

Vägledning för vårdhygieniskt arbete

Hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen.

Vägledning för vårdhygieniskt arbete

Hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen.

Vägledningen är utarbetad av nationell arbetsgrupp vårdhygien på uppdrag av nationell samverkansgrupp patientsäkerhet. Dokumentet har genomgått remisshantering enligt rutin inom nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Tabell 1. Versionshistorik

Version	Viktigaste förändringar
2.1	<ul style="list-style-type: none">• Patienters och närståendes roll som aktiva medskapare har lyfts fram tydligare.• Beskrivningen av multimodalt arbetssätt enligt WHO:s modell (område 5), har justerats för att förtydliga att de olika delarna förhåller sig likvärdigt till varandra.• Texter har setts över och mindre redaktionella justeringar har gjorts.• Referenser har kontrollerats och uppdaterats.

Innehållsförteckning

Vägledning för vårdhygieniskt arbete	2
Inledning.....	5
Syfte	5
Mål.....	6
Problemområdet	6
Författningsstöd	6
Hälsa- och sjukvårdslagen, 5 kap.	7
Tandvårdslagen	7
Patientsäkerhetslagen, 3 kap.	7
Smittskyddslagen, 2 kap.	7
Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg	7
Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.....	8
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS	8
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 4 kap.	8
Aktörer och roller i den övergripande arbetsfördelningen inom regionernas och kommunernas vård och omsorg	9
Förutsättningar.....	10
Makronivå.....	10
Mesonivå	10
Mikronivå.....	10
Individnivå	10
Aktiviteter – ”Hur når vi dit”	11
1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.....	13
2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument	15
3. Utbildning och praktisk träning	16
4. Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner.....	17
5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete	18
6. Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer	20
7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad.....	22

8. Lokaler och utrustning	23
Referenser	25
Appendix 1 – Checklistor	29
Appendix 2 – Uppdraget & definitioner	37
Appendix 3 – Nationella aktörer	39

Inledning

Denna vägledning är ett kunskapsstöd för vårdhygieniskt arbete. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen.

God vårdhygien är en avgörande del av god patientsäkerhet. Kunskapsstödet vägleder huvudmän och vårdgivare i deras agerande för att skapa god vårdhygien inom det större arbetet med patientsäkerhet.

Vägledningen är utarbetad av nationell arbetsgrupp vårdhygien på uppdrag av nationell samverkansgrupp patientsäkerhet. Dokumentet har innan det fastställts genomgått remisshantering enligt rutin inom nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Vägledningen riktar sig till dem som ansvarar för hälso- och sjukvård och tandvård som huvudman och/eller bedriver hälso- och sjukvård eller tandvård som vårdgivare.

Vägledningen riktar sig även till dem som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387) vilka omfattas av de föreskrifter som är styrande inom det vårdhygieniska området, exempelvis SOSFS 2015:10 (basal hygien i vård och omsorg), HSLF- FS 2022:44 (Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS) och SOSFS 2011:9 (ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

I vägledningen används begreppet ”vård och omsorg” för de verksamheter som omfattas enligt beskrivningarna ovan.

Vägledning för vårdhygieniskt arbete bygger på WHO:s evidensbaserade åtgärder inom det vårdhygieniska området, relevanta författningar, SKR:s identifierade framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard (1-3).

Vägledningen beskriver förutsättningar och aktiviteter på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ inom de åtta områden som WHO har identifierat som nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete.

De nationella aktörerna – SKR, statliga myndigheter, Inera, högskolor och universitet, forskningsråd, intresse- och professionsföreningar – är inte operativa inom vård och omsorg, men spelar en viktig roll för att vård och omsorg uppnår nationell samordning och likvärdighet (4-7). Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har genom sina instruktioner från regeringen båda en nyckelroll inom patientsäkerhet och vårdhygien (se vidare [Appendix 3](#)).

Syfte

Syftet är att vägleda verksamheter på alla nivåer i hur de säkerställer ett systematiskt, kunskapsbaserat och likvärdigt vårdhygieniskt arbete.

Mål

Målet för vägledningen är att bästa kunskap om vårdhygien finns tillgänglig och används i varje möte med patient och brukare, så att varje person vid varje kontakt med vård och omsorg möter en verksamhet med en god hygienisk standard där risker för smittspridning och vårdrelaterade infektioner har minimerats.

Problemområdet

Vårdrelaterad infektion är den vanligaste typen av vårdskada i Sverige. Vid upprepade journalgranskningar har SKR sett att vårdrelaterade infektioner utgör omkring en tredjedel av alla vårdskador inom den slutna somatiska vården för vuxna (8). Vid en fördjupad analys har Socialstyrelsen visat att närmare 60 % av dessa skador leder till fortsatt vård inom den öppna eller slutna vården, och att knappt 5 % leder till permanenta skador, livsuppehållande åtgärder eller död (9). Inom särskilda boenden för äldre har upprepade punkt-prevalensmätningar visat att cirka 1,5 % av de boende har en vårdrelaterad infektion. Mätningarna visar också att förekomsten av riskfaktorer för vårdrelaterad infektion (urinkateter, trycksår och andra sår) har ökat mellan 2015–2024 (10). Vårdrelaterade infektioner leder till ökad antibiotikaanvändning vilket ökar risken för utveckling av antibiotikaresistens.

Covid-19-pandemin visade tydligt att brister i vårdhygieniska rutiner och beredskap kan få omfattande konsekvenser, särskilt inom äldreomsorg och andra miljöer där personer med ökad sårbarhet finns. Pandemin underströk behovet av ett robust, långsiktigt och samordnat arbete för att förebygga smittspridning både i vardagen och inför framtida epidemier eller pandemier (11, 12).

Genom att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning minskar behovet av antibiotika och därmed även risken för att utveckla antibiotikaresistens. Det leder till minskat lidande för patienten och lägre kostnader för vården (13).

Problemet med vårdrelaterade infektioner är globalt, vilket gjorde att WHO år 2016 beslöt att sammanställa de evidensbaserade åtgärder som bör ingå i ett nationellt program för att minska vårdrelaterade infektioner och gruppera dessa inom åtta områden ("core components") (1). De åtta områdena är desamma i alla länder, men programmets nationella utformning måste ta hänsyn till det enskilda landets styrning av vården och landets vårdstruktur. Svensk vård och omsorg har resurser att åstadkomma det som WHO beskriver som fulla krav ("full requirements") beträffande vårdhygienisk standard (14).

År 2014 genomförde SKR (dåvarande SKL) en studie av arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner i 16 svenska regioner (då landsting). Genom studien identifierades åtta framgångsfaktorer för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Dessa beskriver huvudsakligen förutsättningar för framgångsrik implementering (2). De framgångsfaktorer som SKR identifierade är desamma som WHO:s områden.

Författningsstöd

Det vårdhygieniska arbetet har stöd i hälso- och sjukvårdslagen (2023:191), tandvårdslagen (1985:125), patientsäkerhetslagen (2010:659), smittskyddslagen (2004:168),

Socialstyrelsens föreskrifter (2015:10) om basal hygien i vård och omsorg, Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (2011:12), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla kraven i befintliga författningar genom åtgärder på alla vårdnivåer.

