Region Uppsala

Godkänt den: 2025-12-18

Ansvarig: Ulla Olsson Strömberg

Gäller för: Akademiska sjukhuset; Lasarettet i Enköping

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping 2025-2027

Innehåll

Syfte och omfattning 2

Lista över förkortningar 2

Bakgrund 3

Systematiskt kvalitetsarbete och nulägesanalys 3

Roller och ansvar 4

Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping 4

Mål och aktiviteter 7

Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens 7

Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument 9

Kärnområde 3: Utbildning och träning 10

Kärnområde 4: Registrering och övervakning 13

Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering 17

Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer 18

Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad 21

Kärnområde 8: Lokaler och utrustning 22

Dokumenthistorik 24

Referenser 25

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 Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Den utgår från den regionsövergripande handlingsplanen, Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens - Handlingsplan 2025-2026 Region Uppsala.se (pdf).

Lista över förkortningar

AC:	Avdelningschef
AS:	Akademiska sjukhuset
AU:	Arbetsutskott
BHK:	Basala hygienrutiner och klädregler
IPCAF:	Infection prevention and control assessment framework at the facility level.
KVALPAT:	Kvalitet och patientsäkerhetsenheten, Lasarettet i Enköping
LAG VRI/ABR:	Lokal arbetsgrupp Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens
LSG:	Lokal samverkansgrupp
LE:	Lasarettet i Enköping
PSB:	Patientsäkerhetsberättelse
SAS:	Region Uppsalas rapport- och analysverktyg
SC:	Sektionschef
SLG:	Sjukhusets ledningsgrupp
SOSFS:	Socialstyrelsens författningssamling
UVI:	Urinvägsinfektion
VC:	Verksamhetschef
VH:	Vårdhygien
VKE:	Vårdkvalitetsenheten, Akademiska sjukhuset
VRI:	Vårdrelaterade infektioner
Vårdhygien VU:	Vårdhygiens verksamhetsuppföljning

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 Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård samt Stramas 10-punktsprogram.

Vägledning för vårdhygieniskt arbete | Kunskapsstyrning vård | SKR
10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg, Strama (pdf)

Akademiska sjukhuset (AS) har tagit fram ett baspaket för kvalitet och patientsäkerhet för att tydliggöra, underlätta och skapa förutsättningar för att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet. Under 2023–2024 genomfördes nulägesanalyser för Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping (LE) som är del i underlaget för denna handlingsplan.

Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping har inom sina förvaltningar arbetat på liknande sätt. Som ett led i att stärka arbetet med patientsäkerhet och följa styrande riktlinjer tillsammans mellan vårdförvaltningar upprättas denna gemensamma mål- och handlingsplan.

Systematiskt kvalitetsarbete och nulägesanalys

För att åtgärder ska leda till förbättringar krävs ett systematiskt kvalitetsarbete med en process för återkommande analys, utförande av åtgärder och uppföljning. I framtagandet av denna handlingsplan har nulägesanalyser utförts med IPCAF.
Infection prevention and control assessment framework at the facility level (who.int).

Akademiska sjukhusets resultat i IPCAF 2023 var 492,5 av 800 poäng och Lasarettet i Enköpings resultat i IPCAF 2024 var 520 av 800 poäng. Det innebär att båda sjukhusens systematiska hygienarbete ligger på en mellannivå (intermediate) och att åtgärder inom de flesta kärnområden är implementerade. För att nå fortsatta förbättringar behöver omfattningen av sjukhusens hygienarbete utökas och fokusera på hållbarhet genom långsiktig planering.

Roller och ansvar

Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping

Förvaltningsdirektör

Säkerställer att Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping följer de mål och aktiviteter som anges i denna samt i Region Uppsalas handlingsplan:
Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2025 – 2026, Region Uppsala.se (pdf).

Förvaltningsdirektör har som ansvar i linjen att följa upp verksamhetsområdenas VRI-förekomst och preventionsarbete mot VRI.

Rådet för kvalitet och patientsäkerhet AS, Sjukhusledningsgrupp LE

Rådet för kvalitet och patientsäkerhet jobbar direkt underställd förvaltningsdirektören och har beslutsmandat att prioritera frågor gällande kvalitet och patientsäkerhet.

Arbetsutskott (AU) Epidemi och hygien AS/LE

Arbetsutskottet jobbar direkt underställd Rådet för kvalitet och patientsäkerhet och tillser att Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping har gällande rutiner för arbete och åtgärder för att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Arbetsutskottet ansvarar för att förvaltningarnas handlingsplan revideras enligt kärnområde 1. Årlig rapport hur förvaltningarna har jobbat med VRI-frågorna presenteras vid Rådet för kvalitet och patientsäkerhet/SLG LE.

Chefsläkare

Chefsläkarens roll är att stödja och styra kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet samt utveckla och samordna det vårdhygieniska arbetet. Chefsläkare AS leder arbetet med AU Epidemi och hygien. Chefsläkaren ansvarar för att uppdatera förvaltningens styrande dokument för det vårdhygieniska arbetet.

På Lasarettet i Enköping har chefsläkare även ett övergripande ansvar för att ett VRI-team bildas.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för säker hälso- och sjukvård vilket även 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.

Tillsammans med avdelningschef ansvara 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.

På Akademiska sjukhuset har verksamhetschefen ett övergripande ansvar för att ett VRI-team bildas. Utser hygien- och antibiotikaansvariga läkare.

Genom engagerad ledning och tydlig styrning, skapa goda förutsättningar för att minska förekomsten av VRI. Verksamhetschefen är ansvarig för att aktiviteter i denna handlingsplan genomförs och att arbetet samt resultaten inom det egna verksamhetsområdet följs upp och kommuniceras. Verksamhetschefen säkerställer att VRI-teamets medlemmar får tillräckligt med tid för sitt arbete.

Avdelningschef

Avdelningschef ska tillsammans med verksamhetschef ansvara 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. Utser hygienombud, informerar om vad uppdraget innebär, meddelar förvaltningens hygiensamordnare vid förändringar samt avsätter den arbetstid som behövs för att de ska kunna genomföra sitt uppdrag.

Avdelningschef ansvarar för att avdelningen arbetar systematiskt med förbättringar utifrån resultat från BHK-mätningar, hygienronder och system för infektionsregistrering.

Patientsäkerhetssamordnare/vårdutvecklare

Ska på uppdrag av chefsläkaren utveckla det vårdhygieniska arbetet inom förvaltningarna och fungera som ett stöd till verksamheterna. Patientsäkerhetssamordnare/vårdutvecklare är kontaktpersoner mot regionen, vårdhygien och Strama. Sammankallande till VRI-- och hygienombudsträffar. Tillsammans med vårdhygien ansvara för det förvaltningsövergripande arbetet med analyser och förslag till förbättringar inom hygienområdet. Rapportering sker till AU Epidemi och hygien.

Kvalitetssamordnare

Kvalitetssamordnare ska fungera som ett stöd till verksamheterna inom det vårdhygieniska arbetet och vara kontaktperson mot vårdutvecklare och vårdhygien. Kvalitetssamordnare ansvarar för arbetet med analyser och förslag till förbättringar inom hygienområdet inom sin verksamhet.

VRI-team

Inom förvaltningen/verksamheten ska det finnas ett multiprofessionellt VRI-team som driver arbetet mot vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. VRI-team arbetar på uppdrag av chefsläkare/verksamhetschef.

Förslag på VRI-teamets sammansättning: antibiotikaansvarig läkare, hygienansvarig läkare, kvalitetssamordnare och hygienombud. VRI-teamet utgår i sitt arbete från aktiviteter i handlingsplanen.

Hygienombud/hygienansvarig läkare

Hygienombud och hygienansvarig läkare 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 samt hygienansvarig läkare beroende på enhetens storlek. Uppdragsbeskrivning för hygienombud, region Uppsala.se (pdf).

Antibiotikaansvarig läkare

Den antibiotikaansvariga läkaren fungerar som kontaktperson mellan Strama och den egna kliniken. Hen ska bland annat vara uppdaterad angående aktuella riktlinjer för antibiotikaanvändning och sprida dessa på sin klinik samt vara med i utformning och uppdatering av verksamhetsområdets riktlinjer som rör antibiotika. Fullständig uppdragsbeskrivning finns här: Uppdragsbeskrivning för antibiotikaansvariga läkare inom slutenvården, hälso- och sjukvårdsdirektörsbeslut (pdf).

Medarbetare

Samtliga medarbetare ska följa de vårdhygieniska rutiner 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 vid behov anmäla i Region Uppsalas avvikelsehanteringssystem. Identifiera riskfaktorer och aktivt vidta förebyggande åtgärder för att minska infektionsrisken.

Vårdhygien (VH)

Den vårdhygieniska enheten arbetar länsövergripande genom undervisning, rådgivning, epidemiologisk övervakning och övrigt stöd till vårdverksamheterna för att de ska uppnå en god hygienisk standard, vilket ytterst innebär att minimera förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Den vårdhygieniska enheten fungerar som stödfunktion för alla organisatoriska nivåer.

Strama Region Uppsala

Strama arbetar för rationell användning av antibiotika och minskad antibiotikaresistens och är en del av Smittskyddsenheten i regionen.

Smittskyddsenheten

Det är smittskyddsläkaren som myndighetsperson som enligt lag ansvarar för länets smittskyddsarbete. Smittskyddsenhetens uppgift är att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och från människor.

Mål och aktiviteter

Mål och aktiviteter är uppdelade i åtta kärnområden enligt strukturen i, Vägledning för vårdhygieniskt arbete | Kunskapsstyrning vård | SKR.

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.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ ABR.	PSB AU Epidemi och hygien.
Det finns en aktuell handlingsplan som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen ses över årligen och justeras vid behov på strategiskt möte.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ ABR VH Strama.	PSB AU Epidemi och hygien Vårdhygien VU.

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 berörda funktioner.	Ta upp på och arbeta med handlingsplanen i ledningsgrupper, chefsmöten.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR, verksamhetschef, avdelningschef.	2026.	Au Epidemi och hygien Verksamhetsledningsgrupp
Handlingsplanen uppdateras i ett systematiskt förbättringsarbete.	Genomför IPCAF inför revision av handlingsplanen. Resultatet ligger till grund för att följa upp arbetet med handlingsplanen samt för att prioritera aktiviteter i den reviderade versionen.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	2027.	AU Epidemi och hygien.

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.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	AU Epidemi och hygien Vårdhygien VU.
Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Information om reviderade riktlinjer och rutiner sprids via chefsmöte, AU Epidemi och hygien, chefsbrev, hygienombudsträffar och intranät.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	AU Epidemi och hygien Vårdhygien VU.
Rekommendationer för användning av antibiotika finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Behandlingsrekommendationer för empirisk antibiotikaterapi på Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping uppdateras regelbundet, sprids inom slutenvården och finns på Strama Uppsalas hemsida.	VC Strama.	Strama årsredovisning.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning

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.	VC AC/SC.	VC AC/SC.
All personal ska ha grundläggande kunskap om och arbeta enligt basala hygienrutiner och klädregler (BHK).	Nyanställda, vikarier, hyrpersonal, konsulter och studenter får introduktion och följer gällande vårdhygieniska riktlinjer.	VC AC/SC.	VC AC/SC.
All personal ska ha grundläggande kunskap om och arbeta enligt basala hygienrutiner och klädregler (BHK).	Samtlig personal skriver under blanketten Basala hygienrutiner och klädregler gällande följsamhet av BHK.	VC AC/SC.	VC AC/SC.
Alla enheter använder Region Uppsalas anvisade metod för att mäta följsamhet till BHK.	Mätutbildning tillhandahålls 2 gånger/år.	Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	PSB Vårdhygien VU.
Alla enheter använder Region Uppsalas anvisade metod för att mäta följsamhet till BHK.	Hygienombud/rapportör för BHK-registrering ska ha gått mätutbildning.	VC AC.	VC AC.
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Utbildning av nya hygienombud erbjuds 1–2 gånger per år och chef prioriterar att hygienombud får genomföra utbildningen.	VC AC VH.	Vårdhygien VU.
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Hygienombuden deltar på hygienombudsträffar, som genomförs 4 gånger per år.	VC AC VH Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR.	PSB Vårdhygien VU.

Vårdpersonal har aktuell kunskap om antibiotikaresistens och rekommendationer för användning av antibiotika.	Vårdpersonal deltar på de utbildningar som tillhandahålls av Strama.	VC AC Strama.	Strama ÅR.
Vårdpersonal har aktuell kunskap om antibiotikaresistens och rekommendationer för användning av antibiotika.	Inom slutenvården utförs antibiotikaronder.	Strama VC VO Infektionssjukdomar.	Strama ÅR.
Alla chefer ska ha utökad kunskap inom vårdhygien för att kunna utföra sitt uppdrag.	Utbildning inom vårdhygien är en del av chefsutbildningen i patientsäkerhet.	Chefsläkare Chefssjuksköterska VH.	Chefsläkare
Alla medarbetare ska ha fortbildning inom vårdhygien.	Personal genomför relevanta e-utbildningar från vårdhygien (se vårdhygiens hemsida/PingPong). Till exempel sticksäkert, förrådshantering, handskanvändning ska genomföras.	VC AC/SC.	VC AC/SC.

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

Mål	**Aktivitet**	**Ansvar för genomförande**	**Tidsplan för genomförande**	**Uppföljning**
Involvera patienter och närstående i arbetet för att minska VRI och smittspridning.	Informera patienter om hur de kan bidra till minskad smittspridning och VRI.	AC.	2027.	AC.

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 VRI som upptäcks i verksamheten ska ses som en skada och infektions registreras.	Vårdrelaterade infektioner registreras genom avvikelsesystem eller annat system, utreds och åtgärdas samt återkopplas till personal och berörd vårdtagare.	VC AC/SC.	PSB.
VRI i slutanteckning används för att minska risken för att patienter i slutenvård drabbas av VRI.	Samtliga slutenvårdsavdelningar på Lasarettet i Enköping använder VRI i slutanteckning. Resultatet valideras och följs upp för att identifiera prioriterade VRI-diagnoser mot vilka förebyggande åtgärder ska sättas in.	VC AC/SC VRI-team.	VRI-team (LE).
	De verksamhetsområden på Akademiska sjukhuset som aktiverat VRI i slutanteckning använder verktyget. Resultatet valideras och följs upp för att identifiera prioriterade VRI-diagnoser mot vilka förebyggande åtgärder ska sättas in.	VC AC/SC VRI-team.	VC
Utbrott och smittspridningar minimeras.	Vårdhygien identifierar mikrobiologiskt identifierade smittämnen som riskerar att medföra utbrott (vårdhygiens utbrottsövervakning). Verksamhetsansvariga agerar för att förebygga och stoppa smittspridning.	VH VC AC.	AU Epidemi och hygien Vårdhygien VU.
Incidens av vårdrelaterad bakteriemi följs upp, analyseras och ligger till grund till förbättringsåtgärder mot VRI.	Sjukhusövergripande incidens av vårdrelaterad bakteriemi följs upp och analyseras. Analysen används som grund för att ta fram riktade förbättringsåtgärder.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	AU Epidemi och hygien.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Antalet VRI minskas genom ett systematiskt förbättringsarbete.	Identifiera de mest prioriterade VRI-diagnoserna, uppkomna i den egna verksamheten, mot vilka förebyggande åtgärder ska sättas in. Använd verksamhetsspecifika samt regionala system såsom Avvikelserapporter Kvalitetsregister VRI i slutanteckning Vårdhygiens utbrottsövervakning Övervakning av vårdrelaterad bakteriemi.	VC AC/SC VRI-team.	2025-2026.	Ledningens genomgång Verksamhetsberättelser VRI-team.
Incidens av vårdrelaterad bakteriemi följs upp, analyseras och ligger till grund till förbättringsåtgärder mot VRI.	Alla verksamheter med slutenvård följer upp och analyserar sin incidens av vårdrelaterad bakteriemi. Analysen används som grund för att ta fram riktade förbättringsåtgärder.	VC AC VRI-team.	2025-2026.	Ledningens genomgång Verksamhetsberättelser VRI-team.

Uppföljningen av postoperativa infektioner är ändamålsenlig och resultatet analyseras och ligger till grund till förbättringsåtgärder mot VRI.	Inventera opererande verksamheters uppföljning av förekomst av postoperativa infektioner.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VC SC VH.	2026.	AU Epidemi och hygien.

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 hygienrond, egenkontroll och BHK-mätningar samt åtgärder genomförs. Ett multimodalt arbetssätt eller annan utvecklingsmodell används i det systematiska förbättringsarbetet.	VC AC VRI-team.	PSB.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
I det systematiska förbättringsarbetet förebygger verksamheten prioriterade VRI-diagnoser genom multimodalt arbetssätt.	Verktyg för implementering av åtgärder mot specifika VRI som finns på vårdhygiens hemsida (VRI-verktyg) används i syfte att minskaförekomsten av de mest prioriterade VRI-diagnoserna (se kärnområde 4).	VC AC VRI-team.	2026.	Ledningens genomgång Verksamhetsberättelse VRI-team.

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, observationsstudier/självskattning utförs 1 gång/månad och ligger till grund för att driva förbättringar i följsamhet till BHK.	VC AC	VC AC/SC PSB SAS.
Fullständig följsamhet till BHK.	Uppföljning av verksamhetsområdenas resultat ligger till grund till förbättringsåtgärder.	VKE VH.	AU Epidemi och hygien
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard.	Genomföra hygienrond vart 4:e år tillsammans med Vårdhygien. Identifierade brister åtgärdas.	VC AC VH.	PSB.
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard.	Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av verksamheten årligen, utom de år när hygienrond görs. Identifierade brister åtgärdas.	VC AC	VC AC.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Fullständig följsamhet till BHK	Alla verksamheter genomför Handhygien – självskattning av lokalt utvecklingsarbete, (folkhalsomyndigheten.se) i syfte att förbättra förutsättningar för och följsamhet till handhygien.	VC AC VRI-team.	2026-2027.	Verksamhetsberättelse VRI-team Arbetsplatsträff.
Ökad följsamhet till vårdhygienisk egenkontroll	De år som Vårdhygien ej utför hygienrond ska vårdhygienisk egenkontroll utföras av verksamheten.	AC	2026	AC.
Ökad följsamhet till vårdhygienisk egenkontroll	Analys av resultatet av de egenkontroller som genomförts under 2024-2025.	VH.	2026.	AU Epidemi och Hygien.
Antalet VRI minskas genom ett systematiskt förbättringsarbete.	I vilken grad åtgärder mot de mest prioriterade VRI-diagnoserna tillämpas följs upp och resultatet används i förbättringsarbetet (se även kärnområde 4 och 5).	VC AC VRI-team.	2026.	Ledningens genomgång Verksamhetsberättelse VRI-team.
Smittsamma patienter isoleras enligt gällande rutiner för att undvika smittspridning.	Skapa en metod för systematisk insamling av avsteg ifrån rutiner att isolera smittsamma patienter. Resultatet används som grund för förbättringar.	AU Epidemi och hygien.	2027.	PSB.

Uppföljningen av BHK är ändamålsenlig.	Identifiera om befintlig mätmetod är ändamålsenlig.	Chefsläkare Vårdutvecklare/patientsäkerhetssamordnare med ansvar för VRI/ABR VH.	2026-2027.	AU Epidemi och hygien.

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
Ingen patient ska drabbas av VRI under utlokaliserad vård.	Minska andelen utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård.	VC AC/SC.	Verksamhetsberättelse Årsrapport PSB Produktionsenheten.
Säker bemanning ökar möjligheten att följa rutiner och minskar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning	Hygienombud, VRI-team, hygien- och antibiotikaansvarig läkare utses av chef och ges tid för uppdraget.	VC AC/SC.	PSB.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning

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.	Vårdhygien bjuds in till planeringsmöten för ny- och ombyggnationer, tidigt i byggprocessen.	Fastighet och service VH Lokalförsörjningsenheten/lokalplanerare.	Fastighet och service.
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs så att en god hygienisk standard uppnås.	Behov av renoveringar lyfts av verksamheten och åtgärdas av fastighetsägare.	VC AC Fastighet och service.	Fastighet och service Vårdhygien VU AU Epidemi och hygien.
Inga patienter smittas av legionellapneumoni.	Egenkontrollprogram för legionella följs och risker åtgärdas genom systematiskt arbete i förvaltningarnas legionellakommittéer.	Fastighet och service Lokalförsörjningsenheten/lokalplanerare VH Chefsläkare.	Fastighet och service.
Ventilationssystemen uppfyller högsta möjliga standard för patient- och personalsäkerhet samt för att uppfylla lagkrav och riktlinjer.	Akademiska sjukhusets ventilationskommitté arbetar systematisk med kravställningar, nulägesanalyser och åtgärder för att förbättra ventilationssystemen.	Fastighet och service Lokalförsörjningsenheten/lokalplanerare Chefsläkare VH.	AU Epidemi och hygien.

