

# Vårdhygienisk egenkontroll vårdavdelning Blekingesjukhuset

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom slutenvårdavdelning.

God vårdhygien är en avgörande del av god patientsäkerhet. Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) är ett stöd för verksamhetschefen att systematiskt kontrollera att vården inom sitt verksamhetsområde bedrivs på ett sådant sätt att god vårdhygien uppfylls.

Det finns ett omfattande författningsstöd för det vårdhygieniska arbetet:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2023:191)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Smittskyddslagen (2004:168)
- Socialstyrelsens föreskrift, Basal hygien i vård och omsorg (2015:10)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

VEK ska genomföras en gång per år av avdelningschef tillsammans med hygienombud. Detta dokument innehåller information kring vad som minst bör vara uppfyllt för att kunna kryssa i rutan för ja i checklistan. För eventuella brister som identifieras upprättas handlingsplaner för förbättringsarbete.

VEK vårdavdelning Blekingesjukhuset är en anpassning till vårdverksamhet inom slutenvård, Blekingesjukhuset, utifrån Svensk Förening för Vårdhygiens dokument ([www.sfvh.se](http://www.sfvh.se)).

## 1. Övergripande aspekter

1.1 Leder avdelningschef kontinuerligt en diskussion med medarbetare för att främja en god patientsäkerhetskultur ur ett vårdhygieniskt perspektiv?

För ja:

- Uppmärksamma och diskutera vårdhygieniska rutiner kontinuerligt.
- Det finns forum där alla personalkategorier diskuterar och beskriver egna erfarenheter samt identifierar vårdsituationer som kan medföra risk för smittspridning.
- Det råder en kultur där medarbetare kan och vågar uppmärksamma varandra om rutiner inte följs.
- Diskutera hur medarbetare kan involvera patient och närstående i patientsäkerhetsarbetet ur ett vårdhygieniskt perspektiv.

- 1.2 Arbetar avdelningschef för att skapa en kultur där vårdrelaterade infektioner (VRI) ses som något som är undvikbart och medarbetarna ser en tydlig koppling mellan eget agerande och risken för uppkomst av VRI?  
För ja:
- Diskussion förs i det dagliga arbetet kring riskfaktorer för VRI och uppkomna VRI.
  - Enheten använder sig av Infektionsverktyget eller annat kvalitetsregister för registrering av VRI, resultatet analyseras, följs upp och återkopplas till medarbetare.
  - Rutin finns för att systematiskt förebygga enhetens vanligaste VRI:er.
  - Forum finns där alla personalkategorier diskuterar och identifierar situationer som kan medföra risk för uppkomst av VRI.
  - Rutiner finns för inspektion och utvärdering av infarter exempelvis KAD, PVK.
  - Diskutera vad ett aseptiskt arbetssätt innebär i det praktiska arbetet exempelvis vid såromläggning. Hur säkerställs att produkterna inte kontamineras i processen, från det att de kommer till enheten fram till användningen?
  - Identifierade förbättringsområden kopplas till förbättringsarbete för att öka kunskapen om och minska antalet VRI.
- 1.3 Finns en fungerande rutin/system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?  
För ja:
- Att det finns en beskrivning/rutin av hur information förmedlas vidare till all personal.
- 1.4.a Säkerställer avdelningschef att genomgång av basala hygienrutiner och klädregler ingår i introduktionsprogram för all ny personal, inklusive läkare, som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?  
För ja:
- Att det ingår i en skriftlig checklista för introduktion av nyanställd personal, studenter, personal från bemanning/hyrläkare eller motsvarande.
  - Att vårdpersonal genomför obligatorisk e-utbildning i basala hygienrutiner och klädregler samt att avdelningschef följer upp certifikat i kurskatalogen.
- 1.4.b Ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/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 eller tar del av webbaserat utbildningsmaterial.
  - Genom diskussioner i verksamheten öka kompetensen hos medarbetarna.
- 1.5 Finns hygienombud på enheten?  
För ja:

- Att det finns, av avdelningschef, utsedd person/personer med formellt och definierat uppdrag för vårdhygien (hygienombud). Uppdraget som hygienombud ska både ges och accepteras skriftligt (se *Hygienombudets uppdrag*).
- 1.6.a Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler enligt fastslaget intervall?  
För ja:
- Genomförandet ska följa den frekvens som anges i ”Instruktion för observation för observation av basala hygienrutiner och klädregler”. För närvarande ska observationer genomföras minst sex gånger/år.
- 1.6.b Sker mätning avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner?  
För ja:
- Genomför regionala eller nationella mätningar i förekommande fall eller egna kliniks specifika uppföljningar t ex för enskilda kirurgiska åtgärder.
- 1.6.c Analyseras och återförs resultat från mätningar (enligt 1.6.a) regelbundet till all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?  
För ja:
- Att man analyserar och återför resultat efter varje mätning till alla personalkategorier.
  - Att man regelbundet diskuterar resultatet (både det som är bra och mindre bra) och eventuellt behov av förbättringsåtgärder, på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex APT.
- 1.6.d Analyseras och återförs resultat från eventuella mätningar enligt 1.6.b till de personalkategorier som berörs?
- Att man analyserar och återför resultat efter varje mätning till berörda personalkategorier.
  - Att man regelbundet diskuterar resultatet och eventuellt behov av förbättringsåtgärder, på möte där berörda personalkategorier finns representerade.
- 1.6.e Finns fasta mötestider där vårdhygieniska frågor (inklusive VRI) diskuteras regelbundet?  
För ja:
- Diskussioner på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex stående punkt på APT.
- 1.7 Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning samt vårdrelaterade infektioner hos patienter och personal?

För ja:

- Arbetsgrupper som ska vara tvärprofessionella i förbättringsarbete har deltagare av alla personalkategorier.

## 2. Basala hygienrutiner

2.1 Följer all personal i patientnära/vårdrelaterat arbete basala hygienrutiner och klädregler?

För ja:

- Verksamheten ska följa SOSFS 2015:10 samt följa vårdhygiens PM ”Basala hygienrutiner” samt PM ”Hygien och arbetskläder”.

2.2 Bär all personal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?

För ja:

- Se PM ”Hygien och arbetskläder” samt PM ”Basala hygienrutiner”.

2.3 Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?

För ja:

- Att det finns tillräckligt sortiment av arbetskläder avseende både mängd och storlekar. Det ska finnas marginal så att det räcker även för studerande och personal från bemanning/hyrläkare eller motsvarande.

2.4 Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerad i vägghållare i vård-/behandling-/undersökningsrum?

För ja:

- Handdesinfektionsmedel ska finnas på alla vårdrum, undersöknings-/behandlingsrum, förråd, desinfektionsrum mm.
- Bedöm behovet av att ha handdesinfektionsmedel på flera platser i ett och samma rum, t ex på varje patientsäng, vid undersökningsbrits mm.

2.5 Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i vård-/behandlings-/undersökningsrum?

För ja:

- Handskar och plastförkläde ska finnas på alla vårdrum, undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum mm.

2.6 Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i vård-/behandlings-/undersökningsrum?

För ja:

- Ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla vårdrum, undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum mm.
- Ytdesinfektionsmedlet ska helst förvaras i vägghållare på avsedd plats.

2.7 Finns visir och munskydd tillgängligt?

För ja:

- All personal ska veta var visir och munskydd eller motsvarande skyddsutrustning finns.

2.8 Informeras patienter aktivt om vikten av god handhygien (t ex informationsfolder)?

För ja:

- Patientinformation Handhygien och Toaletthygien kan användas.

### 3. **Andra angelägna vårdhygieniska områden**

3.1 Har buffé-/självserving av frukost/lunch/middag/kvällsmål/smörgåsar för patienter och besökare avskaffats på enheten?

För ja:

- Buffé-/självserving förekommer inte på enheten.
- Alla former av bufféserving innebär risk för spridning av tarmsmitta som exempelvis calici och multiresistenta tarmbakterier som ESBL och VRE.

3.2 Vårdas patienter med diarré i normalfallet på enkelrum med egen toalett?

För ja:

- Patienter med misstänkt infektiös diarré ska alltid vårdas på enkelrum med egen toalett.

3.3 Kontrollodlas patienter för multiresistenta bakterier i enlighet med Vårdhygiens PM ”*Multiresistenta bakterier - screening och vård*”?

För ja:

- Se PM ”*Multiresistenta bakterier – screening och vård*”.

