



Övergripande handlingsplan för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner, VRI

| | | | |
|--|------------------|--|------------------------------|
| Dokumentnamn Övergripande handlingsplan för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner, VRI | | | Dokumenttyp Handlingsplan |
| Fastställt/upprättad 2021-12-16 | Version 3 (3) | Senast reviderad 2023-12-14 | Giltig till 2024-12-31 |
| Dokumentansvarig/processägare Medicinskt ansvarig sjuksköterska | | Beslutsinstans Socialnämnden Knivsta kommun | |
| Dokument gäller för Vård- och omsorgskontoret utförare i egen regi samt utförare i avtal med Socialnämnden inklusive medicinskt ansvariga sjuksköterskor. | | | |
| Dokumentnummer SN-2023/271 | | | |



Bakgrund

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning är en del av det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivarens plan för att förebygga VRI och smittspridning ingår i Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Huvudmännen ansvarar för att det upprättas en övergripande handlingsplan för vårdhygieniska processer och strukturer i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning¹²³.

Syfte

Att tydliggöra ansvar och roller samt mål och aktiviteter för att förebygga smittspridning och VRI.

Ansvar

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård Vård och omsorgskontoret och utförare enligt LOV

Övergripande ansvar för att planen efterlevs
Uppföljningsansvar inom Vård och omsorgskontorets hälso- och sjukvårdsledning

Områdeschef utförare egen regi kommun respektive regionchef privat utförare

Samlat ledningsansvar för underställda chefers arbete med handlingsplanen

Verksamhetsansvarig chef

Implementering av planen i verksamheten
Följsamhet till planen inklusive lokala uppföljningar
Deltar vid kallelse om årlig uppföljning av planen

Medarbetare

Följsamhet till åtgärder i planen

Hygienombud

Bistår verksamhetsansvarig chef att implementera handlingsplanen

¹ Samverkan avseende hygien, vårdhygien och smittskydd i Uppsala län - VIS

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44)

³ Vägledning för vårdhygieniskt arbete – Nationellt system för kunskapsstyrning, hälso- och sjukvård

Uppföljning

Handlingsplanen följs upp årligen i kommunens hälso- och sjukvårdsledningsgrupp med inbjudan till privata utförare i avtal med nämnden.

Socialnämnden informeras om resultatet av de årliga uppföljningarna senast i december.

Aktiviteter i planen följs upp på enhetsnivå och i hälso- och sjukvårdsledning kontinuerligt under verksamhetsåret.

Handlingsplan för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner

| KÄRNOMRÅDE 2: EVIDENSBASERADE STYRANDE OCH STÖDJANDE DOKUMENT | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| Att samtliga medarbetare ska ha kännedom om evidensbaserade styrande och stödjande dokument samt veta var dessa kan hittas | Att all personal har kännedom om: <ul style="list-style-type: none"> - ViS-riktlinjen Samverkan avseende hygien, vårdhygien och smittskydd i Uppsala län - Vårdhygiens dokumentsamling avseende hygienrutiner och smittämnen - Övergripande lokala riktlinjer/rutiner - Lokala rutiner/instruktioner på enheten | Verksamhetsansvarig chef | Senast 1 oktober 2024 | <ul style="list-style-type: none"> - Uppföljning i enkätform under oktober 2024 - Följs upp i HSL-ledningen i november 2024. |
| Reducera risken för utbrott av smittsam sjukdom genom att arbeta för att utbrott inte sker på enheten | Intensifiera information, uppdatera kunskapsläget och ha följsamhet till rutiner angivna i dokument om hygienrutiner för kommunal vård. | Verksamhetsansvarig chef | Vid misstanke om smitta eller när smitta konstaterats | <ul style="list-style-type: none"> - HSL-ledningsmöte - APT |
| | I händelse av utbrott på verksamheten/enheten genomföra händelseanalys och åtgärdsplan efter utbrott av smittsam sjukdom: Händelseanalys för utbrott av smittsam sjukdom (akademiska.se) | | | <ul style="list-style-type: none"> - HSL-ledningsmöte - APT - PSB |

| KÄRNOMRÅDE 3: UTBILDNING OCH TRÄNING | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|--|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| Att se en tydlig koppling mellan eget arbetssätt och risken för VRI och smittspridning | Grundutbildning basala hygienrutiner som upprepas kontinuerligt | Verksamhetsansvarig chef och medarbetare | Vid nyanställning och årligen | <ul style="list-style-type: none"> - Medarbetarsamtal/APT - PSB |
| | Samtlig personal ska genomgå vårdhygiens nya utbildningar avseende: | Verksamhetsansvarig chef och medarbetare | Senast 1 oktober 2024 | <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp i enkätform där den verksamhetsansvariga |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Städ rutiner inom kommunal vård- vårdhygieniska aspekter - Skär- och sticksäkerhet - Handskutbildning - Förrådshantering - Magsjuka inom kommunal vård | | | <p>chefen får ange andel av personal som genomgått samtliga utbildningar. Enkät skickas ut i oktober 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp i HSL-ledningen i november 2024. |
| Kunna säkerställa trygg och säker vård vid utbrott | Att samtliga verksamhetsansvariga chefer ska ha deltagit i aviserad utbildning för utbrottshantering | Områdeschef utförare | Vid erbjudande från vårdhygien | <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp i enkätform - Medarbetarsamtal |
| Att hygienombud ska ha ökad kunskap inom hygienområdet för att kunna stödja sina egna verksamheter | Nya hygienombud ska genomgå vårdhygiens utbildning som är riktad till nya hygienombud innan de får uppdraget på enheten. | Verksamhetsansvarig chef | Vid erbjudande från vårdhygien och då behovet av nya hygienombud finns på enheten. | <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp av verksamhetsansvarig chef |
| | Minst ett hygienombud per enhet ska delta på de lokala hygienombudsträffarna som anordnas en gång per termin av MAS och Vårdhygien. | Verksamhetsansvarig chef och hygienombud | 1 gång per termin efter kallelse från MAS | |
| Alla medarbetare ska ha kunskap och förståelse kring hur man i praktiken utövar basala hygienrutiner och klädregler | Praktiska genomgångar för att öva på att använda skyddsutrustning, exempelvis på- och avklädning av skyddsutrustning. I samband med detta ha en dialog om när det är lämpligt att använda sig av exempelvis, handskar, förkläde, munskydd. | Verksamhetsansvarig chef och hygienombud | Löpande och vid introduktion av ny personal | <ul style="list-style-type: none"> - Verksamhetsansvarig chef ansvarar för uppföljning, kan exempelvis utföras genom självtester med ultraviolett ljus för att kontrollera handtvätt. |

