

Vårdhygienisk egenkontroll i primärvård, Västra Götalandsregionen

Checklista, lathund och mall för handlingsplan

Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner och den accelererande spridningen av multiresistenta bakterier innebär ett allvarligt hot mot såväl patientsäkerheten, hälso- och sjukvården och folkhälsan. Vårdrelaterade infektioner utgör en stor del av undvikbara vårdskador som både är resurs- och kostnadskrävande utöver det lidande de förorsakar drabbade patienter. Hoten kan endast mötas genom att hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt säkerställer en god hygienisk standard, vilket även är ålagt enligt svensk lag.

Syfte

Vara vägledande i primärvårdens systematiska kvalitetsarbete gällande god hygienisk standard.

Genomförande

Egenkontrollen genomförs regelbundet, gärna årligen, exempelvis av verksamhetschef/enhetschef tillsammans med hygienombud och medicinsk ansvarig läkare. För förtydligande gällande frågorna i checklistan, se lathund längre ner i dokumentet. Mall för handlingsplan återfinns sist i dokumentet.

Kontakta gärna din vårdhygieniska enhet för ytterligare vägledning:

Vårdhygien Göteborg och södra Bohuslän

Telefon: 031-3426100

Mail: vardhygien.su@vgregion.se

Vårdhygien Norra Älvsborg och norra Bohuslän

Telefon: 010-4354749

Mail: vardhygien.nu@vgregion.se

Vårdhygien Skaraborg

Telefon: 0500-432084

Mail: vardhygienskaraborg@vgregion.se

Vårdhygien Södra Älvsborg

Telefon: 033-6162904

Mail: sas.vardhygien@vgregion.se

1	Övergripande aspekter	Nej	Ja	Ej relevant/Kommentar
	<i>Följsamhet, kompetens och formaliserade arbetsuppgifter</i>			
1.1	Är följsamhet till vårdhygieniska rutiner självklart i er verksamhet?			
1.2	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) i introduktionsprogram för nya medarbetare och studenter?			
1.3	Genomgår alla medarbetare som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete regelbunden vårdhygienisk repetitionsutbildning?			
1.4	Finns medarbetare med uppdrag att arbeta med vårdhygieniska frågor?			
	<i>Mätning, analys och uppföljning</i>			
1.5	Sker regelbunden mätning av följsamhet till basala hygienrutiner (BHK)?			
1.6	Analyseras och återförs resultatet av genomförda BHK-mätningar till alla medarbetare som deltar i patientnära vård?			
1.7	Finns avsatt mötestid där vårdhygieniska frågor kan diskuteras i arbetsgruppen?			
	<i>Förbättringsarbete</i>			
1.8	Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god hygienisk standard?			
2	Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)			
2.1	Följer alla medarbetare i patientnära vård BHK?			
2.2	Finns förutsättningar att arbeta med följsamhet till BHK?			
	- Handdesinfektion lättillgängligt,			
	- Möjlighet att byta arbetskläder dagligen och oftare vid behov,			
	- Handskar och plastförkläden lättåtkomligt,			
	- Visir och/eller skyddsglasögon och munskydd lättåtkomligt.			
3	Övriga angelägna vårdhygieniska områden			
	<i>Vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning</i>			
3.1	Finns rutin för hur patienter med vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning omhändertas? OBS, även luftburen smitta!			
	<i>Städning och desinfektion</i>			

3.2	Finns skriftlig dokumentation och kännedom avseende ansvarsfördelning mellan lokalvårdspersonal och vårdpersonal?			
3.3	Finns skriftliga rutiner för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, träningsredskap, leksaker etc. som vårdpersonalen ansvarar för?			
3.4	Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?			
	<i>Spol- och diskdesinfektion</i>			
3.5	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?			
3.6	Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor?			
3.7	Kontrolleras att godset är rent efter varje körning?			
3.8	Finns rutin för att köra använt gods i spol- eller diskdesinfektor så snart som möjligt efter användning?			
3.9	Finns separata flöden för smutsigt respektive rent/desinfekterat gods?			
	<i>Renhetsgrader och aseptik</i>			
3.10	Har all vårdpersonal kunskap om skillnader i renhetsgrad mellan rena, desinfekterade och sterila produkter?			
3.11	Används alltid sterila instrument vid ingrepp där hel hud och slemhinna penetreras?			
3.12	Förvaras och hanteras material med definierad renhetsgrad (desinfekterad och steril) aseptiskt, så att renhetsgraden bibehålls ända fram till patient?			
	<i>Övrigt</i>			
3.13	Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering med risk för blodsmitta?			
3.14	Hanteras injektionsläkemedel i flerdosförpackning i läkemedelsrum?			
3.15	Används regionens rutin Vaccination för medarbetare inom Västra Götalandsregionen gällande medarbetares immunitet och erbjuds medarbetare vid behov vaccination utifrån rutinen?			
3.16	Känner ni till och följer de villkor som åligger vårdgivaren i Direktiv för vårdhygienisk verksamhet ?			

