

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Nära vård och hälsa samt privata vårdcentraler 2025–2027

Innehåll

Syfte och omfattning	2
Lista över förkortningar	2
Bakgrund	3
Roller och ansvar	3
Ledningsgrupp för Nära vård och hälsa	3
Chefsläkare	3
Verksamhetsområdeschefer	4
Verksamhetschef	4
Hygiensamordnare	4
Hygienombud	4
Lokalt smittskydds- och antibiotikaansvarig läkare och sjuksköterska	5
Medarbetare	5
Läkare vid särskilt boende	5
Mål och aktiviteter	6
Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens	6
Kärnområde 1: Förbättringar inom handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens	7
Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument	8
Kärnområde 2: Förbättringar inom evidensbaserade styrande och stödjande dokument	9
Kärnområde 3: Utbildning och träning	10
Kärnområde 3: Förbättringar inom utbildning och träning	11
Kärnområde 4: Registrering och övervakning	13

Kärnområde 4: Förbättringar inom registrering och övervakning	14
Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering	15
Kärnområde 5: Förbättringar inom multimodalt arbetssätt för implementering	16
Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer	17
Kärnområde 6: Förbättringar inom systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer	18
Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad	19
Kärnområde 7: Förbättringar inom bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad	19
Kärnområde 8: Lokaler och utrustning	20
Kärnområde 8: Förbättringar inom lokaler och utrustning	21
Dokumenthistorik	22
Referenser	22

Syfte och omfattning

Syftet med handlingsplanen är att minska förekomsten av undvikbara vårdrelaterade infektioner (VRI) och bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner.

Den är vägledande för förvaltnings- och verksamhetsnivå och ska konkretisera mål, aktiviteter, ansvar och uppföljning i det systematiska arbetet under år 2025 till och med år 2027.

Handlingsplanen gäller alla som är verksamma i vårdtagarnära verksamheter inom Nära vård och hälsa (NVH) samt privata vårdcentraler.

Den utgår från den regionsövergripande handlingsplanen

[Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – handlingsplan 2023–2024 \(regionuppsala.se\) \(pdf\)](https://regionuppsala.se).

Lista över förkortningar

BHK:	Basala hygienrutiner och klädregler
ECDC:	European centre for disease and control
ECDC PPM VRI:	European centre for disease and control punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner
HSE:	Hållbart säkerhetsengagemang

LAG VRI ABR:	Lokal arbetsgrupp vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens
LSG:	Lokal samverkansgrupp
PV forum:	Primärvårdsforum
SAS:	Region Uppsalas rapport- och analysverktyg
SOSFS:	Socialstyrelsens författningssamling
SÄBO:	Särskilt boende
UVI:	Urinvägsinfektion
VRI:	Vårdrelaterade infektioner

Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner leder till lidande för de som drabbas, förlängda vårdtider och ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner är förenat med hög mortalitet särskilt för äldre och bidrar till utvecklingen av antibiotikaresistens. Antibiotikaresistens drabbar alla länder och är ett av vår tids största hälsohot.

Handlingsplanen bygger på de 8 kärnområdena från

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete \(skr.se\) \(pdf\)](#).

Roller och ansvar

Ledningsgrupp för Nära vård och hälsa

På Nära vård och hälsa finns en förvaltningsövergripande ledningsgrupp. Ledningsgruppen består av förvaltningsdirektör, biträdande förvaltningsdirektör, chefsläkare, stabschefer samt verksamhetsområdeschefer. De har till uppgift att medverka till att bedriva vård av god kvalitet vilket inkluderar arbetet med att antalet VRI ska hållas på en låg nivå. Ledningen signalerar tydligt att VRI är oacceptabla. Kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppens möten där vårdhygien ingår. Förvaltningsledning ska ha en årlig genomgång avseende det interna vårdhygieniska arbetet, samt arbetet inom området antibiotika och antibiotikaresistens.

Chefsläkare

Chefsläkarens roll är att stödja och styra kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. Där ingår att säkerställa att indikatorer rapporteras till förvaltningsledningen. Chefsläkaren ansvarar för att uppdatera styrande dokument vid behov.

Verksamhetsområdeschefer

Verksamhetsområdeschefer ansvarar för att verksamheterna inom sitt verksamhetsområde arbetar aktivt med en god och säker hälso- och sjukvård. Detta sker företrädesvis i uppföljningsrapporter samt i den månatliga basala hygienrutiner och klädregler (BHK)-rapporten.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för säker hälso- och sjukvård. Det inkluderar ett aktivt riskförebyggande arbete inom den egna verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att det vårdhygieniska arbetet på arbetsplatsen följer de författningar, standarder, handlingsplaner och riktlinjer som syftar till god kvalitet och en god hygienisk standard.

Genom engagerad ledning och tydlig styrning ska verksamhetschef skapa goda förutsättningar för medarbetarnas arbete med att minska förekomsten av VRI.

Verksamhetschef ansvarar för att etablera en god säkerhetskultur och verka för att medarbetarna ska känna ansvar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittor samt vara engagerade i arbetsplatsens vårdhygieniska arbete.

Verksamhetschef ska utse hygienombud, informera om vad uppdraget innebär samt meddela förvaltningens hygiensamordnare vid förändringar. Verksamhetschef ska avsätta den arbetstid som behövs för att hygienombud ska kunna genomföra sitt uppdrag väl.

Hygiensamordnare

Hygiensamordnare ska på uppdrag av chefsläkaren i Nära vård och hälsa utveckla det vårdhygieniska arbetet inom Nära vård och hälsa och fungera som ett stöd till hygienombuden. Hygiensamordnare är kontaktperson för den vårdhygieniska expertisen i regionen och sammankallar till hygienombudsträffar med hygienombuden. Hygienutbildningar och hygienombudsträffar ordnas i samarbete med Vårdhygien.

Hygiensamordnare leder det interna vårdhygieniska arbetet med analyser och förslag till förbättringar inom hygienområdet.

Hygienombud

Hygienombud arbetar på uppdrag av närmaste chef, ger stöd till verksamheten i hygienfrågor och bevakar att rutinerna tillämpas i praktiken. Verksamheten kan ha ett eller flera hygienombud beroende på enhetens storlek.

[Uppdragsbeskrivning för hygienombud \(regionuppsala.se\) \(pdf\)](#)

Lokalt smittskydds- och antibiotikaansvarig läkare och sjuksköterska

Alla vårdcentraler ska ha en utsedd lokalt smittskydds- och antibiotikaansvarig läkare och sjuksköterska i enlighet med riktlinjer och lokalt smittskyddsansvar.

[Smittskydd-Arbeitsbeskrivning Lokalt Smittskydds-och antibiotikaansvarig \(regionuppsala.se\) \(pdf\)](https://regionuppsala.se)

Medarbetare

Samtliga medarbetare ska följa de vårdhygieniska riktlinjer som gäller för Region Uppsala och även känna ansvar för att förebygga VRI och vara engagerade i arbetsplatsens hygienarbete. Verka för öppenhet och acceptans att påminna varandra om rutiner och uppmärksamma eventuella avsteg. Vara aktiv i att identifiera risksituationer och riskfaktorer och aktivt vidta förebyggande åtgärder för att minska infektionsrisken. Medarbetare ska genomgå obligatoriska utbildningar samt de som rekommenderas.

Läkare vid särskilt boende

Läkare vid särskilt boende har det medicinska ansvaret samt ska aktivt arbeta med att förebygga VRI och smittspridning. Vid utbrott av smittsamma sjukdomar ska läkaren delta.

Infektionsregistrering är obligatorisk på särskilda boenden för äldre samt boenden med korttidsplatser i Uppsala län. Syftet med infektionsregistreringen är att tjäna som ett underlag för riktat förbättringsarbete. Resultatet analyseras av ansvarig läkare, verksamhetschef, sjuksköterska samt hygienombud på boendet. Åtgärder vidtas och berörda chefer samt medarbetare involveras.

Mål och aktiviteter

Mål och aktiviteter är uppdelade i åtta kärnområden enligt strukturen i, [Vägledning för vårdhygieniskt arbete \(skr.se\) \(pdf\)](#).

Inom varje kärnområde anges mål med implementerade aktiviteter, som förvaltas (rosa tabell). Inom vissa kärnområden anges även mål och aktiviteter som syftar till förbättringar (blå tabell).

Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens är en del av det övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

Att ha och tillämpa en vårdhygienisk handlingsplan med en systematisk uppföljning av de åtgärder som beskrivs i planen leder till färre vårdskador, minskad antibiotikaanvändning, minskad sjuklighet och död för vårdtagare och ökar verksamheternas möjlighet att fungera effektivt.

