revisjoner om smittevern, da dette ikke ble kartlagt i indikatorundersøkelsen til sykehjem. Styringsgruppen har heller ikke kartlagt etterspørselen etter slik veiledning i primærhelsetjenesten.

ECDC har tidligere gjennomført internrevisjon ved Vestre Viken. Uansett nivå og metodikk, vil det antakelig være fornuftig å se til metoden som ble benyttet der, i en fremtidig prosess med å utarbeide mal.

Nærmere om metodebok.no

Det er startet opp et samarbeid om publisering og forvaltning av metodebøker på tvers av RHF-ene, knyttet til samlesiden metodebok.no. Noe av formålet er å koordinere ressursbruk og effektivisere arbeidet med å etablere og vedlikeholde prosedyrer og metodebøker, basert på desentralisert produksjon og interregionalt samarbeid om forvaltning. På overordnet nivå er det besluttet en interregional forvaltningsgruppe med representanter fra alle fire RHF. Styringsgruppen for handlingsplanen har ikke utredet i hvilken grad metodebok-prosjektet eventuelt kan egne seg for en tjenestedrevet utarbeiding av felles mal for internrevisjoner.

Endringer i smittevernloven og relevante forskrifter

Tiltak 36 – Vurdere oppdateringer av relevante forskrifter på smittevernområdet

Departementet vil sørge for oppdatering av relevante forskrifter innen smittevernområdet i henhold til behov (Vedlegg 3).

Ansvar: HOD

Status

Pandemien satte dette arbeidet på vent. Det overordnede lovverket gjennomgås i etterkant av pandemien, et arbeid som er i prosess per utgangen av 2023. Det synes naturlig å primært vurdere behov for oppdatering av relevante lover før forskrifter. HOD har meddelt at de vil ta initiativ overfor Helsedirektoratet og FHI omkring oppdatering av forskriftene.

Smittevern hensyn i metodevurderinger

Tiltak 37 – Smittevern hensyn i metodevurderinger

Det innføres en prøveperiode med endringer i retningslinjene for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler for å ta hensyn til smittevern. Prøveperioden vil omfatte 3-5 metodevurderinger. Etter at den foreslåtte prøveperioden er gjennomført, skal erfaringene fra metodevurderingene oppsummeres og retningslinjene endres om nødvendig.

Ansvar: Ikke presisert i handlingsplanen

En [metodevurdering \(nyemetoder.no\)](https://nyemetoder.no) er en systematisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget for effekt og sikkerhet av et tiltak. Det gjelder ikke minst legemidler, men kan også være relevant for teknisk og medisinsk utstyr. Metodevurderinger brukes som grunnlag for prioriteringer og beslutninger om bruk, innføring og utfasing av metoder. Metodevurderinger er typisk aktuelle når det er snakk om kostbare tiltak som skal finansieres av det offentlige. Metodevurderinger er forskjellig fra forskningsprosjekter, der man gjerne undersøker effekt av tiltak.

Et hovedpoeng med tiltak 37 er at metodevurderingene også skal ta hensyn til effekter for andre enn individet som mottar tiltaket (legemiddel/utstyr). I smittevernsammenheng kan det f.eks. bety redusert smittespredning eller gunstig/ugunstig effekt på antimikrobiell resistens.

Det gjøres ulike typer metodevurderinger. Statens legemiddelverk (SLV, nå Direktoratet for medisinske produkter) utfører primært hurtige og forenklede metodevurderinger av legemidler. FHI utfører fullstendige metodevurderinger av alle typer metoder, inkludert legemidler, men også hurtige og forenklede metodevurderinger av metoder som ikke er legemidler. Se ev. [Metodevurderinger \(nyemetoder.no\)](https://nyemetoder.no). Den 11. mars 2023 ble det avklart at den nye Direktoratet for medisinske produkter får helhetlig ansvar for metodevurderinger innen medisinske produkter, herunder legemidler.

Status

SLV har utgitt [Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler \(dmp.no\)](https://dmp.no) (sist oppdatert 18.10.21). Spørsmål om hvordan smittevern hensyn og antimikrobiell resistens skal ivaretas i metodevurderinger ved vurderinger av offentlig finansiering, er imidlertid behandlet i rapporten Smittevern og resistens i metodevurderinger fra 2019. Denne rapporten ble utarbeidet av SLV i samarbeid med FHI.

Ifølge denne rapporten fra 2019 var arbeidsgruppen positive til å i større grad ta hensyn til smittevern og antibiotikaresistens i metodevurderinger. Det ble imidlertid bemerket utfordringer knyttet til gjennomføringen. Det var her at arbeidsgruppen foreslo en prøveperiode med de foreslåtte anbefalingene, med "varighet" på 3-5 metodevurderinger, slik handlingsplanen gjenspeiler. Det ble anført at etter at den foreslåtte prøveperioden er gjennomført, bør erfaringene fra metodevurderingene oppsummeres og retningslinjene endres om nødvendig.

SLV bekrefter våren 2023 at det ikke har vært noen metodevurderinger i der smittevern hensyn har vært vurdert som aktuelt. Per februar 2023 pågår et par potensielt relevante metodevurderinger i regi av FHI.

Det synes ikke som det hittil har vært gjennomført metodevurderinger som har vært vurdert som relevante. I så måte har det heller ikke blitt gjennomført noen erfaringsoppsummering.

Vurdering

Det synes å ha vært få aktuelle metodevurderinger i handlingsplanperioden, og tiltaket er da heller ikke gjennomført. Dersom smittevernhensyn tas inn i fremtidige metodevurderinger (såfremt aktuelt), vil dette danne materiale for en erfaringsoppsummering slik tiltaket går ut på.

Alle som gjør metodevurderinger bør vurdere om smittevernhensyn kan være aktuelt.

Tiltaket er imidlertid ikke ansvars plassert iht. planen. Gjennomføring hviler på flere aktører, og uten formell ansvars plassering kan det være utfordrende å få det gjennomført.

Andre kommentarer

Metodevurderinger kan være vanskelige og kompliserte. I tillegg til god metodologi, er det er viktig at de relevante fagmiljøene kobles på.

Anbefaling fra styringsgruppen:

- Styringsgruppen anbefaler at erfaringene oppsummeres når et tilstrekkelig antall slike metodevurderinger er gjennomført, og at retningslinjene for metodevurderinger gjennomgås i lys av disse erfaringene. Det nye Direktoratet for medisinske produkter (DMP) får ansvar for helhetlig ansvar for metodevurderinger innen medisinske produkter fra 2024.

Vedlegg: Tabellarisk oppsummering av styringsgruppens anbefalinger knyttet til de ulike målene og tiltakene

Her oppsummeres kulepunktvis hovedanbefalinger fra rapportens ulike kapitler. NB: Ytterligere vurderinger og anbefalinger finnes under avsnittet "vurdering" under beskrivelsene av de enkelte mål og tiltak.

Oppsummering av hovedanbefalinger

Mål/tiltak	Målets/tiltakets tittel	Anbefaling fra styringsgruppen
Delmål 1	Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus og helseinstitusjoner i 2023 er redusert sammenlignet med 2017	Det bør jobbes videre med et system for å etablere automatisk overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner og AMR, der data om antibiotika-bruk i helseinstitusjoner vil kunne inngå når de foreligger på pasientnivå.
Delmål 7	Vaksinasjon av helsepersonell skal trappes ytterligere opp gjennom handlingsplanperioden slik at 75 % av alle sykehusansatte og ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten er vaksinert mot sesonginfluensa	- Målet om 75 % influensavaksinasjonsdekning er et viktig mål som bør videreføres. - Det bør presiseres hvordan 75 %-målet skal forstås. Styringsgruppen anbefaler at strategi og aktuelle oppdragsdokumenter presiserer at 75 %-målet gjelder alle ansatte i helsetjenestene med pasientkontakt. Dette bør ikke være til hinder for at sykehus fortsetter å tilby influensavaksine til alle ansatte. - Arbeidsgivere bør oppfordres til å sørge for at all vaksinasjon blir registrert i SYSVAK (reducere underrapportering).
Tiltak 4	Nasjonal standard for overvåking av håndhygiene	- Nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST) bør implementeres, videreutvikles og brukes aktivt i helsetjenestene (tiltak 4, 5, 6). - Tydeligere styringssignaler fra sentrale helsemyndigheter om deltagelse i NOST ville kunne øke implementeringen. Tilbakemeldinger fra HF og primærhelsetjenesten er at det er vanskelig å få prioritert NOST når det oppleves som frivillig.
Tiltak 8	Utarbeidelse og oppdatering av smittevernveiledere	Arbeidet med smittevernveiledere og faglige råd bør styrkes. Oppdaterte og gjennomarbeidede veiledere utgjør en viktig støtte til tjenestene.
Tiltak 9	Utarbeide elektronisk modell for overvåking	Det bør jobbes videre for et elektronisk overvåkningssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner.
	Vaksinasjonsdekning mot sesonginfluensa	Målene om 75 % influensavaksinasjonsdekning bør videreføres.