Hälsa- och sjukvårdslagen, 5 kap.

1 § Hälsa- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard.

2 § Där det bedrivs hälsa- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Tandvårdslagen

3 § Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder.

4 a § Där det bedrivs tandvårdsverksamhet skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

Patientsäkerhetslagen, 3 kap.

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Smittskyddslagen, 2 kap.

4 § Läkare och annan hälsa- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt.

Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas i verksamhet som omfattas av

1. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
2. tandvårdslagen (1985:125), och
3. lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.

2 § I verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser

1. hemtjänst i ordinärt boende, eller
2. sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL.

3 § I verksamhet som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre

Den personal som omfattas av dessa allmänna råd bör, som minst, ha följande kunskaper och förmågor

- kunskap om basal hygien och om att förhindra smitta och smittspridning samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

6 § Den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i

1. att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten, och
2. basal hygien med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 4 kap.

6 § Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Aktörer och roller i den övergripande arbetsfördelningen inom regionernas och kommunernas vård och omsorg

[Socialstyrelsen](#) beskriver vilka aktörer som finns i svensk hälso- och sjukvård, deras ansvar och roller:

- Regioner och kommuner ansvarar för att erbjuda en god vård
- Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar
- Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för en verksamhet

I detta dokument har aktörer inom vård och omsorg nivågrupperats enligt nedan (för ytterligare information om nivåer samt definitioner enligt Socialstyrelsens termbank (se [Appendix 2](#))).

- **Makronivå:** Huvudman, det vill säga den politiska nämnd som styr över hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg i regionen eller kommunen och nämndens tillhörande förvaltning.
- **Mesonivå:**
 - Vårdgivare, samt den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.
 - Verksamhetschef
- **Mikronivå:** Medarbetare och chef på enhetsnivå
- **Individnivå:** Patient, brukare och dess närstående

Förutsättningar

Här beskrivs de nödvändiga förutsättningarna inom vård och omsorg för vart och ett av de åtta områdena på de fyra nivåerna makro, meso, mikro och individ för att målet för vägledningen ska uppnås. Förutsättningarna gäller såväl beslut som struktur och process, och följer Socialstyrelsens beskrivning av roller och ansvar inom Samlat stöd för patientsäkerhet samt Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet (4, 5). Handlingsplanen ger en struktur för arbete med patientsäkerhet för hela hälso- och sjukvården utifrån visionen "God och säker vård, överallt och alltid" och det övergripande målet "Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

Makronivå

Huvudmannen har det övergripande ansvaret för att en god och säker vård och omsorg ges och säkerställer att kvaliteten följs upp hos alla vårdgivare och de delar av socialtjänsten som omfattas av vägledningen.

Mesonivå

Vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att vården och omsorgen följer de förordningar som är tillämpliga inom det vårdhygieniska området.

Vårdgivaren, och den som bedriver omsorg, ansvarar för att genomföra och rapportera måluppfyllelse och genomförda aktiviteter visavi samtliga åtta områden i huvudmannens handlingsplan.

Vårdgivaren, och i vissa delar den som bedriver omsorg, ansvarar för att vårdhygien är integrerat i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vårdgivaren, och i vissa delar den som bedriver omsorg, planerar, leder och kontrollerar verksamheterna så att kraven på en god hygienisk standard uppfylls.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att vård med en god hygienisk standard ges till varje patient och brukare.

Mikronivå

Medarbetare och chefer inom vård och omsorg ansvarar för att kontinuerligt tillägna sig uppdaterad kunskap om hur de kan förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. De ansvarar också för att använda kunskapen i varje möte med patient och brukare.

Individnivå

Patienten/brukaren och dess närstående ges möjlighet att delta i arbetet med att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter – ”Hur når vi dit”

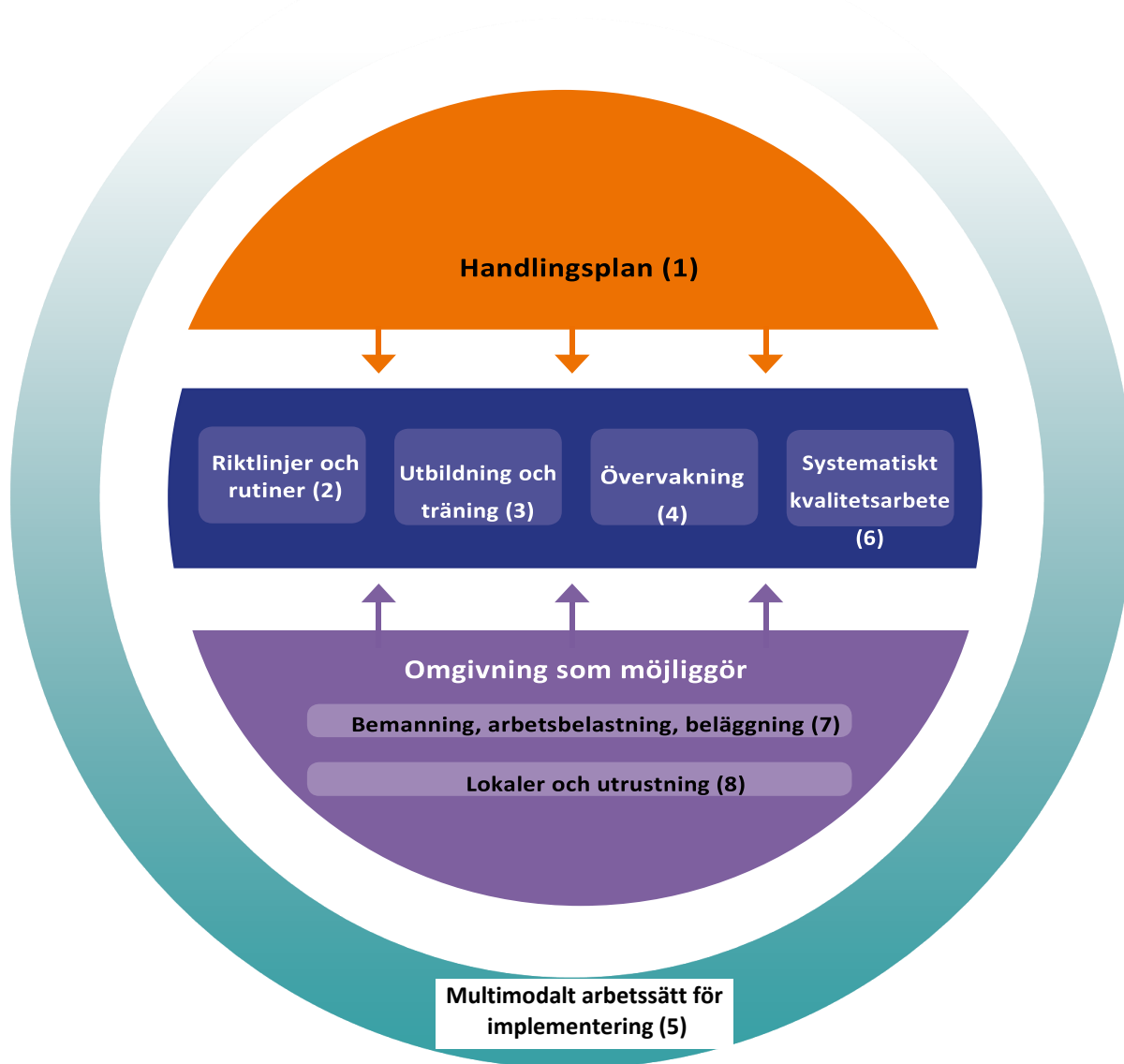
Detta avsnitt beskriver evidensbaserad kunskap och aktiviteter inom de åtta områden som identifierades av WHO. I Figur 1 visas hur de olika områdena samverkar till en helhet.

Inom varje område finns konkreta aktiviteter på varje nivå (makro, meso, mikro, individ). För aktiviteterna på nivåerna makro och meso finns det dessutom checklistor i [Appendix 1](#).

Områden:

1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning
2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument
3. Utbildning och träning
4. Övervakning och registrering av vårdrelaterade infektioner
5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete
6. Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer
7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad
8. Lokaler och utrustning

Figur 1. Visuell presentation av de 8 områdena i Vägledning för vårdhygieniskt arbete som visar hur dessa samverkar.



Figuren är en svenskspråkig version av den figur som används i Interim Practical manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control programmes (World Health Organization 2017).

1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

En handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning är en del av det övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Handlingsplanen samordnas i relevanta delar med planer och strategier kopplade till patientsäkerhet och Strama.

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.

Makronivå

Huvudmannen fastställer och uppdaterar en övergripande handlingsplan med målet att vårdgivarnas strukturer och processer är effektiva för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Handlingsplanen inkluderar de aktiviteter som beskrivs under område 2–8 och uppföljning av dessa hos samtliga vårdgivare. Huvudmannen säkerställer att alla vårdgivare ges tillgång till vårdhygienisk expertis organiserad inom en vårdhygienisk enhet samt tillgång till mikrobiologiskt laboratorium. Med vårdhygienisk expertis avses enligt Socialstyrelsens definition inte en enskild person utan en expertgrupp där relevanta kunskapsområden finns representerade (1). Expertgruppens storlek och sammansättning ska vara tillräcklig utifrån geografiskt upptagningsområde och utifrån de vårdgivare som ska ges expertstöd (vårdens innehåll, organisation och bemanning). För att den vårdhygieniska expertisen ska kunna stödja vårdgivarna i deras kvalitetsarbete krävs att deras uppdrag och mandat är formaliserat av huvudmannen.

Mesonivå

Vårdgivaren upprättar en plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning med tydliga mål utifrån den regionala eller kommunala handlingsplanen. Vårdgivarens plan ingår i Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och innehåller aktiviteter inom områdena 2–8.

Vårdgivaren säkerställer att verksamheterna har tillgång till vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem.

Verksamhetschefen ansvarar för följsamheten till vårdgivarens handlingsplan såväl beträffande implementering som uppföljning av de förebyggande åtgärderna och tillhandahåller material samt organisatoriskt och administrativt stöd för det vårdhygieniska förbättringsarbetet.

Mikronivå

Enhetschef och medarbetare har kännedom om vårdgivarens handlingsplan, inklusive mål och aktiviteter, för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Enhetschef och medarbetare tillämpar ett proaktivt arbetssätt som identifierar situationer med hög risk för infektion, smitta och smittspridning och anpassar åtgärder och planering för att minimera risker. Åtgärder, rutiner och riktlinjer för att förebygga vårdrelaterade

infektioner och smittspridning ses som självklara av samtliga och kulturen tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser.

Medarbetarna ser en tydlig koppling mellan sitt eget agerande och risken för spridning av smitta och uppkomsten av vårdrelaterade infektioner.

Individnivå

Patienten/brukaren och dess närstående ges möjlighet att ta del av och bidra i utformandet av vårdgivarens handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Att det finns nedskrivna vårdhygieniska riktlinjer är en av de viktigaste faktorerna för att nå framgång i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Det är viktigt att riktlinjerna är evidensbaserade och att de implementeras (1–5). För att lyckas med implementeringen kan riktlinjerna behöva anpassas till rutiner på lokal nivå.

Makronivå

Huvudmannen säkerställer att uppdaterade vårdhygieniska riktlinjer – baserade på nationella föreskrifter, rekommendationer, standarder och kunskapsunderlag – finns tillgängliga och görs kända hos samtliga vårdgivare. Riktlinjerna utarbetas av huvudmannen i samråd med vårdhygienisk expertis och fastställs av huvudmannen. De vårdhygieniska riktlinjerna gäller såväl diagnostik, behandling och omvårdnad som lokaler och utrustning. Följsamhet till riktlinjerna följs upp hos samtliga vårdgivare och om följsamheten brister vidtar huvudmannen lämpliga åtgärder.

Mesonivå

Vårdgivaren, och i vissa delar den som bedriver omsorg, och dess verksamhetschefer ansvarar för att medarbetare och vårdhygienisk expertis är involverade i att ta fram, utveckla och anpassa lokala rutiner baserade på huvudmannens riktlinjer samt att de uppdaterade lokala rutinerna finns tillgängliga för alla medarbetare.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns vårdhygieniska rutiner riktade till patienter/brukare och deras närstående.

Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp att rutinerna följs och vidta åtgärder om de inte följs.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att medarbetarna har tillgång till och tar del av gällande vårdhygieniska rutiner.

Individnivå

Patienten/brukaren och dess närstående är informerade om de vårdhygieniska rutiner som finns i verksamheten och de rutiner som de själva förväntas följa för att förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

3. Utbildning och praktisk träning

Utbildning inom ämnesområdet vårdhygien leder till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner och förbättrad följsamhet till handhygien. Därför ges all vård- och omsorgspersonal sådan utbildning. Utbildning och praktisk träning verksamhetsanpassas och följs upp på den egna arbetsplatsen. På verksamhetsnivå bör undervisningen vara team- och uppgiftsbaserad (1–3).

Makronivå

Huvudmannen säkerställer att all vård- och omsorgspersonal får återkommande fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien. Även de vårdhygieniska experterna vid regionernas vårdhygieniska enhet får resurser för specialistutbildning och återkommande fortbildning inom ämnet vårdhygien (3–5).

Mesonivå

Vårdgivaren, och i vissa delar den som bedriver omsorg, och dess verksamhetschefer ansvarar för att vård- och omsorgspersonalen har tillgång till fortlöpande utbildning inom ämnesområdet vårdhygien. Ledningen för servicepersonal (till exempel lokalvårdare och vårdnära service) ansvarar för att även deras medarbetare får en basal vårdhygienisk utbildning. Nationella vårdhygieniska kunskapsstöd utgör vägledning för den verksamhetsanpassade utbildningen och träningen. Undervisningen ges i samarbete med vårdhygienisk expertenhet (2–4).

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att medarbetarna genomgår den utbildning och träning i vårdhygien som erbjuds inom organisationen. Alla medarbetare inom vård och omsorg samt servicepersonal ansvarar själva för att delta i utbildning och träning inom det vårdhygieniska området. Undervisningen, med mätning av kunskapsnivån, och återkoppling av genomförandet, bör följas upp (3, 4).