Tabell 1a Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 1:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Det finns en aktuell handlingsplan som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen revideras och skrivs om vart tredje år.	Förvaltningsdirektör	Patientsäkerhetsberättelse
	Handlingsplanen ses över årligen och justeras vid behov på strategiskt möte mellan Vårdhygien och Nära vård och hälsa	Överläkare och hygiensjuksköterska på Vårdhygien samt chefsläkare och hygiensamordnare Nära vård och hälsa	Vårdhygien, Nära vård och hälsa

Kärnområde 1: Förbättringar inom handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens

Tabell 1b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 1:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Handlingsplanen ska vara känd av samtliga medarbetare	Ta upp på och arbeta med handlingsplanen i ledningsgrupper, chefsmöten, APT, utbildningar, hygienronder, hygienombudsträffar, vårdhygieniska egenkontroller	Förvaltningsdirektör, chefer, patientsäkerhetsteam NVH	Löpande under 2025 - 2027	Patientsäkerhetsberättelsen och vårdhygienisk egenkontroll

Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Aktuella riktlinjer inom vårdhygien och antibiotikaanvändning är en av de viktigaste faktorerna för att nå framgång i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Det är viktigt att riktlinjerna är evidensbaserade och att de implementeras. För att lyckas med implementeringen kan riktlinjerna behöva anpassas till rutiner på lokal nivå.

Tabell 2a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 2:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Dokumentansvariga uppdaterar styrande dokument vid behov och vid giltighetstidens slut.	Nära vård och hälsa (handlingsplanen) Vårdhygien (övriga dokument)	Patientsäkerhetsberättelse (handlingsplanen) Vårdhygien (övriga dokument)
	Information om reviderade riktlinjer och rutiner sprids via primärvårds (PV)-forum, chefsmöte, hygienombudsträffar, intranät, samverkanswebb	Förvaltningsdirektör, verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse (handlingsplanen) Vårdhygien (övriga dokument)
Behandlingsrekommendationer finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Nationella behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i öppenvård sprids inom öppenvården och finns på Strama Uppsalas hemsida.	Förvaltningsdirektör och Strama	Strama årsredovisning

Kärnområde 2: Förbättringar inom evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Tabell 2b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 2:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Alla medarbetare ska hitta till vårdhygiens hemsida och därmed ha tillgång till aktuella riktlinjer	Information sker genom introduktion av nyanställda, APT, utbildningar av hygienombud	Chefer, Vårdhygien och Patientsäkerhetsteam NVH	Löpande	Hygienrund
Säkerställa att både Nära vård och hälsa samt privata vårdcentraler får likvärdig information om uppdateringar av befintliga Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner.	Förbättra flöden för att inkludera privata vårdcentraler vid informationsspridning	Hälsa och sjukvårdsavdelningen (HSA), förvaltningsdirektör	Löpande	Manuell

Kärnområde 3: Utbildning och träning

Utbildning inom vårdhygien och antibiotikaanvändning leder till förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens

Tabell 3a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom Kärnområde 3:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
All personal ska ha grundläggande kunskap om och arbeta enligt basala hygienrutiner och klädregler (BHK).	Grundläggande BHK-utbildning genomförs av all personal vid nyanställning och minst vart 3:e år.	Verksamhetschef	Verksamhetsområdeschefer uppföljningsrapport, Patientsäkerhetsberättelse. Verksamhetschef (privata)
	Nyanställda, vikarier, hyrpersonal, konsulter och studenter får introduktion och följer gällande vårdhygieniska riktlinjer.	Verksamhetschef	Verksamhetschef
	Samtlig personal skriver under blanketten Basala hygienrutiner och klädregler gällande följsamhet av BHK.	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Alla enheter använder Region Uppsalas anvisade metod för att mäta följsamhet till BHK.	Mätutbildning tillhandahålls av vårdhygien 2 gånger per år.	Förvaltningsdirektör, Vårdhygien i samarbete med hygiensamordnare NVH	Patientsäkerhetsberättelse
	Hygienombud och rapportör för BHK-registrering ska ha gått mätutbildning.	Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse

	I väntan på fysisk eller digital mätutbildning ska hygienombud och rapportör genomföra powerpointutbildning Hygienmätningar - observation och registrering BHK.	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Utbildning av nya hygienombud erbjuds 1–2 gånger per år och chef prioriterar att hygienombud får genomföra utbildningen.	Vårdhygien, Patientsäkerhetsteam NVH, Verksamhetschef	Verksamhetschef, patientsäkerhetsberättelse
	Hygienombuden deltar på hygienombudsträffar, som genomförs 2 gånger per år.	Verksamhetschef	Verksamhetschef