Tiltak 19 og 20	blant helsepersonell på sykehus og i kommuner	- Målet bør gjelde alle yrkesgrupper med pasientkontakt, og det er behov for tydeliggjøring av hvordan vaksinasjonsdekningen skal telles (se konkret anbefaling om dette i kapittelet om delmål 7). - Arbeidsgivere bør sterkt oppfordres til å sørge for at all vaksinasjon blir registrert i vaksinasjonsregisteret SYSVAK.
Tiltak 22	Smittevern hensyn ved nybygg og renovering av sykehus	Styringsgruppen støtter at smittevernhensyn løftes inn i alle prosesser rundt nybygging og ombygging av sykehus. Det bør sørges for tilstrekkelig areal til å unngå fortetning og korridoropphold.
Tiltak 26	Nasjonale anbefalinger for desinfeksjon og sterilisering av medisinsk utstyr	Styringsgruppen anbefaler at det jobbes videre med å få på plass bedre veiledning til tjenestene om dekontaminering
Tiltak 31	Smittevern i grunn- og videreutdanningen	- Dedikert smittevernpersonell bør gis mulighet til formalisert utdanning og spisskompetanse - Det bør sikres grunnleggende breddekompetanse i smittevern gjennom de ulike grunn- og videreutdanninger innen helse- og omsorg. - Det bør arbeides for formalisert og/eller anerkjent smittevernkompetanse for leger som kan bygges på toppen av annen relevant kompetanse, heller enn å legge opp til eget 5-årig spesialiseringssløp i smittevern. - Styringsgruppen anbefaler at Helsedirektoratet får i oppdrag å utrede om spesialitetsspesifikke læringsmål i smittevern for kliniske legespesialiteter bør forbedres, inkludert i spesialitetene samfunnsmedisin, allmennmedisin, infeksjonssykdommer og medisinsk mikrobiologi. Oppdraget bør også inkludere en vurdering av om det er aktuelt med nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter i smittevern. Et eksempel på en nyttig læringsaktivitet kunne være praktiske øvelser for å sikre bedre etterlevelse av håndhygiene og korrekt bruk av beskyttelsesutstyr.
Tiltak 33	Indikatorundersøkelse (1)	Indikatorundersøkelsen bør gjentas med jevne mellomrom
Tiltak 37	Smittevern hensyn i metodevurderinger	Erfaringene bør oppsummeres når et tilstrekkelig antall slike metodevurderinger er gjennomført, og at retningslinjene for metodevurderinger gjennomgås i lys av disse erfaringene. Det nye Direktoratet for medisinske produkter (DMP) får ansvar for helhetlig ansvar for metodevurderinger innen medisinske produkter fra 2024.
	Kobling til nasjonal handlingsplan for	Styringsgruppen ser synergieffekter ved at fagmiljøene for smittevern og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet samarbeider der det er naturlig. Forbedringskompetanse er et eksempel, hvor felles metoder og verktøy benyttes for å forbedre

	pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	helse- og omsorgstjenestene. Slik kompetanse er relevant også i arbeidet med å nå målene i handlingsplanen for et bedre smittevern.
--	--	--

