

Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) – Slutenvård

Verktyg för strukturerat ledningsarbete inom slutenvården.

God vårdhygien är en avgörande del av god patientsäkerhet. Det finns ett omfattande författningsstöd för det vårdhygieniska arbetet i:

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

Enligt patientsäkerhetslagen, så ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfylls. För att tillgodose de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut är vårdgivare ålagda att bedriva systematiskt kvalitetsarbete.

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.

Rekommendation är att utföra VEK 1 gång per år, enhetschef tillsammans med hygienombud. Dokumentet innehåller frågor med påstående som ska vara uppfyllda för att kryssa i rutan för ja. Den vårdhygieniska egenkontrollen används för att identifiera eventuella brister inom viktiga vårdhygieniska områden. Varje verksamhet går själva igenom checklista och upprättar vid behov en handlingsplan för hygienarbetet.

Syfte: Tillhandahålla ett verktyg för Vårdhygienisk egenkontroll som stöd för det fortlöpande förbättringsarbetet med att upprätthålla en god hygienisk standard.

Vårdhygienisk egenkontroll - slutenvård

1.	Övergripande aspekter	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
Följsamhet till sjukhusets vårdhygieniska riktlinjer				
1.1a	Finns en fungerande rutin för att införa nya vårdhygieniska metoder på enheten?	Att det finns utsedd funktion som bevakar att enheten följer befintliga vårdhygieniska rutiner via vårdhygiens hemsida, samt informerar om förändringar och nyheter.		
1.1b	Finns struktur för att säkerställa god hygienisk standard?	Att enhetschef ansvarar för att det finns ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa god hygienisk standard på enheten. Den omfattar vårdhygienisk egenkontroll och handlingsplan förslagsvis årligen. Utvärdering av resultat och handlingsplan återkoppling till personal. God hygienisk standard säkerställs också om lokaler och medicinteknisk utrustning är anpassade till verksamheten.		
Kompetens				
1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal på enheten <u>och</u> för nya läkare på kliniken?	Att all vårdpersonal har kännedom om Socialstyrelsens författning SOSFS 2015:10 samt Region Sörmlands verkställighetsbeslut avseende Basala hygienrutiner och klädregler .		
1.2.b	Ges all vårdpersonal på enheten möjlighet till vårdhygienisk utbildning minst en gång/år?	Att all vårdpersonal årligen genomför basala hygienrutiner och klädregler via kompetensportalen. Följs upp på medarbetarsamtal av chef.		
Formaliserade arbetsuppgifter				
1.3.a	Finns vid enheten medarbetare med ansvarsområde "vårdhygien" (t. ex hygienombud)?	Hygienombud med specifik uppdragsbeskrivning avses. Finns ingen sådan person faller uppdraget på enhetschefen. Ledningsbeslut om hygienombud, nr 2014-021 .		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

Återkommande (minst kvartalsvis) mätning och analys				
1.4.a	... avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler?	Att observationer eller självskattning genomförs, förslagsvis 2ggr/år. Länk till egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner		
Återföring av kunskap				
1.5.a	Återförs resultat och erfarenheter från gjorda mätningar (enligt 1.4) regelbundet till de personal-grupper som berörs?	Att rutin för analys och regelbundet återkopplas till personal och chefer, gäller alla personalkategorier. Att identifierade förbättringsområden följs upp.		
1.5.b	Finns "stående APT-punkt" på enheten där VRI /vårdhygien diskuteras?	Att upptäckta risker som framkommit under det dagliga arbetet eller t ex på en hygienrund diskuteras.		
2.	Basala hygienrutiner	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
2.1	Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?	Att arbetsklädernas ärmar är korta och slutar ovanför armbågen så att korrekt handdesinfektion av händer och underarmar kan utföras SOSFS 2015:10 , Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10)		
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläderna dagligen samt vid behov?	Att det finns tillräckligt sortiment av arbetskläder avseende både mängd och storlekar. Arbetskläderna tas av vid arbetsdagens slut samt byts om de blivit våta eller förorenade. Att omklädningsrum finns. Bygghälsa och Vårdhygien , Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10)		
2.3	Finns handdesinfektion lättåtkomligt placerat i vård-/behandlings-/undersökningsrum?	Att det finns vägghängda hållare för handdesinfektionsmedel. Lättåtkomligheten minskar riskerna för smittspridning.		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vård-/behandlings-/undersökningsrum?	Att det finns vägghängda hållare för handskar och plastförkläden. Lättåtkomligheten minskar riskerna för smittspridning.		
2.5	Informerar patienterna aktivt om vikten av god handhygien (t ex informationsfolder)?	Att rutin finns att vårdtagare informeras om handhygien. Att vårdtagare som inte själva kan ta ansvar för sin handhygien får hjälp efter toalettbesök och inför måltid. Handhygien - det är viktigt!		
2.6	Hålls händer/naglar och underarmar fria från armbandsur/smartklockor/smycken, nagellack, lösnaglar, bandage, stödskenor eller motsvarande?	Händer och underarmar måste kunna desinfekteras korrekt för att förhindra smittspridning. Därför är armbandsur, smycken, lösnaglar, nagellack, bandage, plåster och stödskenor inte tillåtet. Personal med infekterade sår och/eller infekterade eksem på händer och underarmar deltar inte i vård- och omsorgsarbetet med patienterna. Naglarna ska vara kortklippta.		
3.	Lokaler, städning och rengöring	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
3.1	Vårdas patienter med diarréer av okänd orsak i normalfallet på enpatientrum med egen toalett?	Att patienter med diarréer vårdas i enkelrum med egen toalett för att förhindra smittspridning.		
3.2	Har buffé-/självserving av frukost/lunch/middag/kvällsmål/smörgåsar för patienter och besökare avskaffats på enheten?	Att buffé/självserving inte förekommer på enheten. Detta för att förhindra smittspridning och utbrott. Livsmedelshygien – vårdhygieniska rekommendationer.		
3.3	Blir patienttoaletter och duschutrymmen dagligen städade?	Att daglig städning utförs enligt rutin. Rutiner för lokalvård.		
3.4	Följs regionens skriftliga städinstruktioner?	Att all vårdpersonal har kunskap om att ansvarsfördelning mellan städpersonal och vårdpersonal är klarlagd och framgår tydligt. Chef ansvarar för att medarbetare har kännedom och kunskap om för Rutiner för lokalvård samt att dessa följs.		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

3.5	Rengörs och desinfekteras medicintekniska produkter efter varje patient?	Att medicintekniska produkter, desinfekteras med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensider, eller klorduk. Om tillverkaren av medicinteknisk produkt förespråkar annan form av desinfektionsmedel ska det användas i stället.		
3.6	Utförs dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer?	Att rutin finns för kontroll av dagligt underhåll av enhetens samtliga spol- och diskdesinfektorer. Kvalitetskontroll ska utföras när maskinen används och innefatta samtliga delar enligt maskinens loggbok. Loggbok till varje maskin. Loggboken kan användas som checklista som signeras när åtgärden är utförd. Daglig kontroll – loggbok.		
3.7	Utförs årligt förebyggande underhåll av spol-och diskdesinfektorer av tekniker/leverantör?	Att man årligen utför kontroller enligt tillverkarens anvisningar, se länk för rutin. Kontroller, validering och service (vardhandboken.se)		
3.8	Förvaras rent och sterilt engångsmaterial i stängt skåp eller låda, separat från varandra?	Att material med olika krav på renhet hålls åtskilda och hanteras med desinfekterade händer, se länk för rutin SIS-TR 57:2020		
4.	Rutiner, dokumentation och information	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
4.1	Blir utlandsvårdade patienter konsekvent kontrollodlade för multiresistenta bakterier och svamp enligt gällande riktlinje?	Att utlandsvårdade patienter screenas för MRSA, ESBL, VRE och <i>Candida auris</i> placeras på enkelrum med egen toalett till dess provsvar anländer. Att personal känner till dokumentet som finns på Vårdhygiens hemsida: Multiresistenta bakterier (MRB) och svamp – screening, vårdhygieniska riktlinjer.		
4.2	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid för kvarliggande urinvägskateter?	Att kateterbehandling av urinblåsan ska ordinerars och dokumenteras i journalen med angiven indikation samt planerad behandlingstid samt tidpunkt för omprovning Urinvägsinfektion är den vanligaste vårdrelaterade infektionen och förekommer oftast i samband med behandling med kvarliggande kateter (KAD). Risken för vårdrelaterad urinvägsinfektion ökar med cirka tio procent för varje dygn som patienten har KAD.		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

4.3	Har närmaste chef uppgifter om medarbetares immunitet och vaccinationsskydd?	Se Vaccinations- och infektionsskydd - Insidan		
4.4	Finns kännedom om rutin för åtgärd vid stick och skärskada?	Att all vårdpersonal känner till rutinen gällande stick- och skärskador samt exponering med risk för blodburen smitta .		
4.5	Känner enhetschef och medarbetare till rutiner vid särskilda smittor och var aktuella vårdhygieniska riktlinjer finns?	All vårdpersonal ska ha kännedom om var vårdhygieniska rutiner finns. Se vårdhygiens hemsida på samverkanswebben eller via medicinska rutiner på Insidan. A-Ö vårdhygieniska riktlinjer och rekommendationer .		
4.6	Vidtas adekvata åtgärder enligt riktlinjer vid misstanke om smittspridning och utbrott samt kontaktas vårdhygien?	Att vårdhygien alltid kontaktas vid misstanke om smittspridning och utbrott. Vårdhygieniska riktlinjer finns på Samverkanswebben .		
5.	Uppfyller nedan rumstyper de vårdhygieniska kraven	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
5.1	Vårdrum med tillhörande hygienutrymme.	Tvättställ med tillhörande utrustning placerat nära rumsdörren för personalens handhygien. Vägghängda hållare för skyddsutrustning. Ytdesinfektionsmedel i nära anslutning. Avtorkningsbara skärmar i stället för draperier. Bygghänsyn och Vårdhygien		
5.2	Närförråd	Exempelvis skåp i korridor/vårdrum och rullande vagnar. Vid förvaring i avdelningsförpackning utanför avsett lagringsutrymme (sterilförråd) bör produkterna förbrukas inom en vecka och mängden produkter hållas till ett minimum. Förvaringsplatsen rengörs och desinfekteras före påfyllning. Handdesinfektion ska finnas i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet. SIS-TR 57:2020		
5.3	Behandlingsrum	Tvättställ med tillhörande utrustning. Vägghängda hållare för skyddsutrustning. Ytdesinfektionsmedel i nära anslutning. Avtorkningsbara skärmar i stället för draperier. Fria ytor på bänkar för att underlätta rengöring/desinfektion. Bygghänsyn och Vårdhygien .		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

5.	Uppfyller nedan rumstyper de vårdhygieniska kraven	För att svara ja krävs följande:	Ja	Nej
5.4	Sterilförråd	Handdesinfektion ska finnas i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet. Inget material på golvet, materialet ska förvaras minst 45 cm från golv och tak. Produkter ska förvaras i sin avdelningsförpackning. Sterilt material får inte förvaras i direkt solljus. Öppna hyllor rengörs/desinfekteras en gång i veckan, stängda skåp, lådor en gång i månaden. SIS-TR 57:2020 Bygghälsa och Vårdhygien		
5.5	Förråd för förbrukningsartiklar och textilier	Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet. Inget material på golvet, allt material ska förvaras 45 cm från golv och tak. Öppna hyllor rengörs/desinfekteras en gång/kvartal, stängda skåp två gånger/år. SIS-TR 57:2020 Bygghälsa och Vårdhygien		
5.6	Hjälpmedelsförråd, förråd för medicinskt teknisk apparatur	Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet. Rutiner för rengöring/desinfektion av hjälpmedel/medicinteknisk apparatur finns. Hyllor/skåp rengörs/desinfekteras två gånger per år. SIS-TR 57:2020 Bygghälsa och Vårdhygien		
5.7	Desinfektionsrum	Tydligt flöde med ren och smutsig sida. Ingen källsortering där höggradigt rena instrument hanteras dvs. diskdesinfektor. Förvaring i skåp, inte på hyllor. Fria ytor på bänkar. Ingen förvaring av krukor, blomjord, julpynt, kartonger mm. Yt- och handdesinfektionsmedel finns tillgängligt. Förkläde, handskar samt visir finns. Dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektorer utförs. Bygghälsa och Vårdhygien		
5.8	Allmänna utrymmen på avdelning där patienter vistas	Möbler ska vara avtorkningsbara och tåla ytdesinfektionsmedel. Textilklädda stolar och soffor bör kläs om eller bytas ut. Stolar/bord i väntrum rengörs/desinfekteras dagligen Bygghälsa och Vårdhygien .		

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

Handlingsplan för vårdhygienisk egenkontroll

Datum:	
Enhet/verksamhet:	
Enhetschef:	
Hygienombud:	

Punkt i checklista	Identifierat förbättringsområde	Åtgärd	Ansvarig	Planerat slutdatum	Klart datum

Checklista – vårdhygienisk egenkontroll

Punkt i checklista	Identifierat förbättringsområde	Åtgärd	Ansvarig	Planerat slutdatum	Klart datum

Sjukhus:	Klinik:	Avdelning:
Enhetschef:	Telefon:	Datum:
Läkarchef:	Telefon:	Datum:

Kontaktuppgifter vårdhygien: 016–103585, knappval 2