

## Vägledning till Checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

Gäller för vårdavdelningar, mottagningar och hälsocentraler inom Region Västerbotten

	Områden och påståenden	Vägledning för ja:
1	<b>Kunskap och kompetens</b>	
1.1	<b>Finns vid enheten</b>	
1.1 a	Hygienombud	Utsedd person med ansvar att hålla sig uppdaterad inom ämnet vårdhygien finns. Uppdrag och mandat ska vara tydligt, gärna med skriftlig uppdragsbeskrivning. Finns ingen sådan person faller detta uppdrag på linjechefen. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och planering av verksamhetens hygienarbete. Regelbundna samarbetsmöten finns. Ett aktivt samarbete är grundläggande för god vårdhygienisk standard
1.1 b	Patientsäkerhetssamordnare	Vem har uppdraget? <a href="#">Patientsäkerhetssamordnare i verksamheten, uppdragsbeskrivning</a>
1.1 c	Läkare med ledningsfunktion för antibiotikafrågor	Utsedd läkare med antibiotikaansvar på varje klinik. Verksamheten genomför kontinuerlig mätning av antibiotikaanvändning med Antibiotikamätaren i PowerBI (slutenvård) eller i PVQ (primärvård). .Genomförs antibiotikaronder? Utbildning och uppdatering av resistensläge och ansvarsfull antibiotikaanvändning.
1.1 d	Introduktionsprogram gällande basala hygienrutiner och klädregler för alla nya medarbetare som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete	Skriftlig rutin och rutin för muntlig genomgång finns. Rutinen ska innefatta hur introduktionen går till, när och av vem. <a href="#">Vårdhygienisk introduktion till nyanställda i vården</a>
1.1 e	Kultur att medarbetare påminner varandra om följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Finns brister är detta en fråga att jobba med. Arbeta för att alla personalkategorier kan påminna varandra oavsett titel.
1.1. f	Möjlighet till utbildning inom det vårdhygieniska området för all personal	Rutin finns för regelbunden, förslagsvis vid anställning samt minst vart 3e år, utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor. Till exempel, E-utbildning t.ex. via Socialstyrelsen, Vårdhandboken, VRI-smart.se, deltagande i utbildningar som erbjuds av Vårdhygien. Kontakta Vårdhygien
1.1 g	Fast regelbunden mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet	Som återkommande punkt på gemensamma personalmöten till exempel APT. Tydliga informationsvägar finns för att göra vårdhygieniska rutiner kända för all personal som vistas på enheten.
1.2	<b>Genomförs återkommande mätning av:</b>	

## Vägledning till checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

1.2 a	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Självskattning eller observationer genomförs minst två gånger per år.
1.2 b	Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Mätning genomförs två gånger per år. PPM VRI gällande slutenvård, mer information finns på <a href="#">Intranätet</a>
1.2 c	Antibiotikaanvändning	Obligatoriska rapporter 1gång per kvartal för "riskantibiotika", VRI och riskfaktorer
<b>1.3 Återförs resultat och analys av:</b>		
1.3 a	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Rutin för analys och återkoppling till personal och chefer finns
1.3 b	Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Rutin för analys och återkoppling till personal och chefer finns
1.3 c	Antibiotikaanvändning	Rutin för analys och återkoppling till personal och chefer finns. Rondkortet används.
<b>2</b>	<b>Basala hygienrutiner och klädregler</b>	
2.1	Bär all personal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete	Arbetsklädernas ärmar är korta och slutar ovanför armbågen så att korrekt handdesinfektion av händer och underarmar kan utföras. Det gäller även eventuell undertröja. Långa ärmar som kavlas upp kan glida ner. Det är därför inte tillåtet att bära ett långärmat plagg med uppkavlade ärmar under arbetskläderna. Värmeplagg ska ej användas patientnära. Arbetsklädsel ska inte blandas med privat klädsel.  Se dokument: Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg; <a href="#">SOSFS 2015:10</a> Ledningssystem: <a href="#">Klädregler</a> , <a href="#">Basala hygienrutiner</a>
2.2	Finns handsprit lättåtkomligt placerat i vård-/behandlings-/undersökningsrum/förråd	Handdesinfektion finns till exempel: <ul style="list-style-type: none"> <li>● i vård och behandlingsrum innanför dörr och i hygienutrymme</li> <li>● i förråd för rent, desinfekterat eller sterilt material</li> <li>● i gemensamma utrymnen såsom desinfektionsrum och avdelningskök.</li> <li>● i patientmatsal</li> </ul>
2.3	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vård-/behandlings-/undersökningsrum	Finns handskar och plastförkläden tillgängligt i vård och behandlingsrum? Placerat på ett lätt åtkomligt sätt, vägghängd hållare för handskar och plastförkläden.
2.4	Hålls händer och underarmar fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande.	Gäller även smartklockor.

