

Lathund till checklista för vårdhygienisk egenkontrollrond - slutenvård

1. Övergripande faktorer

1.1	Finns ett fungerande system för arbetet med egenkontroll av vårdhygienisk standard på enheten?	För ja: Det finns en utsedd funktion (inte personbundet) som bevakar att verksamheten utför egenkontroll årligen. Det finns en rutin för när egenkontrollen ska utföras och vilka personalkategorier som ska delta.
1.2	Är alla personalkategorier delaktiga i förbättringsarbetet för att upprätthålla god vårdhygienisk standard och förhindra smittspridning?	För ja: Verksamhetschef, avdelningschef, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor är delaktiga.
1.3	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för nyanställd personal och studenter som deltar i patientnära arbete?	För ja: Alla nyanställda medarbetare, studenter, personal från bemanningsföretag stafettläkare/-sjuksköterskor, får en genomgång av SOSFS 2015:10 Basala hygienrutiner och klädregler och gärna utför e-utbildningen på vårdhygiens externa hemsida som en del av introduktionsprogrammet.
1.4	Ges all personal som deltar i patientnära arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång per år?	För ja: Att det finns struktur för utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor t.ex. att ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien samt uppdatering genom diskussion i verksamheten Att alla medarbetare med patientrelaterat/vårdnära arbete gärna utför e-utbildningen på vårdhygiens externa hemsida.
1.5a	Finns medarbetare med vårdhygien som ansvarsområde s.k. hygienombud?	
1.5b	Framgår det tydligt vad hygienombudet/ombuden ska arbeta med samt vilka mandat de har?	Vid nej: Uppdragsbeskrivning för hygienombud finns på Vårdhygiens externa hemsida, under övriga dokument.
1.5c	Finns tid avsatt för hygienombudets/ombudens vårdhygieniska arbete på enheten?	
1.5d	Har ansvarig chef och hygienombud regelbundna träffar?	Kommentar: Tätt samarbete och stöd av närmaste chef behövs för förankring i verksamheten.
1.6a	Finns utsedd/utsedda medarbetare som ansvarar för mätningar avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler?	För ja: Att det finns utsedd person/er med formellt uppdrag för följsamhetsmätningar.

1.6b	Sker mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler minst en gång/kvartal?	
1.6c	Analyseras och återkopplas resultaten för gjorda mätningar till all personal som arbetar patientnära?	Kommentar: Återkoppling av mätresultat är viktigt för att åstadkomma en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
1.7	Finns regelbundna mötestider där vårdhygieniska aspekter diskuteras?	För ja: Diskussion på möte där alla personalkategorier finns representerade?
1.8	Är det kultur på enheten att medarbetare påminner och säger till varandra om man inte följer till basala hygienrutiner och klädregler?	För ja: Gäller att alla personalkategorier kan påminna varandra oavsett titel.

2. Basal hygien och klädregler

2.1	Finns handdesinfektion lättillgängligt i alla lokaler där patientnära arbete bedrivs?	För ja: Handdesinfektion ska finnas i direkt anslutning till patientplats, patientsalar, undersökningsrum, behandlingsrum, förråd, desinfektionsrum, kök, toaletter, läkemedelsrum.
2.2	Finns handskar och plastförkläden lättillgängligt i alla lokaler där patientnära arbete bedrivs?	För ja: Handskar och plastförkläde ska finnas, gärna vägghängt, på alla patient-/undersöknings-/behandlings-/desinfektionsrum.
2.3	Bär alla medarbetare kortärmade arbetskläder vid patientnära arbete?	För ja: Att ärmen slutar ovanför armbågen, kortärmad T-shirt eller linne kan bäras under arbetsdräkten. Värmejacka/långärmad rock får inte bäras i patientvård.
2.4	Finns möjlighet att byta arbetskläderna dagligen samt oftare vid behov?	För ja: Att det finns tillräckligt sortiment av arbetskläder avseende mängd och storlekar. Det ska finnas marginal så att det räcker även för studenter och extra personal.
2.5	Följs hygienreglerna om att långt hår och skägg ska vara uppfäst (huvudduk instoppad), händer och underarmar fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor samt att naglarna är korta och fria från konstgjort material?	För ja: Händer och underarmar måste kunna desinfekteras, därför får inget finnas som kan hindra desinfektionen. Hår, skägg och huvudduk som släpar/hänger i arbetsfältet utgör en smittrisk. Långa naglar och konstgjort material innebär en större risk för smittspridning, eftersom mikroorganismer fastnar på och under dessa som inte kan desinfekteras bort. Om inte allt är uppfyllt är svaret Nej .
2.6	Får patienterna information om vikten av en god handhygien och möjlighet att göra rent sina händer före måltid?	För ja: Att de patienter som inte själva klarar av sin handhygien får hjälp av personalen. Antingen med tvål och vatten eller med handdesinfektion ex. spritservetter.

3. Övriga vårdhygieniska aspekter

3.1	Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas och har all personal kunskap om dessa?	För ja: Att utlandsvårdade patienter screenas för MRSA, ESBL och VRE och placeras på enkelrum fram till dess att negativt provsvar erhålls. Att personal alltid ska kontrollera varningsmärkning i journalen. Att patienter med vätskande sår och diarré innebär en smittrisk och inte bör vårdas tillsammans med andra patienter. Att all personal har vetskap om att Screeningundersökning avseende multiresistenta bakterier och MRB-dokument finns att tillgå på vårdhygiens externa hemsida.
3.2	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarvarande urinvägskateter, perifer- och centralvenkateter?	För ja: Att behovet av urinvägskateter, perifer- och centralvenkateter dagligen utvärderas.
3.3	Utvärderas rapporterna i infektionsverket?	Kommentar: För att få uppfattning om hur många och vilka typer av vårdrelaterade infektioner verksamheten har, och utifrån resultatet arbeta förebyggande.
3.4a	Finns kunskap om riskerna med livsmedelshantering och hur dessa minimeras?	För ja: Att egenkontrollprogram finns och personalen har kännedom om och utför kontrollerna.
3.4b	Har buffé/-självserving av frukost/lunch/middag/kvällsmål/smörgåsar för patienter avskaffats på enheten?	Kommentar: Alla former av bufféserving innebär en stor risk för spridning av tarmsmitta såsom vinterkräksjuka, multiresistenta tarmbakterier - ESBL, VRE.
3.5a	Finns skriftlig rutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?	
3.5b	Finns skriftlig rutin för städning och rengöring/desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker mm som vårdpersonal ansvarar för.	För ja: Att verksamheten har identifierat behov, d.v.s. vilka ytor och föremål som ingår, hur det ska utföras, med vilken frekvens städning/rengöring/desinfektion ska ske och av vem.
3.6	Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid lättillgängligt i alla lokaler där patientnära arbete utförs?	För ja: Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla patientsalar, undersökningsrum, behandlingsrum, läkemedelsförråd, desinfektionsrum, kök.
3.7a	Utförs årligt underhåll av spol- och diskdesinfektor?	För ja: Underhåll utförs 1 gång/år av tekniker/leverantör och dokumenteras i loggbok för spol- och diskdesinfektor. Avdelningschef ansvarar för att detta utförs.

3.7b	Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor?	För ja: Kvalitetskontroll ska utföras och dokumenteras dagligen enligt checklista. Kontroll av disk- och spoldesinfektorer - riktlinjer
3.8	Förvaras sterila, höggradigt rena produkter/material (ex omläggingsmaterial och instrument) åtskilt i skåp alternativt försluten låda?	För ja: Material med olika renhetsgrad ska förvaras åtskilda. Sterilt material, höggradigt rena produkter/material ska förvaras i stängt skåp alternativ i försluten låda i ett rent förråd, inte öppet på bänk/vagn. För mer information se Vårdhandboken .