Lathund

1	Övergripande aspekter
	<i>Följsamhet, kompetens och formaliserade arbetsuppgifter</i>
1.1	Är följsamhet till vårdhygieniska rutiner självklart i er verksamhet? <i>För ja: Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla och hygienriktlinjer ses som självklara.</i>
1.2	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) i introduktionsprogram för nya medarbetare och studenter? <i>För ja: Det finns en beskrivning/rutin för introduktion av nya medarbetare, studenter, elever, praktikanter, medarbetare från bemanningsföretag eller motsvarande, till exempel i form av checklista.</i>
1.3	Genomgår alla medarbetare som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete regelbunden vårdhygienisk repetitionsutbildning? <i>För ja: Det finns en struktur för utbildning och uppdatering i vårdhygieniska frågor.</i>
1.4	Finns medarbetare med uppdrag att arbeta med vårdhygieniska frågor? <i>För ja: Att det på enheten finns, av vårdenhetschefen utsedd person/personer, med formellt och definierat uppdrag för arbete med vårdhygieniska frågor. Obs, yttersta ansvaret för att vården bedrivs med god hygienisk standard har den som är verksamhetschef.</i>
	<i>Mätning, analys och uppföljning</i>
1.5	Sker regelbunden mätning av följsamhet till basala hygienrutiner (BHK)? <i>För ja: Regelbundna mätningar utförs och rapporteras samt analyseras.</i>
1.6	Analyseras och återförs resultatet av genomförda BHK-mätningar till alla medarbetare som deltar i patientnära vård? <i>För ja: Att resultat av mätningar återförs till alla personalkategorier efter varje mätning samt att man regelbundet, minst 1 gång/kvartal diskuterar resultat och eventuella förbättringsåtgärder på möte där alla personalkategorier finns representerade, tex APT.</i>
1.7	Finns avsatt mötestid där vårdhygieniska frågor kan diskuteras i arbetsgruppen?
	<i>Förbättringsarbete</i>
1.8	Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god hygienisk standard? <i>För ja: Arbetsgrupper för vårdhygieniska frågor har deltagare ur alla personalkategorier som arbetar patientnära/vårdrelaterat.</i>
2	Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)
2.1	Följer alla medarbetare i patientnära vård BHK? <i>För ja:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Händer och underarmar ska vara fria från armbandsur, smycken, samt bandage, stödskenor eller motsvarande. Naglar ska vara korta, fria från nagellack och konstgjorda material.</i> - <i>Händerna och underarmar ska ha hel hud eftersom skadad hud kan utgöra hinder för fullgod desinfektion.</i> - <i>Arbetskläder ska vara kortärmade i patientnära och vårdrelaterat arbete.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Långt hår och skägg ska vara uppfäst. Huvudduk ska vara kort eller instoppad under arbetskläderna</i> <p><i>Kommentar: Det är en självklar del i patientsäkerhetsarbetet att påminna om och säkerställa följsamhet till grundläggande hygienrutiner. Det är viktigt med en öppen kultur på enheten där personal påminner varandra om detta.</i></p>
2.2	<p>Finns förutsättningar att arbeta med följsamhet till BHK?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Handdesinfektion lättillgängligt,</i> <p><i>För ja: Handdesinfektion finns lätt tillgängligt på undersökning- och behandlingsrum, vid förråd, i läkemedelsrum etc.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Möjlighet att byta arbetskläder dagligen och oftare vid behov,</i> <p><i>För ja: Det finns tillräckligt sortiment av arbetskläder avseende både mängd och storlekar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Handskar och plastförkläden lättåtkomligt,</i> <p><i>För ja: Finns på alla undersöknings- och behandlingsrum, desinfektionsrum etc.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Visir och/eller skyddsglasögon och munskydd lättåtkomligt.</i> <p><i>För ja: Finns på alla undersöknings- och behandlingsrum, desinfektionsrum etc.</i></p>
3	<p>Övriga angelägna vårdhygieniska områden</p>
	<p><i>Vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning</i></p>
3.1	<p>Finns rutin för hur patienter med vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning omhändertas? OBS, även luftburen smitta!</p> <p><i>För ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Att enheten definierat vad som är vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning.</i> - <i>Att enheten definierat hur patienter med vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning omhändertas, ex. inte sitta i väntrum med pågående luftvägssymtom eller kräkning/diarré, inte komma in på mottagningen vid misstanke om luftburen smitta ex vid prickar i kombination med feber.</i> <p><i>Kommentar: Vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning är till exempel vätskande sår, hosta, diarré/kräkning, misstanke om luftburen smitta (till exempel mässling, vattkoppor, öppen/smittsam lungtuberkulos).</i></p>
	<p><i>Städning och desinfektion</i></p>
3.2	<p>Finns skriftlig dokumentation och kännedom avseende ansvarsfördelning mellan lokalvårdspersonal och vårdpersonal?</p> <p><i>För ja: Att verksamheten identifierat och tillsammans med lokalvårdsorganisation dokumenterat vem som utför vad.</i></p>
3.3	<p>Finns skriftliga rutiner för städning, rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, träningsredskap, leksaker etc. som vårdpersonalen ansvarar för?</p> <p><i>För ja: För ja: Det finns skriftliga rutiner för hur rengöring och desinfektion ska utföras och med vilken frekvens det ska ske, samt vid behov signeringslistor.</i></p>
3.4	<p>Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?</p>