Individnivå

Patienten/brukaren och dess närstående informeras muntligt och skriftligt om hur de genom egna förebyggande åtgärder kan bidra till att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner (6, 7). De ges också möjlighet att bidra med sina erfarenheter och perspektiv i samband med att utbildning och träningsmoment utformas.

4. Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner

Systematisk övervakning av vårdrelaterade infektioner på olika nivåer leder till minskning av denna infektionstyp. Det är betydelsefullt med tidig återkoppling av resultat för att kunna vidta effektiva åtgärder (1–3).

Vårdrelaterade infektioner övervakas på regional och lokal nivå genom ett sammanhängande, robust system med möjlighet till återkoppling på varje nivå. Systemet kan följa patientens väg genom vården och det är möjligt att utbyta information mellan huvudmän, vårdgivare och vårdnivåer, till exempel mellan kommun och region, primärvård och specialiserad vård.

Makronivå

Huvudmannen säkerställer att alla vårdgivare har teknisk möjlighet att använda ett nationellt registreringsystem för vårdrelaterade infektioner, och följer upp att sådan användning sker. Huvudmannen övervakar förekomsten av vårdrelaterade infektioner på regional respektive kommunal nivå.

Mesonivå

Vårdgivaren ansvarar för att använda det nationella registreringsystem för vårdrelaterade infektioner som huvudmannen har fattat beslut om. Registrering av vårdrelaterade infektioner är en del av egenkontrollen i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vårdgivaren och dess verksamhetschefer ansvarar för att registreringen fångar upp alla infektioner som är relaterade till verksamhetens diagnostik, behandling och omvårdnad under eller efter varje patients vårdtillfälle eller vårdkontakt.

Verksamhetschefen ansvarar för att skapa en struktur för återkoppling av resultaten från infektionsregistreringen till medarbetarna, liksom en struktur för kvalitetssäkring av data.

Verksamhetschefen ansvarar för att resultaten analyseras fortlöpande och kopplas till förbättringsåtgärder som beskrivs i vårdgivarens plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare som arbetar med diagnostik, behandling och omvårdnad regelbundet får återkoppling av relevanta resultat från infektionsregistreringen och möjlighet att diskutera dessa.

Individnivå

Patienten och dess närstående kan ta del av resultaten från verksamhetens registrering av vårdrelaterade infektioner.

5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

Det ska finnas strukturer och förutsättningar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning (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. Eftersom vårdrelaterade infektioner beror på flera samverkande orsaker sker implementeringen bäst genom ett så kallat "multimodalt arbetssätt" (1–5).

De åtgärder som ingår i ett multimodalt arbetssätt grupperas av WHO till fem områden (Figur 2). För en lyckad implementering behöver hänsyn tas till alla fem områden parallellt. Inom respektive område vidtas nödvändiga åtgärder, utifrån de förutsättningar som gäller i det lokala sammanhanget (3).

Figur 2. Åtgärder som ingår i ett multimodalt arbetssätt. (Anpassning av WHO:s original).



Makronivå

Huvudmannen säkerställer att evidensbaserad implementering och systematiskt förbättringsarbete sker hos alla vårdgivare (6).

Mesonivå

Vårdgivaren beskriver fokusområden för förbättring av vårdhygienisk standard i sin handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Fokusområden väljs ut baserat på identifierade problemområden som fångats upp i infektionsregistrering och andra mätningar.

Vårdgivaren ansvarar för att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att implementering och systematiskt förbättringsarbete kan genomföras genom ett multimodalt arbetssätt.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personella resurser med adekvat utbildning i implementeringsarbete tillgängliga för verksamheterna.

Verksamhetschefen väljer ut ett eller flera fokusområden i vårdgivarens handlingsplan, där man ska tillämpa ett strukturerat multimodalt arbetssätt för implementering och säkerställer att det finns skriftliga åtgärds paket och checklistor för dessa fokusområden.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att det bland medarbetarna finns utsedda funktioner eller personer som är ansvariga för lokaler och medicinteknisk utrustning.

Enhetschefen ansvarar för att det bland medarbetarna finns utsedda utbildningsansvariga funktioner eller personer med implementerings- och förbättringskunskap med uppdrag att utbilda och träna personal i åtgärds paket för att minska risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Enhetschef och medarbetare genomför regelbundet kampanjer för att hålla frågan om en god hygienisk standard levande.

Individnivå

Patienten och dess närstående involveras i enhetens förbättringsarbete genom att de informeras om enhetens arbetssätt och resultat inom dessa områden och ges möjlighet att komma med förslag på förbättringar (7).

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 (1).

Regelbunden mätning och utvärdering i kombination med regelbunden återkoppling (individuellt eller i team eller per enhet) är ett sätt att undersöka om en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter, och därmed säkerställa att patientsäkerhet och en god hygienisk standard upprätthålls (1, 3).

Makronivå

Huvudmannen samlar regelbundet in resultat från uppföljning av hygienisk standard hos samtliga vårdgivare inom huvudmannens geografiska område.

Huvudmannen säkerställer att det finns tillgång till vårdhygienisk expertis som utgör stöd för att löpande värdera den hygieniska standarden, både för befintliga vårdgivare liksom inför start av nya verksamheter (2, 3).

Huvudmannen säkerställer att patienten och dess närstående på ett enkelt sätt kan framföra synpunkter och klagomål på vårdskador i form av vårdrelaterade infektioner samt brister i förebyggande arbete för att förhindra smitta (4).

Mesonivå

Vårdgivaren och verksamhetschefen utövar egenkontroll av hygienisk standard, det vill säga följer systematiskt upp och utvärderar verksamheten och kontrollerar att den bedrivs enligt processer och rutiner inom vårdhygienområdet som ingår i ledningssystemet (5).

Vårdgivaren och verksamhetschefen utför riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att oönskade händelser kopplade till bristande hygienisk standard skulle kunna inträffa.

Vårdgivaren och verksamhetschefen tar som en del i det systematiska förbättringsarbetet fram handlingsplaner utifrån resultat av mätningar och utvärdering, samt vidtar åtgärder (1).

Vårdgivaren säkerställer att vårdhygienisk expertis medverkar som stöd i det systematiska kvalitetsarbetet gällande till exempel riskanalys och värdering av hygienisk standard.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att arbetssättet för att mäta och utvärdera hygienisk standard är väl förankrat, samt tydligt och lättförståeligt för medarbetare.

Enhetschefen ger återkoppling till granskade personer och berörd personal.

Förbättringsarbetet genomförs på ett sätt som främjar en "icke-bestrafande kultur" med fokus på resultat av mätningar och inte på den enskilda medarbetaren. Verksamheten utvecklas och är en lärande organisation med ett patientsäkert och riskmedvetet arbetsklimat.

Om vårdrelaterade infektioner och brister i vårdhygieniskt arbete uppstår, som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits, ska dessa händelser analyseras, utredas och åtgärdas som en del i det systematiska kvalitetsarbetet (1).

Individnivå

Patienten och dess närstående får information om mätningar samt om resultat och åtgärder som vidtas i verksamhetens förbättringsarbete (6).

