

Vårdhygienisk egenkontroll operationsverksamhet- Blekingesjukhuset

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom operationssjukvård.

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. En kopia skickas till vårdhygien.

VEK-operationsverksamhet Blekingesjukhuset är en anpassning till vårdverksamhet inom operation, Blekingesjukhuset, utifrån Svensk Förening för Vårdhygiens dokument (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.

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.
- 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 hantering av infarter.
 - 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, till exempel att ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien eller tar del av webbaserat utbildningsmaterial.
 - Genom diskussioner i verksamheten öka kompetensen hos medarbetarna.
- 1.4.c Finns det rutiner för rengöring och desinfektion av medicinteknisk utrustning?
För ja:
- Att personal har kunskap om hur medicinskteknisk utrustning ska rengöras och desinfekteras även vid smitta.
 - Att tex Tristel Duo används vid rengöring och desinfektion av ultraljudsprober vid vaginala och rektala undersökningar.
- 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 av basala hygienrutiner och klädregler”. För närvarande ska observationer genomföras minst sex gånger/år.
- 1.6.b Delges operationsenheten resultat av VRI -mätningar från de opererande klinikerna?
För ja:
- Att det finns rutiner för att få information från respektive opererande kliniker om förekomst av postoperativa infektioner.
- 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, till exempel APT.
- 1.6.d Finns fasta mötestider där vårdhygieniska frågor (inklusive VRI) diskuteras regelbundet?
För ja:
- Diskussioner på möte där alla personalkategorier finns representerade, till exempel 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”.
 - Operationskläder används av alla på operationsavdelningen.
 - Att skyddsrock över operationskläder används och munskydd samt operationsmössa/hjälm tas av, vid kortare ärenden utanför enheten.
- 2.2 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.

- 2.3 Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerad i vägghållare i operations-/behandling-/undersökningsrum?
För ja:
- Handdesinfektionsmedel ska finnas på alla operations-/undersöknings-/behandlingsrum, förråd, desinfektionsrum mm.
 - Bedöm behovet av att ha handdesinfektionsmedel på flera platser i ett och samma rum.
- 2.4 Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i operations-/behandlings-/undersökningsrum?
För ja:
- Handskar och plastförkläde ska finnas på alla operations-/undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum mm.
- 2.5 Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i operations-/behandlings-/undersökningsrum?
För ja:
- Ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla operations-/undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum mm.
 - Ytdesinfektionsmedel ska helst förvaras i vägghållare på avsedd plats.
- 2.6 Finns visir, munskydd och andningsskydd tillgängligt?
För ja:
- All personal ska veta var visir och munskydd , andningsskydd eller motsvarande skyddsutrustning finns.
- 2.7 Finns både operationsmössor och operationshjälm tillgängligt?
För ja:
- Mössor och hjälmar ska finnas så att alla kan nå dem i anslutning till operationsavdelningen?
 - Operationsmössa/operationshjälm och ev. skäggskydd .ska täcka allt hår och skägg.
 - När operationshjälm används ska den vara nedstoppad i halslinningen
- 2.8 Finns det möjlighet att utföra preoperativ handtvätt och handdesinfektion?
För ja
- Det ska finnas tvättställe utanför operationsrummen för preoperativ handtvätt.
 - Det ska också finnas möjlighet till preoperativ handdesinfektion med handdesinfektionsmedel med kvardröjande effekt som tex Sterilium/Hibiscrub.
- 2.9 Används dubbla sterila handskar med indikatorfunktion vid invasiva ingrepp?
För ja
- Att råden i Riksföreningen för operationssjukvård(Rfop) anser och rekommenderar om användning av sterila operationshandskar under invasiv kirurgi följs.

3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

3.1 Vårdas patient med diarré isolerad med egen toalett i väntrum/sänghall i väntan på operation?

För ja:

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

3.2 Finns rutiner för omhändertagande av patienter med multiresistenta bakterier (MRB)?

För ja:

- Att det finns skrivna riktlinjer hur patient med MRB ska tas om hand under hela det perioperativa förloppet.
- Att screening av patienter efterfrågas inför operation.

