

# Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Folk tandvården 2024–2025, FTV

## Innehåll

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Folk tandvården 2024–2025, FTV .....	1
Syfte och omfattning .....	2
Inledning .....	2
Syfte .....	3
Omfattning .....	3
Bakgrund .....	3
Definitioner och begrepp .....	4
Ansvar .....	5
Process för systematiskt kvalitetsarbete .....	6
Mål och aktiviteter .....	6
Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens .....	8
Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument .....	9
Kärnområde 2: Förbättringar inom evidensbaserade styrande och stödjande dokument .....	10
Kärnområde 3: Utbildning och träning .....	10
Kärnområde 3: Förbättringar inom utbildning och träning .....	12
Kärnområde 4: Registrering och övervakning .....	12
Kärnområde 4: Förbättringar inom registrering och övervakning .....	14
Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering .....	16
Kärnområde 5: Förbättringar inom multimodalt arbetssätt för implementering... ..	17
Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	18
Kärnområde 6: Förbättringar inom systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	19



# Syfte

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

Syftet med handlingsplanen är att minska förekomsten av undvikbara vårdrelaterade infektioner och bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner hos personer som vårdas i Region Uppsala. Det ska leda till ett ökat värde för Uppsala läns invånare i kontakten med vården. Handlingsplanen är vägledande för region-, förvaltnings- och verksamhetsnivå och ska konkretisera mål, aktiviteter, ansvar och uppföljning i det systematiska arbetet.

# Omfattning

Handlingsplanen gäller alla som arbetar inom hälso- och sjukvård inom all offentligt finansierad vård i Region Uppsala oavsett om vården utförs i regional eller privat regi.

För att styra mot syftet omfattar handlingsplanen en beskrivning av processen för att arbeta fram och följa upp åtgärder som syftar till förbättringar, systematiskt kvalitetsarbete, mål med implementerade aktiviteter samt en åtgärdsplan för prioriterade förbättringsåtgärder.

# Bakgrund

Socialstyrelsen belyser vikten av samverkan som en framgångsfaktor för huvudmän och vårdgivare för att bland annat hantera utmaningar som kan komma vid nya smittutbrott. En god samverkan mellan regionens vårdförvaltningar samt med den kommunala vård- och omsorgen är av största vikt för att kunna bedriva bästa möjliga vård. För att öka samverkan och samsyn inom patientsäkerhet- och vårdskadeområdet är regionens samtliga vårdförvaltningar och den kommunala vård- och omsorgen representerad i den Lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet (LSG Patientsäkerhet) och Lokala arbetsgruppen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens (LAG VRI ABR).

Region Uppsalas patientsäkerhetsstrategi utgår från den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhets fyra grundförutsättningar: engagerad ledning och tydlig styrning, adekvat kunskap och kompetens, en god säkerhetskultur och patienten som medskapare samt fem fokusområden: öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling samt öka riskmedvetenheten och beredskap.

Den nationella Vägledningen för vårdhygieniskt arbete (NAG Vårdhygiens vägledning) från Nationell arbetsgrupp Vårdhygien (NAG Vårdhygien) utgår istället från World Health Organisations (WHO) 8 Kärnområden: handlingsplan, evidensbaserade styrande och stödande dokument, utbildning och träning,

registrering och övervakning, multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete, systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer, bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad samt lokaler och utrustning.

10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg (10-punktsprogrammet) är ett nationellt samarbete mellan bland annat Nationell arbetsgrupp Strama (NAG Strama), Nationellt programområde infektion, Smittskyddsläkarföreningen och svensk förening för vårdhygien. 10-punktsprogrammets 4 prioriterade områden är: Förhindra smittspridning, använd antibiotika rationellt, optimera infektionsdiagnostik och säkraställ tillgången till epidemiologiska data och minska behovet av antibiotika.

Patientsäkerhetsstrategin och Handlingsplanen för patientsäkerhet visar styrningen för arbetet inom patientsäkerhet, vilket arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens är en del av. För att följa de nationella rekommendationerna inom vårdskadeområdet utgår Region Uppsalas strategi och handlingsplan från kärnområdena i NAG Vårdhygiens vägledning men med anpassningar utifrån arbetet som sker i regionen.

## Definitioner och begrepp

Hälso- och sjukvårdslagen och Tandvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av **god hygienisk standard**. En god hygienisk standard är en del av god kvalitet och berör alla som arbetar och vistas inom vård, tandvård och omsorgsverksamhet. Vårdgivarens arbete för att uppnå god hygienisk standard omfattar bland annat vårdhygienisk kompetens, ändamålsenliga lokaler där vården bedrivs, utrustning i vården och vårdens organisation och planering.

En **vårdrelaterad infektion** är enligt Socialstyrelsens definition en infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. Till vårdrelaterade infektioner räknas både infektioner som uppkommer till följd av smittspridning och infektioner som orsakas av smittämnen som en person själv bär på.

**Antibiotikaresistens** innebär att bakterier utvecklar motståndskraft mot antibiotika så att etablerade terapeutiska alternativ inte längre kan användas till behandling och profylax.

**Vårdskada** definieras i Patientsäkerhetslagen som en skada, hos en patient, som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

En **nulägesanalys** (gap-analys) görs genom att identifiera områdets nuläge och jämföra med det önskade läget. Målet med nulägesanalysen är att identifiera hur gapet ser ut mellan det önskade läget och nuläget, och vad som behöver göras för att överbrygga det.

En **handlingsplan** (WHO Eng: programme) omfattar en beskrivning av nuläget, processen för att ta fram och följa upp åtgärder samt en konkret åtgärdsplan (WHO Eng: action plan). Åtgärdsplanen anger konkreta förbättringsåtgärder med utsedda ansvariga funktioner, tidssättning och en plan för uppföljning.

## Ansvar

Ansvar och engagemang ligger på organisationens alla nivåer: region-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Ledningen på alla nivåer tar ansvar genom systematisk användning av metoder och verktyg för att styra, utvärdera och följa upp arbetet. Ansvaret innebär också att medarbetare, patienter och anhöriga är delaktiga och informerade och att patientsäkerhetskulturen präglas av ett öppet klimat.

Regionfullmäktige fattar beslut om inriktningen för Region Uppsalas verksamhet för bland annat hälso- och sjukvård. Regionplan och budget innehåller indikatorer för att utveckla kvaliteten i vården. Regionfullmäktige ger uppdrag till regionstyrelsen.

Regionstyrelsen är fullmäktiges verkställande organ. Utskottet för hälso- och sjukvård initierar och bereder ärenden till regionstyrelsen i strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor. Sjukhusstyrelsen leder och samordnar sjukhusvården och den specialiserade vården som bedrivs vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Vårdstyrelsen leder och samordnar Nära vård och hälsa och Folkandvården.

Regiondirektören är regionens högsta tjänsteman och leder verksamheten i enlighet med Regionplan och budget. Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett funktionsansvar för frågor som rör vårdens kvalitet och patientsäkerhet, vilket innefattar arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

LSG Patientsäkerhet har en övergripande funktion för patientsäkerhetsarbetet inom regionen. LAG VRI ABR arbetar region- och kommunövergripande på uppdrag av LSG Patientsäkerhet med frågor gällande vårdrelaterade infektioner, vårdhygien, antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning. LSG Patientsäkerhet ansvarar för uppföljningen av den regionala handlingsplanens aktiviteter och åtgärder och LAG VRI ABR ansvarar för att informera och kommunicera innehållet i den regionala handlingsplanen. Smittskyddsenheten är en länsövergripande myndighet som leder smittskyddsarbetet i länet. Strama arbetar för en rationell användning av antibiotika. Enheten för Vårdhygien har ett länsövergripande uppdrag för en god hygienisk standard och att minska vårdrelaterade infektioner. Uppsala läns epidemiråd arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören och arbetar med epidemier och stora utbrott.

Direktörer för regionens vårdförvaltningar har det yttersta ansvaret för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningarna. Chefläkare/ cheftandläkare vid vårdförvaltningarna arbetar övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet, hantera klagomål och är ansvariga för ärenden enligt lex Maria.

Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

# Process för systematiskt kvalitetsarbete

Åtgärder som sätts in kan leda till förbättringar, till försämringar eller till ingen effekt avseende det som ska påverkas. För att åtgärder ska leda till förbättringar krävs ett systematiskt kvalitetsarbete med en tydlig process för återkommande analys, utförande av åtgärder och uppföljning. För en utförligare beskrivning se [bilaga 1](#).

En analys av nuläget ska göras innan beslut tas om vilka mål, aktiviteter och förbättringsåtgärder som ska ingå i handlingsplanen. Baserat på nulägesanalysen görs en prioritering, som grundar sig i vilka åtgärder som bedöms ha störst effekt och som samtidigt är möjliga att genomföra. Inför framtagandet av denna handlingsplan genomförde LAG VRI ABR en nulägesanalys, se (länken går till Regionens grunddokument) [bilaga 2](#)

Regionen har ett omfattande arbete att göra för att uppfylla NAG Vårdhygiens vägledning och 10-punktsprogrammet åtgärder. 2023–2024 prioriterade mål och aktiviteter som syftar till förbättringar beskrivs i kapitlet Mål och aktiviteter.

## Mål och aktiviteter

Här anges regionövergripande mål och aktiviteter. Aktiviteter som är förvaltnings specifika beskrivs i förvaltningens egen handlingsplan.

Mål och aktiviteter är uppdelade i åtta kärnområden enligt strukturen i NAG Vårdhygiens vägledning. Inom varje kärnområde anges mål med implementerade aktiviteter, som förvaltas. Inom vissa kärnområden anges även mål och aktiviteter som syftar till förbättringar.

Förklaring förkortningar:

BHK:	Basala hygien- och klädregler.
EPJ:	Elektronisk patientjournal.
FD:	Förvaltningsdirektör på respektive vårdförvaltning eller motsvarande i privat regi.
FTV:	Folktandvården
FÖR PSB:	Förvaltningens patientsäkerhetsberättelse.
HKU:	Hälsa, kvalitet och utveckling, avdelning inom Folktandvården.
HSD:	Hälso- och sjukvårdsdirektör.
IT FTV/T4:	Folktandvårdens IT-avdelning för tandvårdsjournalssystemet T4
IV:	Infektionsverktyget.
LAG VRI ABR:	Lokala arbetsgruppen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

LSG Patientsäkerhet:	Lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet.
LSG P VB:	Lokala samverkansgruppen för patientsäkerhets verksamhetsberättelse.
NÄVA:	Närvårdsavdelning.
NÄVE:	Närvårdsenhet.
PVQ:	Primärvårdskvalitet.
RPB:	Regionplan och budget.
RU PSB:	Region Uppsalas patientsäkerhetsberättelse.
SAS Viya:	Rapport-system för Region Uppsala
SKR:	Sveriges kommuner och Regioner.
Strama ÅR:	Stramas årsrapport.
T4:	Tandvårdsjournalssystem för Folktandvården i Region Uppsala
VUE:	Vårduppdragsenheten.
Vårdhygien VU:	Vårdhygiens verksamhetsuppföljning.

## 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 patienter och ökar verksamheternas möjlighet att fungera effektivt.

Tabell 1. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 1:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Region Uppsala har en övergripande och aktuell handlingsplan som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen uppdateras vartannat år.	Alla vårdförvaltningar, inkl. FTV.	HSD.	RU PSB.
Det finns en aktuell handlingsplan för Folkandvården som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen uppdateras vartannat år.	FTV.	FD.	FÖR PSB.



## 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 2. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 2:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	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.	FTV	HSD, FD, Vårdhygien.	Hygienrådet
Behandlingsrekommendationer finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Nationella behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i FTV sprids inom FTV och finns på Strama Uppsalas hemsida.  Behandlingsrekommendationer för empirisk antibiotikaterapi på FTV och finns på Strama Uppsalas hemsida.  Nationella behandlingsrekommendationer för	FTV	FD, Strama.	Strama ÅR.

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
	antibiotikaanvändning i tandvård finns på Läkemedelsverkets hemsida och Tandvårdens läkemedel.			

## Kärnområde 2: Förbättringar inom evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Tabell 3. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 2:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Det finns en gemensam uppdragsbeskrivning för hygienombud i Regionen.	FTV har en uppdragsbeskrivning för hygienombud som finns i <a href="#">FTV:s hygienrutiner</a>	HKU	2023.	HKU

## 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 4. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom Kärnområde 3:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
All personal ska ha grundläggande	Grundläggande BHK-utbildning genomförs av	FTV	FD.	FÖR PSB.

kunskap om och arbeta enligt BHK.	all personal vid nyanställning och minst vart 3:e år.		HKU VC	
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Utbildning av nya hygienombud 1–2 gånger/år.	FTV	FD, HKU Vårdhygien.	Vårdhygien VU. HKU
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Hygienombudsträffar genomförs 2–4 gånger/år.	FTV	FD, HKU Vårdhygien.	FÖR PSB. HKU

### Kärnområde 3: Förbättringar inom utbildning och träning

Tabell 5: 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 samtliga vårdförvaltningar.	FD. HKU	2024, fortlöpande	FÖR PSB. HKU
Alla enheter inom Region Uppsala använder samma metod för att mäta följsamhet till BHK.	Mätutbildning tillhandahålls årligen av Folk tandvården i samarbete med vårdhygien.	FD. HKU	2024, fortlöpande	FÖR PSB. HKU

### 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 6. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 4:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Förskrivningsdata av antibiotika överförs korrekt från T4 till Rapportverktyget SAS Viya.	Bevakning av data från T4 till Rapportverktyget SAS Viya.	FTV	VC HKU	HKU
Alla vårdrelaterade infektioner som upptäcks i verksamheten registreras i T4 och ska ses som en skada och infektionsregistreras i Medcontrol.	Fortsatt implementeringsarbete för att personal via en fras eller avvikelssystemet ska registrera VRI inom Folktandvården.	FTV	FD. IT FTV/T4, HKU	FÖR PSB. Cheftandläkare följer upp 2 ggr/år

## Kärnområde 4: Förbättringar inom registrering och övervakning

Tabell 7: Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 4:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Regionens olika mätsystem för registrering av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens är ändamålsenliga, kompletterar varandra och ligger till grund för riktade förbättringsåtgärder.	Alla system för registrering av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens beskrivs avseende inmatning, utdata, avsedd effekt och mätosäkerhet. Det tydliggörs vad olika mått betyder, hur resultaten kan tolkas och på vilket sätt måtten bidrar till förbättringar och ökad patientsäkerhet.	IT FTV/T4 HSD LAG VRI ABR, Objektsägare/ systemansvarig för Infektionsverktyget, MJG, PVQ, PPM-VRI, ECDC PPM-VRI ABR, VRI i slutanteckning, Infektionsregistrering på SÄBO, Antibiotikaresistensdata, Recept- och rekvisitionsdata, andra relevanta system.	2023, fortlöpande	RU PSB. HKU
Uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning finns samlat och tillgängligt för alla medarbetare.	Utveckla en fungerande modell för infektionsregistrering och uppföljning i regionen.	LSG Patientsäkerhet, LAG VRI ABR.	2023–2024-2025.	LSG P VB.
Alla vårdrelaterade infektioner som upptäcks i	Vårdrelaterade infektioner registreras genom avvikelssystem	FTV	FD. IT FTV/T4, HKU	FÖR PSB.

<b>Mål</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvar för genomförande</b>	<b>Tidsplan för genomförande</b>	<b>Uppföljning</b>
<p>verksamheten registreras i T4 och ska ses som en skada och infektionsregistreras i Medcontrol.</p>	<p>eller annat system, utreds och åtgärdas samt återkopplas till personal och berörd patient.</p> <p>Ta fram ett uppföljningsverktyg, t.ex. en fras i T4.</p>			<p>Cheftandläkare följer upp 2 ggr/år</p>

## 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 8. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 5:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	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 vad som identifierats i nulägesanalysen och i andra mätningar.	FTV	FD. VC	FÖR PSB. HKU VC
Alla verksamheter arbetar systematiskt och evidensbaserat vid implementering av aktiviteter som syftar till förbättringar.	Aktiviteter som syftar till förbättring angrips utifrån en evidensbaserad implementeringsmodell, till exempel multimodalt arbetssätt.	FTV	FD. VC	FÖR PSB. HKU VC



## Kärnområde 5: Förbättringar inom multimodalt arbetssätt för implementering

Tabell 9. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 5:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Verktyg för förbättringsarbete med specifika vårdrelaterade infektioner utgår från det multimodala arbetssättet.	Vårdhygien tar fram verktyg för implementering av förbättringsåtgärder riktat mot postoperativa infektioner som kan leda till lunginflammationer och endocarditer.	Vårdhygien tar fram verktyg medan HKU ansvarar för implementering.	2023–2024.	Vårdhygien VU.

