

# Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2023–2024

## Innehåll

Syfte och omfattning.....	2
Inledning.....	2
Syfte .....	2
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 3: Utbildning och träning.....	11
Kärnområde 4: Registrering och övervakning .....	13
Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering.....	17
Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	19
Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad.....	22
Kärnområde 8: Lokaler och utrustning .....	24
Uppföljning .....	25
Dokumenthistorik.....	25
Relaterade länkar .....	25
Referenser.....	25
Externa styrande dokument.....	26
Bilaga 1. Process för systematiskt kvalitetsarbete.....	27
Analys av nuläget.....	27

Prioritera och genomför åtgärder .....	28
Utvärdera effekt och anpassa åtgärder .....	28
Bilaga 2. Sammanfattning av Region Uppsalas gap-analys .....	29
Inledning .....	29
Erfarenheter och begränsningar .....	29
Gap-analys per kärnområde .....	30
Förslag framåt från arbetsgruppen .....	34
Referenser .....	35

## Syfte och omfattning

Syftet är att ge en vägledning i att ta fram en handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Dokumentet omfattar alla hälso-, sjuk- och tandvårdsförvaltningar (hälso- och sjukvård) samt all offentligt finansierad vård Region Uppsala.

## Inledning

Region Uppsala har en politiskt beslutad nollvision för undvikbara vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan i Region Uppsala och resten av Sverige. Antibiotika räddar liv men användning av antibiotika leder till att bakterier utvecklar resistens. Såväl nationellt som internationellt är arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner och minska uppkomst och spridning av resistent bakterier en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

Patientsäkerhetsstrategin visar riktning och fokus i arbetet med patientsäkerhet. Region Uppsalas Strategi för att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens anger styrande principer för arbetet med att motverka vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Handlingsplanen innehåller aktiviteter som syftar till att ständigt förbättra regionens resultat. Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att uppnå en säker hälso- och sjukvård.

## 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 stödjande 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 säkerställ 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 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.

# 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 Folktandvården.

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. Smittskyddsmyndigheten 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 och 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 [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 förvaltningsspecifika 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.
FÖR PSB:	Förvaltningens patientsäkerhetsberättelse.
HSD:	Hälso- och sjukvårdsdirektör.
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.
SKR:	Sveriges kommuner och Regioner.
Strama ÅR:	Stramas årsrapport.
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.	HSD.	RU PSB.
Det finns en aktuell handlingsplan per förvaltning som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen uppdateras vartannat år.	Alla vårdförvaltningar.	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.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdgivare.	HSD, FD, Vårdhygien.	Vårdhygien VU.
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.  Behandlingsrekommendationer för empirisk antibiotikaterapi på Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler och närakuter.	FD, Strama.	Strama ÅR.

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
	<p>uppdateras regelbundet, sprids inom slutenvården och finns på Strama Uppsalas hemsida.</p> <p>Nationella behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i tandvård finns på Läke-medelsverkets hemsida.</p>			

## 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.	Skriva en regionsövergripande uppdragsbeskrivning för hygienombud.	LAG VRI ABR.	2023.	RU PSB.

## 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.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler.	FD.	FÖR PSB.
Alla enheter inom Region Uppsala använder samma metod för att mäta följsamhet till BHK.	Mätutbildning tillhandahålls av vårdförvaltningen i samarbete med vårdhygien 2–4 gånger/år.	Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping, Nära vård och hälsa, Privata vårdcentraler.	FD, Vårdhygien.	FÖR PSB.
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Utbildning av nya hygienombud 1–2 gånger/år.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler.	FD, Vårdhygien.	Vårdhygien VU.
Hygienombud har utökad kunskap inom vårdhygien.	Hygienombudsträffar genomförs 2–4 gånger/år.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler.	FD, Vårdhygien.	FÖR PSB.

## 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.	2024.	FÖR PSB.
Alla enheter inom Region Uppsala använder samma metod för att mäta följsamhet till BHK.	Mätutbildning tillhandahålls årligen av Folktandvården i samarbete med vårdhygien.	FD.	2024.	FÖR PSB.

## 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
IV är aktiverat i Cosmic.	Aktuella enheter är aktiverade för IV i Cosmic.	Regionkontoret, Resurscentrum, Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping.	Objektsägare IV.	RU PSB.
Data överförs korrekt från Cosmic till Rapportverktyget för IV.	Test och bevakning av data från Cosmic till Rapportverktyget för IV.	Regionkontoret, Resurscentrum.	Objektsägare IV.	RU PSB.
Regionens värden för infektionsindikatorerna i PVQ finns tillgängliga och används som underlag för kvalitetsarbete.	Data finns tillgängliga för berörda i SAS-rapport som uppdateras månadsvis.	Regionkontoret, Nära vård och hälsa, Privata vårdcentraler och närakuter.	Objektsägare PVQ.	Strama ÅR.
Vårdhygien identifierar risker för utbrott och agerar för att förebygga och stoppa smittspridning.	Daglig övervakning av provsvar för utvalda smittämnen med ställningstagande till åtgärder.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler.	Vårdhygien.	VH VU.

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
Region Uppsala följer SKR:s nationella riktlinjer för Markörbaserad journalgranskning.	Journalgranskning genomförs varje månad.	Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping, Folktandvården.	FD.	FÖR PSB.
Alla vårdrelaterade infektioner som upptäcks i verksamheten ska ses som en skada och infektionsregistreras.	Vårdrelaterade infektioner registreras genom avvikelssystem eller annat system, utreds och åtgärdas samt återkopplas till personal och berörd patient.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdgivare.	FD.	FÖR PSB.

## 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.	HSD LAG VRI ABR, Objektsägare och 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.	RU PSB.
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.	LSG P VB.

<b>Mål</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvar för genomförande</b>	<b>Tidsplan för genomförande</b>	<b>Uppföljning</b>
Europeisk punktprevalensmätning genomförs och resultatet följs upp för ställningstagande till riktade förbättringsåtgärder.	Granskning av samtliga ineliggande patienters journaler genomförs under 1 gång under 2023. Resultatet följs upp och bedöms inom respektive vårdförvaltning.	Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping, Nära vård och hälsa.	2023.	RU PSB, FÖR PSB.



## 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.	Alla vårdförvaltningar.	FD.	FÖR PSB.
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.	Alla vårdförvaltningar.	FD.	FÖR PSB.

## 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 urinvägsinfektioner, postoperativa infektioner och lunginflammationer.	Vårdhygien.	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.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler och närakuter.	FD.	RPB, FÖR PSB.
Region Uppsala deltar i SKR:s punktprevalensmätningar av följsamhet till BHK.	PPM- BHK utförs 1 gång/ år (genom överföring).	Alla vårdförvaltningar.	HSD.	RU PSB.
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard i vårdlokaler.	Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av verksamheten årligen, utom de år när hygienrond görs tillsammans med	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler och närakuter.	FD.	FÖR PSB.

Mål	Aktivitet	Förvaltning	Ansvar för genomförande	Uppföljning
	vårdhygien. Identifierade brister åtgärdas.			
Prioriterade verksamheter får stöd av vårdhygienisk expertis i det systematiska arbetet för att uppnå god hygienisk standard i vårdlokaler.	Hygienrund tillsammans med vårdhygien genomförs vart 4:e år. Identifierade brister förmedlas till ansvariga chefer för åtgärd.	Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping, Nära vård och hälsa, Privata vårdcentraler.	FD, Vårdhygien.	Vårdhygien VU.
Förbättrad följsamhet till behandling-srekommendationer inom slutenvården.	Uppföljning och återkoppling av antibiotikaronder på berörda verksamheter.	Regionkontoret.	Strama.	Strama ÅR.

## 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
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.	2024.	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
Minska andelen utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård.	Varje verksamhet arbetar med att minska antalet utlokaliserade patienter.	Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping, NÄVA, NÄVE.	FD.	RPB, RU PSB, FÖ PSB.
Alla verksamheter har utsedda hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivningen.	Hygienombud utses av chef och ges tid för att arbeta enligt uppdragsbeskrivningen.	Samtliga vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler.	FD.	FÖ PSB.

## Kärnområde 7: Förbättringar inom bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Tabell 13. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar inom kärnområde 7:

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Öka medvetenheten om att utlokaliseringar inom somatisk vård leder till ökad risk för vårdskador.	Vidareutveckla uppföljningsrapporten gällande andelen utlokaliserade patienter så att den även innefattar andelen som drabbats av en vårdskada.	LSG Patientsäkerhet.	2024.	RU PSB.

## 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.	Alla vårdförvaltningar, Privata vårdcentraler och närakuter.	Fastighet och service, FD.	Fastighet och service.
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs av privata vårdgivare så att en god hygienisk standard uppnås.	Avtal med privata vårdgivare omfattar vårdhygieniska krav på lokaler.	Privata vårdgivare.	VUE, Vårdhygien.	Vårdhygien VU.
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs av privata vårdgivare så att en god hygienisk standard uppnås.	Uppföljning av hygienisk standard i vårdlokaler görs för att säkerställa följsamhet till avtal.	Privata vårdcentraler och närakuter.	VUE, Vårdhygien.	Vårdhygien VU.



# Uppföljning

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

## Dokumenthistorik

Författare:

LAG VRI ABR.

Granskare:

I den nya versionen har regionen valt att utgå från kärnområdena i NAG Vårdhygiens vägledning men anpassningar har gjorts utifrån arbetet som sker i regionen.

En remissrunda till ansvariga som nämns i dokumentet har utförts och synpunkter som inkommit har beaktats. LSG Patientsäkerhet och hälso- och sjukvårdsdirektören har därefter godkänt handlingsplanen i sin helhet.

Datum:

2023-09-29 Nytt dokument.

## 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.](#)

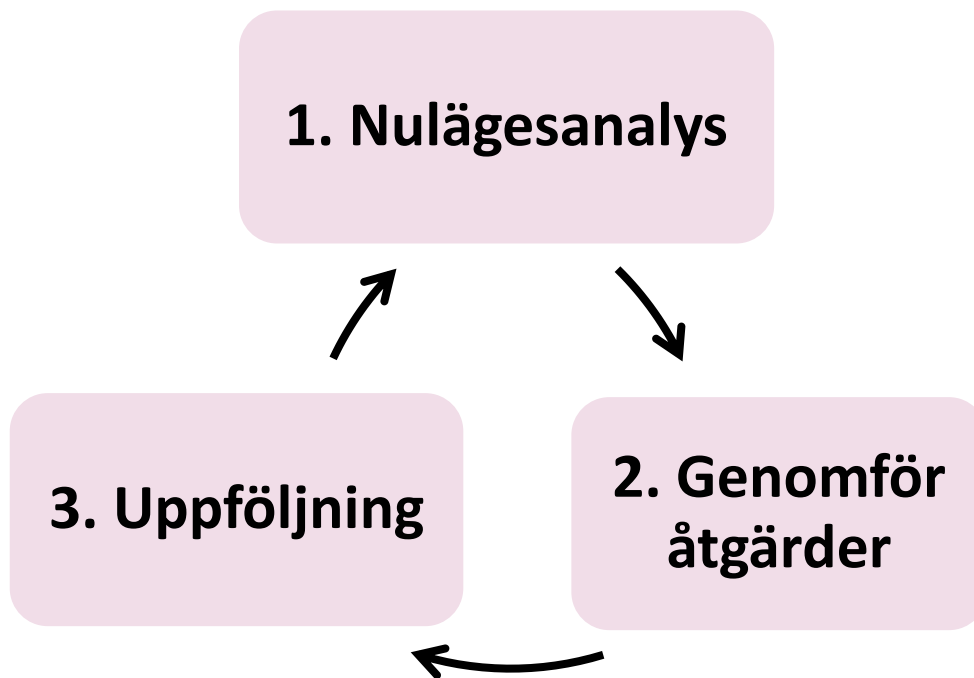
[Patientsäkerhetslag \(2010:659\), Riksdagen.se.](#)

[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.

# Bilaga 2. Sammanfattning av Region Uppsalas gap-analys

## Inledning

Lokal arbetsgrupp för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens (LAG VRI ABR) fick i uppdrag av Lokal samverkansgrupp för Patientsäkerhet (LSG Patientsäkerhet) att genomföra en gap-analys för att identifiera oönskade variationer och bristande kvalitet inom regionen och länets kommuner.

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

Som önskat läge har LAG VRI ABR utgått ifrån en full implementering av den nationella Vägledningen för vårdhygieniskt arbete från Nationell arbetsgrupp Vårdhygien och 10-punktsprogrammet mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg (10-punktsprogrammet) från Nationell arbetsgrupp Strama med flera. Arbetsgruppen sammanställde ett underlag för gap-analysen genom att föra in de olika punkterna från 10-punktsprogrammet under de åtta kärnområdena i checklistorna som beskrivs i appendix 1 i Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Ett exempel på detta är att 10-punktsprogrammets åtgärd A.1.2., Varje verksamhet ska ha möjlighet till samarbete med expertis från en vårdhygienisk enhet, har sammanfogats med Vägledningen för vårdhygieniskt arbete 1:s punkt 4, Alla vårdgivare har tillgång till vårdhygienisk expertis, enligt Socialstyrelsens definition.

## Erfarenheter och begränsningar

Arbetsgruppen har både goda och mindre bra erfarenheter av den utförda gap-analysen. Det breda anslaget med att gå igenom hela det sammanställda underlaget har gett en god bild av regionens övergripande strukturer för arbetet med vårdhygien och antibiotikaresistens. Sammanställningen tydliggjorde att kärnområdena inom Vägledning för vårdhygieniskt arbete och åtgärderna i 10-punktsprogrammet överlappar varandra i stora delar. Implementeringen av underlagen försvåras av att de tagits fram separat på nationell nivå, utan att integreras.

Formuleringen av påståendena i Vägledning för vårdhygieniskt arbete och åtgärderna i 10-punktsprogrammet gör att det är svårt att avgöra om de är uppfyllda eller inte. Som exempel kan nämnas att begrepp som "att säkerställa" är vanliga i påståendena och det är svårt att bedöma när det är uppnått. Arbetsgruppens erfarenhet är att olika individer tolkar och besvarar påståendena olika, vilket innebär att gap-analysen kan generera andra resultat om den upprepas eller utförs av andra personer. Där det finns brister så ger utformningen av påståendena inte någon vägledning i vad som är nästa steg för att styra mot en implementering av kärnområdet.

# Gap-analys per kärnområde

Arbetsgruppen har gått igenom det sammanställda underlaget och besvarat varje påstående på regional nivå (huvudansvariga Strama och Vårdhygien) samt på förvaltningsnivå (huvudansvariga representanter från varje förvaltning). Varje påstående kategoriserades till uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) eller ej uppfyllt (rött). Gap-analysen genomfördes oktober 2022 till februari 2023.

Här sammanfattas resultatet av gap-analysen med styrkor och svagheter fördelat på de åtta kärnområdena. Kontakta processledare Jenny Kostov Kanebjörk, eller någon annan representant i LAG VRI ABR, för att få det sammanställda underlaget och resultatet av gap-analysen i sin helhet. Inom kärnområde 3, 4, 5 och 7 är majoriteten av påståendena inte uppfyllda.

## Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

Antal påståenden (14) i underlaget:

- **Uppfyllda:** 5 (36 %).
- Delvis uppfyllda: 3 (21 %).
- **Ej uppfyllda:** 5 (36 %).
- Ej besvarat: 1 (7 %).

### Styrkor kärnområde 1

Alla vårdförvaltningar har en handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Alla vårdgivare har tillgång till infektionsmedicinsk expertis, mikrobiologisk kompetens och Strama. Ytterligare en styrka är hög anslutning till det nationella vaccinationsprogrammet.

### Svagheter kärnområde 1

Alla vårdgivare i regionen har inte tillgång till regionens vårdhygieniska expertis och till exempel privata vårdgivare inom gynekologi, urologi, ögonsjukvård och öron-näsa-hals saknar tillgång. Den vårdhygieniska enheten är inte dimensionerad utifrån ett uppskattat behov och formaliserat uppdrag. Förväntade svagheter är att regionens planer inte följer upplägget med åtta kärnområden enligt Vägledning för vårdhygieniskt arbete, då detta inte hunnit implementeras. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete saknas på övergripande nivå i regionen.

## Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Antal påståenden (29) i underlaget:

- Uppfyllda: 8 (28 %).
- **Delvis uppfyllda:** 18 (62 %).
- Ej uppfyllda: 3 (10 %).

### Styrkor kärnområde 2

Alla förskrivare har tillgång till aktuella behandlingsrekommendationer. Alla vårdförvaltningar har vårdhygieniska rutiner riktade till patienter och deras närstående.

### Svagheter kärnområde 2

Region Uppsala säkerställer inte på övergripande nivå att aktuella riktlinjer tas fram inom vårdhygien och antibiotikaresistens eller att följsamheten till riktlinjerna följs upp. Antibiotikaronder utförs inte på alla relevanta akutvårdsavdelningar. God hygienisk standard upprätthålls inte i alla lokaler. Inom många områden finns riktlinjer på plats, men ingen möjlighet att följa upp följsamheten till dessa. Tillgången till mikrobiologisk diagnostik varierar över dygnet och veckans dagar.

## Kärnområde 3: Utbildning och träning

Antal påståenden (7) i underlaget:

- Uppfyllda: 1 (14 %).
- Delvis uppfyllda: 2 (29 %).
- **Ej uppfyllda:** 4 (57 %).

### Styrkor kärnområde 3

Den undervisning som bedrivs inom vårdhygien sker i samarbete med den vårdhygieniska expertenheten.

### Svagheter kärnområde 3

Region Uppsala säkerställer inte att all personal får återkommande fortbildning inom vårdhygien. Uppföljningar för att utvärdera om utbildningsinsatser leder till en höjd kunskapsnivå inom vårdhygien görs inte. Det finns en brist på praktisk träning inom vårdhygien i regionens utbildningar.

## Kärnområde 4: Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens

Antal påståenden (17) i underlaget:

- Uppfyllda: 4 (24 %).
- Delvis uppfyllda: 3 (18 %).
- Ej uppfyllda: 10 (59 %).

### Styrkor kärnområde 4

Medicinsk kompetens finns på det mikrobiologiska laboratoriet som fortlöpande följer upp lokala antibiotikaresistensdata och levererar resistens- och odlingsdata till Svebar. Det mikrobiologiska laboratoriet samverkar med vårdhygien och smittskyddsensheten i hantering av utbrott.

### Svagheter kärnområde 4

Det finns stora brister inom registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner i regionen. Det saknas en övergripande plan för hur vårdrelaterade infektioner ska registreras hos olika vårdgivare, hur tillgängliga system för registrering ska användas och tolkas samt vilka registreringssystem som saknas utifrån verksamheternas behov av att registrera vårdrelaterade infektioner. Det finns inget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på övergripande nivå där registrering av vårdrelaterade infektioner kan ingå. Det mikrobiologiska laboratoriet saknar moderna genetiska metoder (helgenomsekvensering) för utredning av utbrott.

## Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

Antal påståenden (5) i underlaget:

- Uppfyllda: 0 (0 %).
- Delvis uppfyllda: 2 (40 %).
- Ej uppfyllda: 3 (60 %).

### Styrkor kärnområde 5

Det saknas styrkor inom kärnområde 5.



## Svagheter kärnområde 5

Region Uppsala saknar en struktur för evidensbaserad implementering. Evidensbaserad implementering är en grundpelare för att prioritera, genomföra och vidmakthålla förbättringsåtgärder som kan lösa viktiga problem i organisationen.

