

## **Checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard inom primärvårdsverksamheter och Regionhälsan i Västra Götaland (del i "Ledningssystem för god vårdhygienisk standard")**

### **Bakgrund**

Vårdrelaterade infektioner (VRI) utgör en stor del av undvikbara vårdskador och är resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. För den enskilt drabbade individen är det förknippat med onödigt lidande.

Att förebygga vårdrelaterade infektioner innebär bland annat att säkerställa att vården håller en god hygienisk standard och att vårdgivare, personal, lokaler och utrustning har förutsättningar att uppfylla det kravet. Vårdhygien är en integrerad del i all vård oavsett vårdform.

### **Syfte**

- Tillhandahålla ett verktyg för systematisk egenkontroll av vårdhygienisk standard i verksamheten. Används som en del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### **Genomförande**

- Vårdhygien rekommenderar att egenkontrollen genomförs årligen.
- Ansvar för genomförandet ligger på verksamhetschefen. I genomförandet kan man ta hjälp av hygienombud.
- För att genomföra egenkontroll använd [lathund till checklistan](#) som ger förklaringar samt förtydligar vad som minst bör vara uppfyllt för att svara ja. **Obs! Varje rubrik i lathunden länkar tillbaka till checklistan.**
- Vid oklarheter och behov av stöd i förbättringsarbetet kontaktas respektive vårdhygienenhet.

### **Underlag**

"Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård" (ISBN 978-91-979918-1-0) utgivet av Svensk Förening för Vårdhygien ([www.sfvh.se](http://www.sfvh.se)).

## Checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard

Enhet/verksamhet:

Datum

Uppgiftslämnare:

Namn

Befattning

Telefon

Namn

Befattning

Telefon

Nej, men förbättrings-  
arbete pågår/handlings-  
plan finns

|                                                      |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|----|
| <b>1.</b>                                            | <b>Övergripande aspekter (se lathund till checklistan på sida 4-5)</b>                                                                                                                 | Nej |  | Ja |
| <b>Följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer</b>     |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
| <b>1.1</b>                                           | Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?                                                                                                          |     |  |    |
| <b>Kompetens</b>                                     |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
| <b>1.2.a</b>                                         | Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?                                       |     |  |    |
| <b>1.2.b</b>                                         | Ges all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete möjlighet till vårdhygienisk utbildning/uppdatering minst en gång/år?                                                   |     |  |    |
| <b>Formaliserade arbetsuppgifter</b>                 |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
| <b>1.3.a</b>                                         | Finns medarbetare med definierat uppdrag avseende vårdhygien?                                                                                                                          |     |  |    |
| <b>Mätning och analys samt återföring av kunskap</b> |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
| <b>1.4.a</b>                                         | Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, minst en gång/kvartal?                                                                                      |     |  |    |
| <b>1.4.b</b>                                         | Analyseras och återförs resultat från mätningar (enligt 1.4.a) regelbundet till all personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?                                            |     |  |    |
| <b>1.4.c</b>                                         | Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet?                                                                                                                  |     |  |    |
| <b>Förbättringsarbete</b>                            |                                                                                                                                                                                        |     |  |    |
| <b>1.5</b>                                           | Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning samt vårdrelaterade infektioner hos patienter och personal? |     |  |    |

**Nej, men förbättrings-  
arbete pågår/handlings-  
plan finns**

| 2.  | Basala hygienrutiner (se lathund till checklistan på sida 6-7)                                                                                                                  | Nej |  | Ja |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|----|
| 2.1 | Följer all personal i patientnära/vårdrelaterat arbete basala hygienrutiner och klädregler?                                                                                     |     |  |    |
| 2.2 | Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?                                                                                                         |     |  |    |
| 2.3 | Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs (uppsatt på bestämd plats), samt tillgängligt vid arbete utanför enheten? |     |  |    |
| 2.4 | Finns visir, handskar och plastförkläden lättåtkomligt där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs (uppsatt på bestämd plats), samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?    |     |  |    |
| 2.5 | Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs, samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?                              |     |  |    |

| 3.   | Andra angelägna vårdhygieniska områden (se lathund till checklistan på sida 7-9)                                                                                                | Nej |  | Ja |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|----|
| 3.1  | Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas? OBS även luftburen smitta!                                                                       |     |  |    |
| 3.2  | Finns skriftlig dokumentation på enheten avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal?                                                                              |     |  |    |
| 3.3  | Finns skriftliga rutiner på enheten för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor, hjälpmedel, träningsredskap, leksaker med mera, som vårdpersonal ansvarar för? |     |  |    |
| 3.4  | Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör? (se lathund)                                                                          |     |  |    |
| 3.5  | Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor (loggbok)? (se lathund)                                                                           |     |  |    |
| 3.6  | Finns rutin för att använda flergångsinstrument (till exempel omlägnings-/gyninstrument, inhalationsutrustning), processas i diskdesinfektor efter användandet? (se lathund)    |     |  |    |
| 3.7  | Används alltid sterila instrument vid ingrepp där hel hud och slemhinna penetreras?                                                                                             |     |  |    |
| 3.8  | Förvaras och hanteras sterila och höggradigt rena produkter och material så att renhetsgraden bibehålls, aseptisk hantering?                                                    |     |  |    |
| 3.9  | Finns skriftlig och känd rutin för åtgärder vid stick- och skärskador samt exponering med risk för blodburen smitta?                                                            |     |  |    |
| 3.10 | Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?                                                                                                 |     |  |    |
| 3.11 | Är riskbedömning utförd gällande all personals immunitet för mässling, vattkoppor och röda hund? (AFS 2018:4)                                                                   |     |  |    |

## **Lathund till checklista för egenkontroll av vårdhygienisk standard inom primärvårdsverksamheter och Regionhälsan i Västra Götaland**

Lathunden innehåller förklaringar och förtydligande avseende vad som minst bör vara uppfyllt för att svara ja i "Checklista för egenkontroll". Den är anpassad till primärvårdsverksamheter och Regionhälsan i Västra Götaland utifrån Svensk Förening för Vårdhygiens dokument ([www.sfvh.se](http://www.sfvh.se)).

### **1. Övergripande aspekter**

#### **1.1 Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?**

För ja:

- Att det finns en beskrivning/rutin av hur information förmedlas vidare till all personal.

#### **1.2.a Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny personal som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete?**

För ja:

- Att det finns en skriftlig rutin/beskrivning för introduktion av nyanställd personal, studenter, personal från bemanningsföretag/stafettläkare eller motsvarande, till exempel i form av en checklista.

### **Förklaringar**

Patientnära/vårdrelaterat arbete

- Patientnära vårdarbete innebär "arbete i rum där patient undersöks, behandlas eller vårdas" till exempel undersökning, omläggning, provtagning.
- Vårdrelaterat arbete innebär till exempel hantering av höggradigt rent gods, städning, arbete i läkemedelsrum och förråd, omhändertagande av använd utrustning med mera.

#### **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 för utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor, till exempel att ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien, genomföra hygienkörtkort i lärplattformen samt ta del av webbaserat utbildningsmaterial.
- Genom diskussioner i verksamheten öka kompetensen hos personal.

1.3.a Finns medarbetare med definierat uppdrag avseende vårdhygien?

För ja:

- Att det finns, av verksamhetschefen, utsedd person/personer med formellt och definierat uppdrag för vårdhygien, till exempel hygienombud.

Vid nej:

- Finns inte medarbetare med definierat uppdrag avseende vårdhygien, åligger detta alltid verksamhetschefen.
- Yttersta ansvaret för att uppfylla god vårdhygienisk standard har den som är verksamhetschef.

1.4.a Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, minst en gång/kvartal?

- Regelbundet säkra att basala hygienrutiner och klädregler följs genom till exempel punktprevalensmätning och/eller självskattningar.

1.4.b Analyseras och återförs resultat från mätningar (enligt 1.4.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 en gång/kvartal, diskuterar resultatet (både bra och mindre bra) och eventuellt behov av förbättringsåtgärder, på möte där alla personalkategorier finns representerade, till exempel APT.

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

För ja:

- Diskussion på möte där alla personalkategorier finns representerade, till exempel APT.

1.5 Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning samt vårdrelaterade infektioner hos patienter och personal?

För ja:

- Arbetsgruppen bör ha deltagare ur alla personalkategorier som arbetar patientnära/vårdrelaterat.

## 2. Basala hygienrutiner

### 2.1 Följer all personal i patientnära/vårdrelaterat arbete basala hygienrutiner och klädregler?

Det ses som en självklar del i patientsäkerhetsarbetet att påminna och säkerställa följsamhet till grundläggande hygienrutiner. Det är viktigt med en öppen kultur på enheten där personal påminner varandra om detta.

För ja:

- Händer och underarmar ska vara fria från armbandsur, smycken, samt bandage, stödskenor eller motsvarande.
- Naglar ska vara korta, fria från nagellack och konstgjorda material.
- Händerna och underarmar ska ha hel hud eftersom skadad hud kan utgöra hinder för fullgod desinfektion.
- Arbetskläder ska vara kortärmade i patientnära och vårdrelaterat arbete.
- Långt hår och skägg ska vara uppfäst. Huvudduk ska vara kort eller instoppad under arbetskläderna.
- Även personal som utför patientnära/vårdrelaterat arbete i hemmiljö bär kortärmade arbetskläder. 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/stafettläkare eller motsvarande.

### 2.3 Finns handdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs (uppsatt på bestämd plats), samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?

För ja:

- Handdesinfektionsmedel ska finnas på undersöknings-/behandlingsrum, i förråd, desinfektionsrum, samt läkemedelsrum med mera.
- Bedöm behovet av att ha handdesinfektionsmedel på flera platser i ett och samma rum till exempel även vid undersökningsbords med mera.

- 2.4 Finns visir, handskar och plastförkläden lättåtkomligt där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs (uppsatt på bestämd plats), samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?

För ja:

- Bland annat ska handskar och plastförkläde finnas på alla undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum med mera.
- Alla ska veta var visir eller motsvarande skyddsutrustning finns vid behov av skydd för stänk mot ansiktet

- 2.5 Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där patientnära/vårdrelaterat arbete utförs, samt tillgängligt vid arbete utanför enheten?

För ja:

- Ytdesinfektionsmedel ska finnas på alla undersöknings-/behandlingsrum, desinfektionsrum med mera. Gärna uppsatt på bestämd plats.

### **3. Andra angelägna vårdhygieniska områden**

- 3.1 Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas?

För ja:

- Att verksamheten definierat vad som är riskfaktorer för smittspridning på respektive enhet.
- Att verksamheten har definierat hur patienter med riskfaktorer tas om hand. Till exempel att patienter identifieras tidigt i vårdkedjan, helst redan vid telefonkontakt.
- Att verksamheter som kan behöva omhänderta patienter med luftburen smitta har anpassade lokaler enligt Bygghälsan och Vårdhygien (BOV), samt har rutiner för hur patienter med luftburen smitta omhändertas.

#### **Förklaring**

Riskfaktorer för smittspridning – till exempel vätskande sår, hosta, diarré/kräkning, misstanke om luftburen smitta (till exempel mässling, vattkoppor, öppen/smittsam lungtuberkulos).

- 3.2 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.

- 3.3 Finns skriftliga rutiner på enheten för städning, rengöring och smittrening av patientnära ytor, hjälpmedel, träningsredskap, leksaker med mera som vårdpersonal ansvarar för?

För ja:

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

- 3.4 Utförs årligt förebyggande underhåll av spol- och diskdesinfektor av tekniker/leverantör?

Enheter utan eget behov av spol- och diskdesinfektorer, till exempel vissa rehabenheter, kan stryka frågan.

För ja:

- Den som utför förebyggande underhåll (FU) ska ha erforderlig utbildning (tekniker godkänd av vårdgivaren).

- 3.5 Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor (loggbok)?

Enheter utan eget behov av spol- och diskdesinfektorer, till exempel vissa rehabenheter, kan stryka frågan.

För ja:

- Kvalitetskontroll ska utföras dagligen, då maskinerna används, och innefatta samtliga delar enligt loggboken.
- Kvalitetskontroll ska vara knuten till funktion i verksamheten, för att säkerställa att kontrollen utförs.

- 3.6 Finns rutin för att använda flergångsinstrument (till exempel omläggings-/gyninstrument, inhalationsutrustning), processas i diskdesinfektor så snart som möjligt under dagen efter användandet?

Rehabenheter som inte använder flergångsinstrument kan stryka frågan. Används till exempel andningsutrustning som delas mellan patienter måste de processas i en diskdesinfektor.

För ja:

- Att ha en ur vårdhygiensynpunkt säker hantering av använda instrument, både ur patient- och personalperspektiv, vilket innebär att blötläggning av använda instrument inte sker.
- Att tillse att instrumenten processas så snart som möjligt under dagen efter användandet.

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

För ja:

- Att man använder sterila instrument/produkter även när det finns risk att slemhinna penetreras. Till exempel steril klotång vid spiralinsättning.



3.8 Förvaras och hanteras sterila och höggradigt rena produkter och material så att renhetsgraden bibehålls, aseptisk hantering?

För ja:

- Material förvaras i stängt skåp alternativt låda (inte öppet på en vagn) eller i separat förråd.
- Handdesinfektion utförs innan all hantering av sterilt och höggradigt rena produkter och material.

**Förklaring**

Exempel på produkter och material: såromläggningsmaterial, operationsmaterial, material för spiralinsättning och gynekologiska undersökningar/provtagning, akupunkturmaterial med mera.

3.9 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 hur man förebygger händelser som kan leda till skada (tillbud).
- Att det finns rutin för både akut omhändertagande och uppföljning av personal vid händelser som innebär risk för blodburen smitta, till exempel stickskador, skvätt av blodtillblandade kroppsvätskor mot ansiktet.

3.10 Finns det rutin för hur injektionsläkemedel avsedda för flergångsbruk hanteras?

Enheter som inte använder injektionsläkemedel kan stryka frågan.

För ja:

- Läkemedel för flergångsbruk (till exempel lokalbedövningsmedel, NaCl) hanteras endast i läkemedelsrum eller motsvarande.
- Läkemedel som hanteras på behandlingsrum eller motsvarande kasseras efter användandet.

3.11 Är riskbedömning utförd gällande all personals immunitet för mässling, vattkoppor och röda hund?

Se AFS 2018:4 Smittrisker, Arbetsmiljöverket.

- Kan utföras vid nyanställning och vid årligt medarbetarsamtal av respektive chef.
- Uppgifterna ska dokumenteras i enlighet med gällande datalagstiftning (det vill säga ingen gemensam lista).