

Vårdhygienisk egenkontroll, konsultrond och hygienrond inom sjukhusvård

Innehåll

Syfte och omfattning	2
Bakgrund.....	2
Beskrivning	2
Roller och ansvar.....	2
Dokumenthistorik	3
Externa styrande dokument	3
Bilaga - Egenkontroll "Vårdhygienisk standard"	4
1. Övergripande aspekter	4
2. Basala hygienrutiner	6
3. Andra angelägna vårdhygieniska områden.....	7
Underskrift	8

Syfte och omfattning

Syftet med dokumentet är att tydligt beskriva tillvägagångssätt och ansvar för egenkontroller, hygien- och konsultronder inom sjukhusvård vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping.

Bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen bär vårdgivaren ansvaret för att vård bedrivs med en god hygienisk standard. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas personal, lokaler och utrustning som behövs för att en säker vård ska kunna ges. I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 anges att vårdgivaren ska bedriva egenkontroll samt ha ett system för kvalitetssäkring och uppföljning.

Beskrivning

Årligen utför avdelningschefen tillsammans med hygienombud och verksamhetens hygienansvariga läkare egenkontroller enligt bilaga Egenkontroll "Vårdhygienisk standard". Vid vårdhygieniska brister inom något av de områden som revideras kontaktas vårdhygien- och infektionspreventionsenheten för en riktad konsultrond. En handlingsplan upprättas av verksamheten med tidplan och ansvar för att åtgärda brister som upptäckts. Formulären sparas på enheten i fyra år.

Vart fjärde år genomförs hygienrond av vårdhygien- och infektionspreventionsenheten tillsammans med avdelningschef, hygienombud och verksamhetens hygienansvariga läkare. Hygienronden är en systematisk revision av lokaler, utrustning och arbetsätt.

Vårdhygien- och infektionspreventionsenheten tillhandahåller formulär för riktad konsultrond och hygienrond. Resultat från ronderna sammanställs av vårdhygien- och infektionspreventionsenheten som skickar kopior till deltagarna och ansvarig verksamhetschef. Vid eventuella brister upprättas en handlingsplan av verksamheten med tidplan och ansvar för att åtgärda dessa. Formulären sparas i fyra år på respektive enhet.

Roller och ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att rutin finns för att årliga egenkontroller och hygienronder utförs och följs upp.

Avdelningschefen ansvarar för att årliga egenkontroller genomförs samt kallar vid behov till vårdhygienisk konsultrond.

Avdelningschefen ansvarar för att kalla vårdhygien- och infektionspreventionsenheten till hygienrond vart fjärde år.

Dokumenthistorik

Författare:

Vårdhygien- och infektionspreventionsenheten.

Datum:

- 2019-09-16 Karin Karlsson, sjuksköterska, vårdhygien- och infektionspreventionsenheten.
- 2023-06-29 Emma Leijonqvist. Tillgänglighetsanpassat dokument.
- 2023-07-12 Susanne Bergholm. Ändrat i rubrik, utökat omfattning till att inkludera mottagningar inom sjukhusvård, tagit bort avsnitt om definitioner och lagt in texten i avsnittet beskrivning, lagt till hälso- och sjukvårdslagen.
- 2026-02-13 Oskar Sjögren. Ändrat innehåll i bilaga tabellrad ”Mätning och analys samt återföring av kunskap” så egenkontrollen är i linje med aktuell handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Externa styrande dokument

[Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\), Riksdagen.se.](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\), Socialstyrelsen.se.](#)

Bilaga - Egenkontroll "Vårdhygienisk standard"

1. Övergripande aspekter

Övergripande aspekter	Nummer	Fråga	Ja	NEJ men förbättringsarbete pågår eller handlingsplan finns	Nej
Följsamhet till sjukhusets vårdhygieniska riktlinjer	1.1	Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?			
Kompetens	1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny personal på enheten?			
Kompetens	1.2.b	Ges all personal på enheten möjlighet till vårdhygienisk utbildning kontinuerligt?			
Formaliserade arbetsuppgifter	1.3.a	Finns medarbetare med definierat uppdrag avseende vårdhygien? (hygienombud, hygienansvarig läkare)			
Formaliserade arbetsuppgifter	1.3.b	Finns utsedd medarbetare som ansvarar för mätningar avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)?			
Mätning och analys samt återföring av kunskap	1.4.a	Utförs mätningar av BHK en gång/månad?			
Mätning och analys samt återföring av kunskap	1.4.b	Utförs mätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI)?			

Övergripande aspekter	Nummer	Fråga	Ja	NEJ men förbättringsarbete pågår eller handlingsplan finns	Nej
Mätning och analys samt återföring av kunskap	1.4.c	Används något av följande som underlag för att ta fram riktade förbättringsåtgärder: Avvikelse rapporter, Kvalitetsregister, VRI i slutanteckning, Vårdhygiens utbrottsövervakning, Övervakning av vårdrelaterad bakteriemi?			
Mätning och analys samt återföring av kunskap	1.4.d	Analyseras och återförs resultatet från gjorda mätningar regelbundet till all personal av chefen?			
Mätning och analys samt återföring av kunskap	1.4.e	Finns fast punkt på APT för patientsäkerhet/vårdhygien?			
Förbättringsarbete	1.5.a	Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning?			
Förbättringsarbete	1.5.b	Arbetar läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) och spridning av antibiotikaresistens?			

2. Basala hygienrutiner

Nummer	Fråga	Ja	NEJ men förbättringsarbete pågår eller handlingsplan finns	Nej
2.1	Bär all personal kortärmade arbetskläder?			
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?			
2.3	Finns handdesinfektion lättåtkomligt i alla lokaler?			
2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i exempel vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.5	Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där rengöring och desinfektion ska göras?			
2.6	Informerar patienterna om vikten av god handhygien?			

3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

Nummer	Fråga	Ja	NEJ men förbättringsarbete pågår eller handlingsplan finns	Nej
3.1	Finns tydlig ansvarsfördelning mellan städpersonal och vårdpersonal avseende städning?			
3.2	Finns skriftlig rutin för städning och rengöring av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker etcetera som vårdpersonal ansvarar för?			
3.3	Bilir utlandsvårdade patienter kontrollodlade för multiresistenta bakterier enligt gällande riktlinjer?			
3.4	Har närmsta chef uppgifter om all personals immunitet för mässling och vattkoppor?			
3.5	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid i förekommande fall av kvarliggande urinvägskateter?			
3.6	Utförs i förekommande fall preoperativ hudförberedelse enligt lokal riktlinje?			
3.7	Utvärderas i förekommande fall behovet av CVK dagligen?			
3.8	Utvärderas i förekommande fall behovet av respiratorvård dagligen?			
3.9	Utförs dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektor?			
3.10	Finns rutiner för förvaring av höggradigt rena och sterila produkter?			
3.11	Vårdas patienter med diarréer av okänd orsak på enkelrum med egen toalett?			

Nummer	Fråga	Ja	NEJ men förbättringsarbete pågår eller handlingsplan finns	Nej
3.12	Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas ex patienter med prickar, sår och hosta?			
3.13	Är alla åtgärderna genomförda efter senaste hygienronden?			

Underskrift

Datum	
Enhet	
Hygienombud, medicinskt ledningsansvarig och hygienansvarig läkare	
Verksamhetschef eller enhetschef	