3.3 Blir patienttoaletter och duschutrymmen städade dagligen?

För ja:

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

3.4 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.

3.5 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/>

3.6 Används fickkortet ”Urinretentionsförebyggande åtgärder” på enheten?

För ja:

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

3.7 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, till exempel sticksador, stänk av blodtillblandade kroppsvätskor mot ansikte. Se PM ”*Blodsmitta i vårdssituationer*”.

- Att det finns rutin för hur man förebygger upprepning av händelse och även hur man förebygger händelser som kunde leda till skada (tillbud).
- 3.8 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.
- 3.9 Uppmärksammar närmsta chef personalen på vikten av att ha kännedom om sin immunitetsstatus avseende mässling, vattkoppor och röda hund?
För ja:
- All personal bör ha kännedom om sin immunitetsstatus.
 - Vid tveksamheter i immunitetsstatus uppmanas medarbetaren att kontakta Regionhälsan eller enhetens företagshälsovård.

4. Lokaler , inredning, utrustning och ventilation

Rutiner operationsrum

- 4.1.a Iordningställs de sterila instrumenten och täcks över innan patienten körs in på operationsrummet eller alternativt iordningställs de i speciellt uppdukningssrum?
För ja:
- Uppdukning/ iordningställande av de sterila instrumenten sker innan patienten körs in på operationsrum, alternativt i uppdukningssrum.
 - Att dokument RF op (Riksföreningen för operationssjuksköterskor) följs [iordningsstaellande_rf_anser2025.pdf](#) Se även: [Arbetsrutiner i operationsrum - Vårdhandboken](#)
- 4.1.b Förvaras material som behövs under operationen i genomräckningsskåp eller andra stängda skåp på sal?
För ja:
- Operationsrummen är försedda med genomräckningsskåp eller det finns stängda skåp på sal där sterilt material förvaras under operation.
 - Om sterilt material förvaras öppet på rummet ska flergångsinstrument steriliseras och engångsprodukter kastas.
Se standard SIS-TR 57:2020 Handbok för grundläggande rekommendationer för lagerhållning, hantering och transport sterila

medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård, tandvård och djursjukvård.

- Se även [Arbetsrutiner i operationsrum - Vårdhandboken](#)

4.1.c Finns rutiner som minimerar dörröppningar under pågående operation?

För ja:

- Enheten arbetar aktivt för att minimera dörröppningar under pågående operation.
Se standard . SIS/ TS 39:2025 Mikrobiologisk luftrenhet vid invasiva ingrepp – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav
Se även [Arbetsrutiner i operationsrum - Vårdhandboken](#)

4.1.d Finns det riktlinjer för antal personer som får vistas på operationsrummet under pågående operation?

För ja:

- Det bör finnas dokumenterat max antal personer som kan vistas på operationsrummet för att ventilationen ska klara att ge en godkänd rening av luften. Se Standard SIS-TS 39:2025.

Operationssalens ventilation mm.

4.2.a Finns kännedom om godkända protokoll på enheten från OVK (obligatorisk ventilationskontroll) som ska genomföras vart tredje år?

För ja:

- Ventilationskontroll görs av driften enligt SIS-TS 39:2025 och enheten får återkoppling om resultaten.

4.2.b Utförs funktionskontroller (luftflöden, tryckdifferens, filterinstallation, mikrobiell renhet etcetera) av operationsventilationen enligt SIS-TR 39:2025?

För ja:

- Funktionskontroller och CFU mätningar ska göras enligt tabell i SIS-TS 39:2025.

4.2.c Finns det kontinuerlig mätning på operationsrummen av luftfuktighet och temperatur?

För ja:

- Det finns mätare av luftfuktighet och temperatur installerat på alla operationsrum.
- Värdena följs och registreras i patientens operationsjournal.