Patienten och dess närstående bidrar genom att uppmärksamma vårdgivaren på att vårdrelaterad infektion har uppstått, samt på iakttagna brister i arbetet för att förhindra smitta (4, 6).

7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Rätt 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 (1–8).

Makronivå

Huvudmannen säkerställer att vårdgivarnas resurser är tillräckliga avseende personal (bemanning och kompetens) för att upprätthålla god hygienisk standard i förhållande till vårdtyngd, vårdlokaler samt verksamhetens innehåll och komplexitet.

Huvudmannen säkerställer att slutna sjukhusvård respektive kommunal korttidsvård, där det bedöms lämpligt ur ett helhetsperspektiv för patienten, sker i enkelrum med tillhörande hygienutrymme.

Mesonivå

Vårdgivaren och dess verksamhetschefer ansvarar för att överbeläggningar och utlokaliserade patienter inte förekommer inom den slutna vården. Om överbeläggningar inte går att undvika anpassas verksamhetens arbetssätt för att minimera att kompetensnivån sänks.

Verksamhetschefen ansvarar för att bemanningen och personalens kompetens är tillräcklig för att ge medarbetarna tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har tid och möjlighet att informera patienter och närstående om de åtgärder som de själva kan vidta för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Individnivå

Patienter/brukare och deras närstående ser och upplever att medarbetarna har tid och möjlighet att tillämpa de åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

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 och smittspridning blir så liten som möjligt. Detta innefattar förutom hygienkrav på lokaler där verksamhet redan bedrivs, också att vårdhygieniska krav beaktas vid om- och nybyggnation av lokaler. Ventilationen i vissa lokaler utformas och specialanpassas så att risken för luftburen smitta minimeras (1–5).

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 (6–7).

Medicintekniska produkter och annan utrustning ska uppfylla kraven i förordningar och standarder liksom vedertagna renhetsgrader utifrån användningsområde. Detsamma gäller medel, metoder och apparatur för desinfektion och sterilisering (8–11).

Makronivå

Huvudmannen säkerställer att lokaler som används för vård och omsorg är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten som bedrivs där samt att de är utformade för att motstå negativa effekter av till exempel hög temperatur och hög luftfuktighet.

Huvudmannen säkerställer att vårdhygieniska krav ställs i upphandlingar av medicintekniska produkter och vissa tjänster som är tillgängliga för vårdgivarna och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga.

Huvudmannen säkerställer att vårdhygieniska krav ställs vid ny- och ombyggnation av lokaler för vård och omsorg och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga.

Mesonivå

Vårdgivaren ansvarar för att vård och omsorg och deras serviceverksamheter – exempelvis desinfektion och sterilisering, städning och laborieverksamhet – bedrivs i lokaler som är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten och att vårdhygienisk expertis medverkar vid bedömning av lokalerna.

Vårdgivaren ansvarar för att vattenförsörjning säkras och god övervakning och åtgärdsplan finns avseende att förebygga infektioner med Legionella och andra vattenburna mikroorganismer.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns tillgång till medel, metoder och apparatur för rengöring, desinfektion och sterilisering av utrustning.

Vårdgivaren ansvarar för att lokaler avsedda för vård och omsorg rengörs enligt nationella riktlinjer.

Vårdgivaren ansvarar för att nationella regelverk avseende avfallshantering följs.

Verksamhetschefen ansvarar för att medarbetarna i det dagliga arbetet har förutsättningar för att följa föreskriften Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) samt har tillgång till personlig skyddsutrustning.

Mikronivå

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare följer vårdgivarens rutiner för rengöring och desinfektion av utrustning och lokaler, förrådshantering, sanitet, avfallshantering samt textil- och tvätthantering.

Individnivå

Lokaler där vård och omsorg bedrivs är utformade och utrustade så att patienter/brukare och deras närstående har förutsättningar att utföra handhygien och andra åtgärder för att förhindra smittspridning och förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

Referenser

Inledning, problemområdet

1. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. World Health Organization 2016. ISBN 978-92-4-154992-9.
2. Vårdrelaterade infektioner - framgångsfaktorer som förebygger. SKL 2014. ISBN 978-91-7585-109-9.
3. [Vårdhygien](#). Socialstyrelsen 2025. (hämtad 2025-09-18)
4. [Samlat stöd för patientsäkerhet. Roller och ansvar](#). Socialstyrelsen 2022. (hämtad 2022-03-19)
5. [Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030](#). Socialstyrelsen 2025. (hämtad 2025-09-18)
6. [Förordning \(2021:248\) med instruktion för Folkhälsomyndigheten](#). (hämtad 2022-03-19)
7. [Tvärsektoriell handlingsplan mot antibiotikaresistens 2021–2025](#). Folkhälsomyndigheten, 2021. (hämtad 2025-09-18)
8. Vårdrelaterade infektioner (VRI) – Kunskap, konsekvenser, kostnader. SKL 2017. ISBN 978-91-7585-475-5.
9. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Socialstyrelsen 2019. Artikelnummer 2019-4-3.
10. [Infektioner och antibiotika på särskilt boende](#). En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2024. Folkhälsomyndigheten 2025. Artikelnummer 25071.
11. SOU 2022:10. Sverige under pandemin – slutbetänkande. Coronakommissionen 2022. ISBN 978-91-525-0333-1
12. [Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19 – Undersökning av behov av föreskrifter](#). Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Rapportnr: 2020-9-6938.
13. [Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035](#). Regeringen 2025. (Hämtad 2025-11-26)
14. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization 2019. ISBN 978-92-4-151694-5.

Område 1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

1. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2021. Artikelnummer 2021-8-7509.

Område 2. Evidensbaserade styrande och stödande dokument

1. Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's hand hygiene guideline and impact on infection rates. Am J Infect Control. 2007;35(10):666–75.

2. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Effect of education and performance feedback on rates of catheter-associated urinary tract infection in intensive care units in Argentina. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25(1):47–50.
3. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *Am J Infect Control.* 2005;33(7):392–7.
4. Rubinson L, Wu AW, Haponik EE, Diette GB. Why is it that internists do not follow guidelines for preventing intravascular catheter infections? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26(6):525–33.
5. Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. *Heart Lung.* 2007;36(4):287–97

Område 3. Utbildning och träning

1. [Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035](#). Regeringen 2025. (Hämtad 2025-11-26)
2. [Infection Prevention and Control Assessment Framework at the Facility Level](#). World Health Organization 2018. (hämtad 2021-06-20)
3. [Infection prevention and control in-service education and training curriculum](#). World Health Organization 2024. (Hämtad 2025-09-18)
4. [Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner](#). Socialstyrelsen 2021. Artikelnummer: 2021-8-7509.
5. Core competencies for infection prevention and control professionals. World Health Organization. 2020. ISBN 978-92-4-001166-3.
6. [Hand Hygien Promotion in Health Care, Tips for patients](#). World Health Organization 2013. (hämtad 2021-06-21)
7. [Vårdhygien](#). Socialstyrelsen 2025. (hämtad 2025-09-18)

Område 4. Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner

1. Marchi M, Pan A, Gagliotti C, Morsillo F, Parenti M, Resi D, et al. The Italian national surgical site infection surveillance programme and its positive impact, 2009 to 2011. *Euro Surveill.* 2014;19(21).
2. Palumbo AJ, Loveless PA, Moll ME, Ostroff S. Evaluation of healthcare-associated infection surveillance in Pennsylvania hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012;33(2):105–11.
3. Mitchell BG, Russo PL. Preventing healthcare-associated infections: the role of surveillance. *Nurs Stand.* 2015 Feb 10;29(23):52–8.