## 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 10. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 6:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Följsamhet till BHK ökar jämfört med föregående år.	BHK-mätning, observationsstudier/självskattning utförs 1 gång/månad och identifierade brister åtgärdas.	FTV	FD. VC	RPB, FÖR PSB. HKU
Region Uppsala deltar i SKR:s punkprevalensmätningar av följsamhet till BHK.	PPM- BHK utförs 1 gång/ år (genom överföring).	FTV	HSD. VC	RU PSB. HKU
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard i vårdlokaler.	Vårdhygienisk egenkontroll (Hygienrond) genomförs av verksamheten årligen, utom de år när hygienrond görs tillsammans med hygienrådet (vart 3:e år). Identifierade brister åtgärdas.	FTV	FD. VC	FÖR PSB. HKU VC

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

Tabell 11. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 6:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Implementera fras för VRI.	Implementera fras för VRI samt följa resultaten initialt via SAS under ett halvår för att fånga följsamheten.	Hygienansvarig på HKU	2025.	2026
Rapporter över data inom riskområdet presenteras samlat och är lättillgängligt för alla medarbetare.	Påbörja arbetet med att skapa en uppföljningsrapport som är tillgänglig för alla medarbetare.	LSG Patientsäkerhet. LAG VRI ABR.	2025	RU PSB.

## 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 12. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 7:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Alla verksamheter har utsedda hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivningen.	Hygienombud utses av chef och ges tid för att arbeta enligt uppdragsbeskrivningen.	FTV	FD. VC	FÖ PSB. HKU VC

## 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 14. Implementerade aktiviteter som förvaltas inom kärnområde 8:

Mål	Aktivitet	Förvaltning	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. Regelbundna möten hålls mellan Fastighet och service och vårdhygien.	FTV	Fastighet och service, FD. HKU	Fastighet och service. HKU

## Uppföljning

Ordförande för LSG-patientsäkerhet ansvarar för att uppföljning av handlingsplanen genomförs årligen och beskrivs i Region Uppsalas Patientsäkerhetsberättelse.

## Dokumenthistorik

Författare:

LAG VRI ABR.

HKU FTV (Bita Lindekrans, Katarina Wadstein och Anna-Cari Lindh)

Granskare:

Karin Karlsson, Fredrik Idving, Anna-Cari Lindh

Datum:2024-04-10

2024-10-10 Åsa Lantz och Anna-Cari Lindh har uppdaterat ett fåtal årtal i denna handlingsplan där grunden är utformad juni 2024.

## Relaterade länkar

[Kvalitetsstrategi, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

[Patientsäkerhetsstrategi, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

[Patientsäkerhet - Handlingsplan 2022–2023 Region Uppsala, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

## Referenser

[Skador i vården - skadeöversikt och kostnad, Sveriges kommuner och regioner.se \(pdf\).](#)

[Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet, Socialstyrelsen.se \(pdf\).](#)

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete, Sveriges kommuner och regioner \(pdf\).](#)

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

## Externa styrande dokument

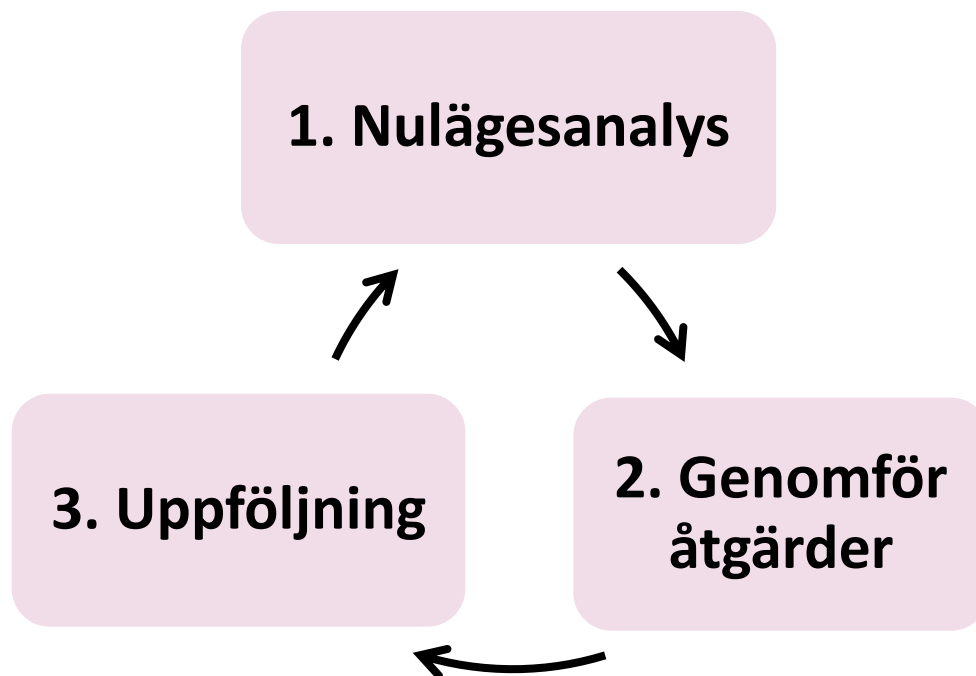
[Basala hygienrutiner och god hygienisk standard, Socialstyrelsen.se.](#)