| KÄRNOMRÅDE 4: REGISTRERING OCH ÖVERVAKNING AV VÅRDRELATERADE INFEKTIONER | | | | |
|---|---|---|------------|--|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| Månatliga infektionsregistreringar på särskilda boenden för äldre | Registrera förekomsten av virusorsakade infektioner (influenza och magsjuka), antibiotikaordinerade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridioides difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier i den omfattning som bestämts i riktlinje. ⁴ | Sjuksköterskor på särskilt boende för äldre | Löpande | <ul style="list-style-type: none"> - APT - HSL-ledningsmöten - Årlig sammanställning av vårdhygien - I PSB |
| Att identifiera vårdrelaterade infektioner på enheten | Registrera vårdrelaterade infektioner som en avvikelse samt att dessa utreds, åtgärdas och återkopplas till medarbetare och berörd patient. | Sjuksköterska och enhetschef | Löpande | <ul style="list-style-type: none"> - Avvikelsemöten på enheten - APT - I PSB |

| KÄRNOMRÅDE 5: MULTIMODALT ARBETSSÄTT FÖR IMPLEMENTERING OCH SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE | | | | |
|--|---|--------------------------|------------|--|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| Att det finns en plan för strukturerad implementering | Att det finns en rutin för hur en strukturerad implementering ska ske på enheten. | Verksamhetsansvarig chef | Under 2024 | <ul style="list-style-type: none"> - APT - HSL-ledningsmöten |
| | | | | |

| KÄRNOMRÅDE 6: SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE – MÄTNING OCH UPPFÖLJNING AV STRUKTURER OCH PROCESSER | | | | |
|---|---|--------------------------|---------------------|--|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler | Egenkontroll observationsmätning | Verksamhetsansvarig chef | Månatliga mätningar | <ul style="list-style-type: none"> - APT - HSL-ledningsmöten |
| | Egenkontroll självskattning där observationsmätning inte kan genomföras | | | |

⁴ Samverkan avseende hygien, vårdhygien och smittskydd i Uppsala län - VIS

| | | | | |
|---|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Skapa förutsättning för god hygienisk standard avseende lokaler och utrustning genom att samtliga verksamheter/enheter ska utföra en vårdhygienisk egenkontroll | Utföra vårdhygienisk egenkontroll på verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt insats korttidsplats och särskilt boende enligt SoL och LSS: Checklista vårdhygienisk egenkontroll särskilt boende | Verksamhetsansvarig chef | Årligen | PSB |
| | Utföra vårdhygienisk egenkontroll på verksamheter som bedriver hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt boende: Checklista vårdhygienisk egenkontroll ordinärt boende | Verksamhetsansvarig chef | Årligen | PSB |
| | Vid identifierade brister i den vårdhygieniska egenkontrollen upprätta handlingsplan. | Verksamhetsansvarig chef | Vid behov när brister identifierats | Planeras in och utförs av chef |

| KÄRNOMRÅDE 7: BEMANNING, ARBETSBELASTNING OCH BELÄGGNINGSGRAD | | | | |
|--|--|--------------------------|--|---|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | Uppföljning |
| Att ha en tillräcklig bemanning genom att ha en plan för att ta in timvikarier vid behov | Att det ska finnas en skriftlig planering för när timvikarier vid behov kan tas in för att uppnå en tillräcklig bemanning och kunna bedriva en god och säker vård. | Verksamhetsansvarig chef | Ska vara upprättad senast 1 oktober 2024 | <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp i enkätform - HSL-ledningen i november 2024. |
| | Att ovanstående planering är känd på enheten. | | | |
| Att det vid en ansträngd bemanning finns en plan för vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras | Att det finns en skriftlig planering för vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras som kan användas under en ansträngd bemanningssituation under en kortare, begränsad tidsperiod. | Verksamhetsansvarig chef | Ska vara upprättad senast 1 oktober 2024 | <ul style="list-style-type: none"> - Följs upp i enkätform - HSL-ledningen i november 2024. |

| KÄRNOMRÅDE 8: LOKALER OCH UTRUSTNING | | | | |
|---|--|---------------------------|-------------|-------------|
| Mål | Strategi/Aktivitet | Huvudansvar | När | 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. ⁵ | Chef för verksamhet/enhet | Regelbundet | APT |
| Att 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. | Områdeschef | När så sker | |

⁵ Rengöring av medicintekniska produkter, tekniska hjälpmedel och medicinteknisk apparatur (vardhandboken.se)