## Vägledning till checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

2.5	Är naglar korta och fria från konstgjorda material hos all vårdpersonal	Naglar ska vara fria från nagellack, lösnaglar och annan förstärkning/påbyggnad av naglarna som akryl eller gelénaglar.
<b>3</b>	<b>Rutiner, dokumentation och information</b>	
3.1	Har all personal kännedom om vilka VRI som finns på enheten	Återkopplas resultat till personalen årligen från PPM-VRI-mätning eller infektionsverktyget?
3.2.a	Vet personalen vilka riskfaktorer för VRI som finns på enheten	Återkopplas resultat till personalen årligen från PPM-VRI-mätning eller infektionsverktyget?
3.2.b	Arbetar ni aktivt för att minska dessa	Utbildningstillfällen kring korrekt arbetssätt för ex.v PVK, KAD, piccline, såromläggningar etc. Aktivt resonera kring behov av infarter och ev. infektionstecken. Mobilisering för att undvika pneumoni.
3.3	Registreras urinvägskateter, centrala- och perifera infarter och trakealtub i patientjournalen	Arbetar personalen aktivt för att föra in och sätta ut infarter i journalen. Utvärderas behovet dagligen?
3.4	Finns möjlighet till isolering av patient på enkelrum med egen toalett	
3.5	Sker screening av patient och personal för multiresistenta bakterier (MRB) enligt regional rutin	Se dokument <a href="#">Patient</a> – Screening multiresistenta bakterier på <a href="#">Vårdhygiens hemsida</a> eller i Regionens ledningssystem. Se dokument <a href="#">Personal</a> – Screening multiresistenta bakterier på <a href="#">Vårdhygiens hemsida</a> eller i Regionens ledningssystem.
3.6	Informerar patienten om god handhygien	En välinformerad patient minskar risker för vårdrelaterade infektioner. Exempelvis foldern: Rena händer för dig och mig- information till patient och besökare.  <a href="#">Informationsmaterial - regionvasterbotten.se</a>
3.7	Finns kännedom om lokal rutin för åtgärd vid stick och skärskada baserad på regional rutin	Se dokumenten <a href="#">Vid stickkada på Vårdhygiens hemsida</a> eller i Regionens ledningssystem  Se Vårdhandboken <a href="#">Stick- och skärskador samt exponering med risk för blodburen smitta hos ...</a>