Område 5. Multimodalt arbetsätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

1. [Interim practical manual: supporting national implementation of the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes.](#) World Health Organization 2017.
2. [Improving infection prevention and control at the health facility: an interim practical manual.](#) World Health Organization 2018.
3. [WHO Multimodal Improvement Strategy.](#) World Health Organization 2009. (hämtad 2021-06-21)
4. [Från nyhet till vardagsnytta -om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 3.0.](#) Folkhälsomyndigheten 2023.
5. [Checklista för implementering med kvalitet.](#) Folkhälsomyndigheten 2023.
6. [Om implementering. Socialstyrelsen](#) 2012. ISBN 978-91-87169-37-3
7. [En lärande organisation – lära av positiva och negativa händelser.](#) Socialstyrelsen 2024. (Hämtad 2025-11-05)
8. [Patientens delaktighet.](#) Socialstyrelsen 2025. (Hämtad 2025-11-05)

Område 6. Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen, 2025. [Senaste internetversion \(konsoliderad form\).](#) (Hämtad 2025-12-04)
2. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-86885-11-3.
3. [Vårdhygien.](#) Socialstyrelsen 2025. (hämtad 2025-09-18)
4. [När en patient har synpunkter eller klagomål.](#) Socialstyrelsen 2024. (Hämtad 2025-11-05)
5. [Vårdhygienisk egenkontroll för slutenvård och primärvård.](#) SFVH 2025. (hämtad 2025-09-18)
6. [Patientens delaktighet.](#) Socialstyrelsen 2025. (Hämtad 2025-11-05)

Område 7. Bemanning, arbetsbelastning och belägningsgrad

1. Blatnik J, Lesnicar G. [Propagation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus due to the overloading of medical nurses in intensive care.](#) J Hosp Infect. 2006;63(2):162–6.
2. Borg MA. [Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings - ScienceDirect.](#) J Hosp Infect. 2003;54(4):316–8.
3. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet - Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen, 2018. ISBN 978-91-7555-447-1

4. Virtanen M, Kurvinen T, Terho K, Oksanen T, Peltonen R, Vahtera J, et al. [Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients - PubMed \(nih.gov\)](#). Med Care. 2009;47(3):310–8.
5. Hugonnet S, Uckay I, Pittet D. [Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia \(pdf\)](#). Crit Care. 2007;11(4):R80.
6. Ulrich R S, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H, Choi Y, Quan X, Joseph A, 2008. [A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design \(brikbases.org\)](#)
7. Stiller A, Salm F, Bischoff P, Gastmaier P. 2016. Relationship between hospital ward design and healthcare-associated infection rates: a systematic review and meta-analysis. Antimicrobial Resistance and Infection Control. 5:51.
8. Sjö Dahl R, Kilander O, Rutberg H, Johansson K. 2012. [Olägenheter och ineffektivitet med kirurgiska satellitpatienter. Strukturerad journalgranskning och enkätstudie \(pdf\)](#). Läkartidningen, vol 109, nr 7, sid 338–341.

Område 8. Lokaler och utrustning

1. [Byggnation och vårdhygien – BOV 2025](#). Svensk förening för Vårdhygien 2025. (hämtad 2025-09-18)
2. Infection prevention manual for construction and renovation. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology 2019. [SLS9808 Preview.pdf \(apic.org\)](#) (hämtad 2021-06-21)
3. [UK Health Building Note 00–09: Infection control in the built environment \(england.nhs.uk\)](#) Department of Health London 2013. (hämtad 2021-06-21)
4. Birnbach DJ, Nevo I, Scheinman SR, Fitzpatrick M, Shekhter I, Lombard JL. Patient safety begins with proper planning: a quantitative method to improve hospital design. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):462–5.
5. Mikrobiologisk luftrenhet vid invasiva ingrepp – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav. (SIS/TS 39:2025). Svenska institutet för standarder, 2025.
6. [Livsmedelsverkets föreskrifter om dricksvatten \(LIVSFS 2022:12\)](#) (Hämtad 2025-12-04)
7. [Boverkets byggregler](#) (hämtad 2021-06-10)
8. [Europaparlamentets och rådets förordning 2017/745 MDR](#), Medical Device Regulation. (hämtad 2021-06-21)
9. Decontamination and reprocessing manual for health-care facilities. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154985 1.
10. Spaulding E. Chemical disinfection and antisepsis in the hospitals. J Hosp Res. 1972;9:5–31.
11. [Vägledning för desinfektion i vården](#). NSG Patientsäkerhet, NAG Vårdhygien 2024. (Hämtad 2025-11-06)

Appendix 1 – Checklistor

Checklista 1. Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

Samtliga påståenden besvaras med ”ja” eller ”nej”.

Makronivå

1. Huvudmannen har fastställt en övergripande handlingsplan med målet att vårdgivarnas strukturer och processer är effektiva för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
2. Handlingsplanen beskriver mål och aktiviteter inom område 2–8.
3. Handlingsplanen beskriver hur vårdgivarna rapporterar sina aktiviteter inom område 2–8.
4. Alla vårdgivare har tillgång till vårdhygienisk expertis (enligt Socialstyrelsens definition).
5. Den vårdhygieniska expertgruppens storlek och sammansättning är tillräcklig utifrån geografiskt upptagningsområde och de vårdgivare som ges expertstöd.
6. Den vårdhygieniska expertgruppen har ett formaliserat uppdrag och mandat.

Mesonivå

1. Vårdgivaren har upprättat en plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning med tydliga mål utifrån den regionala eller kommunala handlingsplanen.
2. Vårdgivarens plan enligt punkt 1. ingår i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och innehåller aktiviteter inom område 2–8.
3. Vårdgivaren har säkerställt att verksamheterna har tillgång till vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem.

Checklista 2. Evidensbaserade styrande och stödjande dokument

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att uppdaterade vårdhygieniska riktlinjer – baserade på nationella föreskrifter, rekommendationer, standarder och kunskapsunderlag – finns tillgängliga och har gjorts kända hos samtliga vårdgivare.
2. Huvudmannen har säkerställt att riktlinjerna enligt punkt 1. har utarbetats i samråd med vårdhygienisk expertis och därefter fastställs av huvudmannen.
3. Huvudmannen har säkerställt att riktlinjerna enligt punkt 1. gäller såväl diagnostik, behandling och omvårdnad som lokaler och utrustning.
4. Huvudmannen har säkerställt att följsamhet till riktlinjerna följs upp hos samtliga vårdgivare.

Mesonivå

1. Vårdgivaren har verksamhetsanpassade lokala vårdhygieniska rutiner baserade på huvudmannens riktlinjer.
2. Vårdgivaren har säkerställt att de lokala rutinerna är tillgängliga och kända av samtliga verksamheter.
3. Vårdgivaren säkerställer att medarbetare och vårdhygienisk expertis är involverade i att ta fram, utveckla och anpassa lokala rutiner.
4. Vårdgivaren säkerställer att det finns vårdhygieniska rutiner riktade till patienter/brukare och deras närstående.

Checklista 3. Utbildning och träning

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att all vård- och omsorgspersonal får återkommande fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien
2. Huvudmannen har säkerställt att de vårdhygieniska experterna vid regionens vårdhygieniska enhet får specialistutbildning och fortbildning inom ämnesområdet vårdhygien.

Mesonivå

1. Vårdgivaren, och i vissa delar den som bedriver omsorg, har säkerställt att all vård- och omsorgspersonal, samt servicepersonal som exempelvis lokalvårdare och vårdnära service, kan genomgå utbildning inom ämnesområdet vårdhygien.
2. Vårdgivaren har säkerställt att undervisningen sker i samarbete med vårdhygienisk expertenhet.
3. Vårdgivaren följer upp att utbildning är genomförd.
4. Vårdgivaren gör återkommande utvärderingar av om utbildningsinsatserna har höjt kunskapsnivån inom ämnesområdet vårdhygien.

Checklista 4. Registrering och övervakning av vårdrelaterade infektioner

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att alla vårdgivare har teknisk möjlighet att använda ett nationellt registreringssystem för vårdrelaterade infektioner.
2. Huvudmannen följer upp att alla vårdgivare använder detta system.
3. Huvudmannen övervakar förekomsten av vårdrelaterade infektioner på regional respektive kommunal nivå.

Mesonivå

1. Vårdgivarens alla vårdenheter använder det registreringssystem som huvudmannen anvisat.
2. Vårdgivaren har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) där registrering av vårdrelaterade infektioner är en del av egenkontrollen.
3. Vårdgivaren har en struktur för återkoppling av resultaten från infektionsregistreringen till medarbetarna, liksom en struktur för kvalitetssäkring av data.
4. Verksamhetschefen ansvarar för att resultaten från infektionsregistreringen analyseras fortlöpande och kopplas till förbättringsåtgärder som beskrivs i vårdgivarens plan för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Checklista 5. Multimodalt arbetssätt för implementering och systematiskt förbättringsarbete

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att evidensbaserad implementering och systematiskt förbättringsarbete med avseende på vårdhygienisk standard sker hos alla vårdgivare.

Mesonivå

1. Vårdgivaren beskriver fokusområden för förbättring av vårdhygienisk standard i sin handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
2. Fokusområden enligt punkt 1. har valts ut baserat på identifierade problemområden som fångats upp i infektionsregistrering och andra mätningar.
3. Vårdgivaren har säkerställt att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att implementering och systematiskt förbättringsarbete kan genomföras genom ett multimodalt arbetssätt.
4. Verksamhetschefen har valt ut ett eller flera fokusområden i vårdgivarens handlingsplan, där man ska tillämpa ett strukturerat multimodalt arbetssätt för implementering och säkerställer att det finns skriftliga åtgärdsplaner och checklistor för dessa fokusområden.

Checklista 6. Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen samlar regelbundet in resultat från uppföljning av hygienisk standard hos samtliga vårdgivare inom huvudmannens geografiska område.
2. Huvudmannen har säkerställt att det finns vårdhygienisk expertis som utgör stöd för att löpande värdera den hygieniska standarden, både för befintliga vårdgivare liksom inför start av nya verksamheter.
3. Huvudmannen har säkerställt att patienten och dess närstående på ett enkelt sätt kan framföra synpunkter och klagomål på vårdskador i form av vårdrelaterade infektioner samt observerade brister i förebyggande arbete för att förhindra smitta.

Mesonivå

1. Vårdgivaren/verksamhetschefen utövar egenkontroll av hygienisk standard genom systematiska mätningar av de processer och rutiner på vårdhygienområdet som ingår i ledningssystemet.
2. Vårdgivaren/verksamhetschefen utför riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att oönskade händelser kopplade till bristande hygienisk standard skulle kunna inträffa.
3. Vårdgivaren/verksamhetschefen tar som en del i det systematiska förbättringsarbetet fram handlingsplaner utifrån resultat av mätningar och utvärdering, samt vidtar åtgärder.
4. Vårdgivaren säkerställer att vårdhygienisk expertis medverkar som stöd i det systematiska kvalitetsarbetet gällande till exempel riskanalys och värdering av hygienisk standard.

Checklista 7. Bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att vårdgivarna har resurser för att åstadkomma en bemanning som är tillräcklig för att upprätthålla god hygienisk standard i förhållande till vårdtyngd, vårdlokaler samt verksamhetens innehåll och komplexitet.
2. Huvudmannen säkerställer att slutna vård, där det bedöms lämpligt ur ett helhets patientperspektiv, sker i enkelrum med tillhörande hygienutrymme.

Mesonivå

1. Vårdgivaren har säkerställt att bemanningen och personalens kompetens är tillräcklig för att ge medarbetarna tid och möjlighet att tillämpa rutiner och åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
2. Vårdgivare/verksamhetschef har säkerställt att överbeläggningar och utlokaliserade patienter i största möjliga mån undviks inom den slutna vården. Om överbeläggningar inte går att undvika anpassas verksamhetens arbets sätt för att minimera att kompetensnivån sänks.

Checklista 8. Lokaler och utrustning

Samtliga påståenden besvaras med "ja" eller "nej".

Makronivå

1. Huvudmannen har säkerställt att lokaler som används för vård och omsorg är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten som bedrivs där.
2. Huvudmannen har säkerställt att vårdhygieniska krav ställs i upphandlingar av medicintekniska produkter och vissa tjänster som är tillgängliga för vårdgivarna och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga.
3. Huvudmannen har säkerställt att vårdhygieniska krav ställs vid ny- och ombyggnation av lokaler för vård och omsorg och att vårdhygienisk expertis då fungerar som sakkunniga.

Mesonivå

1. Vårdgivaren har säkerställt att vård och omsorg och deras serviceverksamheter – exempelvis desinfektion och sterilisering, städning och laboratorieverksamhet – bedrivs i lokaler som är anpassade till de hygienkrav som ställs på verksamheten och att vårdhygienisk expertis har medverkat vid bedömning av lokalerna.
2. Vårdgivaren har säkerställt att god övervakning och åtgärdsplan finns avseende att förebygga infektioner med Legionella och andra vattenburna mikroorganismer.
3. Vårdgivaren har säkerställt att det finns tillgång till medel, metoder och apparatur för rengöring, desinfektion och sterilisering av utrustning.
4. Vårdgivaren har säkerställt att lokaler avsedda för vård och omsorg städas enligt nationella riktlinjer och att nationella regelverk avseende avfallshantering följs.
5. Verksamhetschefen har säkerställt att medarbetarna i det dagliga arbetet har förutsättningar för att följa föreskriften Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) samt har tillgång till personlig skyddsutrustning.

Appendix 2 – Uppdraget & definitioner

Uppdraget

Nationell arbetsgrupp för vårdhygien (NAG Vårdhygien) fick hösten 2019 i uppdrag av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet (NSG Patientsäkerhet) att utarbeta en strategi för vårdhygieniskt arbete.

Uppdragsbeskrivningen slog fast att: ”Syftet med en Strategi för vårdhygieniskt arbete är att utveckla, samordna och leda det vårdhygieniska arbetet på alla vårdnivåer, för att uppnå målen för Nationell kunskapsstyrning.” Ordet ”strategi” byttes senare till ”vägledning”.

I uppdragsbeskrivningen står även:

För att åstadkomma ett framgångsrikt arbete bör strategin beskriva:

- **Individnivå** som beskriver hur patienter och närståendes möjligheter och kunskap tas tillvara.
- **Mikronivå**, att vård- och omsorgspersonal i vårdnära verksamhet har kunskap, tillgång till kunskap och arbetar aktivt för ökad patientsäkerhet.
- **Mesonivå**, att Verksamhetsledningen ansvarar för att skapa förutsättningar för systematiskt vårdhygieniskt patientsäkerhetsarbete och följer upp verksamhetens resultat.
- **Makronivå**: Den högsta ledningen efterfrågar resultat och följer upp på ett strukturerat sätt så att vården kan ledas och styras mot ökad patientsäkerhet.

Definitioner

Huvudman: den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns i HSL som huvudman ([Huvudman och vårdgivare](#), Kunskapsguiden, Socialstyrelsen 2022)

HSL 2 kap, 2§: Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

HSL 7 kap, 1§: Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska utövas av en eller flera nämnder.

HSL 11 kap, 1§: Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2025:400) bestämmer.

Vårdgivare: statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet ([Socialstyrelsens termbank](#)).

HSL 2 kap, 3§: Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Verksamhetschef: För bestämmelser om verksamhetschef i hälso- och sjukvården, se hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ([Socialstyrelsens termbank](#)).

HSL 4 kap., 2 §: Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

Vård och omsorg: Verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs och i vissa delar verksamheter inom Socialtjänst och LSS. Det innefattar alla professioner i verksamheter som inkluderas i författningen SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg.

Vårdenhet: Organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård; vårdenhet kan till exempel vara vårdcentral, sjukhus, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande ([Socialstyrelsens termbank](#)).

Patient: Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård ([Socialstyrelsens termbank](#)).

Brukare: Inom socialtjänst: person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten ([Socialstyrelsens termbank](#)).

Appendix 3 – Nationella aktörer

Socialstyrelsen

I Socialstyrelsens Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030 beskrivs de grundläggande förutsättningarna för en säker vård:

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare

Dessa förutsättningar är lika viktiga för vårdens arbete inom vårdhygien som inom de andra delarna av patientsäkerhet. Vissa av Socialstyrelsens fem prioriterade fokusområden – öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling, öka riskmedvetenhet och beredskap – adresseras tydligt i Vägledning för vårdhygieniskt arbete.

[Socialstyrelsen](#) beskriver också på sin webbplats vad en god hygienisk standard innebär.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion ”verka för en minskad smittspridning och resistensutveckling genom att samla in, analysera och aktivt förmedla kunskap i frågor som rör [...] vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.” Folkhälsomyndigheten har tagit fram flera kunskapsunderlag om olika mikroorganismer som inkluderar vårdhygieniska aspekter, till exempel om vancomycinresistenta enterokocker och Legionella.

Nationella aktörers betydelse för att förverkliga vägledningens åtta områden

Många statliga myndigheter och nationella organisationer kan på olika sätt bidra till att skapa de förutsättningar för att nå god vårdhygienisk standard som vägledningen beskriver. Här följer några exempel där flera redan verkställs utifrån myndigheternas regleringsbrev och uppdrag och organisationernas uppdrag och stadgar. Numreringen följer de åtta områdena i vägledningen.

1. Statliga myndigheter – till exempel Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Läkemedelsverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Vinnova – samverkar sektorsövergripande mot vårdrelaterade infektioner utifrån en gemensam nationell strategi och handlingsplan. I en sådan samverkan medverkar också nationella intresse- och professionsföreningar såsom Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH), Svenska Hygienläkarföreningen (SHLF), Smittskyddsläkarföreningen, Riksföreningen för MAS-MAR, Föreningen för klinisk mikrobiologi (FKM), liksom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet med Nationell arbetsgrupp för vårdhygien.

2. Statliga myndigheter som Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, IVO och Arbetsmiljöverket samverkar med professionsorganisationer för att ta fram föreskrifter, rekommendationer och kunskapsunderlag inom det vårdhygieniska området, och ansvarar för att uppdatera dessa. SKR bidrar till att utveckla kommuners och regioners verksamhet inom vård och omsorg genom att tillgängliggöra vårdhygieniskt uppdaterade och korrekta vårdhygieniska kunskapsunderlag, metoder, praktiska råd och anvisningar för vårdarbete.
3. Vårdhygien är ett obligatoriskt ämne i alla vårdutbildningar på gymnasienivå, inom yrkeshögskolan samt på grundnivå och avancerad nivå vid universitet och högskolor. Regionerna samverkar med universitet och högskolor och andra lärosäten för att ge relevant undervisning med ett uppdaterat vårdhygieniskt innehåll. Akademisk utbildning på avancerad nivå inom ämnet vårdhygien riktad till vårdhygieniska experter tillhandahålls av universitet och högskolor.
4. Nationella myndigheter och organisationer säkerställer att det finns ett gemensamt nationellt system för att övervaka vårdrelaterade infektioner. Systemet uppdateras och utvecklas kontinuerligt i samverkan med huvudmännen för vård och omsorg samt professionsorganisationerna inom det vårdhygieniska området.
5. Folkhälsomyndigheten sammanställer och publicerar verktyg för multimodal implementering.
6. Statliga myndigheter och nationella organisationer tar fram verktyg för att mäta och utvärdera hygienisk standard. Verktygen är utformade så att det går att bedöma i vilken utsträckning en god vårdhygienisk standard uppfylls och hur följsamheten är i förhållande till föreskrifter och andra styrande och stödjande dokument både när det gäller struktur och process. Resultatet av mätningarna rapporteras på nationell nivå.
7. Statliga myndigheter, exempelvis Högskoleverket, ser till att tillgången på utbildningsplatser motsvarar verksamheternas behov av vårdpersonal. Socialstyrelsen reglerar patientsäkerhetsrisker i de föreskrifter som styr vårdens innehåll. Socialstyrelsen och SKR gör kontinuerliga utvärderingar och uppföljningar av riskfaktorer samt bemanning och beläggningsgrad i relation till förekomsten av vårdrelaterade infektioner.
8. Statliga myndigheter, till exempel Boverket och Socialstyrelsen, och nationella organisationer ansvarar för att ta fram föreskrifter, kunskapsunderlag och rekommendationer för vårdens lokaler och utrustning. Svenska Institutet för Standarder (SIS) ansvarar för att ta fram och uppdatera standarder och handböcker för såväl produkter som tjänster inom vårdområdet. I de nationella regelverken, rekommendationerna och standarder framgår hur vårdgivare ska utforma och underhålla lokaler, utrustning och ventilations- och vattensystem, samt skapa system för avfall, sanitet och textilier så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning minimeras.