

Handlingsplan

Fastställt av: Pia Näsvall

Upprättat av: Andreas Winroth

Granskare: Andreas Hedman

Organisation gäller inom: Hälso- och Sjukvårdsförvaltning, Vårdhygien Västerbotten

Handlingsplan - Vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens

Förändringar från föregående utgåva

Nytt ledningsdokument

Omfattning

Dokumentet omfattar alla hälso-, sjuk- och tandvårdsförvaltningar (hälso- och sjukvård) samt all offentligt finansierad vård i Region Västerbotten.

Inledning

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan i Region Västerbotten och i Sverige^{1,2}. Antibiotika räddar liv, men bidrar också till att bakterier utvecklar resistens. Att förebygga VRI, begränsa spridning av antimikrobiell resistens (AMR) och använda antibiotika ansvarsfullt är centrala patientsäkerhetsfrågor³.

Region Västerbotten följer Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt patientsäkerhetsarbete för vårdgivare för att förebygga att patienter drabbas av VRI och konsekvenserna av antimikrobiell resistens (AMR)⁴. Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att uppnå en säker hälso- och sjukvård. Handlingsplanen innehåller aktiviteter som syftar till att ständigt förbättra regionens resultat inom patientsäkerhet.

Syfte

Syftet med handlingsplanen är att ge vägledning på region-, förvaltnings- och verksamhetsnivå för att förebygga smittspridning, minska förekomsten av undvikbara vårdrelaterade infektioner och bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling inom Region Västerbotten. Handlingsplanen ska ge ökat värde för invånarna och vara vägledande för arbete på region-, förvaltnings- och verksamhetsnivå genom tydliga mål, aktiviteter, ansvar och uppföljning.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Bakgrund

Dokumentet bygger på Vägledning för vårdhygieniskt arbete som är ett kunskapsstöd framtaget av NAG Vårdhygien inom ramen för kunskapsstyrningen⁵. Vägledningen är ett ramverk för systematiskt patientsäkerhetsarbete och beskriver aktiviteter för att långsiktigt säkerställa hög vårdkvalitet och patientsäkerhet inom området vårdhygien. Kunskapsstyrningens vägledning är baserad på WHO:s totalt åtta evidensbaserade kärnområden⁶ (Figur 1).



Figur 1. Åtta kärnområden som ingår i evidensbaserat arbetssätt för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens.

Kunskapsstyrningens vägledning är anpassad till relevanta svenska författningar, SKR:s framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner samt Socialstyrelsens -beskrivning av god hygienisk standard^{7,8}. Den regionala handlingsplanen tar hänsyn till redan pågående preventionsarbete inom området vårdhygien och ansvarsfull användning av antibiotika. Uppföljning på

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

verksamhetsnivå har anpassats till regionens gängse uppföljning av patientsäkerhet i kvalitetsledningssystemet Stratsys. Handlingsplanens struktur har lånats från Handlingsplan för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens, Region Uppsala⁹.

Definitioner och begrepp

Hälso- och sjukvårdslagen och Tandvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. God hygienisk standard berör alla som arbetar och vistas inom vård, tandvård och omsorgsverksamhet. Arbeta för att uppnå god hygienisk standard omfattar bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens, ändamålsenliga lokaler där vården bedrivs, bra utrustning, god 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.

Antimikrobiell resistens innebär att bakterier och andra mikroorganismer utvecklar motståndskraft så att etablerade terapeutiska alternativ inte längre kan användas till behandling och profylax.

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

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.

Handlingsplan omfattar en beskrivning av nuläget, processen för att ta fram och följa upp åtgärder samt en konkret åtgärdsplan. Åtgärdsplanen listar förbättringsåtgärder med utsedda ansvariga funktioner, tidssättning och en plan för uppföljning.

Ansvar

Övergripande: Ansvar och engagemang ska finnas på organisationens alla nivåer; region- förvaltnings- och verksamhetsnivå. Ledningen på varje nivå ska ta ansvar genom att systematiskt använda 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 det finns en patientsäkerhetskultur som präglas av ett öppet och icke-dömande klimat.

Vid upphandling av vård från privat vårdgivare ska samma krav ställas på att förebygga vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens som inom vård utförd av regionen.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Politisk styrning: Regionfullmäktige fattar beslut om inriktningen för Region Västerbottens verksamhet, inklusive hälso- och sjukvård, och ger uppdrag till regionstyrelsen. Regionstyrelsen fungerar som fullmäktiges verkställande organ. Hälso- och sjukvårdsnämnden initierar och bereder ärenden till regionstyrelsen i strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor.

Högre tjänstemannanivå: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen leder och samordnar vården, inklusive den specialiserade vården och tandvården. Regiondirektören är regionens högsta tjänsteman och ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med regionplan och budget. Hälso- och sjukvårdsdirektören har strategiskt ansvar för frågor som rör vårdens kvalitet och patientsäkerhetsarbete, tillsammans med Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG).

Områdeschef: Ansvarar för att följa upp patientsäkerhetsarbetet inom sina verksamhetsområden.

Verksamhetschef: Har ansvar för verksamhetens patientsäkerhet.

LSG Patientsäkerhet (Patientsäkerhetsrådet): Är stödfunktion och remissinstans för HSLG i strategiska patientsäkerhetsfrågor, med representation från tjänstemannaledningen, primärvården, tandvården, Smittskydd, Vårdhygien, Patientnämnden och staben.

Smittskydds enheten: Verkar enligt Smittskyddslagen (2004:168) med övergripande ansvar för smittskyddsarbetet i hela länet.

Strama Västerbotten: Arbetar för en rationell användning av antibiotika inom primärvård och akutsjukvård.

Vårdhygien Region Västerbotten: Verkar enligt Socialstyrelsens normer och rekommendationer och ska stödja alla organisatoriska nivåer i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens.

Chefläkare och chefstandläkare vid förvaltningarna: Ansvarar övergripande för utveckling av patientsäkerhet och kvalitet, hantering av klagomål samt ärenden enligt Lex Maria.

Process för systematiskt kvalitetsarbete

I detta dokument beskrivs på regionövergripande nivå systematiskt kvalitetsarbete mot vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens. En analys av nuläget (gap-analys) ska göras innan nya beslut tas om vilka mål, aktiviteter och förbättringsåtgärder som ska ingå i regional handlingsplan. På regionnivå ansvarar LSG Patientsäkerhet, Vårdhygien RV och Strama RV för att göra nulägesanalys. Baserat på analysen görs en prioritering, som grundar sig i vilka åtgärder som bedöms ha störst effekt och som samtidigt är möjliga att genomföra.

Mål och aktiviteter i regionens handlingsplan som berör verksamhetsnivå ska följas upp i verksamhetens egenkontroller i Stratsys, och rapporteras till områdeschef i samband med verksamhetsuppföljning och i patientsäkerhetsberättelsen (Bilaga 2). Områdeschef rapporterar till HSD i regionala patientsäkerhetsberättelsen.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Förklaring av förkortningar

AMR	Antimikrobiell resistens
BHK	Basala hygienkrav- och klädregler
Fastighet VU	Fastighet verksamhetsuppföljning
HSD	Hälso- och sjukvårdsdirektör
IV	Infektionsverktyget
LSG Patientsäkerhet	Lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet (patientsäkerhetsrådet)
PSB RV	Region Västerbottens patientsäkerhetsberättelse
PSB VN	Patientsäkerhetsberättelse på verksamhetsnivå i Stratsys
PVQ	Primärvårdskvalitet
OC	Områdeschef
Strama ÅR	Stramas årsrapport
VC	Verksamhetschef
VRI	Vårdrelaterad infektion
VU	Verksamhetsuppföljning
Vårdhygien RV	Vårdhygien Region Västerbotten
Vårdhygien VU	Vårdhygiens verksamhetsuppföljning

Mål och aktiviteter

Här anges regionövergripande mål och aktiviteter. Flera aktiviteter rör verksamhetsnivå och ska läggas in för uppföljning med egenkontroller i Stratsys. Mål och aktiviteter är uppdelade i åtta kärnområden enligt strukturen i NAG Vårdhygiens vägledning⁵. Inom varje kärnområde anges mål med implementerade aktiviteter. Inom vissa kärnområden anges även mål och aktiviteter som syftar till förbättringar, med tidsplan för genomförande.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 1: Handlingsplan - Vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens är en del av det övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Målsättningen är att minska vårdskador, främja ansvarsfull antibiotikaanvändning, reducera patienters sjuklighet och död, samt öka verksamheternas förmåga att fungera effektivt.

Kärnområde 1: Implementerade aktiviteter

Tabell 1. Implementerade mål och aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Region Västerbottens hälso- och sjukvårdsförvaltning har en övergripande och aktuell handlingsplan baserad på åtta kärnområden	Handlingsplanen följs upp årligen och uppdateras minst vart tredje år	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	HSD	PSB RV
De delar av regional handlingsplan som berör verksamhetsnivå är inlagda som egenkontroller i Stratsys. Aktiviteter rapporteras till OC vid VU.	VC följer upp aktiviteter med egenkontroller i Stratsys. VC rapporterar aktiviteter ur handlingsplanen till OC vid VU två gånger per år.	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	VC OC	PSB RV

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 1: Förbättringar

Tabell 2. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande av aktiviteten	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Alla verksamheter inom när- och länssjukvård samt tandvård har verksamhetsanpassade mål som inkluderar åtta kärnområden för att förebygga VRI och AMR	Verksamheten gör en analys av nuläget (Bilaga 1) och sätter upp minst ett verksamhetsspecifikt mål för att förebygga VRI och AMR. Målet skrivs in som egenkontroll i Stratsys.	VC	Till handlingsplan 2027	PSB VN

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Följsamhet till aktuella riktlinjer inom vårdhygien och antibiotikaanvändning är avgörande för att nå framgång i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens. Målsättningen är att riktlinjerna ska vara evidensbaserade och att de implementeras i verksamheten.

Kärnområde 2: Implementerade aktiviteter

Tabell 3. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används	Dokumentansvariga uppdaterar styrande dokument vid behov och vid giltighetstidens slut.	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården och upphandlade privata vårdgivare	VC ¹ Vårdhygien RV	Vårdhygien VU
Rekommendationer för ansvarsfull användning av antibiotika i primär- och öppenvård finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används	Nationella behandlingsrekommendationer för primärvård görs kända och tillgängliggörs av Strama Västerbotten	Hälsocentraler och öppenvårdsmottagningar i regional och privat regi	VC ¹ Strama RV	Strama ÅR

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Rekommendationer för ansvarsfull användning av antibiotika i slutenvård finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används	Nationella och regionalt anpassade behandlingsrekommendationer tillgängliggörs via regionens hemsida och strama-app.	Slutenvård inom när- och länssjukvård	VC ¹ Strama RV Vårdhygien RV	Strama ÅR
---	--	---------------------------------------	---	-----------

¹VC ansvarar för att riktlinjer, rutiner och rekommendationer är kända av medarbetare och används.

Kärnområde 2: Förbättringar

Tabell 4. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande av aktiviteten	Tidsplan för genomförande	Uppföljning

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 3: Utbildning och träning

Utbildning inom vårdhygien och ansvarsfull användning av antibiotika leder till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens.

Målsättningen är att utbildning och träning implementeras brett och att kompetensen underhålls över tid i regionens verksamheter.

Kärnområde 3: Implementerade aktiviteter

Tabell 5. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
All personal har grundläggande kunskap om, och arbetar enligt BHK	Grundläggande BHK-utbildning ges all personal vid nyanställning och upprepas minst vart 3:e år	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård tandvården och privata vårdgivare	VC Avdelningschef	PSB VN
Hygienombud med utökad kunskap inom vårdhygien finns i alla verksamheter med patientkontakt	Säkerställa att verksamheten har hygienombud och att tid avsätts för denne att delta på hygienombudsträffar 4 ggr/år. Vårdhygien ger utbildning för nya hygienombud 1–2 gånger/år.	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården och privata vårdgivare med patientkontakt	VC ¹ Vårdhygien RV	PSB VN Vårdhygien VU

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vårdpersonal som förskriver antibiotika har god kunskap om ansvarsfull användning av antibiotika och översiktlig kunskap om aktuellt resistensläge	Utbildning och uppdatering av resistensläge ges till målgrupp årligen. Det sker genom klinik- eller mottagningsbesök eller digital utbildning	Primärvård, öppen och slutenvård inom när- och länssjukvård samt privata vårdgivare	VC ² Strama RV Vårdhygien RV	PSB VN Strama ÅR Vårdhygien VU
Det finns slutenvårdsavdelningar på alla tre sjukhus som i rutinvård har infört antibiotikarond ³ i syfte att minska patienters exponering för antibiotika och träna läkare i ansvarsfull användning av antibiotika.	Antibiotikarond finns implementerad på alla sjukhus	Slutenvård inom när- och länssjukvård	VC Strama RV Infektionskliniken	PSB VN Strama ÅR

¹VC ansvarar för att utse hygienombud i verksamheten och ge förutsättningar och mandat att verka i enlighet med uppdraget.

²VC ansvarar för att ge förutsättningar för medarbetare att uppdatera kunskap inom ämnet årligen.

³Antibiotikaronden är en validerad metod för att på ett säkert sätt minska antibiotikaanvändning på akutvårdsavdelningar och genomförs vanligtvis två gånger per vecka i samarbete mellan avdelningsläkare och en läkare från Infektionskliniken.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 3: Förbättringar

Tabell 6. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande av aktiviteten	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
All personal har grundläggande kunskap om, och arbetar enligt BHK inom Folktandvården	Information om HOBIT – riktlinjer för vårdhygien inom tandvård införs under introduktionsdagar för nya medarbetare inom Folktandvården	VC Introduktionsansvariga och chefstandläkare	2027	PSB

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 4: Registrering och övervakning

Systematisk registrering och övervakning av exempelvis VRI, antibiotikaanvändning och följsamhet till hygienrutiner används för att följa trender, återkoppling till chefer och medarbetare, identifiering av förbättringsområden och för att följa upp effekten av beslutade åtgärder. Målsättningen är att data från övervakningen ska hålla tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas för systematiskt kvalitetsarbete.

Kärnområde 4: Implementerade aktiviteter

Tabell 7. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Regionens mätsystem för registrering av VRI och antibiotikaanvändning ¹ inom slutenvård är ändamålsenliga, kompletterar varandra och används	Regionala indikatorer i egenkontroller i Stratsys; Agera för säker vård 3.1 för VRI och antibiotikaanvändning rapporteras årligen till OC	All slutenvård inom när- och länssjukvård	VC	PSB VN
Region Västerbotten utvecklar och implementerar automatiserad övervakning av VRI och antibiotikakonsumtion för att förbättra datakvalitet, uppföljning och frigöra tid	Utveckling, implementering och validering av övervakningsmått sker inte i projekt utan är en kontinuerligt förvaltd aktivitet i syfte att förbättra och tillgängliggöra övervakningsdata	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV Umeå universitet ³	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV	Vårdhygien VU

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

för förbättringsarbete ²				
IV i Cosmic är aktiverat och validerat	Genomförande av teknisk validering	All slutenvård inom när- och länssjukvård	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV	Vårdhygien VU
Regionens antibiotikaanvändning i primärvård registreras i PVQ och används till att ge återkoppling till förskrivare	Rapporten - Återkoppling antibiotikaförskrivning i primärvården uppdateras halvårsvis. Verksamheten gör antibiotikautvärdering ⁴ två gånger per år	Hälsocentraler i alla närsjukvårdsområden samt upphandlade privata hälsocentraler	VC Strama RV Beställarenheten	Strama ÅR
Vårdhygien identifierar mikrobiologiska smittämnen som riskerar att medföra utbrott och agerar för att förebygga och stoppa smittspridning	Realtidsövervakning av utvalda smittämnen sker där fynd föranleder ställnings- tagande till smittförebyggande åtgärder	All primärvård, öppen- och slutenvård inom när- och länssjukvård samt privata vårdgivare	Vårdhygien RV Klinisk mikrobiologi.	Vårdhygien VU
Europeisk punktprevalensmätning genomförs vart femte år och resultatet	Granskning av samtliga inläggande patienters journaler	All slutenvård inom när- och länssjukvård	HSD Vårdhygien RV	PSB RV

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

används för att främja förbättringsarbete	genomförs enligt ECDC:s protokoll. Resultatet analyseras och återkopplas till HSD		Strama RV	
Region Västerbottens lokaler avsedda för vård och behandling, inklusive operation, har vatten och luft av god hygienisk standard.	Vårdhygieniskt lab utför kontroller av mikrobiologisk renhet av vatten och luft i lokaler avsedda för vård och behandling	All slutenvård inom när- och länssjukvård	Vårdhygien RV	Vårdhygien VU

¹Kvalitetsindikatorer från IV, Antibiotikaräknaren, ACA-IVA, PPM-VRI och PPM-BHK rapporteras i PSB.

²Manuell övervakning är personalresurskrävande och har lägre upplösning.

³Utveckling och validering av automatisering sker i samarbete med Umeå universitet och bekostas delvis med forskningsanslag.

⁴Samordning via beställarenheten.

Kärnområde 4: Förbättringar

Tabell 8: Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
IV-data för den egna verksamheten kan ses och hämtas i PowerBI-rapporter	Ineras API för överföring av data som kan hanteras i PowerBI upphandlas och installeras	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV	2027	Vårdhygien VU

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Övervakningsdata från algoritmotorn P3S för den egna verksamheten kan ses och hämtas i PowerBI-rapporter	Återinstallation av algoritmotor ¹ efter journalbyte till Cosmic. Utveckling av ny PowerBI-rapport	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV	2027	Vårdhygien VU
Alla rapporter i PowerBI under Vårdkvalitet är uppdaterade efter bytet till Cosmic och data är tillgängligt för verksamheterna	Rapporter i PowerBI som förlorat källdata i samband med byte av journalsystem mappas om mot nya källsystem	CIMT Labbanalys och vårdsystem Vårdhygien RV	2027	Vårdhygien VU
Regionens kvalitetsindikatorer för antibiotikaanvändning i primärvård finns tillgängliga i PVQ och används i återkoppling av data till den egna enheten och kvalitetsarbeten	Återkoppling till förskrivare av lokala data från Stramas kvalitetsindikatorer i PVQ görs årligen	Hälsocentraler i alla närsjukvårdsområden samt upphandlade privata hälsocentraler	VC	PSB VN

¹En algoritmotor är en IT-plattform där nya övervakningsalgoritmer lätt kan läggas till. Idag finns algoritmer för sepsis och vårdrelaterad sepsis.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering av åtgärder

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. Vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens beror på flera samverkande orsaker och implementeringen sker därför genom att åtgärder sätts in på flera områden samtidigt, ett så kallat multimodalt arbetssätt. Målsättningen är att ett multimodalt arbetssätt integreras i verksamheternas normala rutiner för handläggning av patienter (Figur 2.).



1. Skapa förutsättningar (ekonomi, personal, utrustning)
2. Målinriktad träning (exempelvis i rätt arbetssätt)
3. Mätning och återkoppling för att utvärdera effekt
4. Återkommande påminnelser håller åtgärder levande bland medarbetare
5. Ledningens engagemang skapar en gynnsam patientsäkerhetskultur

Figur 2. Multimodalt arbetssätt vid implementering av aktivitet för att förebygga VRI och AMR. När flera samverkande åtgärder sätts in nås störst effekt.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 5: Implementerade aktiviteter

Tabell 9. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Multimodalt arbetssätt används vid implementering av aktiviteter för att förebygga VRI och AMR	Mål och aktiviteter finns beskrivna i Handlingsplan - Vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård tandvården och privata vårdgivare	HSD	PSB VN

Kärnområde 5: Förbättringar

Tabell 10. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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

Mätningar, utvärderingar och återkoppling används för att identifiera förbättringsområden och värdera om verksamheten uppfyller krav, mål samt håller god hygienisk standard. Målsättningen är att mätdata ska användas för kvalitetsuppföljning och leda till förbättring.

Kärnområde 6: Implementerade aktiviteter

Tabell 11. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Verksamhetens följsamhet till BHK mäts, återkopplas, följs upp och rapporteras	BHK-mätning utförs två gånger per år. Resultat och uppföljning rapporteras av VC till OC i PSP och PSB VN och i regional indikator i Stratsys. Återkoppling till verksamhet sker på APT	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	VC	PSB VN
VRI-mätning utförs i verksamheten, återkopplas, följs upp och rapporteras	PPM-VRI-mätning utförs två gånger per år. Resultat och uppföljning rapporteras av VC till OC i PSP och PSB VN och i regional indikator i Stratsys. Återkoppling till verksamhet sker på APT	All slutenvård inom när- och länssjukvård	VC	PSB VN

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 6: Förbättringar

Tabell 12. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Verksamhetens följsamhet till BHK mäts, återkopplas, följs upp och rapporteras	Kvalitetssäkra att BHK mätningarna genomförs, rapporteras och registreras enligt riktlinjer			

Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Tillräcklig 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. Målsättningen är att bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad ska främja patientsäker handläggning av patienter och förebygga VRI och AMR.

Kärnområde 7: Implementerade aktiviteter

Tabell 13. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Hälso- och sjukvårdens ledning på alla nivåer har hög kunskap om att bemanningsbrist och utlokalisering av patienter ökar risken för VRI, smittspridning och AMR	Företrädare för Vårdhygien RV och Smittskydd träffar HSLG en gång per år och ger uppdaterad information på verksamhetschefsmöte en gång per termin	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	HSD	PSB RV
Region Västerbotten har en epidemigrupp med bred representation från när- och länssjukvård, smittskydd och	Epidemigruppen träffas 3-4 gånger per termin, vid behov tätare under perioder av ökad smittspridning.	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	HSD	PSB RV

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

vårdhygien, som ansvarar för uppdaterade lägesanalyser och rådgivning till HSLG				
---	--	--	--	--

Kärnområde 7: Förbättringar

Tabell 14. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning
Region Västerbotten kan övervaka förändring i förekomst av VRI kopplad till överbelägningsgrad och utlokalisering	Utveckling och implementering av metod som kan koppla övervakningsdata för VRI till överbelägningsgrad och utlokalisering	Vårdhygien RV	2027	Vårdhygien VU

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 8: Lokaler och utrustning

God hygienisk standard innebär att lokaler ska vara anpassade till verksamheten och utrustning ska vara tillgänglig och hanteras så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning minimeras. Dricksvattnet ska vara tjänligt och fritt från skadliga nivåer av mikroorganismer. Medicintekniska produkter och annan utrustning ska uppfylla kraven i förordningar och standarder liksom vedertagna renhetsgrader utifrån användningsområde. Målsättningen är att lokaler och utrustning uppfyller god hygienisk standard.

Kärnområde 8: Implementerade aktiviteter

Tabell 15. Implementerade aktiviteter

Mål	Aktivitet	Aktiviteten berör/gäller för	Ansvar för att aktiviteten genomförs	Uppföljning sker i
Alla verksamheter arbetar systematiskt för att uppnå god hygienisk standard i vårdlokaler	Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av verksamheten årligen. Identifierade brister åtgärdas	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården samt privata upphandlade vårdgivare	VC	PSB VN

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vårdhygieniska krav beaktas vid ny- och ombyggnation av vårdlokaler så att en god hygienisk standard uppnås	Vårdhygien deltar tidigt i byggprocessen inför ny- och ombyggnationer. Regelbundna möten hålls mellan Fastighet och Vårdhygien RV	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	HSD VC Fastighet	Fastighet VU
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs så att en god hygienisk standard uppnås	Behov av renoveringar lyfts av verksamheten och åtgärdas av fastighetsägaren i samråd med Vårdhygien RV	Alla verksamheter inom när- och länssjukvård, tandvården	VC (vb med stöd från OC) Fastighet	Fastighet VU
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs av Privat vårdgivare så att en god hygienisk standard uppnås	Avtal med Privat vårdgivare omfattar vårdhygieniska krav på lokaler	Privat vårdgivare	HSD	
Vårdhygieniska krav för vårdlokaler följs av Privat vårdgivare så att en god hygienisk standard uppnås	Uppföljning av hygienisk standard i vårdlokaler görs för att säkerställa följsamhet till avtal	Privat vårdgivare	HSD Vårdhygien RV	Vårdhygien VU

