

Metoderapport - Tekstiler - krav til vask

Side 1 av 2

Dokumentplassering:

I.6.2.1.4-19

Godkjent dato:

23.01.2026

Revideres innen:

23.01.2028

Sist endret:

23.01.2026

Revisjon:

0.05

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring/Metoderapporter

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 23.01.2028

Metoderapport SSHF

Metoderapporten skal være vedlegg til alle styrende kliniske dokumenter (kliniske retningslinjer, fagprosedyrer, behandlingslinjer og veiledende behandlingsplaner) utarbeidet ved SSHF.

De krav som ikke er oppfylt lar man stå tomme. Som et minimum bør man oppfylle krav 1-4, 6 og 13. Det bør videre være et mål at stadig flere krav i metoderapporten oppfylles etter hver revidering av dokumentet.

Kravene merket med mørkegrått (1-9, 12 og 13) må oppfylles for at det styrende kliniske dokumentet kan regnes som kunnskapsbasert ved SSHF. Hvis det styrende kliniske dokumentet skal deles i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, må *i tillegg* kravene merket med lysegrått (alle bortsett fra 17 og 21) oppfylles.

I malen står det *dokument*. Erstatt *dokument* med klinisk retningslinje, fagprosedyrer, behandlingslinje eller veiledende behandlingsplan alt etter hva slags type dokument metoderapporten hører til.

OMFANG OG FORMÅL

- Dokumentets overordnede mål er:** Å sikre at tekstiler brukt ved SSHF gjennomgår en sikker rengjørende og desinfiserende prosess før de blir brukt på pasienter, ansatte og deres omgivelser.
- Helse spørsmål(ene) i dokumentet er:** Hvordan forebygge spredning av infeksjoner via tekstiler brukt i helsevesenet?
- Dokumentet gjelder for følgende pasienter/brukere:** Gjelder for alt personell som har ansvar for innkjøp, bruk og vask av tekstiler i SSHF

INVOLVERING AV INTERESSER

- Arbeidsgruppen som har utarbeidet dokumentet har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel, arbeidssted noteres):** Det har ikke vært en arbeidsgruppe, retningslinjen bygger på anbefalinger i

Referansene:

Forskrift om smittevern i helse og omsorgstjenesten.

Infeksjonskontroll.no Tekstilhåndtering i helseinstitusjoner.

Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helseinstitusjoner_2015.pdf

Smittevern i helsetjenesten, 3. utgave 1. opplag 2018, Gyldendal akademiske, Per Espen Akselsen og Petter Elstrøm

Revisjon juni 2023 – Ingen faglig endring. Oppdatert referanser.

Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helse- og omsorgstjeneste_2021.pdf

- Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter/brukere.) som dokumentet gjelder for (brukermedvirkning) er forsøkt inkludert:** Ikke aktuelt

- Det fremgår klart hvem som skal bruke dokumentet:** Ja

METODISK NØYAKTIGHET

- Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:** Nei

- Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:** Å følge anbefalingene i referansene oppgitt under Spørsmål 4

Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er: Svakheter: Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helseinstitusjoner er en bransjestandard og ikke en nasjonal anbefaling slik det var tidligere. Nasjonale anbefalinger for tekstiler brukt i helsetjenesten finnes ikke lenger. FHI er sammen med de regionale kompetansesentrene for smittevern blitt brukt som smittevernfaglige rådgivere i arbeidet.

- Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene/forordningene er:**

Utarbeidet av: Smittevernenheten	Fagansvarlig: Smittevernoverlege	Verifisert av: □	Godkjent av: Ikke styrt	Dok.nr: D43485
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

Dokument-id:
I.6.2.1.4-19

 Utarbeidet av:
Smittevernenheten

 Fagansvarlig:
Smittevernoverlege

 Godkjent dato:
23.01.2026

 Godkjent av:
Ikke styrt

 Revisjon:
0.05

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring/Metoderapporter

10. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene/forordningene:

11. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene/forordningene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget (henvisninger i teksten til referanseliste) Nei

12. *Dokumentet* er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt dokumentet på høring): Nei

13. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av *dokumentet* er: 24 mnd. Smittevernenheten

KLARHET OG PRESENTASJON

14. Anbefalingene/forordningene er spesifikke og tydelige: Ja

15. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helse spørsmålet er klart presentert: Ja

16. De sentrale anbefalingene/forordningene er lette å identifisere: Ja

17. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av *dokumentet* er klart beskrevet: Nei

ANVENDBARHET

18. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er *dokumentet* støttet med:

19. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er: Tilgjengelig personell, maskiner og avtaler med vaskeri

20. *Dokumentets* kriterier for etterlevelse og evaluering er: At dokumentet er kjent.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

21. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i *dokumentet*: Ikke aktuelt.

22. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak *dokumentet* er dokumentert og håndtert: Ikke aktuelt.

Kryssreferanser

[I.6.2.1.1-4](#)

[I.6.2.1.1-5](#)

[Metoderapport - fagprosedyrer - veileder](#)

[Kliniske fagprosedyrer - utarbeidelse og revidering](#)

Eksterne referanser