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

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Ventilationssystemen uppfyller högsta möjliga standard för patient- och personalsäkerhet samt för att uppfylla lagkrav och riktlinjer.	Ett systematiskt arbete för att kartlägga och förbättra förvaltningens ventilationssystem startas på Lasarettet i Enköping.	Chefsläkare.	2026.	Styrgrupp Vårdhygien.
Utbrott och smittspridningar minimeras.	Slutenvårdsavdelningar i 30-huset med återkommande smittspridning ska flytta till enhet med enbart enkelrum och med eget hygienutrymme.	Lokalrådet AS Chefsläkare AS.	2026.	AU Epidemi och hygien. PSB. Vårdhygiens utbrotts-övervakning

Dokumenthistorik

Författare Birgitta Lytsy överläkare vårdhygien, Marie Sjödin chefssjuksköterska, Margareta Öhrvall chefsläkare.

Reviderad 2018-11-01, Göran Günther chefsläkare, Birgitta Lytsy vårdhygien, Ingrid Carlquist VKE, Jenny Kostov Kanebjörk Strama.

2020-01-28 tillagd bilaga 2 om VRI-team, författare Susanne Bergholm, Karin Karlsson, Anna Lindström.

2020-11-23 Flera mål tillagda gällande BHK Göran Günther chefsläkare, Birgitta Lytsy Vårdhygien, Ingrid Carlquist VKE, Jenny Kostov Kanebjörk Strama.

2022-02-17, dokumentet reviderat för perioden 2022–2024. Ingrid Carlquist VKE, David Thunborg VKE, Marie Sjödin chefssjuksköterska, Göran Günther chefsläkare.

2024-06-24 Vilhelm Arvhult. Dokumentet har tillgänglighetsanpassats.

2025-05-22, dokumentet reviderat för perioden 2025-2027 och gäller förvaltningarna AS/LE. Handlingsplanen revideras för att följa Region Uppsalas handlingsplans upplägg samt sammanslagning av flera dokument. Anette Farkhooy VKE, David Thunborg VKE, Merri Subasic VKE, Ulla Ohlsson Strömberg Chefsläkare AS, Ulrika Wiklund KVALPAT LE, Mikael Wiklund Chefsläkare LE, Jakob Morén VH, Johanna Kangas VH, Oskar Sjögren VH, Jenny Kostov Kanebjörk Strama, Gunilla Stridh Ekman Strama.

2025-11-12, Information och aktiviteter gällande infektionsverktyget borttaget. Anette Farkhooy VKE, David Thunborg VKE, Ulla Ohlsson Strömberg Chefsläkare AS, Ulrika Wiklund KVALPAT LE, Jakob Morén VH, Oskar Sjögren VH.

2025-12-12, Uppdatering av aktiviteter inför 2026. Anette Farkhooy VKE, David Thunborg VKE, Ulla Ohlsson Strömberg Chefsläkare AS, Ulrika Wiklund KVALPAT LE, Mikael Wiklund Chefsläkare LE Jakob Morén VH, Oskar Sjögren VH.

Referenser

10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg, (strama.se) (pdf).

Byggenskap och vårdhygien (sfvh.se) (pdf).

Infection prevention and control assessment framework at the facility level.

Mikrobiologisk luftrenhet vid invasiva ingrepp – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav SIS/TS 39:2025 - Svenska institutet för standarder (sis.se).

Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10), föreskrifter (arbetsmiljöverket.se).

Smittskyddslagen 2004:168 (riksdagen.se).

Strategi för att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens (regionuppsala.se) (pdf).

Uppdragsbeskrivning för antibiotikaansvariga läkare inom slutenvården, hälso- och sjukvårdsdirektörsbeslut (regionuppsala.se) (pdf).

Uppdragsbeskrivning för hygienombud (regionuppsala.se) (pdf).

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – handlingsplan 2025–2026 (regionuppsala.se) (pdf).

Vägledning för vårdhygieniskt arbete (skr.se) (pdf).