



## Motion av Kerstin Mannerqvist (S) om åtgärder mot vårdrelaterade infektioner inom sjukvård och kommunal omsorg

Vårdrelaterade infektioner drabbar 9 procent (2013) av patienterna i hälso-och sjukvården i Stockholms län. Problemet har blivit svårare eftersom antibiotikaresistenta bakterier utgör en stor del av infektionerna. Flera stora utbrott av resistent bakterier har hanterats under de sista 20 åren. Kostnaderna uppgår till mer än 4 miljarder om året för provtagning, antibiotika, förlängda vårdtider, utebliven sjukvård, sjukskrivning mm.

Bekämpning av vårdrelaterade infektioner står på två ben. Det ena benet är de direkta vårdhygieniska insatserna som betyder att expertis har ansvar för att rutinerna för att förhindra smittspridning i hälso-och sjukvården är korrekta. SOSFS 2007:19 om Basala hygienrutiner är ett viktigt verktyg. Rutinerna är goda, problemet är oftast efterlevnaden bland personalen. Det andra benet är bekämpning av antibiotikaresistens som sköts av de lokala Stramagrupperna i landstinget. Antibiotikaresistens är en pandemi som kräver stora insatser över gränserna.

För att erbjuda en god hygienisk standard i landstingen finns vårdhygienisk expertis knuten till en vårdhygienisk enhet, i Stockholms fall till Avdelningen för smittskydd, vårdhygien och Strama i HSL förvaltning. Där finns läkare, sjuksköterskor och laboratoriepersonal.

De erbjuder epidemiologisk övervakning, smittspårning, information och utbildning, hjälp vid utbrott i hälso-och sjukvården, privat och offentlig och i kommunens särskilda boenden. Verksamheten är i huvudsak avtalsfinansierad.

Arbetet med avtalen är arbetskrävande. Avtalen är många och de ska ständigt förnyas, ändras osv. Dessutom är det svårt att arbeta med t.ex. smittspårning i en verksamhet som väljer att inte ha avtal. Varför man väljer att inte teckna avtal är oklart men det är till stor del de privata entreprenörerna som inte gör det. Det är viktigt att nå alla, för patienter och boende med smittor rör sig mellan de olika vårdformerna och smitta riskerar att spridas på så sätt.

Landstinget ska ta ett samlat grepp i avtalsskrivning så att alla aktörer ingår i avtalet från början beträffande vårdhygieniska tjänster. Det är självklart att det är landstinget och inte den enskilda vårdgivaren som ska bestämma detta. Patienter och boende rör sig mellan de olika vårdformerna och därför är det viktigt att kommunen erbjuds vårdhygienisk expertis eftersom den inte finns på annat sätt i kommunen.



I Uppsala läns landsting har man ett sådant upplägg. Där står landstinget ekonomiskt för att den vårdhygieniska enheten kan arbeta i alla delar av vården, privat som offentlig samt i äldreboendena utan att behöva teckna avtal. Avtalsskrivning står landstinget för liksom avtalen med kommunens boenden.

Detta förfarande förenklar vardagen för vårdhygien och man får mer tid till det man är satt att göra om man slipper arbetet med avtalen. Men den viktigaste vinsten med detta system är att hygienpersonalen kan arbeta efter de behov som faktiskt finns och inte om det finns ett avtal eller inte. Det är nödvändigt att få åtgärder på plats så snabbt som möjligt vilket är svårt om det inte finns avtal. I vissa fall måste man hänvisa till smittskyddsläkaren som är en myndighet.

Landstingsfullmäktige föreslås besluta

*att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda möjligheterna till att i avtalen med externa vårdgivare inarbeta villkor innebärande att vårdhygieniska enhetens tjänster kan nyttjas av alla avtalsparter

*att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden utreda möjligheterna till samverkan mellan landstinget och länets kommuner avseende vårdhygien i kommunal verksamhet

*att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden i samverkan med landstingstyrelsen att inarbeta resultatet av dessa uppdrag till slutlig budget för 2016.

Stockholm den 20 januari 2015

Kerstin Mannerqvist