## Vägledning till checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

4	Lokaler, städning, desinfektion, rengöring och tvätt	
4.1	Finns kunskap och skriftliga rutiner gällande förrådshantering på enheten	Följs anvisningarna avseende: -Lokal för lagerhållning. Observera särskilt kraven för sterila artiklar -Leveranskontroll och mottagande -Rengöring desinfektion hyllor och skåp Se ledningsdokument <a href="#">Hantering och förvaring av sterila och desinfekterade medicintekniska produkter</a>
4.2	Förekommer buffé-servering	Riskanalys har genomförts som visar att buffé-servering kan utföras  Se i Vårdhandboken om <a href="#">Livsmedelshygien - Vårdhandboken</a> och <a href="#">Virusorsakad gastroenterit, inklusive vinterkräksjuka</a> Följs Egenkontrollprogram avdelningskök?,se <a href="#">Intranätet</a> Se Regionens dokument: <a href="#">Virusorsakad magsjuka</a> .
4.3	Följs skriftliga städrutiner och lokala anvisningar	Ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal ska vara klarlagd och framgå tydligt. I de skriftliga rutinerna framgår det: <ul style="list-style-type: none"> <li>● vilka lokaler/utrymmen som ska städas</li> <li>● vilken städmetod som ska användas</li> <li>● vilka rengörings-/desinfektionsmedel som ska användas och hur</li> <li>● hur ofta det ska städas</li> <li>● vem som ska städa</li> </ul> Se dokumentet <a href="#">Städrutiner inom Region Västerbotten</a>  Se ledningsdokumentet <a href="#">Patientnära städning i vårdlokal</a> , inklusive Slutstädning efter infektioner.
4.4	Finns/följs skriftliga instruktioner för rengöring och desinfektion av medicintekniska produkter/apparatur	Säkerställ att utrustning som används till flera patienter rengörs och desinfekteras för att förhindra smittspridning  <b>Medicinteknisk apparatur</b> som används i samband med undersökning, övervakning t ex bladderscan, EKG apparat, Dokumentationen ska vara skriven på svenska och innehålla bruksanvisning för användare, instruktioner för handhavande rengörings- och skötselinstruktioner, fullständig teknisk dokumentation (på svenska eller engelska).  Se Vårdhandboken, kapitel <a href="#">Medicintekniska produkter, översikt</a> , <a href="#">Hjälpmedel, rengöring</a> , <a href="#">Medicintekniska produkter med specificerade mikrobiell renhet/Renhetsgrader</a>

## Vägledning till checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

4.5	Utförs och dokumenteras funktionskontroll av spol/diskdesinfektor	<p>Anvisningarna följs avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tillsynslista för signatur finns av utförda kontroller</li> <li>-Rengöringsanvisningar finns</li> <li>-Loggbok finns</li> </ul> <p>Se ledningsdokumentet <a href="#">Skötsel och kontroller av desinfektionsapparatur</a></p>
4.6	Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerat i vård-/behandlings-/undersökningsrum	<p>Förstahandsvalet för desinfektions av ytor och utrustning inom Region Västerbotten är alkoholbaserat desinfektionsmedel med rengörande effekt.</p> <p>Punktdesinfektion genomförs omgående vid spill av kroppsvätskor av den personal som upptäcker det</p> <p>Se Vårdhandboken: <a href="#">Städmetoder - Vårdhandboken</a></p> <p>Desinfektion av tagställen/arbetsytor och utrustning mellan patienter.</p>
4.7	Följs regional rutin för hantering av smuts- och risktvätt	<p>Kännedom finns om sortering och hantering av tvätt samt vad som klassas som risktvätt</p> <p>Se ledningsdokumentet <a href="#">Hantering av smuts- och risktvätt</a> finns också på <a href="#">Vårdhygiens hemsida</a></p>
4.8	Beaktas vårdhygieniska perspektiv vid risk- och konsekvensanalys i samband med ny- och ombyggnation?	<p>Kontakta Vårdhygien tidigt när ombyggnation i vårdmiljö planeras.</p> <p>Se Tytrum och riktlinjer för byggnation via <a href="#">Vårdhygiens hemsida</a></p>
4.9	Följs riktlinjer för att förebygga Legionella	<p>Se ledningsdokument <a href="#">Legionella</a> för ansvarsfördelning och förebyggande åtgärder.</p> <p>-Tappställen som inte används varje vecka, ska spolas med 3 minuter varmt och 3 minuter kallt vatten en gång i veckan</p>