3.4 Blir patienttoaletter och duschtrymmen städade dagligen?

För ja:

- Hygienutrymme på enkelrum städas en gång/dag
- Delade patienttoaletter städas två gånger/dag

3.5 Finns skriftlig dokumentation på enheten avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?

För ja:

- Att verksamheten identifierat vilken städning vårdpersonalen ansvarar för. Detta bör även stämmas av med städpersonal, så att alla områden städas regelbundet.

- 3.6 Finns skriftlig dokumentation på enheten för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker, förråd etc som vårdpersonal ansvarar för?  
För ja:
- Att verksamheten identifierat behov, dvs vad som ingår, hur det ska utföras och med vilken frekvens städning/rengöring/desinfektion ska ske samt av vem.
  - Mer information finns i [SIV – städning i vårdlokaler](#) (SFVH) och svensk standard SS 8760014.
- 3.7 Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektorer av tekniker/leverantör?  
För ja:
- Den som utför förebyggande underhåll (FU) ska ha erforderlig utbildning (tekniker godkänd av vårdgivaren).
- 3.8 Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektor (loggbok)?  
För ja:
- Kontroller ska utföras dagligen, då maskinerna används, och innefatta samtliga delar enligt loggboken.
  - Genomförandet av dagliga kontroller ska vara knuten till funktion i verksamheten, för att säkerställa att kontrollen utförs.
  - Dagliga kontroller ska dokumenteras i loggbok eller motsvarande.
  - Mer information finns i [Utbildningsmaterial för disk- och spoldesinfektorer](#) (SFVH), [Vårdhandboken - desinfektionsapparatur](#)
- 3.9 Finns rutin för att flergångsinstrument (t ex omlägnings-/gyninstrument, inhalationsutrustning) processas i diskdesinfektor inom tre-fyra timmar efter användande?  
För ja:
- Att ha en ur vårdhygienisk synpunkt säker hantering av använda instrument, både ur patient och personalperspektiv, vilket innebär att blötläggning av använda instrument inte sker.
  - Att se till att instrumenten processas så snart som möjligt efter användandet.
- 3.10 Finns det kunskap och skriftliga rutiner för förrådshantering så att allt material bibehåller sin renhetsgrad vid förvaring och hantering i verksamheten?  
För ja
- Handdesinfektion finns i förrådet och utförs innan all hantering av sterila, desinfekterade/fabriksrena produkter och material.

- Fabriksrent, desinfekterat eller sterilt material förvaras åtskilt.
- Sterilt material och desinfekterat material som genomgått kontrollerad process i diskdesinfektor förvaras torrt, dammfritt och i stängt utrymme.
- Desinfekterat material (tidigare benämnt höggradigt rent) som processas i diskdesinfektor bör genomgå process i diskdesinfektor, tillsammans med förvaringslåda och lock, en gång/vecka för att bibehålla sin renhetsgrad.
- Transportförpackningar avlägsnas utanför förrådet.
- Verksamheten har rutin för städfrekvens utifrån typ av förråd.
- Läs mer i Vårdhandboken: [Förvaring](#) samt SIS-TR 57: 2020 Handbok för grundläggande rekommendationer för lagerhållning, hantering och transport av sterila medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård, tandvård och djursjukvård.

3.11 Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarvarande urinvägskateter?

För ja:

- Se Vårdhandbokens avsnitt om urinkatetrering, <https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/kateterisering-av-urinblasa/>

3.12 Används fickkortet ”Urinretentionsförebyggande åtgärder” på enheten?

För ja:

- Fickkort ”Urinretentionsförebyggande åtgärder” används. Kort kan beställas från Vårdhygien.

3.13 Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering med risk för blodburen smitta?

För ja:

- Att det finns rutin för både akut omhändertagande och uppföljning av personal vid händelser som innebär risk för blodburen smitta, t ex stickskador, skvätt av blodtillblandade kroppsvätskor mot ansikte. Se PM ”*Blodsmitta i vårdsituationer*”.
- Att det finns rutin för hur man förebygger upprepning av händelse och även hur man förebygger händelser som kunde leda till skada (tillbud).

3.14 Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?

För ja:

- Läkemedel för flergångsbruk (t ex lokalbedövningsmedel) hanteras endast i läkemedelsrum eller motsvarande.

- Läkemedel som hanteras på behandlingsrum eller motsvarande kasseras efter användandet.

3.15 Används rondkort ”Var antibiotikasmart/förebygg vårdrelaterade infektioner” på enheten?

För ja:

- Rondkort används och kan beställas från Vårdhygien

3.16 Uppmärksammar närmsta chef personalen på vikten av att ha kännedom om sin immunitetsstatus avseende mässling, vattkoppor och röda hund?

För ja:

- All person bör ha kännedom om sin immunitetsstatus.
- Vid tveksamheter i immunitetsstatus uppmanas medarbetaren att kontakta Regionhälsan/enhetens företagshälsovård.

#### **4. Lokala tillägsfrågor**

Här har ni möjlighet att lägga till så kallade lokala tillägsfrågor, dvs ytterligare frågeställningar som är relevanta för verksamheten.

## Checklista vårdhygienisk egenkontroll vårdavdelning Blekingesjukhuset

Enhet/verksamhet: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_

*Avdelningschef*
*Hygienombud*
*Hygienombud*

1.	Övergripande aspekter	Ja	Nej
1.1	Leder avdelningschef kontinuerligt en diskussion med medarbetare för att främja en god patientsäkerhetskultur ur ett vårdhygieniskt perspektiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Arbetar avdelningschef för att skapa en kultur där VRI ses som något undvikbart och medarbetarna ser en tydlig koppling mellan eget agerande och risken för uppkomst av VRI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Finns en fungerande rutin/system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kompetens</b>			
1.4.a	Säkerställer avdelningschef att genomgång av basala hygienrutiner och klädregler ingår i introduktionsprogram för ny personal, inklusive läkare, som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.b	Ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formaliserade arbetsuppgifter</b>			
1.5	Finns hygienombud på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mätning och analys samt återförande av kunskap</b>			
1.6.a	Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler enligt fastslaget intervall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.b	Sker mätning avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.c	Analyseras och återförs resultat från mätning enligt 1.6.a regelbundet till all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.d	Analyseras och återförs resultat från eventuella mätningar enligt 1.6.b till de personalkategorier som berörs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.e	Finns fasta mötestider där vårdhygieniska frågor (inklusive VRI) diskuteras regelbundet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Förbättringsarbete</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
1.7	Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning samt vårdrelaterade infektioner hos patienter och personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2.</b>	<b>Basala hygienrutiner</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
2.1	Följer all personal i patientnära/vårdrelaterat arbete basala hygienrutiner och klädregler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Bär all personal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerade i vägghållare i vård-/behandlings-/ undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i vård-/ behandlings-/ undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i vård-/behandlings-/undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Finns visir och munskydd tillgängligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Informerar patienter aktivt om vikten av god handhygien (t ex informationsfolder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3.</b>	<b>Andra angelägna vårdhygieniska områden</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
3.1	Har buffé-/självserving av frukost/lunch/middag/kvällsmat/smörgåsar för patienter och besökare avskaffats på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Vårdas patient med diarré i normalfallet på enkelrum med egen toalett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Kontrollodlas patienter för multiresistenta bakterier i enlighet med Vårdhygiens PM ” <i>Multiresistenta bakterier – screening och vård</i> ”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Blir patienttoaletter och duschutrymmen städade dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Finns skriftlig dokumentation på enheten avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Finns skriftlig dokumentation på enheten för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker, förråd etc som vårdpersonalen ansvarar för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer (loggbok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9	Finns rutin för att flergångsinstrument (t ex omlägnings-/gyninstrument, inhalationsutrustning), processas i diskdesinfektor inom tre-fyra timmar efter användandet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Finns det kunskap och skriftliga rutiner för förrådshantering så att allt material bibehåller sin renhetsgrad vid förvaring och hantering i verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarvarande urinvägskateter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Används fickkortet ”Urinretentionsförebyggande åtgärder” på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering för blodburen smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	Används rondkort ”Var antibiotikasmart/förebygg vårdrelaterade infektioner” på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Uppmärksammar närmsta chef personal på vikten av att ha kännedom om sin immunitetsstatus avseende mässling, vattkoppor och röda hund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4.</b>	<b>Lokala tilläggsfrågor</b>
4.1	
4.2	
4.3	
4.4	

<b>Kommentarer:</b>