	<i>För ja: Ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum med mera. Gärna uppsatt på bestämd plats.</i>
	<i>Spol- och diskdesinfektion</i>
3.5	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör? <i>För ja: Förebyggande underhåll utförs av tekniker med erforderlig utbildning godkänd av vårdgivaren.</i>
3.6	Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor och dokumenteras i loggbok? <i>För ja: Kvalitetskontroll utförs dagligen och vid användning enligt samtliga delar i loggboken. Kvalitetskontroll ska vara knuten till funktion i verksamheten, för att säkerställa att kontrollen utförs.</i>
3.7	Kontrolleras att godset är rent efter varje körning? <i>För ja: Rutin finns och de som hanterar gods efter körning känner till att okulär besiktning är en avgörande del i att ha en kvalitetssäkrad process.</i>
3.8	Finns rutin för att köra använt gods i spol- eller diskdesinfektor så snart som möjligt efter användning? <i>För ja: Använt gods körs i nära anslutning till användande för att förhindra intorkad smuts/biologiskt material som försvårar rengöring och desinfektion. OBS, blötläggning i väntan på körning rekommenderas inte.</i>
3.9	Finns separata flöden för smutsigt respektive rent/desinfekterat gods? <i>För ja: Flöden för smutsigt respektive rent/desinfekterat god korsas inte. Efter färdig process i diskdesinfektor tas det desinfekterade godset så snart som möjligt till sin förvaringsplats för att säkerställa renhetsgraden i hela kedjan ända fram till patient.</i>
	<i>Renhetsgrader och aseptik</i>
3.10	Har all vårdpersonal kunskap om skillnader i renhetsgrad mellan rena, desinfekterade och sterila produkter? <i>För ja: All vårdpersonal har kunskap om när rena, desinfekterade respektive sterila produkter behöver användas och hur renhetsgraden bibehålls i hela kedjan.</i>
3.11	Används alltid sterila instrument vid ingrepp där hel hud och slemhinna penetreras? <i>För ja: Sterila instrument används även när det finns risk för att slemhinna penetreras, ex. steril klotång vid spiralinsättning.</i>
3.12	Förvaras och hanteras material med definierad renhetsgrad (desinfekterad och steril) aseptiskt, så att renhetsgraden bibehålls ända fram till patient? <i>För ja: Materialet förvaras skyddat från fukt och damm, i stängt skåp/låda eller i separat förråd. Handdesinfektion utförs innan all hantering av sterilt och höggradigt rena produkter och material. Renhetsgraden bibehålls under uppdukning och under användning hos patient.</i>
	<i>Övrigt</i>
3.13	Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering med risk för blodsmitta? <i>För ja:</i> - <i>Det finns rutin för hur man förebygger händelser som kan leda till skada (tillbud).</i>

	<p>- Att det finns rutin för både akut omhändertagande och uppföljning av personal vid händelser som innebär risk för blodburen smitta, till exempel stickskador och skvätt av blodtillblandade kroppsvätskor mot ansiktet (ex. avtal med infektionsmottagning).</p>
3.14	<p>Hanteras injektionsläkemedel i flerdosförpackning i läkemedelsrum? För ja: Läkemedel för flergångsbruk (ex. lokalbedövning, NaCl) hanteras endast i läkemedelsrum eller motsvarande. Läkemedel som hanteras på behandlingsrum kasseras efter användandet.</p>
3.15	<p>Används regionens rutin Vaccination för medarbetare inom Västra Götalandsregionen gällande medarbetares immunitet och erbjuds medarbetare vid behov vaccination utifrån rutinen? För ja: Rutinen används. Rutinen syftar till att tydliggöra mål, förhållningssätt och ansvar kring vaccination av medarbetare inom Västra Götalandsregionen.</p>
3.16	<p>Känner ni till och följer de villkor som åligger vårdgivaren i Direktiv för vårdhygienisk verksamhet? För ja: Direktivet är känt och verksamheten nyttjar vårdhygienisk expertis utifrån direktivet.</p>

Handlingsplan för prioriterat vårdhygieniskt förbättringsarbete

Datum: _____ **Enhet:** _____
Närvarande (namn och funktion): _____

Nuläge:

Identifierat förbättringsarbete	Vem ansvarar?	Åtgärd	När skall arbetet vara klart?	Resultat

--	--	--	--	--