

**EGENKONTROLLPROGRAM ”VÅRDHYGIENISK STANDARD”**

## Primärvård och mottagningar

För varje delfråga i avsnitt 1-3 sätts ett **X** i tillämplig kolumn

1.	ÖVERGRIPANDE ASPEKTER	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
<b>Följsamhet till regionens vårdhygieniska riktlinjer</b>				
1.1	Finns en fungerande rutin för att införa nya vårdhygieniska metoder på enheten?			
<b>Kompetens</b>				
1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner o. klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal på enheten <u>och</u> för nya läkare på kliniken?			
1.2.b	*Ges all vårdpersonal på enheten möjlighet till vårdhygienisk utbildning minst en gång/år?			
<b>Formaliserade arbetsuppgifter</b>				
1.3.a	Finns vid enheten medarbetare med ansvarsområde ”vårdhygien”?			
1.3.b	Finns vid kliniken läkare med ansvarsområde ”antibiotikafrågor”?			
<b>Mätning och analys en gång/ månad</b>				
1.4.a	... avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler?			
1.4.b	... avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI)?			
1.4.c	... avseende antibiotikaanvändning?			
<b>Återföring av kunskap</b>				
1.5.a	Återförs resultat och erfarenheter från gjorda mätningar (enligt 1.4) regelbundet till de personalgrupper som berörs?			
1.5.b	Finns ”stående APT-punkt” på enheten där VRI/vårdhygien diskuteras?			
<b>Förbättringsarbete</b>				
1.6	Deltar läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) och spridning av antibiotikaresistens?			

**Fortsatt handläggning av avsnitt 1:**

- För varje relevant **NEJ**-svar upprättas/uppdateras handlingsplan(er) för förbättringsarbete (enhetschef och/eller läkarchef).
- Den vårdhygieniska enhet och den Strama-expertis som finns i regionen kan vara behjälpliga.

\*Via utbildning av Hygiensjuksköterska på enheten alt. Utbildningskalendern eller Verktygslådan på Vårdhygiens hemsida.

2.	BASALA HYGIENRUTINER	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
2.1	Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?			
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläderna dagligen?			
2.3	Finns handsprit <i>lättåtkomligt</i> placerat i vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.4	Är handskar och plastförkläden <i>lättåtkomligt</i> placerade i vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.5	Informerar patienterna <i>aktivt</i> om vikten av god handhygien (t ex informationsfolder) och finns möjlighet för patienterna att utföra handdesinfektion i entrén?			

3.	ANDRA ANGELÄGNA VÅRDHYGIENISKA OMRÅDEN	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
3.1	Finns på mottagningen ett rum med egen toalett för patienter med gastroenterit?			
3.2	Har ni någon form av självservering för patienter och besökare på mottagningen?			
3.3	Blir patienttoaletter dagligen städade?			
3.4	Blir patienter som varit i kontakt med sjukvård utanför Sveriges gränser de senaste 12 mån. konsekvent kontrollodlade för multiresistenta bakterier inför inläggning på sjukhus?			
3.5	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarliggande urinvägskateter?			
3.6	Utförs dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?			
3.7	Förvaras rent och sterilt engångsmaterial i skåp, separerat från varandra?			
3.8	Rengörs och desinfekteras patientbritsar och annat flergångsmaterial mellan varje patient?			
3.9	Rengörs och desinfekteras provtagningsvagnen före och efter användning?			
3.10	Rengörs leksaker i väntrummet dagligen + vid behov?			

### Fortsatt handläggning av avsnitt 2 och 3:

#### UPPGIFTSLÄMNARE

Mottagning .....

Enhetschef .....

Telefon .....

Datum .....

Sjukhus.....

Läkarchef.....

Telefon .....

Datum .....

Hälsocentral.....

- För de frågor som besvarats med **NEJ** så kontaktas Vårdhygien för planering av en **RIKTAD VÅRDHYGIENISK KONSULTROND**.
- Efter genomförd konsultrond upprättas/uppdateras nödvändig(a) handlingsplan(er) av berörd enhetschef och/eller läkarchef.