

Vårdhygienisk egenkontroll – mottagning/utåtriktad verksamhet Blekingesjukhuset

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom mottagningsarbete.

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. Inledningen i detta dokument innehåller information kring vad som minst bör vara uppfyllt för att kunna kryssa i rutan för ja i checklistan som finns sist i dokumentet. För eventuella brister som identifieras upprättas handlingsplaner för förbättringsarbete. Kopia på genomförd egenkontroll (checklista) ska skickas till Vårdhygien.

VEK mottagning/utåtriktad verksamhet Blekingesjukhuset är en anpassning till vårdverksamhet inom mottagningsarbete och utåtriktad verksamhet, 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 vårdssituationer 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 VRI ses som något undvikbart och medarbetarna ser en tydlig koppling mellan eget agerande och risken för uppkomst av VRI?

För ja:

- Diskussion förs i det dagliga arbetet om hur uppkomsten av VRI kan förhindras.
- Enheten använder sig av Infektionsverktyget eller annat kvalitetsregister för registrering av VRI, resultatet analyseras, följs upp och återkopplas till medarbetare, vid behov även till annan vårdgivare.
- 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.
- 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 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 ny personal 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.

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. Hygienombud kan även hålla i utbildningar på arbetsplatsen.
- Genom diskussioner i verksamheten öka kompetensen hos medarbetarna.

1.5 Finns hygienombud på enheten?

För ja:

- Att det finns, av avdelningschef², utsedd person/personer med formellt och definierat uppdrag för vårdhygien (hygienombud). Uppdraget som hygienombud ska både ges och accepteras skriftligt.

- 1.6.a Sker observationer 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”.
- Om observationer inte kan genomföras, men exempelvis självskattningar genomförs svarar ni nej i checklistan och skriver under ”Kommentarer” i checklistan att självskattningar genomförs.
- 1.6.b 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, minst tre gånger/år, 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.c Finns fasta mötestider där vårdhygieniska frågor (inklusive VRI) diskuteras regelbundet?
För ja:
- Diskussioner på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex 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”.
 - Personal som utför patientnära/vårdrelaterat arbete i hemmiljö bär kortärmade arbetskläder. Det finns inget vårdhygieniskt hinder för att transportera sig med arbetskläder mellan arbetsplats och patientens hem eftersom arbetskläder förutsätts vara rena.

- 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 placerade i vägghållare i vård-/behandlings-/undersökningsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?
För ja:
- Handdesinfektionsmedel ska finnas på alla vård-/undersöknings-och behandlingsrum, förråd, desinfektionsrum mm.
 - Bedöm behovet av att ha handdesinfektionsmedel på flera platser i ett och samma rum, t ex vid undersökningsbords mm.
 - Handdesinfektionsmedel ska tas med vid arbete utanför enheten.
- 2.5 Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i vård-/undersöknings-/behandlingsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?
För ja:
- Handskar och plastförkläde ska finnas på alla vård-, undersöknings- och behandlingsrum, desinfektionsrum mm.
 - Handskar och plastförkläde ska tas med vid arbete utanför enheten.
- 2.6 Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i vård-/behandlings-/undersökningsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?
För ja:
- Ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla vård-,undersöknings-och behandlingsrum, desinfektionsrum mm.
 - Ytdesinfektionsmedlet ska helst förvaras i vägghållare på avsedd plats.
 - Ytdesinfektionsmedel ska tas med vid arbete utanför enheten då desinfektion av utrustning, exempelvis blodtrycksmanschett och stetoskop ska utföras.
- 2.7 Finns visir och munskydd tillgängligt?
För ja:

- All personal ska veta var visir eller motsvarande skyddsutrustning finns vid behov av skydd för stänk mot ansiktet.

3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

3.1 Finns rutin för hur patient med riskfaktorer för smittspridning omhändertas?

För ja:

- Att verksamheten definierat vad som är riskfaktorer för smittspridning. Exempel på riskfaktorer är vätskande sår, diarré, kräkning, luftvägssymtom, utslag/blåsor i samband med feber och sviktande kognitiv förmåga.
- Att verksamheten har definierat hur både bokade och obokade patienter med riskfaktorer tas om hand. T ex att patienter identifieras tidigt i vårdkedjan, helst redan vid telefonkontakt och att tid i väntrum undviks vid t ex luftburen smitta (mässling, vattkoppor).

3.2 Kontrollodlas patienter för multiresistenta bakterier i enlighet med Vårdhygiens PM *"Multiresistenta bakterier – screening och vård"*?

För ja:

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

3.3 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.

3.4 Finns skriftlig dokumentation på enheten för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker mm 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.

3.5 Finns rutin för att regelbundet inspektera ytskikt för att upptäcka slitage?

För ja:

- Att exempelvis lokaler, möbler och medicintekniska produkter ska vara hela, lätta att rengöra och desinfektera.
- Läs mer i PM *"Riktlinjer för möbelklädsel och textilier"*.

3.6 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).

3.7 Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektor?

För ja:

- Kontroller ska utföras dagligen, då maskinerna används, och innefatta samtliga delar enligt loggboken.
- Genomförandet av dagliga kontroller ska vara knutna 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](#)

3.8 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.

3.9 Används alltid sterila instrument vid ingrepp där hel hud och slemhinna penetreras?

För ja:

- Att man använder sterila instrument även när det finns risk att slemhinna penetreras.

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 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).

3.12 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.

3.13 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.

Förklaringar

^a Yttersta ansvaret för att uppfylla god vårdhygienisk standard har den som är verksamhetsansvarig (verksamhetschef).

Förbättringsarbete			
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	Nej	Ja
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 placerad i vägghållare i vård-/behandlings- och undersökningsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vägghållare i vård-/behandlings- och undersökningsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Finns alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i vård-/behandlings- och undersökningsrum samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Finns visir och munskydd tillgängligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Andra angelägna vårdhygieniska områden	Nej	Ja
3.1	Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Kontrollodlas patienter för multiresistenta bakterier i enlighet med Vårdhygiens PM " <i>Multiresistenta bakterier – screening och vård</i> "?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Finns skriftlig dokumentation på enheten avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Finns skriftlig dokumentation på enheten för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker etc som vårdpersonalen ansvarar för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Finns det rutin för att regelbundet inspektera ytskikt för att upptäcka slitage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Utförs och dokumenteras dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	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"/>
3.9	Används alltid sterila instrument vid ingrepp där hel hud och slemhinna penetreras?	<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	Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering för blodburen smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Uppmärksammar närmsta chef personalen på vikten av att ha kännedom om sin immunitetsstatus avseende mässling, vattkoppor och röda hund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Lokala tilläggsfrågor	Nej	Ja
4.1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: