



# Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2026–2027

Dokumentnamn Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – Handlingsplan 2026–2027			Dokumenttyp Handlingsplan
Fastställt/upprättad 2021-12-16	Version 4	Senast reviderad 2025-12-18	Giltig till 2027-12-31
Dokumentansvarig/processägare Medicinskt ansvarig sjuksköterska		Beslutsinstans Socialnämnden Knivsta kommun	
Dokumentnummer: SN-2025/283			

# Innehåll

Syfte och omfattning.....	3
Bakgrund.....	3
Ansvar .....	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	3
Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård (VC HSL).....	4
Verksamhetsansvarig chef.....	4
Hygienombud.....	4
Medarbetare.....	4
Mål och aktiviteter .....	4
Kärnområde 1: Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens .....	5
Kärnområde 2: Evidensbaserade styrande och stödjande dokument .....	6
Kärnområde 3: Utbildning och träning.....	8
Kärnområde 4: Registrering och övervakning .....	11
Kärnområde 5: Multimodalt arbetssätt för implementering.....	13
Kärnområde 6: Systematiskt kvalitetsarbete - mätning och uppföljning av strukturer och processer .....	15
Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad .....	17
Kärnområde 8: Lokaler och utrustning .....	19
Uppföljning .....	21
Referenser .....	21

# Syfte och omfattning

Syftet är att tydliggöra ansvar och roller samt beskriva mål och aktiviteter under 2026–2027 som bidrar till att minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Handlingsplanen omfattar medarbetare inom Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden.

## Lista över förkortningar

VRI	Vårdrelaterad infektion
BHK	Basala hygienrutiner och klädregler
NAG	Nationell arbetsgrupp
HSL-ledning	Hälso- och sjukvårdsledning
PSB	Patientsäkerhetsberättelse
APT	Arbetsplatsträff

## Bakgrund

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.

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens är en del av det övergripande patientsäkerhetsarbete och ingår i ledningssystemets systematiska kvalitetsarbete. Varje huvudman ansvarar för att upprätta en handlingsplan för vårdhygieniska processer och strukturer i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Denna handlingsplan bygger på de 8 kärnområdena från:

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete – Nationellt system för kunskapsstyrning, hälso- och sjukvård](#)

## Ansvar

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att handlingsplanen upprättas, revideras och följs upp. Uppföljningen sker inför varje revidering samt årligen i patientsäkerhetsberättelsen för att säkerställa att planen är aktuell och ändamålsenlig.



## **Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård (VC HSL)**

Har det övergripande ansvaret för att handlingsplanen efterlevs och för den samlade uppföljningen inom Vård- och omsorgskontorets hälso- och sjukvårdsledning. Verksamhetschefen har även ett samlat ledningsansvar för att underställda chefer arbetar enligt planen.

## **Verksamhetsansvarig chef**

Ansvarar för att handlingsplanen implementeras i verksamheten och att aktiviteterna genomförs. Den verksamhetsansvariga chefen ska även säkerställa följsamhet, genomföra lokala uppföljningar och medverka i den årliga uppföljningen av planen.

## **Hygienombud**

Stödjer den verksamhetsansvariga chefen i implementeringen av handlingsplanen och verkar för god följsamhet till hygienrutiner och förebyggande åtgärder i det dagliga arbetet.

## **Medarbetare**

Ansvarar för att följa handlingsplanens åtgärder i det dagliga arbetet och aktivt bidra till att förebygga vårdrelaterade infektioner och motverka antibiotikaresistens.

## **Mål och aktiviteter**

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.

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

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens är en del av det övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Att ha och tillämpa en vårdhygienisk handlingsplan med en systematisk uppföljning av de åtgärder som beskrivs i planen leder till färre vårdskador, minskad antibiotikaanvändning, minskad sjuklighet och död för vårdtagare och ökar verksamheternas möjlighet att fungera effektivt.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 1				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Vård- och omsorgskontoret i Knivsta kommun har en övergripande och aktuell handlingsplan som baseras på kärnområdena.	Handlingsplanen följs upp årligen och uppdateras inför 2028.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	MAS	Via enkät samt årligen i PSB

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 1				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Handlingsplanen ska vara känd av samtliga medarbetare	Ta upp på hygienombudsträffar, hygienronder, vårdhygieniska egenkontroller, APT och i veckobrev	MAS VC HSL Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	PSB Vårdhygienisk egenkontroll VC HSL via HSL-ledning

## 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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 2				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare, är uppdaterade och används.	Dokumentansvariga uppdaterar styrande dokument vid behov och vid giltighetstidens slut samt säkerställer information och tillgänglighet.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	MAS och verksamhetsansvarig chef	HSL-ledningen Avtalsuppföljning
Reducera risken för utbrott av smittsam sjukdom genom att arbeta för att utbrott inte sker på enheten	Vid misstanke om smitta eller när smitta konstaterats intensifiera information, uppdatera kunskapsläget samt ha följsamhet till rutiner angivna i dokument om hygienrutiner för kommunal vård.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	HSL-ledningen APT

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 2				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Att samtliga medarbetare ska ha kännedom om evidensbaserade och stödjande dokument samt veta var dessa hittas	<p>Att all personal har kännedom om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ViS-riktlinjen <a href="#">Samverkan avseende smittskydd, vårdhygien och hygien i Uppsala län</a></li> <li>- Vårdhygiens dokumentsamling avseende <a href="#">Hygienrutiner och smittämnen - Kommunal vård</a></li> <li>- Övergripande lokala riktlinjer/rutiner</li> <li>- Lokala rutiner/instruktioner på enheten</li> </ul> <p>Kan genomföras genom att exempelvis tas upp på hygienombudsträffar, APT och i veckobrev.</p>	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	Årlig uppföljning i kvartal 4 i HSL-ledning samt möte med externa och privata utförare.
Reducera risken för utbrott av smittsam sjukdom genom att arbeta för att utbrott inte sker på enheten	I händelse av utbrott på verksamheten/enheten genomföra händelseanalys och åtgärdsplan utifrån beslutad mall efter utbrott av smittsam sjukdom.	Verksamhetsansvarig chef	Vid misstanke om smitta eller när smitta konstaterats	APT HSL-ledningsmöte 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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 3				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
All personal ska ha grundläggande kunskap om och arbeta enligt BHK	Grundutbildning i BHK som genomförs av samtliga medarbetare vid nyanställning och årligen.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Medarbetarsamtal APT PSB
Alla enheter använder samma metod för att mäta följsamhet till BHK	Nya observatörer genomgår mätutbildning som tillhandahålls av Vårdhygien 2–4 gånger per år innan de påbörjar mätningar i verksamheten.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Följs upp av verksamhetsansvarig chef
Kunna säkerställa trygg och säker vård vid utbrott	Att samtliga verksamhetsansvariga chefer ska ha deltagit i aviserad utbildning för utbrottshantering som tillhandahålls av Vårdhygien.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Områdeschef	Medarbetarsamtal och i enkätform



IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 3				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Hygienombud har utökad kunskap inom hygienområdet för att kunna stödja sina egna enheter	Nya hygienombud ska genomgå utbildning av nya hygienombud som tillhandahålls av vårdhygien 1–2 gånger per år innan de påbörjar uppdraget på enheten.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Verksamhetsansvarig chef
	Minst ett hygienombud per enhet ska delta på de lokala hygienombudsträffarna som anordnas en gång per termin av MAS och Vårdhygien. Därtill tillkommer deltagande i länsgemensamma hygienombudsträffar som tillhandahålls av Vårdhygien en gång per termin.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef och hygienombud	Verksamhetsansvarig chef

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 3				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Alla chefer ska ha utökad kunskap inom vårdhygien för att kunna utföra sitt uppdrag.	Att utbildning inom vårdhygien är en del av introduktionen för nya chefer.	Områdeschef utförare	Under 2026 och därefter löpande om nya chefer tillträder	Följs upp i enkätform
Samtliga medarbetare ska erhålla fortbildning inom vårdhygien för att kunna se en koppling mellan eget arbetssätt och risken för VRI och smittspridning.	Samtlig personal ska genomgå Vårdhygiens utbildningar avseende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Städ rutiner inom kommunal vård- vårdhygieniska aspekter</li> <li>- Skär- och sticksäkerhet</li> <li>- Handskutbildning</li> <li>- Förrådshantering</li> <li>- Magsjuka inom kommunal vård</li> </ul>	Verksamhetsansvarig chef och medarbetare	Senast 2027-10-01	Följs upp i enkätform där den verksamhetsansvariga chefen får ange andel av personal som genomgått respektive utbildning. Enkäten skickas ut i oktober 2027.  Följs även upp i HSL-ledningen under kvartal 4 2026.
Samtliga medarbetare ska ha kunskap och förståelse kring hur de i praktiken utövar basala hygienrutiner och klädregler.	Praktiska genomgångar av användning av skyddsutrustning, inklusive på- och avklädning, samt dialog om när handskar, förkläde och munskydd ska användas.	Verksamhetsansvarig chef och hygienombud	Vid introduktion av ny personal samt årlig genomgång med samtlig personal	Verksamhetsansvarig chef ansvarar för uppföljning, kan exempelvis utföras genom självtester med ultraviolett ljus för att kontrollera handtvätt.

## 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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 4				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Upptäcka infektioner i verksamheten genom infektionsregistreringar	Genomföra månatliga infektionsregistreringar	Särskilda boenden för äldre samt korttidsverksamhet	Verksamhetsansvarig chef samt berörda sjuksköterskor	Månatliga enkäter PSB
Att identifiera och rapportera vårdrelaterade infektioner genom att se dessa som vårdskador	Registrera vårdrelaterade infektioner som avvikelser och säkerställ att de utreds, åtgärdas och återkopplas till medarbetare och berörd patient.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Avvikelsemöten APT HSL-ledningen PSB

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 4				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Minska antalet antibiotikabehandlade infektioner på särskilda boenden för äldre samt korttidsverksamheten	Ta fram åtgärdspaket samt genomför dessa för att uppnå målet.	MAS i samråd med verksamhetsansvariga chefer	Under handlingsplanens tidsperiod år 2026–2027	PSB
Genomföra HALT-mätningar för att stärka registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner i verksamheten.	Årligen delta i HALT enligt nationella riktlinjer, sammanställa resultaten och återkoppla dem till berörda enheter samt vid behov initiera förbättringsåtgärder.	Verksamhetsansvariga chefer	Vid varje nationell HALT-mätning	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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 5				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Samtliga 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 till exempel infektionsregistreringar eller observationsmätningar	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	APT HSL-ledningen PSB
Engagerad ledning och tydlig styrning på alla nivåer för ökad patientsäkerhet	Hygien och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan på samtliga nivåer.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	MAS VC HSL Verksamhetsansvarig chef	PSB HSL-ledningen APT

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 5				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Att det finns en plan för strukturerad implementering på respektive verksamhet	Att varje enhet har en rutin för strukturerad implementering och följer upp följsamheten till den. Enheter med befintlig rutin arbetar enligt denna medan enheter som saknar rutin upprättar en.	Verksamhetsansvarig chef	Rutin ska vara upprättad senast 2026-09-30. Följsamheten följs upp årligen.	APT HSL-ledningen Möte med externa utförare
Involvera patienter och närstående i arbetet för att minska VRI och smittspridning	Informera patienter om hur de kan bidra till minskad smittspridning och VRI	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	Verksamhetsansvarig chef
	Informera drabbade patienter och närstående om VRI	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	Verksamhetsansvarig chef
Involvera patienter och närstående i förbättringsarbeten inom vårdhygienområdet	Patienters och närståendes synpunkter ska utredas och användas i förbättringsarbete	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	Verksamhetsansvarig chef

## 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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 6				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	BHK-mätning genom observationsmätning eller, när det inte är möjligt, självskattning utförs en gång per månad och rapporteras enligt MAS direktiv i Knivsta kommun. Identifierade brister åtgärdas.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	APT HSL-ledning Kvartalsrapport Halvårsrapport PSB
Samtliga verksamheter arbetar systematiskt för att skapa en god hygienisk standard avseende lokaler och utrustning	Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av verksamheten årligen, utom de år när hygienrond görs tillsammans med vårdhygien. Vid identifierade brister upprättas en handlingsplan och med åtgärder som ska genomföras. <a href="#">Checklista vårdhygienisk egenkontroll särskilt boende</a> <a href="#">Checklista vårdhygienisk egenkontroll ordinärt boende</a>	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	PSB

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 6				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Att samtliga enheter kontinuerligt tar del av och använder befintliga rapporter/resultat som underlag för lokala förbättringsarbeten	Använda tillgängliga rapporter exempelvis från BHK, vårdhygieniska egenkontroller, infektionsregistreringar	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	HSL-ledning PSB



## Kärnområde 7: Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Säker bemanning ökar möjligheten att följa rutiner och minskar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 7				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
Samtliga verksamheter har utsedda hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivningen.	Hygienombud utses av chef och ges tid för att arbeta enligt uppdragsbeskrivningen.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Följs upp i enkätform HSL-ledningen Möte med externa utförare
Att ha en tillräcklig bemanning genom att ha en plan för att ta in timvikarier vid behov, exempelvis när kohortvård krävs dygnet runt på grund av magsjuka.	Att det finns en skriftlig planering för när timvikarier kan tas in för att säkerställa tillräcklig bemanning och möjliggöra en god och säker vård, samt att denna planering är känd i på respektive enhet.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	Följs upp i enkätform HSL-ledningen Möte med externa utförare
Utbrott eller misstanke om utbrott ska hanteras enligt gällande riktlinjer.	Verksamhetsansvarig chef som aktivt styr och leder arbetet utifrån gällande riktlinjer/ rutiner för att förhindra smittspridning.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	HSL-ledningen Möte med externa utförare

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 7				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Att det vid en ansträngd bemanning finns en plan för vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras.	Att varje enhet har en skriftlig planering för prioriterade arbetsuppgifter vid kortvarigt ansträngd bemanning och följer upp att denna efterlevs. Enheter med befintlig planering arbetar enligt den, medan enheter som saknar planering upprättar en.	Verksamhetsansvarig chef	Den skriftliga planeringen ska vara upprättad senast 2026-09-30. Följsamheten följs upp årligen.	Följs upp i enkätform APT HSL-ledningen

## 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.

IMPLEMENTERADE AKTIVITETER SOM FÖRVALTAS INOM KÄRNOMRÅDE 8				
Mål	Aktivitet	Verksamhet	Huvudansvar	Uppföljning
God hygienisk standard avseende lokaler och utrustning	Rutinmässig rengöring av medicintekniska produkter, tekniska hjälpmedel, medicinteknisk apparatur samt i lokaler där förvaring av detta sker.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Verksamhetsansvarig chef	APT Protokoll
Vårdhygieniska krav beaktas vid ny- och ombyggnation av vårdlokaler så att en god hygienisk standard uppnås.	Att i ett tidigt skede ta kontakt med Vårdhygien när det planeras för ny- och ombyggnation av vårdlokaler.	Vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden	Områdeschef	

MÅL OCH AKTIVITETER SOM SYFTAR TILL FÖRBÄTTRINGAR INOM KÄRNOMRÅDE 8				
Mål	Aktivitet	Huvudansvar	Tidsplan	Uppföljning
Utrustning uppfyller nödvändiga krav för att kunna bedriva vård med en god hygienisk standard	Rutiner för spol- och diskdesinfektor ska följas	Verksamhetsansvarig chef	Löpande under 2026–2027	Vårdhygienisk egenkontroll

# Uppföljning

Handlingsplanen följs upp årligen inom Vård- och omsorgskontorets hälso- och sjukvårdsledning samt vid möten med externa och privata utförare. Inför revideringen genomförs en enkätbaserad uppföljning som utgör underlag för den kommande revideringen.

Socialnämnden informeras om uppföljningen i samband med revideringen av handlingsplanen, senast i december 2027.

Aktiviteterna i planen följs dessutom upp fortlöpande på enhetsnivå och i hälso- och sjukvårdsledningen under verksamhetsåret. Resultat från vissa aktiviteter redovisas även i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

## Referenser

[Samverkan avseende smittskydd, vårdhygien och hygien i Uppsala län](#)

[Vägledning för vårdhygieniskt arbete – Nationellt system för kunskapsstyrning, hälso- och sjukvård](#)

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

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

[Smittskyddslagen \(2004:168\), Riksdagen.se](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg \(2015:10\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS \(HSLF-FS 2022:44\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(2011:9\)](#)