



Arbetsområde, t ex klinik Enheten för vårdhygien	Godkänd av Kia Karlman	Sida 1 av 3
Giltigt fr o m 2015-03-23	Ansvarig för uppdatering Britt-Inger Andersson Holmbom	Version 1

Ledningsverktyg för god vårdhygienisk standard inom kommunal vård- och omsorg

Inledning

Vårdgivare inom vård och omsorg är skyldiga att ha ett systematiskt kvalitetsarbete för att åstadkomma en god kvalitet. Med kvalitet i detta sammanhang menas att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Ett ledningssystem är också en förutsättning för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdslagen anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Detta dokument är ett ledningsverktyg som kan användas som ett hjälpmedel för att kontrollera och åtgärda eventuella brister i verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard.

Bakgrund

Den accelererande spridningen av multiresistenta bakterier innebär ett allvarligt hot mot hälso- och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner (VRI) utgör en stor andel av undvikbara vårdskador och är resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. För att möta detta hot måste sjukvården på ett systematiskt sätt säkerställa en god vårdhygienisk standard. För att säkerställa den vårdhygieniska standarden behöver eventuella brister inom viktiga vårdhygieniska områden identifieras. Verksamheten kan i många fall arbeta med förbättringar själva men i vissa fall kan riktat vårdhygieniskt stöd krävas.

Förutsättning

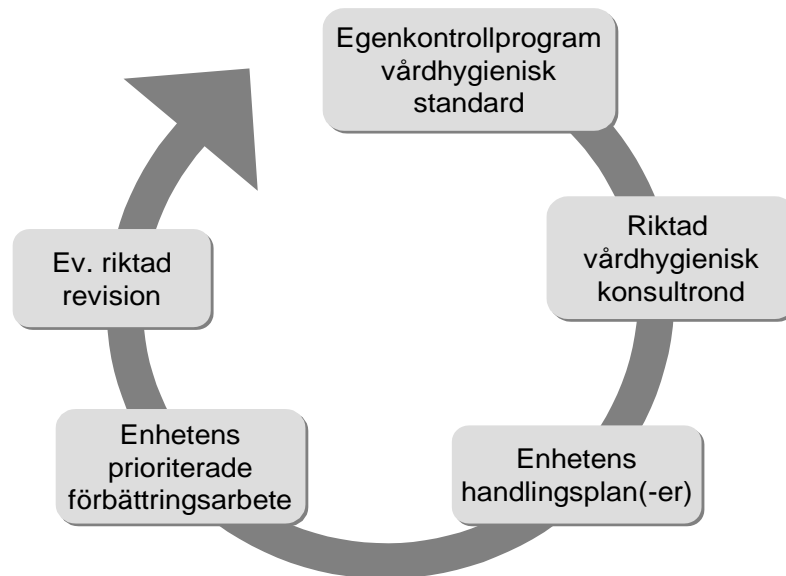
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2a § föreskriver att vården skall ha ”god hygienisk standard”
- I patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på att vårdgivare skall bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bl.a. att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt HSL upprätthålls.
- SOSFS (2011:9) innehåller föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Vårdgivarens roll och ansvar beskrivs ingående. Egenkontroll ingår som ett obligatoriskt moment i vårdgivarens systematiska förbättringsarbete (5 kap.).

Genomförande

- Om nedan beskriven modell används i syfte att skapa ett fungerande ledningssystem (planering – ledning – uppföljning) för god vårdhygienisk standard så måste modellen integreras med vårdgivarens verksamhetsplaner.
- Ett framgångsrikt införande förutsätter att samtliga involverade chefer är väl insatta i ”Ledningsverktyg för god vårdhygienisk standard” och implementerar det i hela organisationen.



Arbetsområde, t ex klinik Enheten för vårdhygien	Godkänd av Kia Karlman	Sida 2 av 3
Giltigt fr o m 2015-03-23	Ansvarig för uppdatering Britt-Inger Andersson Holmbom	Version 1



Figur: Arbetsmoment i modellen

Egenkontrollprogram "vårdhygienisk standard"

- Syftar till att utgöra en enkel och begriplig målbild för berörda chefer samt att fungera som stöd för enheternas fortlöpande förbättringsarbete.
- Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden.
- Genomförs av enhetschef tillsammans med ev. medicinskt ledningsansvarig och enhetens hygienombud.
- Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, vartannat eller vart tredje år, på enheter där det bedrivs vård, undersökning eller behandling.
 - Formuläret har utrymme för lokala tilläggsfrågor som vid behov kan läggas till av verksamheten i samråd med vårdhygienisk expertis.
 - Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete

Riktad vårdhygienisk konsultrond

- De tänkbara förbättringsområden som påvisats genom egenkontrollprogrammet kartläggs närmare med hjälp av vårdhygienisk expertis; tex ett team bestående av hygiensjuksköterska och hygienläkare.
- Konsultronden initieras av berörd enhetschef och den bör genomföras inom ett kvartal efter avslutat egenkontrollprogram. Planering bör ske i god tid.
- Från enhetens sida bör – utöver enhetschef – ev. medicinskt ledningsansvarig och hygienombud delta.
- Ronden avslutas med att konsultteamet lämnar ett skriftligt utlåtande med förslag på angelägna och genomförbara förbättringsåtgärder.



Arbetsområde, t ex klinik Enheten för vårdhygien	Godkänd av Kia Karlman	Sida 3 av 3
Giltigt fr o m 2015-03-23	Ansvarig för uppdatering Britt-Inger Andersson Holmbom	Version 1

Prioriterat vårdhygieniskt förbättringsarbete

- Enhetschef och ev. medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att nödvändiga handlingsplaner med mätbara mål upprättas och för att lämpligt team utför planerade förbättringsarbeten.

Riktat vårdhygienisk stöd

- Vid behov av stöd i vårdgivarens vårdhygieniska förbättringsarbete/handlingsplan kan berörd enhetschef kontakta sin kontaktperson/kontaktteam på vårdhygien.

Riktad revision

- Verksamhetschef kan besluta att genomföra en riktad revision avseende specificerat problemområde/rutin och/eller inom specificerat verksamhetsområde. Berörd enhetschef kontakter då sin kontaktperson/ kontaktteam på vårdhygien.

Uppföljning

Resultat återkopplas och redovisas både på enhetsnivå och i verksamheternas verksamhets-/patient-säkerhetsberättelser eller motsvarande:

- antal genomförda egenkontroller
- utfört/pågående/planerat förbättringsarbete utifrån egenkontroll

Verktyg

- Frågorna i egenkontrollprogrammet bör regelbundet utvärderas och v b revideras. Vårdgivaren i samråd med vårdhygienisk expertis ansvarar för detta.

