Indikatorbricka för infektionsuppföljning

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Klient- och patientsäkerhetscentret

Motivering för uppföljningen och rapporteringen

Uppföljning ger kunskap inför bekämpningen

Uppföljningen av vårdrelaterade infektioner och multiresistenta mikrober bygger på lagen om smittsamma sjukdomar (17 och 36 §). Syftet med uppföljningen är att förbättra klient- och patientsäkerheten samt att hjälpa välfärdsområdena att rikta sina åtgärder och resurser på bekämpningen.

Enheter för hälso- och sjukvård eller socialvård följer upp vårdrelaterade infektioner för att identifiera basnivån för prevalensen och notera avvikelser, det vill säga eventuella epidemier. Då kan bekämpningsåtgärderna effektiviseras i tid.

Utöver vårdrelaterade infektioner bör enheterna också följa **process- och strukturindikatorerna för infektionsbekämpning.** De beskriver säkerhetskulturen och förutsättningarna för att genomföra infektionsbekämpningen.

I Finland finns ingen lagstadgad offentlig anmälning, men att offentliggöra infektionssiffrorna bidrar till en bättre säkerhetskultur. Uppföljningssiffrorna för infektioner är i hög grad beroende av patientmaterialet och sjukhusets vårdutbud. Enhetens infektionstal kan inte direkt kopplas till vårdfel eller patientspecifika risker, som är individuella.

Välfärdsområdenas infektionsbekämpningsenheter ansvarar för uppföljningen på välfärdsområdesnivå och ger enheterna konsulthjälp vid valet av uppföljningsmetoder, genomförandet av uppföljningen, tolkningen av resultaten och planeringen av bekämpningsåtgärder. Ansvaret för uppföljningen och bekämpningen på enhetsnivå ligger hos enhetens direktör.

Syftet med indikatorbrickan

Den här indikatorbrickan är en bilaga till beskrivningen av indikatorer för bekämpning av vårdrelaterade infektioner. I indikatorbrickan ingår kända och beprövade indikatorer för lokal uppföljning och utveckling av enheternas egen verksamhet. Den är avsedd att användas inom den specialiserade sjukvården, på primärvårdens vårdavdelningar och vid enheter för dygnetruntomsorg. Indikatorbrickan är avsedd i första hand för **professionella vid välfärdsområdets enhet för infektionsbekämpning**, när de planerar infektionsuppföljningen inom sitt område. Den kan vara till hjälp när rapporteringen om välfärdsområdets egenkontroll utvecklas eller automatiseras med dem som ansvarar för datasystemen.

I tabellen anges det om indikatorstorheterna sannolikt skulle kunna användas även för offentlig rapportering och jämförelse. Offentlig rapportering kräver att uppgifterna är tillförlitlig tillgängliga (bl.a. omfattande dokumentering) och med rimlig arbetsmängd.

En del av mätarna för den specialiserade sjukvården är redan bekanta och i bruk vid många sjukhus, eftersom en del av dem ingår i THL:s nationella HLI-uppföljning (tidigare SIRO). Sjukhus inom den specialiserade sjukvården bör i regel ansluta sig till THL:s uppföljning, eftersom den möjliggör nationell jämförelse av den egna situationen. Indikatorerna ersätter inte THL:s nationella infektionsuppföljning eller rekommendationer, men uppmuntrar enheterna att samla in de uppgifter som krävs för HLI-uppföljningen och gör det därmed möjligt att ansluta sig till den.
En del av indikatorerna är sådana som många enheter (t.ex. inom primärvården) först nu planerar eller inför.

På indikatorbrickan presenteras fördelarna med de olika indikatorerna samt förutsättningar och begränsningar för att införa dem. Samtidigt berättas det hur resultaten av indikatorerna kan utnyttjas.

En del indikatorer förutsätter att resultatet relateras till t.ex. vårddagar eller dagar med en främmande kropp. Sådana uppgifter är ännu inte tillgängliga vid alla finländska sjukhus, efter det kräver strukturerad dokumentation och hämtning ur datasystemen.

Indikatorerna är markerade med färgkoder.
– Grönt används för indikatorer som välfärdsområdena bör förbinda sig till genast.
– Gult används för indikatorer som rekommenderas för utvecklingen av infektionsbekämpningspraxisen inom den egna verksamheten, men kan förutsätta att dokumentationspraxisen och hämtningen ur datasystemet utvecklas.
– Rött används för indikatorer som antagligen inte ännu används överallt och som sannolikt kräver tilläggsresurser, datautvinning eller lokal effektivisering och förändring av dokumentations- och anmälningspraxisen.

Det är ofta värt att inleda uppföljningsarbetet med en prevalensstudie (t.ex. på primärvårdens vårdavdelningar, om uppföljning inte har gjorts där tidigare) och upprepa den till exempel en eller några gånger per år. Om enheten har möjlighet till kontinuerlig uppföljning, bör den inriktas på sådana infektionstyper som förekommer i stor utsträckning och där effektivare bekämpningsåtgärder kan vara till nytta. Vid valet av uppföljningsmetoder bör man beakta att uppföljningen, analysen och rapporteringen kräver tillräckliga person- och systemresurser för att de ska vara tillräckligt tillförlitliga. Dessutom behövs en plan för hur informationen ska utnyttjas vid utvecklingen av verksamheten (informationsbehov). Uppföljning endast för mätningens skull bör inte göras.

Uppföljningen ger information om klient- och patientsäkerheten

På Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats finns en lista över andra indikatorer som beskriver klient- och patientsäkerheten.

Med hjälp av checklisteindikatorerna[1] kan välfärdsområdet kontrollera att de strukturer och processer som stöder säkerheten genomförs. Genom att införa checklisteindikatorerna visar området att det förbinder sig att arbeta för bättre säkerhet.

De kvantitativa indikatorerna[2] för klient- och patientsäkerhet, som välfärdsområdena har fastställt tillsammans, är sådana som välfärdsområdena, HUS och Helsingfors stad har förbundit sig att mäta med enhetliga metoder. De här indikatorerna kan användas som nationella jämförelseindikatorer.

Förkortningar

HLI = hoitoon liittyvä infektio = vårdrelaterad infektion
SIRO = THL:s sjukhusinfektionsprogram, (SIRO) = indikatorn ingår i SIRO-uppföljningen
CDC = Centers for Disease Surveillance and Control (CDC) = indikatorn beskrivs i amerikanska CDC:s uppföljning.
NHSN = National Healthcare Safety Network
ISPD = International Society for Peritoneal Dialysis
Spec. = Specialiserad sjukvård
Prim. = Primärvård
Omsorg = Dygnetruntomsorg, effektiverat serviceboende eller gemenskapsboende

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/process-och-strukturindikatorer/
[2]https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/Rapport-fran-konsensusgruppen-for-klient-och-patientsakerhetsindikatorer-12.3.2024.pdf

	Indikator Infektionsindikatorer för specialiserad sjukvård	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Täljare	Nämnare	Nyttor, kommentarer	Begränsningar
	Kontinuerlig uppföljning*					
1	Antalet vårdrelaterade infektioner under observationsperioden	Nej	Antalet vårdrelaterade infektioner (per infektionstyp)	Nej	Anmälningar och anmälda infektionstyper kan granskas allmänt och särskilt tillhörande mikrobfynd för att hitta eventuella kluster. Också mer ovanliga infektionstyper, som inte rutinmässigt rapporteras per antal vårddagar uppmärksammas (beroende på anmälningspraxis). När enhetens verksamhet förblir densamma, bör också anmälningsaktiviteten bedömas om antalet infektioner förändras.	Förändringar i anmälningsaktiviteten påverkar resultaten. Att infektionsanmälningarna granskas av en sakkunnig inom infektionsbekämpning (hygienskötare) förbättrar kvaliteten, men binder resurser.
2	Patienter med minst en infektion per 100 vårdperioder	Nej	Antalet patienter med minst en vårdrelaterad infektion under en viss tidsperiod	Vårdperioder under en viss tidsperiod	Enkelt mått som visar andelen patienter vars vårdperiod kompliceras av minst en vårdrelaterad infektion. Lämpar sig för sjukhusets egen årliga uppföljning/egenkontroll (t.ex. årsrapporten).	Förutsätter att alla infektionstyper uppföljs på sjukhuset. Tillförlitligheten påverkas av hur heltäckande infektionsanmälningen är. Anmälningsgraden höjs av bl.a. antibiotikavarningar och användning av datautvinning. På grund av olika datainsamlingsmetoder lämpar den sig inte för direkt jämförelse av sjukhus, även om sjukhusens specialområden, vårdens kravnivå och patientmaterialet skulle vara likartade.

3	Blododlingspositiva infektioner (eller endast S. aureus) per 1 000 vårddagar	Ja (SIRO)	Antalet blododlingspositiva infektioner inom en viss tidsenhet (enligt övervägande kan primära och sekundära infektioner anges separat, av de primära anges CVK-relaterade separat)	Enhetens vårddagar under tidsenheten. Som tilläggsinformation kan man ange antalet tagna blododlingar per antalet vårddagar eller blododlingarnas positivitetsgrad.	Tillförlitligt tillgänglig nationell indikator (THL:s SIRO), som beskriver prevalensen för allvarliga infektioner. För att bekämpningsåtgärder ska kunna riktas rätt är det viktigt att skilja mellan primära och sekundära infektioner. Också mikrobernas typ och resistens kan anges separat, t.ex. Staphylococcus aureus. Av de primära kan andelen CVK-relaterade infektioner anges separat.	Om man analyserar incidensen på hela sjukhuset och jämför den med andra sjukhus, bör tolkningen ta hänsyn till sjukhusens patientmaterial dvs. specialområden och vårdens kravnivå. T.ex. stamcellstransplantationer kan höja täljaren. Inom psykiatrin finns det få blododlingspositiva infektioner, så vårddagar inom psykiatri höjer nämnaren och minskar incidensen. Resultaten kan gärna presenteras även per specialområde och i tillämplig grad per enhet för att få en meningsfull tolkning för infektionsbekämpningsarbetet. Man kan fokusera på bara de enheter där risk förekommer (t.ex. somatiska enheter). För CVK-relaterade infektioner kan man fokusera på de enheter där CVK används. Nationell jämförelse förutsätter att täljar- och nämnaruppgifterna insamlas på samma sätt. Vid analysen av uppgifterna bör patientmaterialet beaktas.

4	Blododlingspositiva CVK-relaterade infektioner per 1 000 CVK-dagar	Nej	Blododlingspositiva CVK-relaterade infektioner	CVK-dagar under tidsenheten.	Beskriver noggrannare risken med CVK-behandling. Beroende på dokumentationspraxisen kan siffrorna följas också enligt kanyltyp (tillfällig, tunnelerad) och enhet (ICU/NICU). Mikrobernas typ och resistens kan anges separat. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att förbättra vårdens kvalitet och infektionssäkerhet.	För att få nämnaruppgifterna krävs omfattande dokumentering av kanylerna samt att uppgifterna överförs till HLI-uppföljningsprogrammet eller sammanställs via ett datalager. Används bara vid enheter som vårdar patienter med CVK. Passar inte för nationell jämförelse eftersom patientmaterialet (specialområden och vårdens kravnivå) påverkar siffrorna.
5	Lokala infektioner vid kanyl per 1 000 kanyldagar	Nej	Antal (VIP-score 3)	Kanyldagar	Beskriver hur allmän en infektion som kan förhindras är och hur eventuella bekämpningsåtgärder genomförts. Man kan också analysera endast antalet infektioner genom att jämföra det med antalet kanyldagar, om kanyler används ofta på enheten. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	En tillförlitlig mängd lokala infektioner kräver att kanylerna observeras dagligen (identifiering av infektioner). Siffran per kanyldag förutsätter att användningen av intravenösa kanyler dokumenteras i strukturerat format. Kanyldagarna ska överföras automatiskt till HLI-uppföljningsprogrammet eller så ska uppgifterna kombineras via ett datalager. Dokumentationspraxisen och identifieringen av infektioner varierar mellan olika organisationer, varför indikatorn inte lämpar sig för offentlig jämförelse.

6	Infektioner i operationsområdet per 100 åtgärder, separat för varje åtgärdsgrupp	Ja, i första hand för följande infektioner i operationsområdet eller organ vid följande operationstyper per 100 åtgärder enligt NNIS/ASA-klass: – första ledprotesoperationer i knä – första ledprotesoperationer i höften – frakturoperationer i lårbenshalsen (SIRO)	T.ex. i THL:s SIRO uppföljs djupa infektioner och organinfektioner i operationsområdet, ledprotesinfektioner i knä och höft, frakturoperationer i lårbenshalsen, kranskärls- och klaffoperationer, kejsarsnitt, hysterektomi, bröstkirurgi. Infektioner i operationsområdet vid sjukhusets övriga centrala operationstyper, t.ex. – vrist-, armbågs- och axelproteser – infektioner med anknytning till laminektomi – infektioner i operationsområdet efter blodkärlskirurgi – meningit och infektioner i operationsområdet	Antalet operationer eller antalet operationer inom gruppen.	Tillförlitligt tillgänglig nationell indikator (THL:s SIRO). Infektioner är allvarliga och berör en verksamhet med stor volym. Också fynd av sjukdomsframkallande mikrober kan observeras och analyseras.	Operationstyperna som uppföljs ska väljas enligt operationsverksamheten. Infektioner ska bedömas enligt ASA-riskklasser och hygienklasser och t.ex. prioritetsklasser. Det är viktigt i synnerhet om de används för jämförelse mellan olika sjukhus. Definitionen av infektion i operationsområdet och kontrollen av infektionsanmälningar kan påverka täljaren. När man väljer vilka operationstyper eller operationsgrupper som ska uppföljas, bör man i programmet rent tekniskt beakta dokumentationspraxisen för åtgärdskoden (använda koder samt kodens placering som första kod eller också på andra platser). Det här kan påverka urvalet av patienter till åtgärdsgruppen. Åtgärderna kan grupperas t.ex. enligt huvudkategori (åtgärdskodens tre första tecken) eller man kan bilda andra åtgärdsgrupper som är ändamålsenliga för specialområdet och som har likartad infektionsrisk. Patientmaterialet bör beaktas vid nationell jämförelse av uppgifter och sjukhus.

7	Infektioner per 100 åtgärder, som inte är egentliga operationer i operationssal	Nej	Urinvägsinfektioner eller blododlingspositiva infektioner t.ex. vid följande åtgärdstyper: ESWL, cystoskopi, prostataingrepp Artrit eller blododlingspositiva infektioner/ledpunktion	Antalet åtgärder	Indikatorn ger information om incidensen för infektioner med anknytning till andra åtgärder som är centrala vid enheten eller sjukhuset. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Infektionstyperna som ska uppföljas bör väljas enligt sjukhusets verksamhet eller observerade problem. Nämnaruppgifterna kan fås om åtgärden är strukturerat dokumenterad i patientdatasystemet. Alla åtgärder dokumenteras inte i operations- och anestesisystemet. Dokumentationspraxisen och identifieringen av infektioner varierar mellan olika organisationer, varför indikatorn inte lämpar sig för offentlig jämförelse. Tillförlitlig insamling av täljaruppgifter är en utmaning, för en stor del av de små åtgärderna är polikliniska och infektionen kan konstateras inom öppenvården. En förutsättning för indikatorn är att infektionsuppgifterna kan kopplas till åtgärden.
8	C. difficile per 1 000 vårddagar	Ja (SIRO)	Vårdrelaterade C. difficile-infektioner enligt SIRO-definitionen.	Antalet vårddagar. Som tilläggsinformation anmäls det totala antalet C. difficile-prover per antalet vårddagar eller C. difficile-provernas positivitetsgrad.	Nationell kvantitativ indikator. Beskriver prevalensen för vårdrelaterade infektioner samt eventuellt genomförandet av bekämpningsåtgärder och provtagningsaktiviteten.	Incidensen påverkas av C. difficile-provtagningsaktiviteten (identifiering av infektioner) och hur fallen räknas (laboratorieresultat eller avdelningens anmälningar). Vid jämförelsen bör man beakta patientmaterialet, eftersom patientens sjukdomar och behandlingen av dem kan påverka risken för att få en C. difficile-infektion.

9	Urinvägsinfektioner per 1 000 vårddagar	Nej	Vårdrelaterade UVI	Antalet vårddagar	Lämplig för att visa prevalensen för en allmän infektionstyp och mikrobiologiska fynd. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Tillförlitliga uppgifter förutsätter täckande rapportering av infektionsfall eventuellt via datautvinning (t.ex. U-BaktVi + symtom + inledningen av antimikrobiella läkemedel). Utan automation och ett enhetligt klient- och patientdatasystem kan det vara svårt att upptäcka/kombinera infektioner som hänför sig till polikliniska åtgärder men upptäcks inom öppenvården. Lämpar sig därför inte för offentlig
10	Urinvägsinfektioner med anknytning till kateter per 1 000 kateterdagar	Nej	UVI med anknytning till katetervård	Antalet katetervårddagar	Lämplig för att visa prevalensen för en riskfaktorrelaterad infektionstyp och mikrobiologiska fynd. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Tillförlitliga uppgifter förutsätter täckande rapportering av infektionsfall eventuellt via datautvinning (t.ex. U-BaktVi + symtom + inledningen av antimikrobiella läkemedel + urinkateter) och säkerställande av fallen. För att kunna jämföra med antalet kateterdagar måste användningen av katetrar dokumenteras i strukturerat format. Kateterdagarna ska överföras automatiskt till HLI-uppföljningsprogrammet eller så ska uppgifterna kombineras via ett datalager. Dokumentationspraxisen och identifieringen av infektioner varierar mellan olika organisationer, varför indikatorn inte lämpar sig för offentlig jämförelse.
11	Lunginflammationer per 1 000 vårddagar	Nej	Lunginflammationer	Antalet vårddagar	Lämplig för att visa prevalensen för en allmän infektionstyp. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Problemet är datainsamlingens omfattning och tillförlitlighet. För en täckande rapportering av fallen krävs det att lunginflammationer identifieras enligt den fastställda definitionen och dokumenteras i datasystemet. Datautvinning enligt falldefinitionen (radiologiskt och symtomfynd, lab. samt inledande av antibiotika och diagnoskod) kan hjälpa att hitta

12	Ventilatorassocierade lunginflammationer per 1 000 ventilatordagar	Nej	Ventilatorassocierade lunginflammationer	Antalet ventilatordagar	Lämplig för att visa incidensen för en infektionstyp som kan förhindras. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Problemet är datainsamlingens omfattning och tillförlitlighet. För en täckande rapportering av fallen krävs det att lunginflammationer identifieras enligt den fastställda definitionen och dokumenteras i datasystemet. Datautvinning enligt falldefinitionen (radiologiskt och symtomfynd, lab. samt inledande av antibiotika och diagnoskod) kan hjälpa att hitta fallen, men används inte allmänt. För att samla antalet ventilatordagar krävs också att de dokumenteras strukturerat i patientdatasystemet och hämtas ur datasystemet.
13	Blododlingspositiva infektioner per 1 000 hemodialysvårddagar	Ja (CDC, NHSN) och nej (informationssystem)	Blododlingspositiva infektioner	Dialysvårddagar (inkl. mellandagar)	Lämplig för att följa incidensen för en allvarlig infektion och mikrobiologiska fynd samt jämföra dialyscenter. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten (också eventuellt enligt hemodialysväg) eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Förutsätter att uppgifter om hemodialysvårddagar insamlas och dokumenteras strukturerat i patientdatasystemet. Om man vill ha information om prevalensen för infektioner vid olika dialysvägar, bör dialysvägen dokumenteras strukturerat. I praktiken kräver indikatorn att uppgifter hämtas ur datasystemet. Indikatorn kunde lämpa sig för offentlig jämförelse, men dokumenteringspraxisen och begränsningarna i datasystemen kan utgöra ett hinder.

14	Peritonitepisoder per patientår	Ja (ISPD) och nej (informationssystem)	Peritonitepisoder, episoder mikrobvis	PD-patienternas patientår	Lämplig för att följa incidensen för allvarliga infektioner och mikrobiologiska fynd samt jämföra dialyscenter. För peritonit kan också bestämningar anges: odlingsnegativ, relaps, rekursiv, död. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att visa att infektionsbekämpningsåtgärder har genomförts t.ex. efter interventioner.	Förutsätter av PD-patienternas vårdår insamlas, dvs. att inledandet och avslutande av vårdformen dokumenteras. I praktiken kräver indikatorn att uppgifter hämtas ur datasystemet. Indikatorn kunde lämpa sig för offentlig jämförelse, men dokumenteringspraxisen och begränsningarna i datasystemen kan utgöra ett hinder.
15	Antalet avdelningssmittor av multiresistenta mikrober under observationsperioden, mikrobvis (t.ex. MRSA-,	Nej	Antalet avdelningssmittor av multiresistenta mikrober under observationsperioden	Nej	Beskriver risken för avdelningssmittor. Beror också på antalet kända bärare som tas in på enheten för vård. Kan användas vid en epidemi på enheten.	Förutsätter att HLI-/MDR-uppföljningsprogram används. Antalet smittor beror också på antalet kända bärare som vårdas på enheten.
16	MRSA-avdelningssmittor (per 1 000 MRSA-vårddagar)	Nej	Vårdrelaterade MRSA-smittor	MRSA-bärarnas vårddagar, om man vill jämföra med det	Beskriver risken för MRSA-smitta på sjukhuset. Kan också tillämpas på andra multiresistenta mikrober. Kan användas vid en epidemi på enheten. Antalet smittor kan granskas också utan nämnare.	För att få en siffra som jämförts med nämnaruppgifterna måste antalet vårddagar för kända MRSA-bärare hämtas ur datasystemet, vilket inte används allmänt i Finland.

15	Avdelningsepidemier per år	Nej	Epidemier enligt sjukdomsframkallande mikrob		Beskriver hur effektivt smittsamma fall upptäcks och smittan bekämpas. Uppgifterna kan insamlas om antalet prover som tagits under en epidemiutredning, mängden influensaprofylax som använts eller antalet avdelningar som stängts. Då kan man visa bl.a. tilläggskostnader som anstaltsepidemierna orsakar.	Förutsätter att ansvaren för anmälning har fastställts och definierats: vem anmäler epidemin, i vilket skede och hurdana epidemier rapporteras. Förutsätter också ett system dit epidemier anmäls (SAI epidemiformulär, HARVI e.d.).
	Prevalensstudie**					
16	Prevalensstudie av vårdrelaterade infektioner	Ja	Antalet patienter med minst en vårdrelaterad infektion	Alla undersökta patienter	Visar alla infektionstyper. Samtidigt kan man samla in uppgifter om infektionsbekämpningspraxisen samt om användningen av främmande kroppar och antimikrobiella läkemedel. Ger ett täckande tvärsnitt av mätbara faktorer. Nationell/internationell prevalensstudie ledd av THL med ca 5 års mellanrum.	Arbetsam engångsundersökning, känslig för slumpen (patientmaterial och eventuella samtidiga epidemier påverkar). Görs vanligen en eller några gånger per år, varmed enheten kan använda resultaten i sin egenkontroll (utveckling av enhetens verksamhet).

Färgkoder:
Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.
Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten
Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

Kontinuerlig uppföljning*

Utöver sjukhusnivå uppföljs förekomsten av vårdrelaterade infektioner och multiresistenta mikrober på lämplig enhetsnivå (specialområden eller avdelningar). Välfärdsområdet kan föra register över dessa (registerprogram).

För klassificeringen och definitionen av infektioner rekommenderas material från ECDC och THL:s SIRO.
Uppföljningen kan gälla alla infektionstyper eller bara en del. Uppföljningsmetoderna, dvs. infektionsdefinitionerna och sökandet av fall, bör standardiseras. Om det sker för ändringar i anmälningsaktiviteten eller metoderna för att söka fall, bör de beaktas vid tolkningen av resultaten.

Uppföljningen är mer heltäckande när fallen söks aktivt med automatiserade algoritmer för hämtning av data ur patient- och laboratoriedatasystem eller till exempel genom att gå igenom laboratoriefynd än när uppföljningen bygger endast på avdelningens anmälningar.

Också användningen av antibiotikavarningar kan öka infektionsanmälningarna. När användningen av antimikrobiella läkemedel inleds styr datasystemet läkaren att t.ex. dokumentera indikationen (öppenvårdsinfektion, vårdrelaterad infektion, profylax) och eventuellt infektionsfokus (t.ex. luftvägsinfektion, urinvägsinfektion, infektion i operationsområde, hud- och bindvävsinfektion, förlossningsrelaterad infektion), varmed det vid en vårdrelaterad infektion automatiskt ges en påminnelse i patientdatasystemet om att göra en infektionsanmälning. Utifrån den kan läkaren eller avdelningens hygienkontaktperson göra en anmälning i infektionsuppföljningsprogrammet antingen genast eller när misstanken om en vårdrelaterad infektion har fastställts.

Erfarenheten har visat att en professionell inom infektionsbekämpning bör granska avdelningarnas infektionsanmälningar. Det förbättrar uppgifternas tillförlitlighet, men binder resurser.

Om patientdatasystemet utifrån påminnelsen direkt öppnar blanketten för anmälning av vårdrelaterade infektioner i registerprogrammet, förbättras anmälningstäckningen, men ofta försämras precisionen, och hygienkontaktpersonen eller hygienskötaren måste reservera mera tid för att granska anmälningarna i efterhand.

Enheterna bör granska uppföljningssiffrorna med lämplig frekvens flera gånger per år både i form av antalet fall och i form av siffror relaterade till verksamheten (per antal åtgärder eller antal dagar med en främmande kropp). Resultaten kan granskas också inom större åtgärdsgrupper där infektionsrisken och bekämpningsåtgärderna är likartade. Samtidigt analyseras sjukdomsframkallande mikrober och vid misstankar om sjukdomskluster görs fallanalyser. Om infektionernas antal eller incidens ökar jämfört med basnivån, bör orsakerna sökas med hjälp av enhetens infektionsbekämpningsenhet.

[1]http
s://kl
iento
chpa
s://a

På enhets-, specialområdes- och sjukhusnivå bör man också enligt mikrob och situation följa t.ex. förekomsten av mikrober med en viss resistensprofil och reagera om de ökar. Man kan till exempel sätta en lämplig larmgräns bl.a. för bakteriomier med anknytning till främmande kroppar och andra lämpliga fynd (t.ex. luftvägsvirus, norovirus, multiresistenta bakterier).

Prevalensstudie**

Vid alla eller utvalda (t.ex. somatiska avdelningar separat) sjukhusenheter kan man göra en prevalensstudie av vårdrelaterade infektioner en eller flera gånger per år.

Antalet patienter med vårdrelaterade infektioner divideras med det totala antalet undersökta patienter. Samtidigt insamlas uppgifter om t.ex. urinkateter och blodkärlskanyler, sjukdomsframkallande mikrober samt antimikrobiella läkemedel, deras användningsändamål och dokumenteringen av användningsändamålet. Via prevalensstudier får man information om typiska vårdrelaterade infektioner och infektionsrisker på enheten. Informationen kan utnyttjas för att utveckla infektionsbekämpningen (bl.a. personalutbildning, identifiering av infektioner).

Eftersom valet av infektionstyper och definitioner påverkar hur väl infektionerna hittas, rekommenderas ECDC:s och SIROs infektionsklassificering och definitioner för vårdrelaterade infektioner.

	Indikator Processindikatorer för specialiserad sjukvård och primärvård	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Täljare	Nämnare	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
1	Andelen avdelningar där handspritdispensrarnas placering eller tillgången till handsprit har utvärderats var sjätte månad	Ja	Antalet avdelningar där handspritdispensrarnas placering och antal har granskats genom kontrollbesök på avdelningen	Antalet avdelningar	Hjälper att hitta de platser där handsprit bör utplaceras. Tack vare rätt placering av handspriten kan handhygien genomföras i situationer där det krävs.	
2	Handspritförbrukning i liter per 1 000 vårddagar	Ja	Mängden handsprit som beställts till en vårdavdelning eller avdelningsgrupp i liter	Vårddagar	Följer förändringar i förbrukningen av handsprit. Beskriver indirekt hur handhygienen genomförts och om förändringar skett, om enhetens verksamhet är oförändrad.	Förutsätter att den beställda eller levererade mängden handsprit per enhet kan beräknas och att enhetsstrukturen för uppgifterna om beställnings- och vårddagar är enhetlig. Gemensamma förråd för flera enheter kan påverka förbrukningen.
3	Förbrukning av skyddshandskar per 1 000 vårddagar	Ja	Antalet par skyddshandskar per enhet	Vårddagar	Beskriver förändringar i förbrukningen av engångshandskar. Då siffrorna jämförs med handspritförbrukningen ser man om skyddshandskarna används korrekt.	Förutsätter att den beställda, levererade eller använda mängden handskar och handsprit per enhet kan beräknas och att enhetsstrukturen för uppgifterna om beställnings- och vårddagar är enhetlig. Gemensamma förråd för flera enheter kan påverka förbrukningen.
4	Observation av handspritförbrukning: antalet observationer och andelen korrekt utförda fall	Nej	Antalet rätt utförda prestationer	Antalet observationer på enheten	Observationer effektiviserar utbildningen om hur handsprit ska användas och ger en bild av hur handhygienen genomförs i situationer som kräver handhygien.	Binder personresurser. För att man ska kunna dra slutsatser måste observationen ske regelbundet, minst tio observationer per månad på vårdavdelningar. Observationssituationen kan påverka den observerades agerande. Nyttan av observationer ökar om observationen följs av omedelbar respons.

5	Influensavaccintäckning bland personalen	Nej	Givna influensavacciner	Antalet arbetstagare som är på jobb måndagen i vecka 44	Vaccination av personalen skyddar medarbetarna mot allvarliga symtom och komplikationer samt indirekt också arbetsenheten och patienterna. Beskriver patient- och klientsäkerhetsklimatet och hur skyldigheten enligt lagen om smittsamma sjukdomar fullföljs.	Det kan vara svårt att få tillförlitliga uppgifter, eftersom en del av personalen kan ha bytts ut mellan observationsperioderna. Dokumentationspraxisen påverkar hur vaccinationsuppgifterna överförs till rapporten. Vid jämförelsen bör man beakta att datasystemen och dokumentationspraxisen i olika områden kan påverka.
6	Genomförande av operationsprofylax	Nej	Antibiotikaprofylax som inletts/getts över 2 h före, 1–2 h före, 30–60 min före, 0–30 min före, 0–1 h efter eller senare. Antalet profylaxdoser. Typen av profylaxläkemedel.	Antalet operationer eller antalet operationer inom gruppen. Begränsning av operationstypen till sådana operationer där profylax behövs.	Profylax vid rätt tidpunkt är en av de största faktorerna som påverkar infektionsrisken. Användbar processindikator som beskriver verksamhetens kvalitet. Kan också användas tillfälligt för att utreda hur operationsprofylax genomförs. Uppgiften kan användas för utveckling av verksamheten.	Kräver välfungerande dokumentationspraxis och överföring av uppgifter från operationssalssystemet till HLI-uppföljningssystemet eller kombination av uppgifter i ett datalager.
7	Dagar med urinkateter per 1 000 vårddagar	Nej	Antalet dagar med urinkateter	Antalet vårddagar	Beskriver hur allmänt urinkateter används och kan hjälpa att inrikta vägledning/utbildning om alternativ till kateter. Användning av urinkateter ger en märkbart förhöjd risk för urinvägsinfektion. Kan också användas tillfälligt vid en epidemi på enheten eller under en viss tid för att förbättra vårdens kvalitet och infektionssäkerhet.	För att räkna antalet urinkateterdagar krävs välgenomförd strukturerad dokumentation.

8	Dokumentationstäckning för VIP-score för blodkärlskanyler per patient per dag	Nej	Antalet dokumentationer av VIP-score	Vårddagar eller kanyldagar	Beskriver hur blodkärlskanyler uppmärksammas inom den dagliga vården och hur vårdanvisningar följs. Hjälper att komma ihåg att ta bort t.ex. onödiga kanyler. Användning av blodkärlskanyler är en märkbar infektionsrisk. Målet kan vara t.ex. tre kontroller per dag, dvs. en per skift. Om dokumentation inte är etablerad praxis, kan VIP-score undersökas på sjukhuset också enbart som tvärsnittsstudie (prevalens) under en enda dag t.ex. fyra gånger per år, vilket hjälper att uppmärksamma kanylernas tillstånd. Också då kan observationer utnyttjas vid utbildning om förebyggande av kanylinfektioner.	Arbetsamt, genomförandet beror på resurserna och datasystemet. Förutsätter strukturerad dokumentation av VIP-score.
11	Introduktion: Ges medarbetarna introduktion om infektionsbekämpning? ja/nej enhetsvis	Ja	Antalet ”ja”-svar per enhet	Antalet enheter	Beskriver genomförandet av introduktionen och säkerhetskulturen.	Uppgifter om introduktionens individuella omfattning t.ex. på årsnivå fås endast om introduktionen dokumenteras individuellt och man får uppgifter om antalet nya medarbetare.

12	Uppdatering av kompetensen: Andelen avdelningar där varje medarbetare tilldelas arbetstid för repetition av infektionsbekämpning årligen och där enhetens chef följer upp genomförandet.	Nej	Antalet ”ja”-svar per enhet	Antalet enheter	Kompletterar informationen om säkerhetskulturen.	Uppgifter om repetitionens individuella omfattning t.ex. på årsnivå fås endast om introduktionen dokumenteras individuellt och man får uppgifter om antalet nya medarbetare. Beskriver inte hur väl repetitionen i verkligheten har genomförts.
13	Anvisningar för antimikrobiella läkemedel används (ja/nej)	Ja				
14	Uppföljning av förbrukningen av antimikrobiella läkemedel DDD per 1 000 vårddagar ELLER antibiotikadagar per 1 000 vårddagar	Nej	Förbrukning av antimikrobiella läkemedel i DDD per ATC-klass eller grupp ELLER antalet vårddagar då patienten har fått minst en eller någon viss antibiotika (per ATC-klass) Siffror under en viss tidsperiod.	Vårddagar vid en viss enhet under en viss observationsperiod	Ger information om hur rekommendationen om antimikrobiella läkemedel genomförs. Kan analyseras per sjukhus, specialområde eller enhet inom en viss tidsperiod. Man kan analysera förbrukningen av alla läkemedel mot bakterier, svamp, mykobakterier eller virus per huvudgrupp, läkemedelsgrupper eller enskilda läkemedel. Man kan också analysera TOP 10-läkemedel eller läkemedelsgrupper under olika tidsperioder eller enhetsvis.	DDD lämpar sig dåligt för uppföljning av antibiotikaförbrukningen på barnavdelningar, eftersom dagsdoserna är mindre än de doser som DDD bygger på. Beskriver mängden läkemedel som sjukhusapoteket levererat till enheterna, inte exakt vilka läkemedel patienterna getts eller för vilken indikation. Beror på patientmaterialet och infektionstyperna.

15	Uppföljning av användningen av antimikrobiella läkemedel per indikation (fördelningen av läkemedel per indikation eller indikation per läkemedel)	Nej	Indikation för användning av antibiotikakurer (olika läkemedel per ATC-klass)	Det totala antalet olika antibiotikakurer som ordinerats för en viss indikation ELLER det totala antalet kurer av en viss antibiotika	Hjälper att analysera läkemedel för en viss indikation och läkemedlens indikationer. Analyserna kan inriktas och presenteras enligt behovet av anvisningar om användningen av antimikrobiella läkemedel. Kan också användas under en viss tid för att förbättra vårdens kvalitet och infektionssäkerhet.	När antibiotika inleds empiriskt är infektionsfokus eller sjukdomsalstrare ofta oklara. Tolkningen underlättas av om empiriska och riktade antibiotikakurer kan analyseras separat.

Färgkoder:
Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.
Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten
Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/processoch-strukturindikatorer/

https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/Rapport-fran-konsensusgruppen-for-klient-och-patientsakerhetsindikatorer-12.3.

	Indikator Strukturindikatorer för specialiserad sjukvård och primärvård	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Täljare	Nämnare	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
1	Antalet professionella inom infektionsbekämpning per 100 vårdplatser	Ja	Antalet professionella inom infektionsbekämpning (hygienskötare,	Antalet platser på vårdavdelning	Beskriver säkerhetskulturen och förutsättningarna för att genomföra infektionsbekämpningen.	Förutsätter en enhetlig definition av en professionell inom infektionsbekämpning.
2	Hygienkontaktpersoner per avdelning ELLER Andelen avdelningar som uppger att de tilldelar sina hygienkontaktpersoner arbetstid för infektionsbekämpning och möjlighet att delta i utbildning om infektionsbekämpning	Ja	Antalet hygienkontaktpersoner eller antalet aktiva avdelningar	Det totala antalet avdelningar	Varje enhet bör ha en utsedd hygienkontaktperson som har tilldelats arbetstid för att främja infektionsbekämpningen.	Talet visar inte ensamt hur mycket tid hygienkontaktpersonen använder på infektionsbekämpningsarbete.

Färgkoder:

Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.

Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten

Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/process-och-strukturindikatorer/

.
//asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/Rapport-fran-konsensusgruppen-for-klient-och-patientsakerhetsindikatorer-12.3.2024.pd

	Indikator Infektionsindikatorer för primärvård	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Täljare	Nämnare	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
	Kontinuerlig uppföljning					
1	Antalet vårdrelaterade infektioner under observationsperioden	Nej	Antalet vårdrelaterade infektioner per infektionstyp under en viss tidsperiod	Nej	Man kan fokusera på de infektionstyper som är vanliga inom enhetens verksamhet enligt resurserna (t.ex. urinvägsinfektioner, lunginflammationer, Clostridium difficile). Man kan också granska alla infektionstyper allmänt och särskilt infektionsrelaterade mikrobfynd för att hitta eventuella kluster. Det gör det också möjligt att upptäcka epidemier.	Förändringar i anmälningsaktiviteten påverkar resultaten. Att infektionsanmälningarna granskas av en sakkunnig inom infektionsbekämpning (hygienskötare) förbättrar kvaliteten, men binder resurser. Förutsätter att HLI-uppföljningsprogram används.
2	Patienter med minst en infektion per 100 vårdperioder	Nej	Antalet patienter med minst en vårdrelaterad infektion under en viss tidsperiod	Vårdperioder under en viss tidsperiod	Enkelt mått som visar andelen vårdperioder (patienter) som kompliceras av minst en vårdrelaterad infektion. Lämpar sig för egen uppföljning (egenkontroll) och t.ex. välfärdsområdets årsrapport.	Förutsätter att HLI-uppföljningsprogram används och alla vårdrelaterade infektionstyper uppföljs. Tillförlitligheten påverkas av hur heltäckande anmälningen av infektioner är. På grund av olika datainsamlingsmetoder lämpar den sig inte för direkt jämförelse, även om vårdens kravnivå och patientmaterialet skulle vara likartade.

3	Incidensen för blododlingspositiva (S. aureus) infektioner per 1 000 vårddagar Incidensen för C. difficile per 1 000 vårddagar	Ja, vid tillämpliga enheter	Antalet vårdrelaterade infektioner per infektionstyp: blododlingspositiva infektioner, Clostridium difficile	Vårddagar under en viss tidsperiod	Man kan mäta incidensen för allvarliga infektionstyper som framkommer i laboratorieundersökningar.	Förutsätter att HLI-uppföljningsprogram används. Vid tolkningen bör man beakta patientmaterialet, som påverkar infektionsrisken (akutvård, rehabilitering för patienter inom den specialiserade sjukvården, geriatrisk vård, palliativ vård).
4	Incidensen för andra vårdrelaterade infektionstyper per 1 000 vårddagar (eller 1 000 kateter- eller kanyldagar)	Nej	Antalet vårdrelaterade infektioner per infektionstyp: blododlingspositiva infektioner, kanylinfektioner, urinvägsinfektioner, lunginflammationer, andra luftvägsinfektioner	Kateter- eller kanyldagar under en viss tidsperiod eller vårddagar under en viss tidsperiod	Man kan effektivisera uppföljningen av infektionstyper som är vanliga inom enhetens verksamhet enligt resurserna (t.ex. urinvägsinfektioner, lunginflammationer) eller följa flera infektionstyper (se specialiserad sjukvård). Också mikrobernas typ och resistens kan anges separat. Om enheten använder blodkärls- och CV-kanyler eller urinkatetrar, kan antalet infektioner anges i förhållande till antalet användningsdagar.	Förutsätter att HLI-uppföljningsprogram används. Tal som angetts i förhållande till antalet blodkärlskanyler och urinkatetrar kan analyseras endast om kanyl- och kateterdagarna dokumenteras strukturerat i patientdatasystemet och om de överförs automatiskt till HLI-uppföljningsprogrammet via ett datalager. Dokumentationspraxisen och identifieringen av infektioner varierar mellan olika organisationer, varför siffror relaterade till antalet kanyl- och kateterdagar inte nödvändigtvis är lätta att hitta och därför lämpar de sig inte i första hand för offentlig jämförelse.
5	Antalet avdelningssmittor av multiresistenta mikrober under observationsperioden, mikrobvis (t.ex. MRSA-, VRE-, ESBL- och CPE-	Nej	Antalet avdelningssmittor av multiresistenta mikrober under observationsperioden	Nej	Beskriver risken för avdelningssmittor. Beror också på antalet kända bärare som tas in på enheten för vård. Kan användas vid en epidemi på enheten.	Förutsätter att HLI-/MDR-uppföljningsprogram används. Antalet smittor beror också på antalet kända bärare som vårdas på enheten.

