

Egenkontroll "Vårdhygienisk standard"- checklista

För verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt insats korttidsplats och särskilt boende enligt SoL och LSS

UPPGIFTSLÄMNARE

LINJECHEF _____ **Telefon** _____ **Datum** _____

DELTAGARE _____ **Telefon** _____ **Datum** _____

DELTAGARE _____ **Telefon** _____ **Datum** _____

ENHET/ VERKSAMHET _____

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vård och omsorg är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet. Linjeföraren ansvarar för kontroll och uppföljning. Checklistan för Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten. Egenkontrollen omfattar checklista, vägledning och handlingsplan och kan användas som en del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I förbättringsarbete ska relevanta personalkategorier vara delaktiga.

Genomgående i checklistan används begreppen vårdtagare och personal (här omfattas även studenter), linjeföraren avser verksamhetens ledning/chef. Med direkt vård- och omsorgsarbete avses arbete i kontakt med vårdtagare. Med indirekt vård- och omsorgsarbete avses arbete med material eller lokaler som används i vård- och omsorgsarbete till exempel tvätthantering och städning. Där det finns särskild detaljkunskap hänvisas till styrande dokument.

Genomförande

- Linjeföraren ansvarar för att förslagsvis årligen genomföra egenkontrollprogram "Vårdhygienisk standard" på enheten tillsammans med hygienombud och sjuksköterska i verksamheten.
- För att genomföra egenkontroll, använd vägledningen till checklistan som förtydligar vad som ska vara uppfyllt för att svara ja. Då det förekommer flera påståenden i samma punkt ska allt i vägledningen vara uppfyllt.
- Utifrån Nej-svar i checklistan skapas handlingsplan av berörd enhetschef och vid oklarheter och behov av stöd, kontakta vårdhygienisk expertis på Vårdhygienisk enhet i din region.
- Frågor som inte är aktuella för den verksamhet som bedrivs besvaras med, ej relevant.
- Riktad vårdhygienisk konsultrond utförs tillsammans med Vårdhygien förslagsvis vid första tillfället och sedan vart 3 - 4 år.

1	ÖVERGRIPANDE ASPEKTER	NEJ	<i>NEJ men uppdaterad handlingsplan finns</i>	JA
FÖLJSAMHET TILL VÅRDHYGIENISKA RIKTLINJER				
1.1.a	Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla personalkategorier. Det finns också en fungerande rutin för att införa nya vårdhygieniska metoder på enheten?			
1.1.b	Finns struktur för att säkerställa god hygienisk standard?			
1.1.c	Finns kultur att medarbetare påminner varandra om följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)?			
Kompetens				
1.2.a	Ingår genomgång av BHK i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal på enheten?			
1.2.b	Ges all personal på enheten möjlighet till vårdhygienisk utbildning minst en gång/år?			
Formaliserade arbetsuppgifter				
1.3	Finns vid enheten medarbetare med ansvarsområde "Vårdhygien"?			
Mätning och analys en gång/ månad respektive några gånger/år				
1.4.a	... avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler?			
1.4.b	... avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI)?			
Återföring av kunskap				
1.5.a	Återförs resultat och erfarenheter från gjorda mätningar (enligt 1.4 a.b.) regelbundet till de personalgrupper som berörs?			
1.5.b	Finns "stående APT-punkt" på enheten där VRI/vårdhygieniska frågor diskuteras?			
2	BASALA HYGIENRUTINER OCH KLÄDREGLER	NEJ	<i>NEJ men uppdaterad handlingsplan finns</i>	JA
2.1	Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i vårdtagarna nära arbete?			
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläderna dagligen och om de blivit våta eller smutsiga under arbetspasset?			
2.3	Hålls händer/naglar (är naglar kortklippta?) och underarmar fria från armbandsur/smycken, nagellack, lösnaglar, bandage, plåster, stödskenor eller motsvarande?			