Kärnområde 3: Förbättringar inom utbildning och träning

Tabell 3b: Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 3:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Alla chefer ska ha utökad kunskap inom vårdhygien för att kunna utföra sitt uppdrag.	Utbildning inom vårdhygien är en del av introduktionsprogram för nya chefer i Nära vård och hälsa samt privata vårdcentraler.	Verksamhetsområdeschef, Verksamhetschef Vårdhygien, Förvaltningsdirektör	Löpande	Förvaltningsdirektör

	Information och fortbildning för chefer gällande vårdhygien sker genom PV-forum, chefsmöten.	Vårdhygien, förvaltningsdirektör	Löpande	Förvaltningsdirektör
Alla medarbetare ska ha fortbildning inom vårdhygien.	Temaveckor anordnas på arbetsplatsen.	Verksamhetschef, hygienombud	Löpande	Verksamhetschef
	Vårdhygiens e-utbildningar till exempel sticksäkert, förrådshantering, handskanvändning ska genomföras.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
	Erbjuda riktad utbildning för specifika professioner	Yrkesföreträdare, Vårdhygien, Patientsäkerhetsteam NVH	2023–2025	Patientsäkerhetsberättelse

Kärnområde 4: Registrering och övervakning

Systematisk registrering och övervakning inom vårdhygien, antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning med tidig återkoppling ligger till grund för att besluta om och följa upp effekten av åtgärder.

Tabell 4a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 4:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Alla vårdrelaterade infektioner som upptäcks i verksamheten ska ses som en skada och infektions registreras.	Vårdrelaterade infektioner registreras genom avvikelssystem eller annat system, utreds och åtgärdas samt återkopplas till personal och berörd vårdtagare.	Förvaltningsdirektör, Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse

Kärnområde 4: Förbättringar inom registrering och övervakning

Tabell 4b: Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 4:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Antalet vårdrelaterade urinvägsinfektioner minskar under nästkommande år på närvårdsavdelningarna utifrån ECDC-mätning	Implementera åtgärds paket för UVI i de verksamheter där problemet är störst.	Verksamhetschef	2025–2027	Patientsäkerhetsberättelse ECDC PPM VRI 2028
Minska antalet vårdrelaterade infektioner	Införa VRI i slutanteckning på närvårdsavdelningarna	Verksamhetschef	Löpande	Patientsäkerhetsberättelse
	Identifiera och arbeta aktivt med vanligast förekommande VRI.	Verksamhetschef	Löpande	Patientsäkerhetsberättelse
Utvärdera och använda infektionsövervakningen på SÄBO	Läkare vid SÄBO ska delta i analysarbetet från infektionsövervakningen för att komma fram till förbättringsåtgärder.	Läkare på SÄBO	Löpande	Verksamhetschef
Förvaltningens mätsystem för registrering av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens följer regionens anvisningar.	Delta i arbetet med framtagande av regionövergripande registrering av vårdrelaterade infektioner.	Förvaltningsdirektör	Löpande	Förvaltningsdirektör

Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering

Det ska finnas strukturer och förutsättningar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens (till exempel personal, lokaler, utrustning, evidensbaserade riktlinjer). Vård- och omsorgspersonalens kunskap ska tillämpas i praktiken genom implementering av arbetssätt och beteenden som är hållbara över tid och som ingår i ett systematiskt förbättringsarbete.

Utmaningen med vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens beror på flera samverkande orsaker och implementeringen sker därför genom att åtgärder sätts in på flera områden, ett så kallat multimodalt arbetssätt.

Tabell 5a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 5:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Alla verksamheter arbetar systematiskt och evidensbaserat vid implementering av aktiviteter som syftar till förbättringar.	Mål och aktiviteter som syftar till förbättring, väljs ut baserat på risker som identifierats exempelvis vid hygienrund, egenkontroll och BHK-mätningar samt åtgärder genomförs.	Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse
Engagerad ledning och tydlig styrning på alla nivåer för ökad patientsäkerhet	Hygien och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan alla nivåer.	Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse
Genomföra, uppnå godkänt resultat och arbeta med resultatet av patientsäkerhetskulturmätning	Verka för öppenhet och acceptans att påminna varandra om rutiner och uppmärksamma eventuella avsteg.	Verksamhetschef	Patientsäkerhetskulturmätning (HSE)
	Identifiera riskfaktorer och risksituationer och arbeta med åtgärder	Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse

Kärnområde 5: Förbättringar inom multimodalt arbetssätt för implementering

Tabell 5b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 5:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Alla verksamheter arbetar systematiskt och evidensbaserat vid implementering av aktiviteter som syftar till förbättringar.	Använda framtagna paket för samtliga VRI.	Verksamhetschef	Löpande	Patientsäkerhetsberättelse
	Alla chefer ska ha genomgått utbildning inom kvalitet och patientsäkerhet.	Verksamhetschef	Löpande	Patientsäkerhetsberättelse
Involvera patienter och närstående i arbetet för att minska VRI och smittspridning	Informera patienter om hur de kan bidra till minskad smittspridning och VRI.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
	Informera drabbade patienter och närstående om VRI.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
Involvera patienter och närstående i förbättringsarbeten inom vårdhygienområdet	Patienters och närståendes synpunkter ska utredas och användas i förbättringsarbete.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
	Tillhandahålla och involvera patienter vid framtagande av övergripande	Verksamhetens chef, Vårdhygien, NVHS patientsäkerhetsteam	Löpande	Patientsäkerhetsberättelsen

	informationsmaterial till patienter.			
--	--------------------------------------	--	--	--

Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt kvalitetsarbete uppnår verksamheten en god kvalitet och hög grad av patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i vårdgivarens ledningssystem.

Regelbunden mätning och utvärdering i kombination med regelbunden återkoppling är ett sätt att undersöka om en verksamhet uppfyller krav och uppsatta mål och därmed säkerställa att patientsäkerhet och en god hygienisk standard upprätthålls.

Tabell 6a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 6:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Fullständig följsamhet till BHK.	BHK-mätning, observationer och självskattning utförs 1 gång per månad och identifierade brister åtgärdas.	Verksamhetschef	SAS-verktyget
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard.	Genomföra hygienrund vart 4:e år tillsammans med Vårdhygien. Identifierade brister åtgärdas.	Verksamhetschef, Vårdhygien	Patientsäkerhetsberättelse
	Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av verksamheten årligen, utom de år när hygienrund görs. Identifierade brister åtgärdas.	Verksamhetschef	Verksamhetschef

Synliggöra, följa upp och förbättra det vårdhygieniska arbetet	Redovisa vårdhygieniska arbetet i uppföljningsrapporter och patientsäkerhetsberättelse.	Chefsläkare	Patientsäkerhetsberättelse
Ökat samarbete Nära vård och hälsa, Vårdhygien, Strama och kommunerna i Uppsala län.	Delta i LAG VRI och LSG Patientsäkerhet	Förvaltningsdirektör	Förvaltningsdirektör

Kärnområde 6: Förbättringar inom systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer

Tabell 6b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 6:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Att chefer kontinuerligt tar del av och använder befintliga rapporter som underlag för förbättringsarbete	Använda tillgängliga rapporter exempelvis BHK, Covid, Influensa, magsjuka, hygienrondsrapport samt infektionsregistrering	Verksamhetschef (Beslutsstöd planerar att ta fram rapporter för influensa, covid hygienrond och infektionsregistrering)	2025–2027 beroende på Beslutsstöds prioritering	SAS
Systematiskt arbete med riskanalyser	Utföra riskanalyser enligt SOSFS 2011:9, Riskanalys Nära vård och hälsa	Verksamhetschef	Löpande	Förvaltningsdirektör

Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Säker bemanning ökar möjligheten att följa rutiner och minskar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Överbeläggning och utlokalisering av patienter ökar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Tabell 7a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 7:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Alla verksamheter har utsedda hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivningen.	Hygienombud utses av chef och ges tid för uppdraget.	Verksamhetschef	Patientsäkerhetsberättelse

Kärnområde 7: Förbättringar inom bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Tabell 7b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 7:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Prioritera att kohortpersonal sätts in vid misstänkt magsjuka dygnet runt på närvårdsavdelningar.	Säkerställ bemanningen i verksamheten och att alla har kunskap om vad kohortvård innebär.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
Utbrott eller misstanke om utbrott ska hanteras enligt gällande riktlinjer.	Chef som aktivt styr och leder situationen utifrån gällande riktlinjer för att förhindra smittspridning.	Verksamhetschef	Löpande	Vårdhygiens dokumentation

Kärnområde 8: Lokaler och utrustning

En god hygienisk standard innebär att lokaler och utrustning är utformade och hanteras på ett sådant sätt att risken för vårdrelaterade infektioner blir så liten som möjligt. Dricksvattnet ska vara tjänligt och förekomsten av legionella och andra vattenburna mikroorganismer på en så låg nivå att varken patienter eller personal riskerar att smittas. Medicintekniska produkter och annan utrustning ska uppfylla kraven i förordningar och standarder liksom vedertagna renhetsgrader utifrån användningsområde.