4.2.d Finns det rutiner för hur avvikelser i temperatur , luftfuktighet och CFU-värden ska hanteras?

För ja:

- Enheten har en skriftlig rutin med åtgärder som ska vidtas vid avvikelser i temperatur, luftfuktighet och vid höga CFU-värden.

4.2.e Är väggbeklädnad icke absorberande, utan hål och sprickor samt tål rengöring och desinfektion med alkoholbaserade ytdesinfektionsmedel med tensid?

För ja:

- En operationsenhet är Hygienklass 3 och ska följa rekommendationer i BOV (Byggnation och vårdhygien)
- Trasiga och skadade ytskikt rapporteras för åtgärd.

Rengöring och desinfektion av instrument och annat gods

4.4.a Finns det kvalitetssäkrad process för att säkerställa sterilisering av steril gods?

För ja:

- Verksamheten köper tjänster ifrån en central Sterilteknisk enhet.
- Enheten har skrivna rutiner där ansvarsfördelning mellan operationsenhet och Sterilteknisk enhet är beskrivna.
- Verksamheten säkerställer att gällande standarder för sterilisering följs. Läs mer i Vårdhandboken: [Desinfektion och sterilisering/medicintekniska produkter](#).
- Autoklav ska skötas enligt gällande standard bla. SS-EN ISO 17665:2024 Sterilisering av medicintekniska produkter – Fuktig värme – Krav på utveckling, validering och rutinkontroll av steriliseringsprocesser för medicintekniska produkter (EN ISO 17665:2024,IDT).

4.4.b Kasserar alltid engångsinstrument efter användning?

För ja:

- Engångsinstrument ska slängas direkt efter användning för att inte förväxlas med flergångsinstrument.
- Får inte processas och återanvändas

Desinfektionsrum

4.5.a Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?

För ja:

- Den som utför förebyggande underhåll (FU) ska ha erforderlig utbildning (tekniker godkänd av vårdgivaren).

4.5. Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?

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](#)

Förråd och förrådshantering

4.6.a Finns det kunskap och skriftliga rutin för förrådshantering så att allt material bibehåller sin renhetsgrad vid förvaring och hantering 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 i avemballeringsrum.
- Verksamheten har rutin för städfrekvens utifrån typ av förråd.
Läs mer i Vårdhandboken: [Förvaring](#) samt SIS-TR 57: 2020

4.6.b Finns det kontinuerlig mätning i sterilmödrarna av luftfuktighet och temperatur?

För ja:

- Att enheten följer standarden för lagerhållning SIS-TR 57: 2020.

4.6.c Mäts CFU-värde i Sterilmödrar årligen?

För ja:

- Rekommendationer för CFU-mätning i sterilmödrar genomförs enligt SIS TR 57:2020.

4.6.d Finns det rutiner för hur avvikelser i temperatur , luftfuktighet och CFU-värde ska hanteras?

För ja:

- Enheten har skriven rutin för åtgärder som ska vidtas vid avvikelser i temperatur och luftfuktighet.
- Se SFVH's [Hög luftfuktighet – påverkan på sterilt gods](#)

Operationsbord/brits, undersökningsstol och övriga ytor

4.7.a Tål utrustning samt ytor rengöring och desinfektion med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid?

För ja:

- All utrustning som används måste tåla desinfektion med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel.
- 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.

4.7.b Är alla ytor, stolar, operationsbord och operationsbritsar hela utan hål och sprickor?

För ja:

- Alla ytskikt måste vara hela. I sprickor och trasigt material kan bakterier ansamlas eftersom trasiga ytor är mycket svårstädade.

4.7c Finns skriftliga rutiner för rengöring och desinfektion av operationsbord/brits mm?

För ja:

- Skriftliga rengöringsrutiner bör finnas för att all personal ska göra likadant och ingen del av rengöring och desinfektionsrutinen ska missas.

5 Kommentarer

Här kan kommentarer till de olika punkterna skrivas i fritext vid behov.

