

## Lathund till checklista för vårdhygienisk egenkontroll (VEK) inom slutenvård

### 1. Övergripande förutsättningar för smittförebyggande arbete

1.1	Systematiskt arbetssätt finns för att säkerställa god hygienisk standard på enheten.	<p><b>För ja:</b> Linjchef ansvarar för att det finns ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa god hygienisk standard på enheten som minst omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vårdhygienisk egenkontroll (VEK)</li> <li>• utvärdering av VEK och vidtagna åtgärder</li> <li>• återkoppling och information till all personal</li> </ul>
1.2	VEK utförs minst en gång per år.	<p><b>För ja:</b> Det finns en rutin för när VEK ska utföras och vilka personalkategorier som ska delta.</p>
1.3	Ledning och medarbetare är väl förtroagna med vårdhygieniska riktlinjer och rutiner.	<p><b>För ja:</b> Ledning och medarbetare vet vart regionens vårdhygieniska riktlinjer och rutiner går att hitta. Finns på <a href="#">Smittskydd och Vårdhygiens externa hemsida</a>. Vetskap finns även om enhetens egna upprättade rutiner.</p>
1.4	Enheten har en metod för att mäta vårdrelaterade infektioner (VRI)	<p><b>För ja:</b> Systematisk mätning av VRI sker via infektionsverktyget, diagnoskodning, punktprevalensmätningar (PPM-VRI), journalgranskning, synergier, gröna korset eller liknande.</p>
1.5	Alla yrkeskategorier är delaktiga i förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygienisk standard, förhindra uppkomst av VRI och minimera smittspridning.	<p><b>För ja:</b> Verksamhetschef, avdelningschef, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor är delaktiga.</p>
1.6	Genomgång av basal hygien och klädregler ingår i introduktionsprogram för nyanställd personal och studenter som deltar i patientnära arbete.	<p><b>För ja:</b> All nyanställd personal (studenter, personal från bemanningsföretag, stafettpersonal) får information att <a href="#">SOSFS 2015:10</a> ska följas, informeras om verkställighetsbeslut angående <a href="#">klädpolicy</a> samt utför <a href="#">E-utbildningar med kod - Region Dalarna</a> som en del av introduktionsprogrammet.</p>
1.7	Återkommande utbildning i ämnet vårdhygien ges till all personal.	<p><b>För ja:</b> Det finns struktur för utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor minst en gång/år. Exempelvis att personal får ta del av utbildningar som erbjuds inom vårdhygien samt uppdatering genom diskussion i verksamheten.</p> <p>Alla medarbetare med patientrelaterat/vårdnära arbete utför <a href="#">E-utbildningar med kod - Region Dalarna</a>.</p>

1.8	Personal med vårdhygien som ansvarsområde finns på enheten (hygienombud).	
1.9	Uppdrag och mandat är tydligt utformat för hygienombud.	<b>Vid nej:</b> <a href="#">Uppdragsbeskrivning för hygienombud finns på Vårdhygiens externa hemsida, under övriga dokument.</a>
1.10	Tid finns avsatt för hygienombuds vårdhygieniska arbete.	
1.11	Ansvarig chef och hygienombud har regelbundna träffar.	<b>För ja:</b> Chef och hygienombud har tätt samarbete och regelbundna träffar. Hygienombud får stöd och hjälp med förankring i verksamheten.
1.12	Utsedd personal finns som ansvarar för mätningar avseende följsamhet till basal hygien och klädregler.	<b>För ja:</b> Det finns utsedd personal med formellt uppdrag för följsamhetsmätningar.
1.13	Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler sker minst en gång per kvartal.	
1.14	Resultat från gjorda mätningar analyseras och återkopplas till all personal som arbetar patientnära.	<b>För ja:</b> Återkoppling av och diskussioner kring mätresultat sker, vad det gäller basal hygien och klädregler samt övervakning av VRI.
1.15	Regelbundna mötestider finns där vårdhygieniska aspekter diskuteras.	<b>För ja:</b> Diskussion på möte där alla personalkategorier finns representerade.

## 2. Basal hygien och klädregler

2.1	Handdesinfektion finns lättillgängligt i alla lokaler där direkt och indirekt vårdarbete bedrivs.	<b>För ja:</b> Handdesinfektion finns vid patientplats, i undersökningsrum, behandlingsrum, i förrådsrum, vid förrådsskåp, i desinfektionsrum, kök, på toaletter och i läkemedelsrum.
2.2	Handskar och plastförkläden finns lättillgängligt i alla lokaler där patientnära arbete bedrivs.	<b>För ja:</b> Handskar och plastförkläde finns, vägghängt, på alla patient-/undersöknings-/behandlings- och desinfektionsrum.
2.3	Handskar används endast vid de arbetsmoment som kräver det.	<b>För ja:</b> Folkhälsomyndighetens <a href="#">handskpyramid</a> följs och handskar används inte i onödan.

2.4	Alla medarbetare bär kortärmade arbetskläder vid patientnära arbete.	<b>För ja:</b> Ärmen slutar ovanför armbågen, kortärmad T-shirt eller linne kan bäras under arbetsdräkten. Värmejacka eller långärmad rock får inte bäras hos patient (förutom vid endast samtal).
2.5	Möjlighet finns att byta arbetskläder dagligen samt oftare vid behov.	<b>För ja:</b> Det finns tillräckligt sortiment av arbetskläder avseende mängd och storlekar. Det ska finnas marginal så att det räcker även för studenter och extra personal.
2.6	Hygienregler följs. Långt hår och skägg är uppfäst (huvudduk instoppad eller uppfäst), händer och underarmar är fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor. Naglarna är korta och fria från konstgjort material.	<b>För ja:</b> Händer och underarmar måste kunna desinfekteras, inget får finnas som kan hindra desinfektionen. Hår, skägg och huvudduk som hänger i arbetsfältet utgör en smittrisk. Långa naglar och konstgjort material innebär en större risk för smittspridning, då mikroorganismer fastnar på och under dessa och går inte att desinfektera bort. Om inte allt är uppfyllt är svaret Nej.
2.7	Patienten får möjlighet att göra ren sina händer före måltid.	<b>För ja:</b> Patienter får information om vikten av en god handhygien i vårdmiljö och innan måltid. De patienter som inte själva klarar av sin handhygien får hjälp av personal, antingen med tvål och vatten eller med handdesinfektion ex. spritservetter.

### 3. Övriga smittförebyggande åtgärder

3.1	Rutiner finns för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas. All personal har kunskap om dessa.	<b>För ja:</b> All personal har kunskap om att: <ul style="list-style-type: none"> <li>• utlandsvårdade patienter screenas för MRSA, ESBL och VRE och placeras på enkelrum fram till dess att negativt provsvar erhålls</li> <li>• varningsmärkning i journalen ska kontrolleras för resistenta bakterier</li> <li>• screeningundersökning avseende multiresistenta bakterier och MRB-dokument finns att tillgå på vårdhygiens externa hemsida under <a href="#">riktlinjer och rutiner</a>.</li> <li>• patienter med riskfaktorer (såsom stora vätskande sår, kräkning, diarré) innebär en ökad smittspridningsrisk. Dessa bör inte dela rum eller toalett med andra patienter.</li> </ul>
3.2	Indikation och förväntad behandlingstid för kvarvarande urinvägskateter, perifer- och centralvenkateter journalförs.	<b>För ja:</b> Behovet av urinvägskateter, perifer- och centralvenkateter utvärderas dagligen.

3.3	Kunskap finns om riskerna med livsmedelshantering och hur dessa minimeras.	<b>För ja:</b> Egenkontrollprogram finns, personalen har kännedom om och utför kontrollerna.
3.4	Buffé/-självserving av frukost/lunch/middag/kvällsmål/smörgåsar för patienter avskaffats på enheten.	<b>Kommentar:</b> Alla former av bufféserving innebär risk för spridning av tarmsmitta såsom vinterkräksjuka och multiresistenta tarmbakterier ex. ESBL.
3.5	Ytskikt i vårdlokaler och på möbler är hela samt lätta att rengöra och desinfektera.	<b>För ja:</b> Ytskikt och möbler är inte slitna eller trasiga. Möbler är av avtorkningsbart material.
3.6	Skriftlig rutin avseende ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal finns (gränsdragningslista).	<b>För ja:</b> Gränsdragningslista finns som beskriver vad lokalvård respektive vårdpersonal har städansvar för.
3.7	Skriftlig rutin för rengöring och desinfektion av patientnära ytor, hjälpmedel, medicinskt teknisk utrustning, stickvagnar, leksaker mm finns.	<b>För ja:</b> Verksamheten har identifierat vilka ytor och föremål som ingår samt med vilken frekvens rengöring och desinfektion ska ske, och av vem.
3.8	Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid finns lättillgängligt i alla lokaler där patientnära arbete utförs.	<b>För ja:</b> Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel finns lättillgängligt på/vid alla patientsalar, undersökningsrum, behandlingsrum, läkemedelsförråd, desinfektionsrum, kök.
3.9	Årligt underhåll av spol- och diskdesinfektor utförs.	<b>För ja:</b> Underhåll utförs 1 gång per år av tekniker/leverantör och dokumenteras i loggbok för spol- och diskdesinfektor. Avdelningschef ansvarar för att detta utförs.
3.10	Daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor genomförs och dokumenteras.	<b>För ja:</b> Kvalitetskontroll ska utföras och dokumenteras dagligen enligt checklista. <a href="#">Kontroll av disk- och spoldesinfektor.</a>
3.11	Personal vet skillnaden mellan spol- och diskdesinfektor, vad som kan rengöras och desinfekteras i respektive maskin.	<b>För ja:</b> All personal som hanterar disk- och spoldesinfektor har genomgått <a href="#">utbildning disk- och spoldesinfektorer</a> som finns på SFVH:s hemsida (Svensk förening för Vårdhygien) samt <a href="#">E-utbildningar med kod - Region Dalarna</a> .
3.12	Sterila och rena produkter/material (ex. omläggingsmaterial och desinfekterade instrument) förvaras åtskilda, i förrådsrum, skåp alternativt stängda lådor.	<b>För ja:</b> Material med olika renhetsgrad förvaras skilt från varandra. För mer information se <a href="#">Vårdhandboken</a> samt SIS-TR 57:2020.