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kärnområde 8: Förbättringar

Tabell 16. Mål och aktiviteter som syftar till förbättringar

Mål	Aktivitet	Ansvar för genomförande	Tidsplan för genomförande	Uppföljning

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Uppföljning

Avsnitt i handlingsplanen som rör verksamhetsnivå beskrivs av verksamhetschef i verksamhetens patientsäkerhetsplan. Mål, aktiviteter och uppföljning rapporteras till områdeschef. Områdeschef rapporterar till HSD i patientsäkerhetsberättelsen. HSD ansvarar för att uppföljning av handlingsplanen genomförs årligen och att uppföljningen beskrivs i Region Västerbottens patientsäkerhetsberättelse (PSB RV). LSG-patientsäkerhets ordförande ansvarar för att sammanställa PSB RV.

Historik

Upprättat och antagen 2026-02-05

Utarbetat av

LSG Patientsäkerhet, Chefläkare, Vårdhygien Region Västerbotten, Smittskydd Västerbotten och Strama Västerbotten.

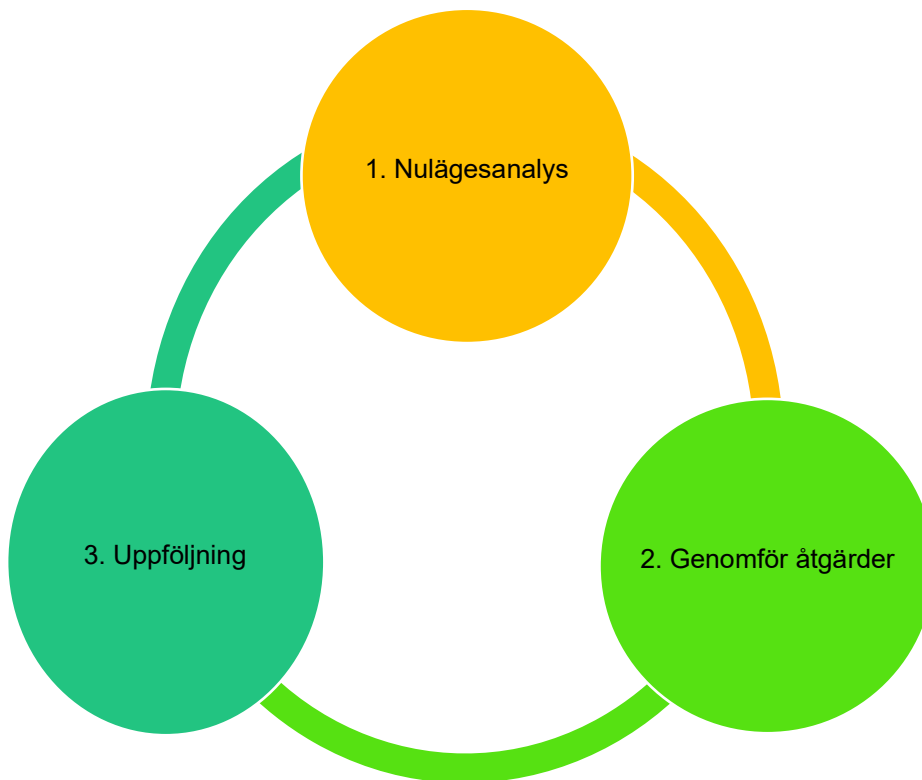
Referenser

1. SKR. Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå. Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.
2. SKR. Vårdrelaterade infektioner – kostnader och konsekvenser. Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
3. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023 - 2021 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control and World Health Organization; 2023.
4. [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete; HSLF-FS 2017:40](#)
5. [NAG Vårdhygien. Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Nationellt system för kunskapsstyrning; 2026](#)
6. [WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level Geneva: World Health Organization; 2016.](#)
7. [Socialstyrelsen. SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.](#)
8. Sveriges riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Tandvårdslag (1985:125). Patientsäkerhetslag (2010:659)
9. Region Uppsala: Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2025–2026.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Bilaga 1. Process för systematiskt kvalitetsarbete

Åtgärder som sätts in kan leda till förbättringar, till försämringar eller till ingen effekt. För att åtgärder ska leda till förbättringar krävs en tydlig process med återkommande analys, utförande av åtgärder och uppföljning, Figur 3.



Figur 3. Bilden beskriver processen 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.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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.

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. Checklista för verksamhetschef

Checklistan ska underlätta uppföljning av de mål och aktiviteter i handlingsplanen som berör verksamhetsnivå. Mål och aktiviteter som berör verksamhetsnivå har lagts in i Stratsys som egenkontroller under fliken Patientsäkerhetsarbete. Uppföljning ska ske vid verksamhetsuppföljning med områdeschef samt i patientsäkerhetsberättelsen.

Egenkontroller

Nedan frågor finns inlagda i Stratsys för din verksamhet. Under *Analys* efter varje punkt ges förslag till kommentar som kan användas för att beskriva genomförd aktivitet, eller aktivitet för att nå målet.

1. Det är säkerställt att all personal känner till och följer aktuella vårdhygieniska riktlinjer och rutiner

Plats: Patientsäkerhetsarbete/Tillförlitliga och säkra system och processer/ Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete/Egenkontroller

Svar: Ja/Till viss del/Nej

Text i informationsruta:

Det finns introduktion i basala hygien- och klädregler (BHK) vid nyanställning, och medarbetare uppdaterar sin kunskap om arbetssätt och klädregler vart tredje år.

Verksamheten genomför mätningar av BHK två gånger per år. På APT har resultatet från mätningarna diskuterats, samtidigt har medarbetarna informerats om var vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns att tillgå.

2. Det är säkerställt att rekommendationer för ansvarsfull antibiotikaanvändning är kända av alla läkare

Plats: Patientsäkerhetsarbete/Tillförlitliga och säkra system och processer/ Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete/Egenkontroller

Svar: Ja/Till viss del/Nej

Text i informationsruta:

Information om var läkare kan finna Nationella och regionalt anpassade behandlingsrekommendationer har givits

Sjukhus-Strama (Vårdhygien RV) har kontaktats för att tolka relevanta mål och resultat för min verksamhet.

Verksamheten genomför kontinuerlig mätning av antibiotikaanvändning i Antibiotikamätaren i PowerBI

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

(slutenvård) eller i PVQ (primärvård). Resultat har diskuterats med alla läkare i verksamheten en gång per termin.

3. Det är säkerställt att det finns hygienombud och att de kan utföra sitt uppdrag

Plats: Patientsäkerhetsarbete/Tillförlitliga och säkra system och processer/ Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete/Egenkontroller

Svar: Ja/Till viss del/Nej

Text i informationsruta:

Hygienombud finns eller nya hygienombud har utsetts

Förutsättningar (tid, utbildning, mandat) har givits för att medarbetaren ska kunna utföra sitt uppdrag

Medarbetaren har getts möjlighet att gå Vårdhygiens utbildningsprogram för nya hygienombud och att delta i Vårdhygiens hygienombudsträffar.

4. Det är säkerställt att utrustning och lokaler i min verksamhet uppfyller kraven på god hygienisk standard. Eventuella brister i lokalernas hygieniska standard har identifierats och rapporterats till fastighetsägaren

Plats: Patientsäkerhetsarbete/Tillförlitliga och säkra system och processer/ Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete/Egenkontroller

Svar: Ja/Till viss del/Nej

Text i informationsruta:

Verksamheten genomför vårdhygienisk egenkontroll en gång per år för att säkerställa att utrustning och lokaler uppfyller regionens hygienkrav.

Brister som upptäckts har åtgärdats eller rapporterats till fastighetsägaren (ange brist och åtgärd).

Dokumentinformation

Här anges information om vad som finns i grå ruta, sidhuvud, sidfot och om information angetts om kontrollerade kopior. Det anges här för att kunna läsas av hjälpmedel för synnedsatta. **Denna information får inte tas bort!**

Information i sidhuvud

Bild på region Västerbottens logga.

Versionsnummer: 1.0

Giltigt från och med: 2026-04-22

Giltigt till och med: 2028-04-22

Information i grå ruta på första sidan

Dokumenttyp: Handlingsplan

Fastställt av: Pia Näsfall

Upprättat av: Andreas Winroth

Granskare: Andreas Hedman

Organisation gäller inom: Hälso- och Sjukvårdsförvaltning, Vårdhygien Västerbotten

Information i Sidfot

Dokumentnummer: 101841

Kontrollerade kopior

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.