6	MRSA-avdelningssmittor per 1 000 MRSA-vårddagar	Nej	Vårdrelaterade MRSA-smittor	Vårddagar för MRSA-bärare	Beskriver hur effektivt smittsamma fall upptäcks och smittan bekämpas. Uppgifterna kan insamlas om antalet prover som tagits under en epidemiutredning, mängden influensaprofylax som använts eller antalet avdelningar som stängts. Då kan man visa bl.a. tilläggskostnader som anstaltsepidemierna orsakar.	Förutsätter att HLI-/MDR-uppföljningsprogram används. Förutsätter att antalet vårddagar för kända MRSA-bärare hämtas ur datasystemet, vilket inte används allmänt i Finland.
7	Avdelningsepidemier per år	Nej	Epidemier enligt sjukdomsalstrande mikrob		Beskriver hur effektivt smittsamma fall upptäcks och smittan bekämpas.	Förutsätter att ansvaren för anmälning har fastställts och definierats: vem anmäler epidemin, i vilket skede och hurdana epidemier rapporteras. Förutsätter också ett system dit epidemier anmäls (SAI epidemiformulär, HARVI e.d.).
	Prevalens					
8	Prevalensstudie av vårdrelaterade infektioner (ändrat till gul)	Nej	Antalet patienter med minst en vårdrelaterad infektion	Alla undersökta patienter	Visar alla infektionstyper. Dessutom kan man insamla information om kanyler och katetrar och användningen av antimikrobiella läkemedel. Ger ett täckande tvärsnitt av mätbara faktorer.	Arbetsam engångsundersökning som är känslig för slumpen (patientmaterial och epidemier). Görs vanligen en eller några gånger per år, varmed enheten kan använda resultaten i sin egenkontroll (utveckling av enhetens verksamhet).

Färgkoder:

Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.

Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten

Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

Kontinuerlig uppföljning*

På avdelningar inom primärvården kan man följa vårdrelaterade infektioner enligt samma principer och med samma registerprogram som inom den specialiserade sjukvården i området. Man kan antingen använda samma infektionsklasser och definitioner som inom den specialiserade sjukvården eller välja versioner för långtidsvård.

Om enheten inte tidigare har gjort någon kontinuerlig uppföljning, är det ofta värt att börja med en prevalensstudie (se nedan) och upprepa den en eller några gånger per månad.

Kontinuerlig uppföljning bör först inriktas på sådana infektionstyper som förekommer i stor utsträckning och där effektivare bekämpningsåtgärder kan vara till nytta. För att uppnå tillräcklig tillförlitlighet behövs tillräckliga personal- och datasystemresurser för uppföljning, analys och rapportering. Detta bör beaktas vid valet av metoder.

Vid användningen av registerprogram för vårdrelaterade infektioner är den personuppgiftsansvariga vanligen välfärdsområdets infektionsbekämpningsenhet inom den specialiserade sjukvården, och enheten stöder också primärvårdsenheterna i analysen av resultaten. Om uppföljningen görs med någon annan dokumentationsmetod får personbeteckningar eller andra individualiserande uppgifter inte sparas.

Prevalensstudie**

Prevalensstudien kan genomföras på samma sätt som inom den specialiserade sjukvården. I prevalensstudien kan man antingen använda samma infektionsklasser och definitioner som inom den specialiserade sjukvården eller välja versioner för långtidsvård.

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/process-och-strukturindikatorer/

.
s://as
iakasj
apotil
astur
vallis
uuske
skus.f
i/wp-
conte
nt/up
loads
/sites
/3/20
24/0
3/
Rapp
ort-
fran-
kons
ensus
grupp
en-
for-
klient-
och-
patie
ntsak
erhet

	Indikator Infektionsindikatorer för Omsorg*	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Innehåll	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
1	Infektions- och processindikatoruppföljning via RAI	Ja, områdets medeltal	RAI-indikatorer används (ja/nej) – andelen som har fått urinvägsinfektion – andelen som har urinkateter – andelen som har fått antimikrobiella läkemedel – andelen patienter som har fått influensavaccin av alla som kunde ha fått det	Siffror från den lagstadgade RAI-uppföljningen är lättillgängliga vid alla enheter. Antalet urinvägsinfektioner beror på provtagningen och medicineringspraxisen, så båda bör bedömas vid tolkningen.	Datainsamlingen är endast periodisk, så vid tolkningen bör man beakta luckor i rapporteringsmetoderna.
2	Antalet vårdrelaterade infektioner under observationsperioden	Nej	Antalet vårdrelaterade infektioner under en viss tidsperiod. Uppföljningen kan enligt behov gälla antingen en viss infektionstyp (t.ex. luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner eller Clostridium difficile) eller alla infektionstyper.	Man kan granska infektionsincidensens basnivå och upptäcka epidemier. Dessutom kan man följa mikrobfynd (t.ex. luftvägsvirus, resistenta bakterier) för att hitta eventuella kluster.	För en datasäker uppföljning krävs i praktiken t.ex. en webbanslutning till välfärdsområdets HLI-uppföljningsprogram. Alternativt kan data insamlas t.ex. via datasystemsökning enligt ICD-10-infektionsdiagnoskoder. Arbetsamt, kräver resurser och introduktion i hur fall identifieras.
3	Antalet luftvägsinfektions-, diarré- och kräksjukeepidemier per år (ändrat till gul)	Ja	Epidemi definieras enligt situationen, t.ex. minst två vårdrelaterade smittor inom kort tid.	Beskriver genomförandet av bekämpningsåtgärder, identifieringen av epidemier och epidemiernas omfattning.	För effektiv uppföljning och rapportering krävs ett HLI-uppföljningsprogram: det möjliggör ett datasäkert sätt att dokumentera epidemier och granska dem i efterhand. Kan uppföljas också på annat sätt, utan personbeteckningar.

4	Antalet insjuknade i epidemier under observationsperioden	Nej	Antalet som insjuknat i epidemier; separat gastroenterit och luftvägsvirusepidemier.	Beskriver genomförandet av bekämpningsåtgärder, identifieringen av epidemier och epidemiernas omfattning.	För effektiv uppföljning och rapportering krävs ett HLI-uppföljningsprogram: det möjliggör ett datasäkert sätt att dokumentera epidemier och granska dem i efterhand. Kan uppföljas också på annat sätt, utan personbeteckningar.
5	Antalet bärare av multiresistenta mikrober	Nej	MRSA-bakterier, ESBL-enterobakterier, CPE-enterobakterier, multiresistenta Pseudomonas, Acinetobacter och Candida auris som vårdats och upptäckts vid enheten. Mängden bärare av olika typer av mikrober per år (vårdperiodens längd, rum).	Beskriver aktiv identifiering av bärare av multiresistenta bakterier (provtagningsaktivitet) och identifieringen av behovet av riktade smittbekämpningsåtgärder. Av dataskyddsskäl kan uppföljningen också göras i antal utan identifikationsuppgifter.	Välfärdsområdet upprätthåller ett bärarregister, som är separat från enhetens egen uppföljning. Enheten kan också själv följa antalet bärare vid enheten utan identifikationsuppgifter.
	Prevalens**				
6	Prevalensstudie av vårdrelaterade infektioner	Nej	Antalet invånare med minst en vårdrelaterad infektion, dividerat med det totala antalet invånare/undersökta	Visar alla infektionstyper Dessutom kan man insamla information om kanyler och katetrar och användningen av antimikrobiella läkemedel. Ger ett täckande tvärsnitt av mätbara faktorer. Datainsamlingssituationen och resultaten kan användas för utbildning.	Arbetsam engångsundersökning, känslig för slumpen (bl.a. epidemier). Görs vanligen bara en gång per år eller med några års mellanrum. THL koordinerar den nationella eller ECDC:s HALT-prevalensstudie regelbundet.