Tabell 8a. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 8:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Vårdhygieniska krav beaktas vid ny- och ombyggnation av vårdlokaler så att en god hygienisk standard uppnås.	Vårdhygieniska enheten bjuds in till planeringsmöten för ny- och ombyggnationer, tidigt i byggprocessen.	Verksamhetschef, avtalsenheten RU, Försörjningsenheten (NVH)	Verksamhetschef
Säker sterilisering av flergångsinstrument	Gods för sterilisering skickas till steriltekniska avdelningen på Akademiska sjukhuset eller steriltekniska enheten på lasarettet i Enköping.	Verksamhetschef	Vårdhygien

Kärnområde 8: Förbättringar inom lokaler och utrustning

Tabell 8b. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 8:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Ändamålsenliga lokaler enligt vårdhygienisk standard	Ny och ombyggnationer sker utifrån skrivningar i- byggenskap och vårdhygien (BOV)	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef
Vårdhygieniska enheten ska involveras inför nyetablering innan inflyttning.	Samarbete mellan Vårdhygien, avtalsenheten och försörjningsenheten	Vårdhygien, avtalsenheten och försörjningsenheten	Löpande	Verksamhetschef
Utrustning uppfyller nödvändiga krav för att kunna bedriva vård med en god hygienisk standard	Rutiner för spol- och diskdesinfektor ska följas	Verksamhetschef	Löpande	Hygienrund
	Vid införskaffning av ny utrustning ska det säkerställas att produkten uppfyller kraven för rengöring och desinfektion.	Verksamhetschef	Löpande	Verksamhetschef

Dokumenthistorik

Författare:

Lisa Lundberg, Robert Sarkadi Kristiansson, Nära vård och hälsa och Ingrid G Isaksson, Anna Gustafsson, Mikael Stenhem, Vårdhygien

Datum:

2019-04-15 Dokumentet har reviderats utifrån att förvaltningarna Hälsa och habilitering och Primärvården har slagits samman och blivit en ny förvaltning, Nära vård och hälsa. De tidigare förvaltningarnas rutiner har tagits bort och ersätts med detta dokument. Dokumentet har skrivits i samverkan med Vårdhygien.

2020-05-18 Dokumentet har reviderats till följd av Covid-19 pandemin och kompletterats med ett stycke om smittstöd till läkare med ansvar för SÄBO i Uppsala län. Revideringen har skett i samarbete med Vårdhygien.

2022-04-29 Hela handlingsplanen har reviderats utifrån en ny treårsplan. Av Nära vård och hälsa (Lisa Lundberg, Åsa Palmqvist, Robert Sarkadi Kristiansson) och Vårdhygien (Ingrid G Isaksson, Anna Gustafsson, Birgitta Lytsy)

2024-12-11 Hela handlingsplanen har reviderats utifrån en ny treårsplan med samma upplägg som Region Uppsalas handlingsplan för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Mål och aktiviteter är uppdelade i åtta kärnområden enligt strukturen i Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Inom varje kärnområde anges mål med implementerade aktiviteter, som förvaltas. Inom vissa kärnområden anges även mål och aktiviteter som syftar till förbättringar.

2025-01-14 Ann-Charlotte Bergerland. Har sett över tillgänglighet.

Referenser

[Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – handlingsplan 2023–2024 \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

[Vårdhygienisk egenkontroll och hygienrond inom Nära vård och hälsa och privata vårdcentraler \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

[Basala hygienrutiner och klädregler för Nära vård och hälsa och privata vårdcentraler \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

[Uppdragsbeskrivning för hygienombud \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete \(skr.se\) \(pdf\).](#)

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Nära vård och hälsa samt privata vårdcentraler 2025–2027

Sidan 22 av 23

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-21637

Version: 5

Handlingstyp: Instruktion/Rutin

[10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg, Strama.se \(pdf\).](#)

[Smittrisker AFS 2018:4 \(arbetsmiljöverket.se\)](#)

[Smittskyddslagen 2004:68 \(riksdagen.se\)](#)

[Smittskydd-Arbetsbeskrivning Lokalt Smittskydds-och antibiotikaansvarig \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

[Bygghälsa och vårdhygien \(sfvh.se\) \(pdf\).](#)

SIS-TR 57:2020 Handbok för grundläggande rekommendationer för lagerhållning, hantering och transport av sterila medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård, tandvård och djursjukvård