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\), Riksdagen.se.](#)

## Bilaga 1. Process för systematiskt kvalitetsarbete

Åtgärder som sätts in kan leda till förbättringar, till försämringar eller till ingen effekt avseende det som ska påverkas. För att åtgärder ska leda till förbättringar krävs en tydlig process med återkommande analys, utförande av åtgärder och uppföljning.

Figur 1. Process för att ta fram, genomföra och följa upp åtgärder.



### Analys av nuläget

Processen inleds med att bedöma och analysera nuläget. Analysen ska dokumenteras och ta hänsyn till särskilda risker/svagheter, faktiska behov och tillgängliga resurser. Analysen ska också ta hänsyn till det arbete som redan utförs samt styrkor och prestationer inom kärnområdena.

Analysen görs enligt en struktur som kan upprepas när effekten av åtgärderna ska utvärderas. Ett exempel på en sådan struktur är WHO:s validerade verktyg för analys av läget inom de åtta kärnområdena, se [Infection prevention and control assessment framework at the facility level, who.int](#).

För primärvård är inte alla delar i verktyget tillämpbara och WHO anger därför en lägsta nivå av krav (Minimum requirements) för olika vårdnivåer, se Facility level indicators under HOW (to measure progress) i [Minimum requirements for infection prevention and control programmes, who.int](https://www.who.int/publications/m/item/minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes).

## Prioritera och genomför åtgärder

Baserat på nulägesanalysen görs en prioritering av inom vilka kärnområden som åtgärder ska sättas in. Prioriteringen grundar sig i vilka förbättringar som bedöms ha störst effekt och som samtidigt är möjliga att genomföra. Ett multimodalt arbetssätt för implementering (kärnområde 5) används för att nå förbättringar inom alla kärnområden.

För varje prioriterad åtgärd ska det finnas en tydlig idé om hur den bidrar till en förbättring. Resultat synliggörs genom att både behovet av och målet med åtgärden är tydliga. Förutom den avsedda effekten kan åtgärder leda till oavsiktliga konsekvenser som är negativa för verksamheten. När åtgärder arbetas fram ska därför risken för oavsiktliga konsekvenser bedömas.

Efter prioritering och beslut om åtgärder tas en realistisk ettårig åtgärdsplan fram, som en del av förvaltningens handlingsplan. Besluta om hur arbetet med åtgärdsplanen ska följas upp under året.

## Utvärdera effekt och anpassa åtgärder

När ett år gått utvärderas effekten av de beslutade åtgärderna. Gå först igenom den senaste nulägesanalysen och åtgärdsplanen som varit gällande. För att utvärdera effekten görs en uppföljande nulägesanalys enligt samma struktur som använts tidigare. Resultatet av enskilda åtgärder utvärderas med den metod som bestämts på förhand.

Den uppföljande nulägesanalysen ska dokumenteras i en rapport som distribueras till styrgrupp och de verksamheter som arbetat enligt åtgärdsplanen.

Baserat på analysen upprepas arbetet med att prioritera åtgärder och ta fram en uppdaterad realistisk ettårig åtgärdsplan enligt punkt 2.

## Referenser

[Uppdragsbeskrivning LAG VRI ABR, Region uppsala.se \(pdf\)](#).

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete, Sveriges kommuner och regioner \(pdf\)](#).

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

[Improving infection prevention and control at the health facility: an interim practical manual, who.int](https://www.who.int/publications/m/item/improving-infection-prevention-and-control-at-the-health-facility-an-interim-practical-manual).



