



*Svensk Förening för Vårdhygien*

# Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård

ISBN 978-91-979918-1-0

2011-09-01

---

Projektägare SFVH

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
	ARBETSGRUPP .....	3
	VERKTYG .....	3
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>FÖRUTSÄTTNING</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>GENOMFÖRANDE</b> .....	<b>4</b>
	FÖRANKRING OCH INFORMATION .....	4
	Modell förankring och information .....	4
	EGENKONTROLLPROGRAM "VÅRDHYGIENISK STANDARD" <sup>(1)</sup> .....	5
	RIKTAD VÅRDHYGIENISK KONSULTROND.....	5
	PRIORITERAT VÅRDHYGIENISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE .....	5
	RIKTAD REVISION.....	6
<b>5</b>	<b>UPPFÖLJNING</b> .....	<b>6</b>
	RESULTAT PÅ VERKSAMHETSIVÅ.....	6
	VERKTYG .....	6
	DOKUMENT (BILAGOR).....	6

## 1 INLEDNING

### ARBETSGRUPP

En arbetsgrupp inom SFVH bestående av:

- Inga-Britt Svartholm hygiensjuksköterska Östersunds sjukhus
- Karin Medin hygiensjuksköterska Landstinget Gävleborg
- Gunnar Hagström hygiensjuksköterska Universitetssjukhuset Örebro
- Ingrid Ekfeldt hygiensjuksköterska Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Lasse Hellström hygiensjuksköterska Landstinget Blekinge
- Monica Ling-Roos hygiensjuksköterska Stockholms län
- Kia Karlman hygienöverläkare Norrbottens läns landsting
- Hans Ahrne överläkare Södra Älvsborgs Sjukhus

har utarbetat ”Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård”.

### VERKTYG

I verktyget beskrivs en modell för hur man ska bedriva ett systematiskt vårdhygieniskt förbättringsarbete i sjukhusanknuten vård (avdelningar, mottagningar och andra sjukhusanknutna enheter).

Verktygets modellbeskrivning ägs och revideras av SFVH.

Till modellbeskrivningen finns bilagorna Egenkontrollprogram och Underlag för riktad vårdhygienisk konsultrond. Egenkontrollprogrammet revideras vid behov av vårdgivaren i samråd med lokal/regional vårdhygienisk expertis. Den vårdhygieniska expertisen anpassar innehållet i konsultronden till aktuellt egenkontrollprogram

## 2 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.

Dessa hot kan endast mötas genom att sjukvården på ett systematiskt sätt säkerställer en god vårdhygienisk standard. Vårdgivarens vårdhygieniska expertis är en viktig men begränsad resurs som måste nyttjas på ett effektivt sätt.

## 3 FÖRUTSÄTTNING

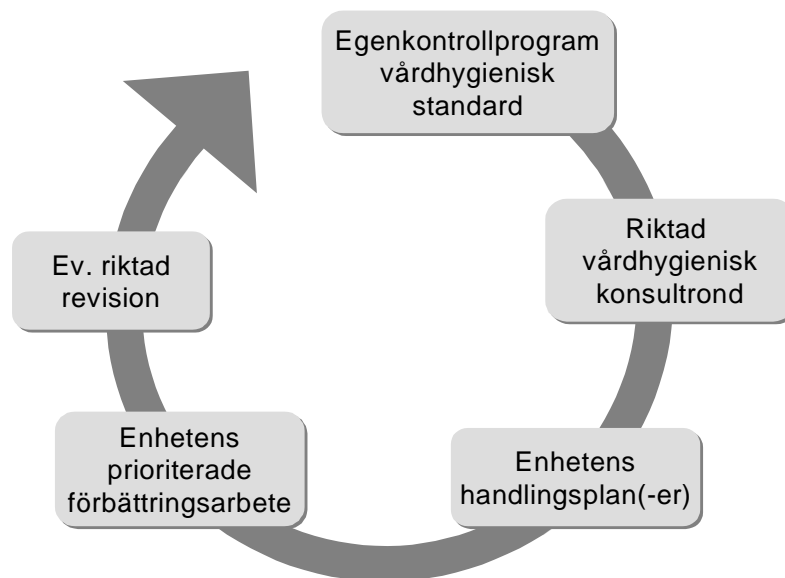
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2a § föreskriver att vården skall ha ”god hygienisk standard”
- I patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på att vårdgivare skall bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bl.a. att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.
- SOSFS 2011:9 (ersätter 2012-01-01 SOSFS 2005:12) innehåller föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroll ingår som ett obligatoriskt moment i vårdgivarens systematiska förbättringsarbete (5 kap.).

## 4 GENOMFÖRANDE

### FÖRANKRING OCH INFORMATION

- Såväl ett komplett som ett partiellt införande (t. ex egenkontrollprogram) av nedan beskriven modell för ett systematiskt vårdhygieniskt förbättringsarbete skall alltid föregås av ett formellt och väl kommunicerat beslut av ansvarig chef (t. ex sjukhusdirektör).
- Om nedan beskriven modell helt eller delvis 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 alla direkt involverade befattningshavare vid enheterna får en ingående genomgång dels av modellen och arbetsgången i stort, dels av de specifika frågorna i egenkontrollprogrammet.

### Förankring och information



Figur: Arbetsmoment i modellen

**EGENKONTROLLPROGRAM "VÅRDHYGIENISK STANDARD" <sup>(1)</sup>**

- Syftar till att utgöra en enkel och begriplig målbild för berörda chefer samt att fungera som stöd för enheternas fortlöpande förbättringsarbete.
- Fokuserar på centrala och aktuella vårdhygieniska aspekter.
- Tänkt att genomföras årligen vid avdelningar, mottagningar och sjukhusanknutna enheter där det regelmässigt bedrivs vård, undersökning eller behandling.
- Framtaget egenkontrollprogram är i första hand utformat för generella vårdavdelningar.
  - Anpassningar i frågeformuläret kan behöva göras för specialavdelningar, för öppenvårdsverksamhet samt beroende på sjukhusspecifika förutsättningar.
  - Utrymme för lokala tillägsfrågor finns i formuläret
  - Lokala förtydliganden rörande enskilda frågor kan utformas som en lathund/checklista.
- Genomförs av ansvarig enhetschef tillsammans med klinikens läkarchef (eller motsvarande). Enhetens ev. "hygienombud" bör ges möjlighet att medverka.
- Respektive verksamhetschef ansvarar för och redovisar klinikens samlade resultat på anvisat sätt.

**RIKTAD VÅRDHYGIENISK KONSULTROND**

- De tänkbara förbättringsområden som påvisats genom egenkontrollprogrammet kartläggs närmare med hjälp av vårdhygienisk expertis; i normalfallet 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 som ett minimum – utöver enhetschef – ansvarig läkare och ev. "hygienombud" delta.
- Som hjälp för det vårdhygieniska teamets arbete finns framtaget ett moduluppbyggt kompendium <sup>(2)</sup>.
- Ronden avslutas med att konsultteamet lämnar ett skriftligt utlåtande med förslag på angelägna och genomförbara förbättringsåtgärder.

**PRIORITERAT VÅRDHYGIENISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE**

- Enhetschef och läkarchef (eller motsvarande) ansvarar för att det upprättas nödvändiga handlingsplaner och för att lämpligt team utför planerade aktiviteter.
- Respektive verksamhetschef ansvarar för och redovisar klinikens samlade resultat på anvisat sätt.

**RIKTAD REVISION**

- Respektive förvaltningschef/verksamhetschef kan besluta att genomföra en riktad revision avseende specificerat problemområde/rutin och/eller inom specificerat verksamhetsområde.
- Uppdraget att genomföra sådan revision ges lämpligen till den vårdhygieniska enheten som är knuten till sjukhuset.

**5 UPPFÖLJNING****RESULTAT PÅ VERKSAMHETSIVÅ**

- Resultat bör efterfrågas/redovisas i klinikernas delårsrapporter och verksamhetsberättelser:
  - antal genomförda egenkontrollprogram resp. riktade vårdhygieniska konsultronder
  - utfört/pågående/planerat förbättringsarbete utifrån egenkontrollprogram/konsultronder
  - ev. mål/mätetal avseende ”vårdhygienisk standard” i sjukhusets och/eller i den enskilda klinikens verksamhetsplan

**VERKTYG**

- Frågorna i egenkontrollprogrammet bör regelbundet utvärderas och v b revideras.
- Lokala tilläggsfrågor/lokala anpassningar i egenkontrollprogrammet bör också regelbundet utvärderas och v b revideras. Vårdgivaren i samråd med lokal/regional vårdhygienisk expertis ansvarar för detta.

**DOKUMENT (BILAGOR)**

Till modellbeskrivningen finns även bilagor som är beskrivna i dokumentet:

- (1) Egenkontrollprogram avseende vårdhygienisk standard vid vårdavdelningar, mottagningar och andra sjukhusanslutna vårdenheter.
- (2) Underlag vid riktad vårdhygienisk konsultrond.