Egenkontroll Vårdhygienisk standard – Särskilda äldreboenden i Hallands kommuner

**Hitta i dokumentet**

[Inledning](#_Toc159329053)

[Checklista för ”Egenkontroll - Vårdhygienisk standard - särskilda äldreboenden i Hallands kommuner”](#_Toc159329054)

[Lathund till checklista för ”Egenkontroll - Vårdhygienisk standard särskilda äldreboenden i Hallands kommuner”](#_Toc159329055)

[1. Övergripande aspekter](#_Toc159329056)

[2. Basala hygienrutiner i vårdrelaterat arbete](#_Toc159329057)

[3. Andra angelägna vårdhygieniska områden](#_Toc159329058)

[4. Kunskapskällor](#_Toc159329059)

[5. Byggnation](#_Toc159329060)

[Uppdaterat från föregående version](#_Toc159329061)

# Inledning

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett [systematiskt kvalitetsarbete](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/renodlade-nyheter-vardhygien-hallands-nyhetsblad/) 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](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/Ledningssystem/) är också en förutsättning för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt [patientsäkerhetslagen](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/). [Hälso-och sjukvårdslagen](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/) 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](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vardhygien/basala-hygienrutiner/).

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 ansenlig del av de skador som sker inom vården 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](https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningvardrelateradeinfektioner/framgangsfaktorer.2276.html) är därför ett prioriterat område.

**Syfte och mål**

Egenkontrollen är ett av verksamhetens verktyg för att identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter och syftar till att nå [god hygienisk standard](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vardhygien/basala-hygienrutiner/) enligt krav i Hälso- och sjukvårdslagen.

**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 enhetschef, medicinskt ledningsansvarig och hygienansvarig.
* Höjer medvetenheten och kunskapen om vårdhygien.

Underlaget för egenkontrollen består av ett antal frågor/påstående 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 längre ner i dokumentet).

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 äldreboenden i Hallands kommuner”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | 1.1 | Vårdhygienrond är genomförd - Har ni hanterat de förbättringsförslag som identifierades i vårdhygienronden? |  |  |  | | 1.2 | Finns vid enheten medarbetare med definierat ansvarsområde ”vårdhygien”, t.ex. hygienombud/hygienansvarig samt utbildad medarbetare med ansvarsområde observatör vid mätning av  basala hygienrutiner och klädregler? |  |  |  | | 1.3 | Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras tvärprofessionellt regelbundet? |  |  |  | | 2. | Basala hygienrutiner i vårdrelaterat arbete | Ja | Nej | Nej men handlingsplan finns | | 2.1 | Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal och studenter på enheten samt ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/år? |  |  |  | | 2.2 | Deltar verksamheten i mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, två gånger/år? |  |  |  | | 2.3 | Analyseras och återförs resultat från mätning av basala hygienrutiner och klädregler regelbundet till all personal som deltar i arbete? Upprättas [handlingsplan för systematiskt kvalitetsarbete](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/information-kommunal-vardgivare/) vid behov? |  |  |  | | 3. | Andra angelägna vårdhygieniska områden | Ja | Nej | Nej men handlingsplan finns | | 3.1 | Följs Vårdhandbokens avsnitt ([Vårdrutiner](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/infektioner-och-smittspridning/smitta-och-smittspridning/vardrutiner/)) gällande hur vårdtagare med [vårdhygieniska riskfaktorer](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/infektioner-och-smittspridning/smitta-och-smittspridning/vardrutiner/) för ökad smittspridning, vårdas/omhändertas på enheten och är den känd av berörd personal? |  |  |  | | 3.2 | Värderas och utförs [mikrobiologisk screening för multiresistenta bakterier](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/kommunala-vardriktlinjer-inom-vardhygien/) enligt kriterier i Vårdhygien Hallands riktlinjer för screening? |  |  |  | | 3.3 | Finns skriftlig rutin för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor (t ex hjälpmedel, träningsredskap) som vårdpersonal ansvarar för och är den känd av berörd personal? |  |  |  | | 3.4 | Finns skriftlig städrutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal? (se Vårdhandbokens avsnitt gällande [Ansvar för städning och rengöring](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/stadning-och-rengoring/stadning-rengoring/ansvar-for-stadning-och-rengoring/)) |  |  |  | | 3.5 | Förvaras [sterila](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/forvaring/) och [höggradigt rena](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/vardhygien/ren-och-steril-rutin-utanfor-operationsenhet/ren-rutin/) produkter i stängt skåp alt låda? |  |  |  | | 3.6 | Finns kunskap om de olika [renhetsgraderna](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/renhetsgrader/) för medicintekniska produkter (rent, höggradigt rent och sterilt) och när dessa ska användas? |  |  |  | | 3.7 | Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll i loggbok för respektive [spol- och/eller diskdesinfektor](https://vardgivare.regionhalland.se/app/plugins/region-halland-api-styrda-dokument/download/get_dokument.php?documentGUID=RH-13944) |  |  |  | | 4. | Kunskapskällor | Ja | Nej | Nej men handlingsplan finns | | 4.1 | Har samtlig vårdpersonal kunskap om [Vårdhygien Hallands hemsida](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/) där vårdhygieniska riktlinjer/rutiner ligger? Används dokumenten? Har samtlig vårdpersonal kunskap om [Vårdhandboken](https://www.vardhandboken.se/) som kunskapsunderlag i vårdarbetet? |  |  |  | | 5. | Byggnation | Ja | Nej | Nej men handlingsplan finns | | 5.1 | Har möbler i patientutrymmen släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål och går att rengöra samt desinfektera, med upphandlade rengörings- och desinfektionsmedel? |  |  |  | | 5.2 | Kontaktas Vårdhygien Halland för samverkan inför byggnation eller verksamhetsförändring av vårdlokal? |  |  |  | |

# Lathund till checklista för ”Egenkontroll - Vårdhygienisk standard särskilda äldreboenden i Hallands kommuner”

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

# 1. Övergripande aspekter

1.1 Om vårdhygienrond är genomförd - Har ni hanterat de förbättringsförslag som identifierades i vårdhygienronden?

• Vårdhygien genomför hygienronder av prioriterade verksamheter. Det är viktigt att följa upp och hantera de förbättringsförslag som identifieras på hygienronden för att säkerställa en god patientsäkerhet och en god hygienisk standard.

I de fall ni saknar hygienrondsprotokoll med förbättringsförslag, kontakta Vårdhygien.

1.2 Finns vid enheten medarbetare med definierat ansvarsområde ”vårdhygien”, t.ex. hygienombud/hygienansvarig samt utbildad medarbetare med ansvarsområde observatör vid mätning av basala hygienrutiner och klädregler?

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 (uppdragsbeskrivning) 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.

• 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.

1.3 Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras tvärprofessionellt regelbundet?

För ja:

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

# 2. Basala hygienrutiner i vårdrelaterat arbete

2.1 Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal och studenter på enheten samt ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/år?

För ja:

• Samtlig nyanställd personal ska genomgå utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. Detta ska ingå i en skriftlig checklista för introduktion av nyanställd personal, studenter, personal från bemanningsföretag eller motsvarande.

• Att det finns struktur/plan för utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor t ex att ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien eller ta del av webbaserat utbildningsmaterial.

2.2 Deltar verksamheten i mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, två gånger/år?  
  
För ja:  
  
• Att mätningar av basala hygienrutiner och klädregler av all personal i patientnära vårdarbete sker enligt metodbeskrivning på [Vårdhygien Hallands hemsida](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/) på Vårdgivarwebben.

2.3 Analyseras och återförs resultat från mätning av basala hygienrutiner och klädregler regelbundet till all personal som deltar i arbete? Upprättas [handlingsplan för systematiskt kvalitetsarbete](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/information-kommunal-vardgivare/) 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](https://vardgivare.regionhalland.se/app/uploads/2021/09/Handlingsplan-for-okad-foljsamhet-till-basala-hygienrutiner.pdf) 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 (se [material för systematiskt förbättringsarbete](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/information-kommunal-vardgivare/)).

# 3. Andra angelägna vårdhygieniska områden

3.1 Följs Vårdhandbokens avsnitt ([Vårdrutiner](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/infektioner-och-smittspridning/smitta-och-smittspridning/vardrutiner/)) gällande hur vårdtagare med [vårdhygieniska riskfaktorer](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/infektioner-och-smittspridning/smitta-och-smittspridning/vardrutiner/) för ökad smittspridning, vårdas/omhändertas på enheten och är den känd av berörd personal?  
  
För ja:  
  
• Att verksamhetens personal har kunskap hur patienter med vårdhygieniska riskfaktorer omhändertas.

3.2 Värderas och utförs [mikrobiologisk screening för multiresistenta bakterier](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/kommunala-vardriktlinjer-inom-vardhygien/) enligt kriterier i Vårdhygien Hallands riktlinjer för screening?  
  
För ja:  
  
• Mikrobiologisk provtagning av patienter ska utföras enligt [vårdriktlinje på vårdhygiens hemsida på Vårdgivarwebben](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/kommunala-vardriktlinjer-inom-vardhygien/).  
  
• Mikrobiologisk provtagning av personal och studerande ska utföras enligt vårdriktlinje på vårdhygiens hemsida på Vårdgivarwebben.  
  
• Riktlinjerna ska vara kända av samtlig personal på enheten.

• Kännedom om riktlinjerna innebär också att all personal, inklusive enhetschefen, har vetskap om att inga eksem eller öppna sår med sekretion får förekomma hos personal i patientnära vård och omsorg.

3.3 Finns skriftlig rutin för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor (t ex hjälpmedel och träningsredskap) som vårdpersonal ansvarar för och är den känd av berörd personal?  
  
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.

• [Medicinskteknisk utrustning](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/stadning-och-rengoring/stadning-rengoring/regelbunden-stadning/) (blodtrycksmanschetter, stetoskop, träningsredskap och hjälpmedel) är exempel på sådan utrustning som ska rengöras och desinfekteras mellan varje patient.

3.4 Finns skriftlig städrutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal? (se Vårdhandbokens avsnitt gällande [Ansvar för städning och rengöring](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/stadning-och-rengoring/stadning-rengoring/ansvar-for-stadning-och-rengoring/))  
  
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.

3.5 Förvaras [sterila](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/forvaring/) och [höggradigt rena](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/vardhygien/ren-och-steril-rutin-utanfor-operationsenhet/ren-rutin/) produkter i stängt skåp alt låda?   
  
För ja:  
  
• Avdelningsförpackningar med sterilt och höggradigt rent gods, liksom höggradigt rent material, ska lagerhållas avskilt från andra produkter (t ex kemisk-tekniska).  
  
• De sterila och höggradigt rena produkter ska förvaras torrt och rent och skyddat från solljus i stängt skåp. Medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad får inte förvaras på golvet (se Vårdhandbokens avsnitt, [Förvaring](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/forvaring/)).

3.6 Finns kunskap om de olika [renhetsgraderna](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/renhetsgrader/) för medicintekniska produkter (rent, höggradigt rent och sterilt) och när dessa ska användas?  
  
För ja:  
  
• Att man använder sterila instrument och steril metod vid penetrering av hud och slemhinna.  
  
• Att man i verksamheten har beslutat när man använder ren rutin.

• Att man följer vårdhandbokens avsnitt ”[Medicintekniska produkter med specificerad mikrobiell renhet](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/desinfektion-och-sterilisering/medicintekniska-produkter-med-specificerad-mikrobiell-renhet/forvaring/)” samt ”[Ren och steril rutin utanför operationsenhet](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/vardhygien/ren-och-steril-rutin-utanfor-operationsenhet/)”.

3.7 Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll i loggbok för respektive [spol- och/eller diskdesinfektor](https://vardgivare.regionhalland.se/app/plugins/region-halland-api-styrda-dokument/download/get_dokument.php?documentGUID=RH-13944)?  
  
För ja:  
  
• Kvalitetskontroll ska utföras dagligen, då maskinerna används, och innefatta samtliga delar enligt loggbok.  
  
• Kvalitetskontrollen ska vara knuten till funktion i verksamheten, för att säkerställa att kontrollen utförs.

# 4. Kunskapskällor

4.1 Har samtlig vårdpersonal kunskap om [Vårdhygien Hallands hemsida](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/) där vårdhygieniska riktlinjer/rutiner ligger? Används dokumenten? Har samtlig vårdpersonal kunskap om [Vårdhandboken](https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/stadning-och-rengoring/stadning-rengoring/ansvar-for-stadning-och-rengoring/) som kunskapsunderlag i vårdarbetet?  
  
För ja:  
  
• Hälso- och sjukvård i Halland ska följa fastställda, [aktuella vårdriktlinjer avseende vårdhygien](https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/vardhygien/kommunala-vardriktlinjer-inom-vardhygien/). En grundläggande förutsättning för att detta ska kunna ske är att personalen vet hur de hittar riktlinjerna.

• [Vårdhandboken](https://www.vardhandboken.se/) säkerställer god och säker vård. Här hittar du som arbetar med hälso- och sjukvård kvalitetssäkrade metodanvisningar och arbetsmetoder. Vårdhandboken underlättar det dagliga vårdarbetet, och ökar kvaliteten. Av denna anledning ska vårdpersonalen ha kännedom om detta kunskapsunderlag.

# 5. Byggnation

5.1 Har möbler i patientutrymmen släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål och går att rengöra samt desinfektera, med upphandlade rengörings- och desinfektionsmedel?  
  
För ja:

• Möbler i patientgemensamma utrymmen såsom matsal, TV-rum, träningslokal etc. ska ha släta ytor och avtorkbar ytbeklädnad som tål rengöringsmedel och punktdesinfektion med t ex alkoholbaserat desinfektionsmedel. Ytbeklädnad ska vara vätskeavvisande. Eventuella dynor ska kunna avlägsnas så att underlaget kan rengöras.

5.2 Kontaktas Vårdhygien Halland för samverkan inför byggnation eller verksamhetsförändring av vårdlokal?  
  
För ja:  
  
• [God hygienisk standard, enligt Hälso- och sjukvårdslagen](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vardhygien/), innebär bl. a att lokaler utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Av denna anledning ska vårdhygien konsulteras inför byggnation eller verksamhetsförändring av lokal där hälso- och sjukvård skall bedrivas.

# Uppdaterat från föregående version

Den nya versionen är genomgången samt ”nedbantad” jämfört med tidigare version. Även filformatet är uppdaterat med ifyllningsbar text och kryssmarkeringar.