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

Antal påstående (9) i underlaget:

- Uppfyllda: 3 (33 %).
- Delvis uppfyllda: 3 (33 %).
- Ej uppfyllda: 3 (33 %).

## Styrkor kärnområde 6

Resurser från Strama finns tillgängliga för stöd vid analys av data och behov av åtgärder för att öka följsamheten till behandlingsriktlinjer. Regionens vårdhygieniska expertis medverkar som ett stöd i riskanalyser och värdering av hygienisk standard.

## Svagheter kärnområde 6

Region Uppsala samlar inte in uppföljning av hygienisk standard hos samtliga vårdgivare i det geografiska området för huvudmannskapet. Alla befintliga vårdgivare i regionen ges inte stöd av den vårdhygieniska expertisen i systematiskt kvalitetsarbete. Brister finns avseende riskbedömningar för oönskade händelser kopplat till dålig hygienisk standard på verksamhetsnivå.

## Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Antal påstående (4) i underlaget:

- Uppfyllda: 0 (0 %).
- Delvis uppfyllda: 1 (25 %).
- Ej uppfyllda: 3 (75 %).

## Styrkor kärnområde 7

Det saknas styrkor inom kärnområde 7.

## Svagheter kärnområde 7

Region Uppsala har inte en tillräcklig bemanning för att en god hygienisk standard ska upprätthållas. Det föreligger en brist på enkelrum, även i riskverksamheter så som geriatriska vårdavdelningar, vilket har kunnat kopplas till återkommande utbrott av smittsamma sjukdomar under många år. Överbeläggningar sker regelmässigt i slutenvården.

## Kärnområde 8: Lokaler och utrustning

Antal påståenden (13) i underlaget:

- Uppfyllda: 1 (8 %).
- **Delvis uppfyllda:** 9 (69 %).
- Ej uppfyllda: 3 (23 %).

## Styrkor kärnområde 8

Vårdhygieniska krav ställs i upphandlingar av medicintekniska produkter och vissa tjänster såsom städning.

## Svagheter kärnområde 8

Vårdlokaler i regionen är i vissa verksamheter inte anpassade till de hygienkrav som gäller för den vård som bedrivs där. Brister finns bland annat inom operationssjukvård och endoskopisk verksamhet. Enkelrum med eget hygienutrymme finns inte i tillräcklig omfattning och vårdlokaler i regionen är inte utformade så att risk för smittspridning minimeras. Det gäller även i riskverksamheter, så som geriatriska vårdavdelningar, vilket har kunnat kopplas till återkommande utbrott av smittsamma sjukdomar under många år.

## Förslag framåt från arbetsgruppen

### Prioritering av identifierade gap och förbättringsåtgärder

För att angripa identifierade gap krävs en process med upprepade gap-analyser (nulägesanalyser), en struktur för att arbeta fram åtgärder som syftar till förbättringar samt en konkret plan för genomförandet och uppföljningen av åtgärderna. En sådan process beskrivs i den uppdaterade regionala handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Eftersom nulägesanalyser kan identifiera en mängd gap samtidigt behövs en prioritering av mot vilka områden förbättringsåtgärder ska sättas in. När åtgärder arbetas fram behövs en ordentlig behovsanalys för att säkerställa att viktiga problem

kan lösas av åtgärden. En struktur för implementering, ett multimodalt arbetssätt, är kritiskt för att nå den avsedda effekten med en förbättringsåtgärd.

## Verktyg för kommande nulägesanalyser

För bättre tillförlitlighet bör kommande nulägesanalyser göras med ett validerat verktyg, så som WHO:s Infection prevention and control assessment framework at the facility level. Det underlättar i genomförande, tolkning och möjligheten att upprepa nulägesanalysen med tillförlitliga resultat.

Arbetsgruppen kommer återkoppla till representanter i NAG Vårdhygien och NAG Strama att Vägledning för vårdhygieniskt arbete och 10-punktsprogrammet bör integreras för att underlätta implementeringen regionalt.

## 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.](#)

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