1.6.b	Delges operationsenheten resultat av VRI -mätningar från de opererande klinikerna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.c	Analyseras och återförs resultatet från mätning enligt 1.6.a regelbundet till all personal som deltar i patientnära/vårdnära arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.d	Finns fasta mötestider där vårdhygieniska frågor (inklusive VRI) diskuteras regelbundet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förbättringsarbete		Nej	Ja
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"/>

2.	Basala hygienrutiner och operationsspecifika hygienrutiner	Nej	Ja
2.1	Följer all personal i patientnära/vårdrelaterat arbete basala hygienrutiner och klädregler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt placerade i vägghållare i operations-/behandlings-/undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i operations-/ behandlings-/undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i operations-/behandlings-/undersökningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Finns visir, munskydd och andningsskydd tillgängligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Finns det både operationsmössor och operationshjälm tillgängligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Finns möjlighet att utföra preoperativ handtvätt och handdesinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Används dubbla sterila handskar med indikatorfunktion vid alla invasiva ingrepp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Andra angelägna vårdhygieniska områden	Nej	Ja
3.1	Vårdas patient med diarré isolerad med egen toalett i väntrum/sänghall i väntan på operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Finns rutiner för omhändertagande av patient med multiresistent bakterie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3	Blir patienttoaletter och duschutrymme städade dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Finns skriftlig dokumentation på enheten avseende ansvarsfördelningen mellan städ- och vårdpersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarvarande urinvägskateter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Används fickkortet ”Urinretentionsförebyggande åtgärder” på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering för blodburen smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	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"/>

4.	Lokaler , inredning, utrustning och ventilation		
	Rutiner operationsrum	Nej	Ja
4.1.a	Iordningställs de sterila instrumenten och täcks över innan patienten körs in på operationsrummet eller alternativt iordningställs de i speciellt uppdukningsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.b	Förvaras material som behövs under operationen i genomräkningsskåp eller andra stängda skåp på sal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.c	Finns rutiner för att minimera dörröppningar under pågående operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.d	Finns det riktlinjer för antal personer som får vistas på operationsrummet under pågående operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operationsrum ventilation mm	Nej	Ja
4.2.a	Finns kännedom om godkända protokoll på enheten från OVK (obligatorisk ventilationskontroll) som ska genomföras vart tredje år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.b	Utförs funktionskontroller (luftflöden, tryckdifferens, filterinstallation, mikrobiell renhet etcetera) av operationsventilationen enligt SIS-TR 39?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.c	Finns det kontinuerlig mätning på operationsrummen av luftfuktighet och temperatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.d	Finns det rutiner för hur avvikelser i temperatur, luftfuktighet och CFU -värden ska hanteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.e	Är väggbeklädnad icke absorberande, utan hål och sprickor samt tål rengöring och desinfektion med alkoholbaserade ytdesinfektionsmedel med tensid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rengöring och desinfektion av instrument och annat gods		Nej	Ja
4.4.a	Finns det kvalitetssäkrad process för att säkerställa sterilisering av sterilt gods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.b	Kasseras alltid engångsinstrument efter användning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfektionsrum		Nej	Ja
4.5.a	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.b	Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.c	Finns väl uppmärkta ytor för rent/orent i desinfektionsrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förråd och förrådshantering		Nej	Ja
4.6.a	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"/>
4.6.b	Finns det kontinuerlig mätning i steriltförråden av luftfuktighet och temperatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.c	Mäts CFU- värde i steriltförråd årligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.d	Finns det rutiner för hur avvikelser i temperatur , luftfuktighet och CFU-värde ska hanteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationsbord/brits, undersökningsstol och övriga ytor		Nej	Ja
4.7.a	Tål utrustning samt ytor rengöring och desinfektion med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.b	Är alla ytor, stolar, operationsbord och operationsbritsar hela utan hål och sprickor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.c	Finns skriftliga rutiner för rengöring och desinfektion operationsbord/brits mm ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Kommentarer