2.4	Rutin för hantering av arbetskläder finns och är känd av all personal.			
2.5	Tvättställ, flytande tvål och torkpapper finns lättåtkomligt där direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete utförs.			
2.6	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vårdrum, desinfektionsrum, tvättstuga, avdelningskök, personal- och vårdtagarnas toalett, tvättstuga?			
2.7	Är stänkskydd (munskydd och visir) lättåtkomligt placerade på vårdrum och desinfektionsrum?			
2.8	Engångsförkläde används när det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor och biologiskt material som till exempel hudflagor.			
2.9	Handskar används vid risk för kontakt med kroppsvätskor.			
2.10	Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerat i vårdrum, personal- och vårdtagarnas toaletter, förråd, desinfektionsrum, läkemedelsrum, expeditioner, avdelningskök, personalrum, tvättstuga?			
2.11	Handdesinfektion utförs före och efter direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete.			
2.12	Vårdtagare informeras aktivt om vikten av handhygien (t ex informationsfolder, muntligt), hjälp erbjuds vid behov.			
3	RUTINER, DOKUMENTATION OCH INFORMATION	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
3.1	Kunskap finns om riskfaktorer för smittspridning. Vårdhygieniska åtgärder vidtas vid behov.			
3.2	Punktdesinfektion utförs vid spill av kroppsvätskor			
3.3	Vet ni vilka riskfaktorer för VRI som finns på enheten och arbetar ni aktivt för att minska dessa?			
3.4	Säkerhetsprodukter används vid injektioner och provtagning samt läggs i behållare för skärande och stickande avfall.			
3.5	Finns kännedom om skriftlig rutin för åtgärd vid stick och skärskada?			
3.6	Sker kontrollodling av vårdtagare och personal för multiresistenta bakterier (MRB) enligt Region Norrbottens rutin?			
3.7	Har närmaste linjechef uppgifter om alla medarbetares immunitet för mässling, vattkoppor, påssjuka, röda hund, influensa, Covid-19, difteri, hepatit B och TBC?			

3.8	Registreras urinvägskateter, centrala infarter, indikation och förväntad behandlingstid i vårdtagarnas journaler, samt hanteras och inspekteras de enligt rutin?			
3.9	Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?			
3.10	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol-och diskdesinfektorer av tekniker/leverantör?			
3.11	Om fönster finns i desinfektionsrummet händer det att det öppnas?			
3.12	Tas hänsyn till vårdhygieniska aspekter vid om- och nybyggnation?			
3.13	Tas hänsyn till vårdhygieniska aspekter vid inköp av inredning och utrustning?			
3.14	Känner linjeschef och medarbetare till rutiner vid särskilda smittor och var aktuella vårdhygieniska riktlinjer finns?			
3.15	Riskbedömning gällande vårdhygieniska aspekter kring livsmedelshantering har genomförts.			
3.16	Har buffé-/självserving av frukost/lunch/middag/ kvällsmål/smörgåsar för vårdtagare och besökare avskaffats på enheten?			
3.17	Riskbedömning genomförs vid förekomst av djur i vård och omsorg.			
4	LOKALER, STÄDNING OCH RENGÖRING	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
4.1	Kunskap finns om att hjälpmedel som använts av vårdtagare med smitta kan kräva speciellt rengöringsmedel?			
4.2	Rutin finns för rengöring av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning.			
4.3	Finns och följs skriftliga instruktioner från tillverkaren av medicinteknisk utrustning för rengöring/desinfektion?			
4.4	Rengörs och desinfekteras medicintekniska produkter efter varje vårdtagare?			
4.5	Rutin för säker hantering av tvätt finns.			
4.6	Finns det en upprättad städinstruktion med tydlig gränsdragning på vad lokalvård och vårdpersonal ska städa?			
4.7	Städrutin finns för verksamhetens utrymmen för indirekt vård och omsorgsarbete såsom materialförråd, läkemedelsrum, desinfektionsrum och träningslokal.			

4.8	Förvaras rent och sterilt engångsmaterial i stängt skåp eller låda, separerat från varandra?			
5	RUMSTYPER UPPFYLLER VÅRDHYGIENISKA KRAV	NEJ	NEJ men uppdaterad handlingsplan finns	JA
5.1	Den boendes lägenhet/rum med tillhörande hygienutrymme			
5.2	Närförråd			
5.3	Sterilförråd			
5.4	Förråd för engångsprodukter och textilier			
5.5	Hjälpmedelsförråd, förråd för medicinsk teknik			
5.6	Desinfektionsrum			
5.7	Allmänna utrymmen på avdelning där vårdtagare vistas.			
5.8	Gemensam tvättstuga.			
5.9	Lokalvårdsrum/ städtrum			

ÖVRIGA SYNPUNKTER: