

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

	Områden och påståenden	Vägledning för ja:
1	Kunskap och kompetens	
1.1 Finns vid enheten		
1.1a	Hygienombud	Utsedd person med ansvar att hålla sig uppdaterad inom ämnet vårdhygien finns. Uppdrag och mandat ska vara tydligt, gärna med skriftlig uppdragsbeskrivning. Finns ingen sådan person faller detta uppdrag på linjechefen. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och planering av verksamhetens hygienarbete. Regelbundna samarbetsmöten finns. Ett aktivt samarbete är grundläggande för god vårdhygienisk standard
1.1b	Patientsäkerhetssamordnare	Finns lokal patientsäkerhetssamordnare?
1.1c	Introduktionsprogram gällande basala hygienrutiner och klädregler för alla nya medarbetare som deltar i patientnära/vårdrelaterat arbete	Skriftlig rutin och rutin för muntlig genomgång finns. Rutinen ska innefatta hur introduktionen går till, när och av vem. Introduktion till nya läkare
1.1d	Kultur att medarbetare påminner varandra om följsamhet till basala hygienrutiner	Finns brister i detta är detta en fråga att jobba med. Det gäller att alla personalkategorier kan påminna varandra oavsett titel.
1.1e	Möjlighet till utbildning inom det vårdhygieniska området för all personal	Rutin finns för regelbunden, förslagsvis årlig, utbildning och uppdatering av vårdhygieniska frågor. Till exempel återkommande punkt på gemensamma personalmöten, E-utbildning t.ex. via Socialstyrelsen, SKR, Vårdhandboken, hantering av sterila medicintekniska produkter enl SIS-TR 57:2020, mikrobiologisk renhet i operationsrum SIS-TS 39:2015 deltagande i utbildningar som erbjuds av Vårdhygien.
1.1f	Fast regelbunden mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet	Till exempel på APT. Tydliga informationsvägar finns för att göra vårdhygieniska rutiner kända för all personal som vistas på enheten.

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

1.2 Genomförs återkommande mätning av:		
1.2 a	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Självskattning eller observationer genomförs minst två gånger per år.
1.2 b	Städ kvalitet	Utförs mätning av städkvalité av städenheten?
1.2 c	Dörröppningar	Finns automatisk räkning av dörröppning? Om inte finns rutin att mäta dörröppningar?
1.3 Återförs resultat och analys av:		
1.3 a	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Rutin för analys och återkoppling till personal och chefer finns.
1.3b	Luftkvalitet	Återkopplas luftkvalité (cfu-mätningar) utförda av hygienlab till personalen?
1.3 c	Driftkontroll av ventilation	Återkopplas kontroller av fastighet till personalen?
1.3d	Städkvalitet	Återkopplas resultat till personalen från städledningen?
1.3 e	Postoperativa sårinfektioner	Återkopplas resultat till personalen årligen från VRI-mätning eller infektionsverktyget?
2	Basala hygienrutiner och klädregler	
2.1a	Bär all personal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete	Arbetsklädernas ärmar är korta och slutar ovanför armbågen så att korrekt handdesinfektion av händer och underarmar kan utföras. Det gäller även eventuell undertröja. Långa ärmar som kavlas upp kan glida ner. Det är därför inte tillåtet att bära ett långärmat plagg med uppkavlade ärmar under arbetskläderna. Se dokument: Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10 .
2.1b	Täcks specialarbetsdräkt med en rock när personalen lämnar enheten.	Som specialarbetsdräkt avses mertex, olefin eller engångsarbetsdräkt
2.2	Finns handsprit lättåtkomligt på avdelningen	Handdesinfektion finns till exempel: <ul style="list-style-type: none">• i operationssal innanför dörr, i korridor, sänghall, operationstvätt, förberedelserum, uppdukningsrum, sterilförråd, desinfektionsrum

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

2.3	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt där dessa krävs	Finns handskar och plastförkläden tillgängligt i t ex överflyttningsrum, förberedelserum operationssal, desinfektionsrum. Placerat på ett lätt åtkomligt sätt, vägghängd hållare för handskar och plastförkläden.
2.4	Hålls händer och underarmar fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande.	Gäller även smartklockor. Förekommer sår, eksem eller nygjorda tatueringar?
2.5	Är naglar korta och fria från konstgjorda material hos all vårdpersonal	Naglar ska vara fria från nagellack, lösnaglar och annan förstärkning/påbyggnad av naglarna som akryl eller gelénaglar.
3	Rutiner, dokumentation och information	
3.1	Vet ni vilka riskfaktorer för VRI som finns på enheten och arbetar ni aktivt för att minska dessa.	Postopinf, UVI- KAD? Arbetar ni aktivt för hantering av infarter Utbildning
3.2	Registreras urinvägskateter, centrala- och perifera infarter och trakealtub i patientjournalen?	Arbetar personalen aktivt för att föra in och sätta ut infarter i journalen.
3.3	Sker screening av personal för multiresistenta bakterier (MRB) enligt RVBs rutin	Se dokument Screening av personal för multiresistenta bakterier på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem.
3.4	Har närmaste chef uppdaterad information om alla medarbetares immunitet för mässling, vattkoppor, påssjuka och röda hund, hepatit b, tbc	Hälsodeklaration fylls i vid nyanställning. Uppdateras informationen regelbundet?
3.5	Finns kännedom om lokal rutin för åtgärd vid stick och skärskada	Se dokumenten Vid stickskada på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem Se Vårdhandboken Stick- och skärskador samt exponering med risk för blodburen smitta hos ...

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

4	Lokaler, städning, desinfektion, rengöring och tvätt	
4.1	Förvaras läkemedel enligt gällande standard	Förvaras och hanteras läkemedel enligt dokument <i>Förvaring läkemedel</i> i ledningssystem .
4.2	Följs skriftliga städrutiner och lokala anvisningar	<p>Ansvarsfördelning mellan städ- och vårdpersonal ska vara klarlagd och framgå tydligt. I de skriftliga rutinerna framgår det:</p> <ul style="list-style-type: none">• vilka lokaler/utrymmen som ska städas• vilken städmetod som ska användas• vilka rengörings-/desinfektionsmedel som ska användas och hur• hur ofta det ska städas• vem som ska städa <p>Se dokumentet: Desinfektion och städning samt omhändertagande av tvätt och avfall på operation på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem.</p> <p>Finns lokal rutin på enheten, om ja följs den?</p>
4.3	Kontrolleras följsamheten till enhetens skriftliga städ instruktioner	Instruktionerna följs avseende: -Tillsynslista för signatur finns av utförd städning -Städinstruktioner finns
4.4	Följs skriftliga rutiner instruktioner för rengöring och desinfektion av medicintekniska produkter/apparatur	<p>Finns apparatansvarig?</p> <p>Ren medicinteknisk produkt Berör vid normal användning intakt hud och inte slemhinnor t ex blodtrycksmanschett, lyftbälten etc. Se Vårdhandboken: Medicintekniska produkter med specificerade mikrobiell renhet/Renhetsgrader</p> <p>Medicinteknisk apparatur som används i samband med undersökning, övervakning och behandling. Dokumentation ska vara skriven på svenska och innehålla bruksanvisning för användare, instruktioner för handhavande rengörings- och skötselinstruktioner, fullständig teknisk dokumentation (på svenska eller engelska).</p> <p>Se Vårdhandboken, kapitel Medicintekniska produkter, översikt.</p>

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

4.5	Utförs och dokumenteras daglig kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektor.	<p>Anvisningarna följs avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tillsynslista för signatur finns av utförda kontroller -Rengöringsanvisningar finns -Loggbok finns <p>Se dokumentet Skötsel och kontroller av desinfektionsapparatur på Vårdhygiens hemsida och i Regionens ledningssystem.</p>
4.6	Finns yttes-infektionsmedel lättåtkomligt placerat.	<p>Punktdesinfektion genomförs omgående vid spill av kroppsvätskor av den personal som upptäcker det</p> <p>Se Vårdhandboken: Städmetoder - Vårdhandboken</p> <p>Utförs rengöring och desinfektion mellan varje patient exempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anestesibord med tillbehör -Operationsbord med tillbehör -Röntgenförkläden <p>Se dokumentet Desinfektion, städning samt omhändertagande av tvätt och avfall och operation på Vårdhygiens hemsida och Regionens ledningssystem.</p>
4.7	Följs lokal instruktion för hantering av smuts- och risktvätt	<p>Kännedom finns om sortering och hantering av tvätt samt vad som klassas som risktvätt</p> <p>Se dokumentet Hantering av smuts- och risktvätt på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem.</p>
5	Sterilförråd rutiner dokumentation	
5:1a	Används teknisk rapport SIS-TR 57:2020, Bygghälsa och Vårdhygien (BOV) samt nationella och lokala anvisningar vid utformning av sterilförråd och handhavande vid sterila produkter	<p>Teknisk rapport SIS -TR 57:2020. Handbok för grundläggande rekommendationer för lagerhållning hantering transport av medicintekniska produkter</p> <p>BOV - Bygghälsa och Vårdhygien - SFVH Vårdhygieniska aspekter vid ny-och ombyggnationer samt renovering av lokaler</p> <p>Se dokument: Förråd för sterila och höggradigt rena produkter på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem</p>

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

5:1b	Finns rutin för leveranskontroll och mottagande av transportförpackningar	Finns kvalitetsansvarig Finns rutiner för åtgärder vid defekta transportförpackningar
5:2a	Finns avemballeringsrum	Uppfylls de krav som finns avseende: -tillgång till handdesinfektion och skyddsförkläde - ventilation 2-4 luftväxlingar/h -tryckdifferans, undertryck i förhållande till omgivande lokaler Temperatur är 22 grader +/-3 grader -Finns utrustning för övervakning -Tillsynslista för signatur Luftfuktighet är 30-70 % RH -Finns utrustning för övervakning -Tillsynslista för signatur
5:2b	Finns rutin för borttransport av tomt emballage	Dagligen samt vid behov
5:3a	Är lokalen som används som sterilförråd utformad på rätt sätt avseende: Undertak, väggar och fönster	Undertak är icke perforerade plattor utan mellanrum är släta och lätta att torka av Väggarna -tål alkoholbaserat desinfektionsmedel med tensid -är icke absorberande och lätta att rengöra Fönster ligger i fasad, är ej öppningsbara och försedda med solskydd
5:3b	Är lokalen som används som sterilförråd utformad på rätt sätt avseende: Ventilation, tryckdifferens, luftfuktighet och temperatur	Ventilation är 10-20 luftväxlingar/h Tryckdifferens är ≥ 10 Pa övertryck i förhållande till omgivande lokaler med lägre renhetsgrad Luftfuktighet är 30-70 % RH -Finns utrustning för övervakning -Tillsynslista för signatur Temperatur är 22 grader +/-3 grader -Finns utrustning för övervakning -Tillsynslista för signatur Se dokument: Åtgärdsplan för hantering av sterilt gods vid hög luftfuktighet och/eller hög temperatur inom operationscentrum eller sterilförråd på Vårdhygiens hemsida eller i Regionens ledningssystem
5:3c	Är lokalen som används som sterilförråd utformad på rätt sätt avseende: storlek, ej	Lokalen är: -Tillräckligt stor för sin verksamhet -Ej genomgångsrum

Vägledning checklista vårdhygienisk egenkontroll operations- och interventionsavdelning

Vårdhygien 20221107

	genomgångsrum, dörr kan stängas, ej direkt solljus och handdesinfektion	Dörr kan stängas och hållas stängd Ej direkt solljus i rummet Handdesinfektion finns i anslutning till sterilförrådet
5:4a	Förvaras sterila avdelningsförpackningar i garderob eller skåp?	Förvaras de sterila förpackningarna åtskilda från andra produkter med annan renhetsgrad? I garderob eller skåp med stängd dörr?
5:4b	Förvaras sterila avdelningsförpackningar i öppna hyllsystem?	I förrådsrum med sterila avdelningsförpackningar och med öppen hyllställning (förrådsrum) -Nedersta hyllplan helbottenplatta 45 cm från golv -Översta hyllplan 45 cm från tak, finns sprinklar och armatur beräknas avstånd från dessa. -Hyllplanen är 5 cm från vägg -Förvaras åtskilda från andra produkter med annan renhetsgrad -Golvet under hyllplan är fritt från t ex transportförpackningar eller annat material
5:4c	Finns rutin för kontroll av utgångsdatum för sterila engångsprodukter	De äldsta förpackningarna placeras längst fram för att undvika att utgångsdatum passeras Rutiner finns -Tillsynslista för signatur finns av utförda kontroller
5:4d	Finns rutin för rengöring/desinfektion av ytor där sterila avdelningsförpackningar förvaras	Hyllplan där avdelningsförpackningar förvaras rengörs/desinfekteras en gång/månad Rutiner finns -Tillsynslista för signatur finns av utförd rengöring/desinfektion
5:5	Finns rutin för städning av golv med fuktig metod	Dagligen vid aktivitet i lokalen Rutiner finns