

Checklista för ”Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg” gällande för kommunal vårdgivare samt privata aktörer/entreprenörer med kommunalt vård- och omsorgsuppdrag på särskilda äldreboenden (inklusive korttids- och växelvårdsboende) i Hallands kommuner.

Inledning

Vårdgivare inom vård och omsorg är skyldiga att ha ett systematiskt kvalitetsarbete för att åstadkomma en god kvalitet. Med kvalitet i detta sammanhang menas att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Ett ledningssystem är också en förutsättning för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdslagen anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Detta dokument är ett ledningsverktyg som kan användas som ett hjälpmedel för att kontrollera och åtgärda eventuella brister i verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard. God hygienisk standard innebär att lokaler, utrustning, organisering och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Det förutsätter att verksamheten har vårdhygienisk kompetens.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) utgör en ansevärd del av skador som sker inom vård- och omsorg och är resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. För den enskilt drabbade individen är det förknippat med onödigt lidande och ibland med livsavgörande utgång. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är därför ett prioriterat område.

Syfte och mål

Egenkontrollen är ett av verksamhetens verktyg för att identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter och syftar till att nå en god hygienisk standard enligt krav i Hälso- och sjukvårdslagen. Målet är att öka den hygieniska standarden på särskilda boenden i Hallands kommuner.

Genomförande

- Den hygieniska standarden blir dokumenterad.
- Det blir ett standardiserat sätt att mäta vårdhygienisk kvalitet.
- Utgör grunden för ett fortlöpande förbättringsarbete och utvärdering.
- Genomförs av enhetens chef, hygienombud och sjuksköterska.
- Höjer medvetenheten och kunskapen om vårdhygien.

Underlaget för egenkontrollen består av ett antal frågor/påståenden och genomförs lämpligen en gång/år.

Svaren på frågorna kartlägger tänkbara förbättringsområden. Enheten ansvarar för att planera, genomföra och följa upp åtgärder som kan förbättra de identifierade bristerna. För att göra frågorna ännu tydligare finns det en lathund till egenkontrollen (se separat dokument).

Kartläggning med svar i **grön ruta**, Ja = åtgärd ej nödvändig.

Kartläggning med svar i **röd ruta**, Nej = åtgärd bör planeras.

Kartläggning med svar i **gul ruta**, Nej men handlingsplan finns = åtgärd planerad.

Checklista för "Egenkontroll - Vårdhygienisk standard särskilda äldreboende"

Enhet/verksamhet:	
-------------------	--

Datum

Uppgiftslämnare:			
------------------	--	--	--

Namn

Befattning

Telefon

Uppgiftslämnare:			
------------------	--	--	--

Namn

Befattning

Telefon

För varje delfråga i avsnitten sätts en markering i tillämplig kolumn

1.	Övergripande aspekter	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
Följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer/rutiner				
1.1	Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska riktlinjer/rutiner på enheten?			
Kompetens				
1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vård- och omsorgspersonal samt studenter på enheten?			
1.2.b	Ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/år?			
Formaliserade arbetsuppgifter				
1.3.a	Finns vid enheten medarbetare med definierat ansvarsområde "vårdhygien" (t.ex. hygienombud)?			
1.3.b	Finns vid enheten utbildad medarbetare med ansvarsområde observatör vid mätning av basala hygienrutiner och klädregler?			
Återkommande mätning och analys				
1.4.a	Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, minst två gånger/år på både dag och nattpersonal?			
1.4.b	Prevalensmätning (HALT) avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner skall ske 1 gång per år. Sker detta?			

Återkoppling av kunskap				
1.5.a	Analyseras och återförs resultat från mätningar av basala hygienrutiner och klädregler (enligt 1.4.a) regelbundet till all personal som deltar i arbetet? Upprättas handlingsplan vid behov?			
1.5.b	Analyseras och återförs resultat från gjord HALT-mätning (enligt 1.4.b) regelbundet till all personal som deltar i arbetet? Upprättas handlingsplan vid behov?			
1.5.c	Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet?			

2.	Basala hygienrutiner i vård- och omsorgsrelaterat arbete	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
2.1	Bär all vårdpersonal, av arbetsgivaren erhållen kortärmad arbetsdräkt, i patientnära/vårdrelaterat arbete?			
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen samt vid behov?			
2.3	Finns handsprit lättåtkomligt placerat där handdesinfektion ska utföras?			
2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?			
2.5	Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?			
2.6	Följs reglerna av alla medarbetare, att inte ha långt hängande hår? Att inte bära ringar, armband eller armbandsur på händer eller underarmar? Att inte ha långa naglar, nagellack, påbyggnadsnaglar, lösnaglar eller förband på händer eller underarmar? Att inte ha långärmad undertröja under den kortärmade arbetsdräkten?			
2.7	Om basala hygienrutiner och klädregler inte följs leder det till någon påföljd?			

3.	Tvätthantering/tvättprocess	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
3.1	Finns rutiner för hur smutsvätten ska förvaras, transporteras och hanteras?			
3.2	Finns rutiner för hur den rena tvätten ska hanteras, transporteras och förvaras?			
3.3	Är rena respektive orena ytor, vagnar etc tydligt markerade med "RENT" respektive "ORENT"?			

4.	Andra angelägna vårdhygieniska områden	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
4.1	Finns rutin för hur vårdtagare med vårdhygieniska riskfaktorer för ökad smittspridning, t ex sår och diarré, vårdas/omhändertas?			
4.2	Finns skriftlig rutin för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor, hjälpmedel, mm som vårdpersonal ansvarar för?			
4.3	Finns en städrutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?			
4.4	Finns rutiner för hur sterila och höggradigt rena produkter förvaras och hanteras hos vårdtagaren på boendet/i hemmet och i förråd?			

5.	Kunskapskällor	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
5.1	Har samtlig vård- och omsorgspersonal kunskap om och access till Vårdhygien Halland hemsida där de vårdhygieniska dokumenten för kommunal vård och omsorg ligger? Används dokumenten?			
5.2	Har samtlig vård- och omsorgspersonal kunskap om och access till Vårdhandboken som kunskapsunderlag i vård- och omsorgsarbetet?			
5.3	Har samtlig vård- och omsorgspersonal kännedom om samarbetsavtalet mellan Vårdhygien Halland och kommunerna och vad det innebär?			

6.	Byggnation	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
6.1	Enhetens möbler ska ha släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål rengöringsmedel och desinfektion med upphandlade desinfektionsmedel. Finns sådana?			
6.2	Kontaktas Vårdhygien Halland för samverkan inför byggnation eller verksamhetsförändring av lokal där kommunal vård och omsorg skall bedrivas?			
6.3	Finns tillgång till desinfektionsrum med spoldesinfektor i nära anslutning till enheten på boendet?			

7.	Lokala tilläggsfrågor	JA	NEJ	NEJ men handlingsplan finns
7.1				
7.2				

Vid behov kontaktas Vårdhygien Hallands hygiensjuksköterskor nedan:

Camilla Adielsson
0430-48 13 69
Hygiensjuksköterska
Falkenberg, Varberg, Kungsbacka

Peter Johansson
035-13 18 38
Hygiensjuksköterska
Laholm, Hylte, Halmstad

Lathund till Checklista för "Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" gällande för kommunal vårdgivare samt privata aktörer/entreprenörer med kommunalt vård- och omsorgsuppdrag på särskilda äldreboenden (inklusive korttids- och växelvårdsboende) i Hallands kommuner.

Lathunden innehåller förtydligande avseende vad som minst bör vara uppfyllt för att svara ja i "Checklista för egenkontroll".

1. Övergripande aspekter

Följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer/rutiner

1.1 Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska riktlinjer/rutiner på enheten?

För ja:

- Att det finns en utsedd funktion som bevakar befintliga vårdhygieniska rutiner via vårdhygiens hemsida, samt informerar sin verksamhet om förändringar och nyheter.
- Att det finns en beskrivning/rutin av hur information förmedlas vidare till all personal och att verksamhetschef ansvarar för det.

Kompetens

1.2.a Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vård- och omsorgspersonal samt studenter på enheten?

För ja:

- Att det ingår i en skriftlig checklista för introduktion av nyanställd personal, studenter, personal från bemanningsföretag eller motsvarande.

1.2.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/plan för utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor t ex att ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien eller tar del av webbaserat utbildningsmaterial samt uppdatering genom diskussion i verksamheten.

Formaliserade arbetsuppgifter

1.3.a Finns vid enheten medarbetare med definierat ansvarsområde "vårdhygien" (t.ex. hygienombud/hygienansvarig)?

För ja:

- Att det finns, av enhetschefen, utsedd person/personer med formellt och definierat uppdrag för vårdhygien, t ex hygienombud/hygienansvarig. Det ska tydligt framgå vad de ska arbeta med och vilka mandat de har i sitt uppdrag. Regelbundna möten med sin chef är en förutsättning för att stämma av det vårdhygieniska arbetet på enheten.

1.3.b Finns vid enheten utbildad medarbetare med ansvarsområde observatör vid mätning av basala hygienrutiner och klädregler?

- Att det på enheten finns minst en utbildad observatör som ansvarar för mätningarna av basala hygienrutiner och klädregler. Medarbetaren ska ha deltagit i Vårdhygien Hallands observatörsutbildning.

Återkommande mätning och analys

1.4.a Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, minst två gånger/år på både dag och nattpersonal?

För ja:

- Att mätningar av basala hygienrutiner och klädregler av all enhetspersonal i patientnära vårdarbete sker enligt metodbeskrivning på Vårdhygien Hallands hemsida.

1.4.b Prevalensmätning (HALT) avseende vårdrelaterade infektioner ska ske 1 gång per år. Sker detta?

Om ja:

- Boendets patientansvariga sjuksköterska ska årligen delta i Folkhälsomyndighetens mätning (HALT) av vårdrelaterade infektioner på boendet.

Återkoppling/utvärdering av kunskap

1.5.a Analyseras och återförs resultat från mätning av basala hygienrutiner och klädregler (enligt 1.4.a) regelbundet till all personal som deltar i arbete? Upprättas handlingsplan vid behov?

För ja:

- Att man analyserar och återför resultat efter varje mätning till alla personalkategorier.
- Att man regelbundet, diskuterar resultatet och eventuellt behov av förbättringsåtgärder, på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex APT.
- Att man vid behov gör en skriftlig handlingsplan med åtgärder för att förbättra följsamheten och regelbundet gör dokumenterade utvärderingar, förslagsvis med hjälp av Vårdhygien Hallands dokument Handlingsplan för ökad följsamhet till basala hygienrutiner.

1.5.b Analyseras och återförs resultat från gjord HALT-mätning (enligt 1.4.b) regelbundet till all personal som deltar i arbetet? Upprättas handlingsplan vid behov?

För ja:

- Att man analyserar och återför resultat efter varje mätning till alla personalkategorier.
- Att man regelbundet, diskuterar resultatet och eventuellt behov av förbättringsåtgärder, på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex APT.
- Att man vid behov gör en skriftlig handlingsplan med åtgärder för att förbättra följsamheten utefter t ex Vårdhandboken samt SKL:s åtgärdspaket för att förhindra uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

1.5.c Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet?

För ja:

- Diskussion på möte där alla personalkategorier finns representerade, t ex APT.

2. Basala hygienrutiner i vård- och omsorgsrelaterat arbete

2.1 Bär all vårdpersonal, av arbetsgivare erhållen kortärmad arbetsdräkt, i patientnära/vårdrelaterat arbete?

För ja:

- All personal i patientnära/vårdrelaterat arbete ska bära, av arbetsgivare erhållen kortärmad arbetsdräkt, så även personal som utför patientnära/vårdrelaterat arbete i hemmiljö utanför boendet. Det finns inget vårdhygieniskt hinder att transportera sig med arbetskläder mellan arbetsplats och patientens hem eftersom arbetskläder förutsätts vara rena.

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 studenter och personal från bemanningsföretag eller motsvarande.

2.3 Finns handsprit lättåtkomligt placerat där handdesinfektion ska utföras?

För ja:

- Bland annat ska handsprit finnas på alla boenderum, hygienutrymme, förråd, desinfektionsrum, tvättstuga, kök mm

2.4 Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?

För ja:

- Bland annat ska handskar och plastförkläde finnas på alla hygienutrymmen i lägenheten, förråd, desinfektionsrum, tvättstuga, kök mm

2.5 Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs?

För ja:

- Bland annat ska ytdesinfektionsmedel finnas i desinfektionsrum, tvättstuga, kök mm

2.6 Följs reglerna av alla medarbetare, att inte ha långt hängande hår? Att inte bära ringar, armband eller armbandsur på händer eller underarmar? Att inte ha långa naglar, nagellack, påbyggnadsnaglar, lösnaglar eller förband på händer eller underarmar? Att inte ha långärmad undertröja under den kortärmade arbetsdräkten?

För ja:

- Föreskriften Basal hygien (SOSFS 2015:10) är bindande regel för all vård och omsorgspersonal och ska tillämpas i verksamheten för att öka patientsäkerheten genom att arbeta förebyggande mot uppkomst av vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

3. Tvätthantering/tvättprocess

3.1 Finns rutiner för hur smutstvätten ska förvaras, transporteras och hanteras?

För ja:

- Det ska finnas lokala rutiner för smutstvättshantering så att alla har kännedom om hur man ska omhänderta smutsig tvätt för att inte riskera sprida smitta.

3.2 Finns rutin för hur den rena tvätten ska hanteras, transporteras och förvaras?

För ja:

Det ska finnas lokala rutiner för rentvättshantering så att alla har kännedom om hur man ska omhänderta ren tvätt så att den inte riskerar att kontamineras.

3.3 Är rena respektive orena ytor, vagnar etc tydligt markerade med "RENT" eller "ORENT"?

För ja:

- Att tydligt märka upp ytor, vagnar i tvättstugan med "RENT" eller "ORENT" är en förutsättning för att all personal ska kunna arbeta på ett patientsäkert sätt utan risk att sprida smitta.

4. Andra angelägna vårdhygieniska områden

4.1 Finns rutin för hur vårdtagare med vårdhygieniska riskfaktorer för ökad smittspridning, t ex sår och diarré, vårdas/omhändertas?

För ja:

- Att verksamheten definierat vad som är riskfaktorer för smittspridning.
- Att verksamheten har definierat hur patienter med riskfaktorer tas om hand redan vid inskrivning på enheten. Exempel på riskfaktorer är diarré/kräkningar, omlägningskrävande sår, bristande kognitiv förmåga, luftvägssymtom, utlandsvård alternativt tidigare flyktingboende.

4.2 Finns skriftliga rutin för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor, hjälpmedel, mm som vårdpersonal ansvarar för?

För ja:

- Att verksamheten identifierat behov, d v s vad som ingår, hur det ska utföras och med vilken frekvens städning/rengöring/smittrening ska ske samt av vem.

4.3 Finns skriftlig städrutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?

För ja:

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

4.4 Finns rutin för hur sterila och höggradigt rena produkter förvaras och hanteras hos vårdtagaren på boendet/i hemmet och i förråd?

För ja:

- Att man använder sterila instrument och metod vid penetrering av hud och slemhinna.
- Att man i verksamheten har beslutat när man använder höggradigt ren metod.
- Att sterila och höggradigt rena produkter/material förvaras särskilt från annat material med annan renhetsgrad i stängt skåp alt låda.

5. Kunskapskällor

5.1 Har samtlig vård- och omsorgspersonal kunskap om och access till Vårdhygien Hallands hemsida där de vårdhygieniska dokumenten för kommunal vård ligger? Används dokumenten?

För ja:

- I avtalet mellan Vårdhygien Halland och kommunerna står att kommunerna ska följa aktuella regionala riktlinjer avseende vårdhygien. En grundläggande förutsättning för att detta ska kunna ske är att personalen vet hur de hittar riktlinjerna.

5.2 Har samtlig vård- och omsorgspersonal kunskap om och access till Vårdhandboken som kunskapsunderlag i vård- och omsorgsarbetet?

För ja:

- Vårdhandboken säkerställer god och säker vård. Här hittar du som arbetar med vård och omsorg kvalitetssäkrade metदानvisningar och arbetsmetoder. Vårdhandboken underlättar det dagliga vårdarbetet, och ökar kvaliteten. Av denna anledning ska vårdpersonalen ha kännedom om detta kunskapsunderlag.

5.3 Har samtlig vård- och omsorgspersonal kännedom om samarbetsavtalet mellan Vårdhygien Halland och kommunerna och vad det innebär?

För ja:

- Avtalet tydliggör vilket ansvar Vårdhygien Halland respektive kommunerna har när det gäller vårdhygien i kommunal vård och omsorg och är en förutsättning för att förstå vilket ansvar man har som personal.

6. Byggnation

6.1 Enhetens möbler ska ha släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål rengöringsmedel och desinfektion med upphandlade desinfektionsmedel. Finns sådana?

För ja:

- Enhetens möbler i "vårdrum" och gemensamhetsutrymmen ska ha släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål rengöringsmedel och punktdesinfektion med alkoholbaserat desinfektionsmedel. Avtagbar klädsel ska tåla vattentvätt vid minst 60°C. Ytbeklädnad eller underskikt ska vara vätskeavvisande. Dynor ska kunna avlägsnas så att underlaget kan rengöras.

6.2 Kontaktas Vårdhygien Halland för samverkan inför byggnation eller verksamhetsförändring av lokal där kommunal vård och omsorg skall bedrivas?

För ja:

- I avtalet mellan Vårdhygien Halland och kommunerna står att kommunerna i god tid ska samverka med Vårdhygien Halland inför byggnation eller verksamhetsförändring av lokal där kommunal vård och omsorg skall bedrivas.

6.3 Finns tillgång till desinfektionsrum med spoldesinfektor i nära anslutning till enheten?

För ja:

- En spoldesinfektor ska finnas på varje avdelning eller minst på varje våningsplan beroende på hur avdelningarna är placerade i förhållande till varandra. Desinfektionsrummet ska ha ingång från korridor och ha en lättillgänglig placering. Det ska vara tillräckligt stort så att trängsel inte stör arbetsgången. Rena och orena ytor ska vara åtskilda.