Färgkoder:

Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.

Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten
Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

***Med omsorg avses anstalter och enheter för dygnetruntomsorg där direkt vård- och omsorgsarbete utförs.**

****Uppföljning av infektioner och prevalensstudier**

Inom enhetens kontinuerliga uppföljning används vanligen infektionsklasser och definitioner för långtidsvård, se t.ex. ECDC HALT-protokollet.

Vid användningen av registerprogram för vårdrelaterade infektioner är den personuppgiftsansvariga vanligen välfärdsområdets infektionsbekämpningsenhet inom den specialiserade sjukvården, och enheten stöder analysen av resultaten.

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/process-och-strukturindikatorer/

[2]https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/Rapport-fran-konsensusgruppen-for-klient-och-patientsakerhetsindikatorer-12.3.2024.pdf

	Indikator Processindikatorer Omsorg*	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Beskrivning, nämnare	Nämnare	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
1	Andelen avdelningar där handspritdispensrarnas placering eller tillgången till handsprit har utvärderats var sjätte månad	Ja	Antalet avdelningar där handspritdispensrarnas placering och antal har granskats genom kontrollbesök på avdelningen	Antalet avdelningar	Hjälper att hitta de platser där handsprit bör utplaceras. Tack vare rätt placering av handspriten kan handhygien genomföras i situationer där det krävs.	
2	Handspritförbrukning i liter per 1 000 vårddagar	Ja	Handspritbeställningar till avdelningarna	Vårddagar	Följer förändringar i förbrukningen av handsprit. Beskriver indirekt hur handhygienen genomförts och om förändringar skett, om enhetens verksamhet är oförändrad.	Datainsamling förutsätter att den beställda eller levererade mängden handsprit per enhet kan beräknas och att enhetsstrukturen för uppgifterna om beställnings- och vårddagar är enhetlig. Gemensamma förråd för flera enheter kan påverka förbrukningen.
3	Förbrukning av skyddshandskar per 1 000 vårddagar	Ja	Antalet par skyddshandskar per enhet	Vårddagar	Beskriver förändringar i förbrukningen av engångshandskar. Då siffrorna jämförs med handspritförbrukningen ser man om skyddshandskarna används korrekt.	Förutsätter att den beställda, levererade eller använda mängden per enhet kan beräknas och att enhetsstrukturen för uppgifterna om beställnings- och vårddagar är enhetlig. Gemensamma förråd för flera enheter kan påverka förbrukningen.

4	Observation av handspritförbrukning: antalet observationer och andelen korrekt utförda fall	Nej	Antalet observationer av handspritanvändning och antalet korrekt genomförda händelser	Antal observationer av handspritanvändning	Observationer effektiviserar utbildningen om hur handsprit ska användas och ger en bild av hur handhygienen genomförs i situationer som kräver handhygien.	Binder personresurser. För att man ska kunna dra slutsatser måste tillräckligt många observationer göras regelbundet. Observationssituationen kan påverka den observerades agerande. Nyttan av observationer ökar, om observationen följs av omedelbar respons. Vid omsorgsenheter kan observation vara mer användbart som en del av handhygienutbildningen.
5	Introduktion: Ges nya medarbetare introduktion om infektionsbekämpning? ja/nej enhetsvis	Ja	Antalet ”ja”-svar per enhet	Antalet enheter	Beskriver genomförandet av introduktionen och säkerhetskulturen.	Uppgifter om introduktionens individuella omfattning t.ex. på årsnivå fås endast om introduktionen dokumenteras individuellt och man får uppgifter om antalet nya medarbetare.
6	Uppdatering av kompetensen: Andelen avdelningar där varje medarbetare tilldelas arbetstid för repetition av infektionsbekämpning årligen och där enhetens chef följer upp genomförandet.	Nej	Antalet ”ja”-svar per enhet	Antalet enheter	Kompletterar informationen om enhetens säkerhetskultur.	Uppgifter om repetitionens individuella omfattning t.ex. på årsnivå fås endast om introduktionen dokumenteras individuellt och man får uppgifter om antalet nya medarbetare. Beskriver inte hur väl repetitionen i verkligheten har genomförts.

Färgkoder:

Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.
Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten
Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

***Med omsorg avses anstalter och enheter för dygnetruntomsorg där direkt vård- och omsorgsarbete utförs.**

[1]http
s://kl
iento
chpat
ients
akerh
etsce
ntret.
fi/for-
exper
ter-
och-
stude
rand
e/
mate
rialba
nken
/verk
tyg/
mata
re/pr
ocess-
och-
struk
turin
dikat
orer/

.
s://as
iakasj
apotil
astur
vallis
uusk
eskus
.fi/w
p-
conte
nt/up
loads
/sites
/3/20
24/0
3/
Rapp
ort-
fran-
kons
ensus
grup
pen-
for-
klient-
och-
patie
ntsak

	Indikator Strukturindikatorer Omsorg*	Lämplig för offentlig rapportering och jämförelse	Täljare	Nämnare	Nyttor, förutsättningar	Begränsningar
1	Hygienkontaktpersoner per avdelning ELLER Andelen avdelningar som uppger att de tilldelar sina hygienkontaktpersoner arbetstid för infektionsbekämpning och möjlighet att delta i utbildning om infektionsbekämpning	Ja	Antalet hygienkontaktpersoner eller antalet aktiva avdelningar	Antalet avdelningar	Varje enhet bör ha en utsedd hygienkontaktperson som har tilldelats arbetstid för att främja infektionsbekämpningen. Beskriver infektionssäkerhetskulturen.	Mängden visar inte ensam hur mycket tid hygienkontaktpersonen använder på infektionsbekämpningsarbete.

Färgkoder:

Grön = Enheterna bör förbinda sig och införa i första hand.

Gul = Indikatorer som rekommenderas för utveckling av infektionsbekämpningspraxisen i den egna verksamheten

Röd = Behovsprövade infektionsindikatorer som utvecklas enligt resurserna

***Med omsorg avses anstalter och enheter för dygnetruntomsorg där direkt vård- och omsorgsarbete utförs.**

[1]https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experter-och-studerande/materialbanken/verktyg/matare/process-och-strukturindikatorer/

[2]https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/Rapport-fran-konsensusgruppen-for-klient-och-patientsakerhetsindikatorer-12.3.2024.pdf