

# Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Folktandvården 2026–2027, FTV

## Innehåll

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan Folktandvården 2026–2027, FTV .....	1
Syfte .....	2
Omfattning .....	2
Bakgrund .....	3
Definitioner och begrepp .....	3
Roller och ansvar .....	4
Process för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
Mål och aktiviteter .....	4
Förklaring förkortningar .....	5
Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens .....	6
Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument .....	7
Kärnområde 2: Förbättringar inom evidensbaserade styrande och stödjande dokument .....	8
Kärnområde 3: Utbildning och träning .....	9
Kärnområde 3: Förbättringar inom utbildning och träning .....	10
Kärnområde 4: Registrering och övervakning .....	11
Kärnområde 4: Förbättringar inom registrering och övervakning .....	12
Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering .....	13
Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	14
Kärnområde 6: Förbättringar inom systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	15
Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad .....	16
Kärnområde 8: Lokaler och utrustning .....	17



# Bakgrund

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.

Stramas (NAG Strama) 4 prioriterade områden är: Förhindra smittspridning, använd antibiotika rationellt, optimera infektionsdiagnostik och säkerställ tillgången till epidemiologiska data och minska behovet av antibiotika.

## 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 slutet vård 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.

# Roller och ansvar

Tandvårdsdirektören ansvarar för denna handlingsplan samt att Folktandvården arbetar för att uppfylla dess mål.

Chefstandläkarens roll är att styra och stödja kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.

Hygiensamordnarens ansvar är delta i Region Uppsalas vårdhygienarbete, förmedla information till FTVs kliniker och dess hygienombud, bistå dessa vid implementering samt uppföljning av vårdhygienarbete.

Hygienrådets uppdrag är att bistå FTVs hygiensamordnare och att arbeta för att denna handlingsplan ska genomföras samt följas upp.

Verksamhetschefer ansvarar för att dess klinik arbetar i enlighet med FTVs hygienrutiner och att arbeta för att denna handlingsplan genomförs.

Hygienombud ska stödja verksamhetschefen i hygienfrågor samt förmedla och delta i implementering av arbetssätt som berör vårdhygien.

Medarbetarens ansvar är att arbeta i enlighet med FTVs hygienrutiner och medverka till att uppfylla FTVs handlingsplan gällande vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

# 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. [Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2025–2026](#)s 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 i Tandvårdens läkemedel.			
Det finns en gemensam uppdragsbeskrivning för hygienombud i Regionen.	FTV omfattas av den regionövergripande uppdragsbeskrivningen för hygienombud.	HKU	Fortlöpande	HKU

## 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
VRI-Smart för tandvården ska vara känt hos samtliga medarbetare inom FTV.	Under 2026/2027 ska alla kliniker ha gått igenom VRI-Smart för tandvården. Kan läggas in i årshjulet.	VC	2026/2027	Uppföljning av klinikernas årshjul.

## 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 kunskap om och arbeta enligt BHK.	Grundläggande BHK-utbildning genomförs av all personal vid nyanställning och minst vart 3:e år.	FTV	FD. HKU VC	FÖR PSB.
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	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	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 tandvårdsjournalen till Rapportverktyget SAS Viya.	Bevakning av data från tandvårdsjournalen 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 avvikelsesystemet 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
Uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning finns samlat och tillgängligt för alla chefer.	Utveckla en fungerande modell för infektionsregistrering och uppföljning i regionen.	LSG Patientsäkerhet, (LAG VRI ABR.)	2026–2027	LSG P VB.
Alla vårdrelaterade infektioner som upptäcks i tandvården ska registreras i tandvårdsjournal och ska ses som en vårdskada och rapporteras i Medcontrol.	Vårdrelaterade infektioner registreras genom avvikelsesystem eller annat system, utreds och åtgärdas samt återkopplas till personal och berörd patient.  Följa projekt med automatisering från Cosmic. Om lyckat, arbeta för ett införande av dito i vår tandvårdsjournal.	FTV	FD. IT FTV/T4, HKU	FÖR PSB. Cheftandläkare följer upp 2 ggr/år

## 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 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 utför punkprevalensmätningar av följsamhet till BHK.	PPM- BHK utförs 1 gång/ månad (via Sharepoint).	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 och tillämpa fras för VRI samt följa resultaten initialt via SAS under ett halvår för att fånga följsamheten.	VC (Hygienansvarig på HKU)	2026–2028	VC (HKU)
Rapporterar över data inom riskområdet presenteras samlat och är lättillgängligt för alla medarbetare i SAS-rapport.	Påbörja arbetet med att skapa en uppföljningsrapport som är tillgänglig för alla medarbetare.	LSG Patientsäkerhet. (LAG VRI ABR.)	2026–2030	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 2022–2025 Region Uppsala, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

## Referenser

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

[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.](#)

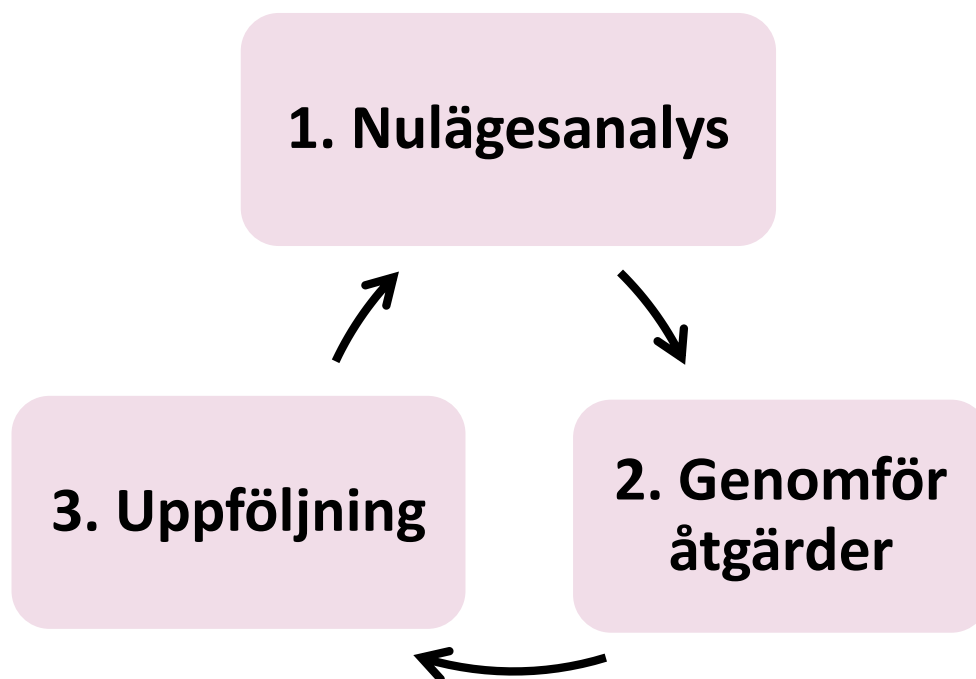
[Patientsäkerhetslag \(2010:659\), Riksdagen.se.](#)

[Tandvårdslag \(1985:125\), 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](https://www.who.int/publications/m/item/infection-prevention-and-control-assessment-framework-at-the-facility-level).

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, kunskapsstyrning](#)

[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.](#)

[Infection prevention and control assessment framework at the facility level, who.int](#)