

Vårdhygienisk egenkontroll och hygienrund - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Innehåll

| | | |
|------|---|---|
| 1. | Syfte och omfattning | 1 |
| 2. | Allmänt | 1 |
| 3. | Ansvar och roller | 1 |
| 4. | Beskrivning | 1 |
| 4.1. | Egenkontroll..... | 2 |
| 4.2. | Hygienrund | 2 |
| 5. | Plan för kommunikation och implementering | 2 |
| 6. | Dokumentinformation | 3 |
| 7. | Referenser | 3 |
| 8. | Bilaga 1 Åtgärdsplan | 4 |

1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att ge stöd i fortlöpande förbättringsarbete med att upprätthålla en god hygienisk standard. Rutinen omfattar all hälso- och sjukvård inom Region Gävleborg.

2. Allmänt

[Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763](#) beskriver att vården ska ha en god hygienisk standard. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan och är både resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. Den ökade spridningen av multiresistenta bakterier innebär ett allvarligt hot mot hälso- och sjukvården. För att kunna hålla en god hygienisk standard är det viktigt att även arbeta förebyggande inom sjukvården. Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för en strukturerad genomgång av verksamheten. Egenkontrollen är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i deras arbete att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet.

3. Ansvar och roller

Verksamhetschefen och vårdenhetschefen/enhetschefen ansvarar för att rutinen är känd och tillämpas inom verksamheten samt att rutinen följs.

4. Beskrivning

Hygienrund görs tillsammans med Vårdhygien med omkring 4 – 6 års mellanrum. Enheten utför självständigt en egenkontroll varje år. Checklistan som används vid egenkontrollen samt underlag inför hygienrund finns på SFVH:s hemsida (Svensk Förening För Vårdhygien): [Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård \(sfvh.se\)](#).

Egenkontroll genomförs årligen vid alla vårdenheter och andra regionknutna enheter där det regelmässigt bedrivs vård, undersökningar eller behandlingar av något slag.

4.1. Egenkontroll

Vid en egenkontroll går VEC tillsammans med hygienombudet igenom följande frågeformulär, [Egenkontrollprogram "Vårdhygienisk standard"](#)

De frågor där läkargruppen behöver involveras ska medicinskt ansvarig läkare eller VEC för läkargruppen rådfrågas. Egenkontrollen består av tre delar:

1. Övergripande aspekter
2. Basala hygienrutiner
3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

Vid frågor om t.ex. förråd går VEC och hygienombud till förrådet och observerar om det uppfyller riktlinjerna som finns. Detta gäller även andra specifika utrymmen där det är lättast att vara på den platsen som frågorna gäller. Ta gärna med aktuella rutiner som finns här: [Vårdhygien - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](#). Efter egenkontrollen fylls en åtgärdsplan i med de punkter som behöver förbättras/förändras, [Bilaga 1 Åtgärdsplan](#). Vårdhygien kontaktas vid behov. Under kommande år arbetar enheten med punkterna på åtgärdsplanen.

4.2. Hygienrond

Vårdhygien skickar information till VEC och eventuellt biträdande VEC när det är dags för hygienrond. Medverkar gör VEC, hygienombud, läkare samt eventuell annan medarbetare som har god kännedom angående enhetens rutiner.

Hygiensjuksköterska och/eller hygienläkare deltar och står för den vårdhygieniska kompetensen. Hygienronden kan anpassas utefter enhetens eventuella specifika behov men genomförs oftast enligt följande.

1. Presentation av samtliga deltagare
2. Rundvandring genomförs på enheten, t.ex. till förråd, skölj, desinfektionsrum, mm
3. Deltagarna går tillsammans igenom [Underlag till riktad vårdhygienisk konsultrond](#). VEC ansvarar för att fylla i "tänkbara förbättringsområden" med de punkter som enheten eventuellt behöver förändra och/eller förbättra.

Under kommande år arbetar enheten med det som skrivits upp som förbättringsområden. Återkoppling görs med fördel till Vårdhygien efter att åtgärder genomförts. Omkring ett år efter hygienronden genomför enheten en egenkontroll (se [punkt 4.1](#)) för utvärdering och ett nytt säkerställande att den vårdhygieniska standarden bibehålls.

5. Plan för kommunikation och implementering

Kvalitetssamordnare utses till extrauppföljare och ansvarar för att rutinen sprids inom berörda verksamhetsområden. Kvalitetssamordnare informerar Verksamhetschef och Vårdenhetschef om rutinen och dessa ansvarar för att

rutinen blir känd, implementerad och tillämpas. För privata hälsocentraler skickas rutin till chefer på varje hälsocentral som ser till att rutinen blir känd, implementerad och tillämpas.

6. Dokumentinformation

Dokumentet har arbetats fram av Vårdhygien.

7. Referenser

| Dokumentnamn | Plats |
|--|--------------------|
| Egenkontrollprogram "vårdhygienisk standard" | Sfvh.se |
| Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) Sveriges riksdag (riksdagen.se) | Riksdagen.se |
| Underlag vid riktad vårdhygienisk konsultrond | Sfvh.se |
| Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård (sfvh.se) | Sfvh.se |
| Vårdhygien - Region Gävleborg (regiongavleborg.se) | Regiongavleborg.se |

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

8. Bilaga 1 Åtgärdsplan

| Identifierat förbättringsområde | Åtgärd | Ansvarig person | Avslutat |
|---------------------------------|--------|-----------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet