

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Organisatoriske forhold</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Smittevern	Gyldig fra/til: 11.09.2024/[]
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 5.00
Godkjenner: Dorteia Hagen Oma	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Administrerende direktør og smittevernkoordinerende lege	Dok.id: D00692

INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM FOR HELSE BERGEN

1. Forankring

Gjennom **Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten** er helseinstitusjoner pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram. Forskriften gjelder for virksomheter som utfører tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 (sykehus, sykehjem, dagkirurgiske klinikker og opptreningsinstitusjoner).

Helse Vest RHF har et overordnet ansvar for at Helse Bergen HF har et infeksjonskontrollprogram, og programmet skal være en del av Helse Bergen sitt internkontrollsystem (Jf. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 2-1).

2. Formål

Infeksjonskontrollprogrammet er styrende dokumentasjon og omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner og for håndtering og oppfølging av utbrudd av slike infeksjoner. Programmet omfatter også tiltak for å verne personalet mot smitte.

Infeksjonskontrollprogrammet skal bestå av to hoveddeler; infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåking.

Avgrensning:

- Tiltak for å beskytte personalet mot infeksjoner er også forankret i **Forskrift om utførelse av arbeid** som er gitt av Arbeids- og sosialdepartementet og faller derfor også inn under HMS-arbeidet.
- Næringsmiddelovgivningen gjelder for tilberedning, oppbevaring og servering av mat. Infeksjonskontrollprogrammet omhandler ikke dette feltet.

3. Definisjoner

Helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI): En infeksjon som oppstår under eller etter, og som følge av, opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon.

4. Virksomhetsområder som omfattes

Dette infeksjonskontrollprogrammet gjelder for all pasientrettet virksomhet i alle enheter i Helse Bergen. Forskriften forutsetter at infeksjonskontrollprogrammet skal være tilpasset institusjonens virksomhet.

5. Om oppbygningen av programmet

Dette dokumentet er et overordnet styringsdokument for infeksjonskontrollprogrammet. Alle andre foretaksinterne dokumenter det henvises til her, er en del av programmet. De fleste prosedyrer og veiledninger finnes i Smittevernhandboken. Noen dokumenter i andre håndbøker er også en del av infeksjonskontrollprogrammet, blant annet dokumenter i personalhåndbok og HMS-håndbok. Disse dokumentene vil ligge som linker i Smittevernhandboken.

6. Målsetning

Hovedmål: redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI).

Delmål: Med jevne mellomrom utgi systematisk rapportering i lettfattelig presentasjon til viktige avdelinger over indikatorer som har betydning for smittevernet i sykehuset. Rapporteringen skal være i brukervennlig presentasjon og danne grunnlag for forbedringsarbeid innen infeksjonsforebygging. Eksempler på slike indikatorer er prevalens og insidens av HAI og antibiotikabruk.

7. Ansvar for gjennomføring

- a. *Administrerende direktør* har det organisatoriske ansvar for at det finnes et infeksjonskontrollprogram og har myndighet til å godkjenne programmet og skal tilse at dette programmet implementeres i sykehusets internkontrollvirksomhet.
- b. *Smittevernkoordinerende lege for Helse Bergen* i Pasienttryggleik har det faglige ansvar for infeksjonskontrollprogrammet. Smittevernkoordinerende lege rapporterer til administrerende direktør i smittevernspørsmål. Ved fravær utpekes stedfortreder
- c. *Pasientsikkerhet, FoU-avdelingen* har som ansvar å tilrettelegge det infeksjonsforebyggende arbeid i Helse Bergen og skal sørge for at det til enhver tid finnes oppdaterte prosedyrer og veiledninger. Seksjonen skal sørge for at smittevernkompetanse er tilgjengelig for alle enheter.
- d. *Enhetsledere (Divisjonsledere, klinikkledere, avdelingsledere og tilsvarende)* har ansvar for at programmets bestemmelser gjøres kjent og anvendes i den kliniske virksomhet i de enheter de leder.
- e. *Avdelingssjef i Sterilforsyning og støtteavdelingen* har systemansvar for alle ledd i bruk og produksjon av sterile produkter jmf. [Rettleiar til forskrift om Smittevern i helsetjenesta](#) Virksomheten skal etablere rutiner som sikrer nødvendig kvalitet i alle ledd i Dekontamineringsprosess innen Sterilforsyning.
- f. *Teknisk avdeling skal i samarbeid med Prosjektkontoret og Pasienttryggleik* sørge for at det finnes oppdaterte planer for vedlikehold og oppgradering av foretakets desinfeksjonsrom med nødvendig utstyr og sette i verk planene på en slik måte at desinfeksjon kan foregå forsvarlig og hensiktsmessig. Foretaket skal ha hensiktsmessige desinfeksjonsrom tilgjengelig for alle kliniske enheter der det er behov for teknisk desinfeksjon.
- g. *Teknisk avdeling og Avdelingssjef for Sterilforsyning* skal etablere et utvalg som har til oppgave å kvalitetssikre planer for vedlikehold og utskifting av Dekontamineringsmaskiner. Det skal opprettes system for validering i henhold til gjeldende standarder utstyret gjelder overfor
- h. *Avdelingsleder ved Mikrobiologisk avdeling (MIA)* er ansvarlig for at det prioriteres ressurser til nødvendige smittevernundersøkelser og at det leveres rapporter som ledd i infeksjonsovervåkingssystemet. MIA er også ansvarlig for at det til enhver tid tilbys avanserte typeundersøkelser som er nødvendig for å overvåke den epidemiologiske situasjonen og evt. oppklare utbrudd i sykehusene som eies av eller som har avtale med Helse Vest RHF. Prioriteringer

av denne delen av virksomheten foretas i samråd med smittevernkoordinerende lege.

- i. *Leder for Bedriftshelsetjenesten (BHT)* har ansvar for at det etableres rutiner for å ivareta nødvendige kontroller av helsepersonell i forhold til smittsomme sykdommer. BHT har ansvar for prøvetaking (tuberkulose testing og MRSA-testing av ansatte) i henhold til smittevernlovgivningen og andre pålegg som følger av lover og forskrifter på området arbeidervern.
- j. *Alle ansatte* har plikt til å gjøre seg kjent med infeksjonskontrollprogrammet og påse at bestemmelsene i programmet følges. Ved avvik skal dette meldes tjenestevei gjennom det generelle system for avviksbehandling.

8. Tiltak

k. Infeksjonsovervåking

Helse Bergen anvender følgende tiltak for å overvåke forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner:

i. Mikrobiologisk overvåking

MIA har ansvar for at det produseres oversikt over forekomsten av definerte problembakterier i klinisk prøvemateriale. Når det foreligger konkret mistanke om utbrudd av sykehusinfeksjoner, skal ansvarlig lege ved MIA i samråd med smittevernkoordinerende lege vurdere og evt. iverksette registrering av alle mulige og verifiserte tilfeller.

ii. Miljøprøver

Pasienttryggleik er ansvarlig for at det foretas mikrobiologisk kontroll av luft i operasjonsavdelinger i henhold til retningslinjer fra Statens helsetilsyn. Regionalt kompetansesenter i Helse Vest har gjort en evaluering og vurderer det lite hensiktsmessig å gjennomføre rutinemessig monitorering slik det blir anbefalt i Rundskrivet fra 1997. Ifølge Smittevernforskriften skal institusjonen ha skriftlige retningslinjer for kontroll med ventilasjonssystemene. Ved nyere ventilasjonsanlegg med kontroll på de tekniske prosessene vil det i mindre grad være nødvendig å kontrollere den mikrobiologiske luftkvaliteten med tilfeldige stikkprøver. Kontroll av luftkvalitet anbefales utført ved nybygging, større ombygginger, reparasjoner og ved mistanke om at sviktende ventilasjon kan være årsak til infeksjonsutbrudd.

Teknisk divisjon har ansvar for det tas prøve av ventilasjonsanleggene med tanke i henhold til nasjonale anbefalinger og evt. andre agens når myndighetene krever dette. Kjemisk desinfeksjon av vann kan utelates dersom det gjennomføres regelmessig renhold av vannbasseng og mikrobiologisk kontroll av vannet.

Det tas vannprøver av bassengbad i henhold til interne retningslinjer for behandlingsbassenget.

Ved mistanke om utbrudd eller alvorlige kryssinfeksjoner kan det tas miljøprøver når ansvarlig lege ved MIA og smittervernkoordinerende lege er enige om at dette anses hensiktsmessig.

Helse Bergen foretar ingen rutinemessige mikrobiologiske prøver utover dette.

iii. Klinisk infeksjonsovervåking

Prevalensundersøkelse gjennomføres etter mal fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Undersøkelsene utføres 4 ganger årlig. Det benyttes et eget datasystem (Webport). Rapporter bekjentgjøres på intranett, samles i regionale årlige oversikter og rapporteres til helsemyndighetene.

Insidensundersøkelse av postoperative sårinfeksjoner gjennomføres etter mal fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (NOIS-forskriften). Rapporter gis til avdelingsledere og operatører.

Infeksjonsforebygging

Det skal finnes et infeksjonskontrollprogram som skal være tilgjengelig for alle ansatte som trenger den (Smittevernhandboken). Smittevernhandboken er en del av nivå 1 dokumentasjonen til foretaket. Den enkelte enhet kan bruke retningslinjene direkte, eller sørge for at innholdet innarbeides i avdelingsspesifikke prosedyrer der dette er hensiktsmessig (nivå 2 dokumentasjon).

Endringer gjøres fortløpende etter godkjenning av smittevernkoordinerende lege. Ved endringer som antas å få omfattende økonomiske eller praktiske konsekvenser, bør avdelingsledere ved avdelinger som i særlig grad måtte berøres, konsulteres før endringene iverksettes så lenge det ikke foreligger tungtveiende grunner til å iverksette endringer umiddelbart.

9. Registrering og melding av infeksjoner

- iv. *Individuell melding av infeksjoner.* Den enkelte ansvarlige lege skal melde infeksjoner til MSIS i henhold til bestemmelser i Meldingsforskriften.
- v. *Utbrudd i helseinstitusjon:* Mistenkte eller påviste utbrudd av smittsomme sykdommer i sykehus eller annen institusjon som er omfattet av Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-2, skal omgående varsles til fylkesmannen og til Folkehelseinstituttet ([Vesuv](#)) med kopi til det regionale helseforetakets kompetansesenter for sykehushygiene.
- vi. *Ved alvorlig skade på pasient* skal dette varsles til Statens helsetilsyn i henhold til § 3-3 i lov om spesialisthelsetjenesten. Det er ansvarlig lege som avgjør om melding skal gis.

10. Regionalt kompetansesenter for smittevern

Helse Bergen har vertsansvar for regionalt kompetansesenter for smittevern slik dette er bestemt i forskrift og i henhold til oppdrag fra Helse Vest (beskrevet i smittevernplan for Helse Vest). Regionalt kompetansesenter for smittevern er i forskrift (§ 3-1) pålagt å samordne smittevernarbeidet, å stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i helseinstitusjonene til det regionale helseforetaket og å

gi sakkyndig hjelp til og samarbeide med andre institusjoner i regionen herunder smittevernrådgeving, overvåking, kompetansehevede tiltak for personell, forskning og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt.

MIA er ansvarlig for å levere spesialiserte typeundersøkelser for sykehusene i Helse Vest slik det er beskrevet i smittevernplanen.

11. Smittevernbistand til kommunehelsetjenesten

Helse Bergen tilbyr smittevernfaglig biand til kommunehelsetjenesten (sykehjem og enkelte andre institusjoner) i henhold til forskrift om smittevern i helseinstitusjoner.

12. Isolater

Behovet for isolat og enerom vil fortsette å øke, blant annet på grunn av antibiotikaresistente bakterier. Det skjer stadig ombygging og nybygging i Helse Bergen, og hvor mange isolat det er behov for må prosjekteres i forbindelse med slikt arbeid. Smittevernpersonell må involveres i prosjekteringsarbeidet. Et langsiktig mål er enerom med egen dusj/WC til alle pasienter.

13. Beredskap mot biologiske agens

Helse Bergen har som en del av beredskapsplanen en egen delplan mot indre og ytre trusler som følge av biologiske agens. Smittevernkoordinerende lege har også lederfunksjon i et regionalt beredskapsutvalg som skal gi råd til foretakene i forbindelse med denne type trusler. Institusjonene i Helse Bergen skal følge de anbefalingene dette råd til enhver tid måtte gi.

14. Avvik

Avvik i forhold til bestemmelsene i dette infeksjonskontrollprogrammet skal behandles i henhold til sykehuset generelle system for avvikshåndtering (Synergi).