

Vårdhygienisk egenkontroll, konsultrond och hygienrond på vårdavdelningar

Bakgrund och syfte

Enligt hälso- och sjukvårdslagen bär vårdgivaren ansvaret för att vård bedrivs med en god hygienisk standard. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas personal, lokaler och utrustning som behövs för att en säker vård ska kunna ges. I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 anges att vårdgivaren ska bedriva egenkontroll samt ha ett system för kvalitetssäkring och uppföljning.

Syftet med dokumentet är att tydligt beskriva tillvägagångssätt och ansvar för egenkontroller, hygien- och konsultronder på vårdavdelningar vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping.

Definitioner

- Egenkontroll av vårdhygienisk standard, genomförs av enheten
- Riktad vårdhygienisk konsultrond, genomförs av vårdhygien om brister påvisats i egenkontrollen
- Hygienrond, genomförs av vårdhygien och är en systematisk hygienrevision av lokaler, utrustning och arbetssätt

Roller och ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att rutin finns för att årliga egenkontroller och hygienronder utförs och följs upp.

Avdelningschefen ansvarar för att årliga egenkontroller genomförs samt kallar vid behov till vårdhygienisk konsultrond.

Avdelningschefen ansvarar för att kalla vårdhygien till hygienrond vart 4:e år.

Tillvägagångssätt

Årligen utför avdelningschefen tillsammans med hygienombudet och verksamhetens hygienansvariga läkare egenkontroller enligt bilaga Egenkontroll "Vårdhygienisk standard". Vid vårdhygieniska brister inom något av de områden som revideras kontaktas vårdhygien för en riktad konsultrond. En handlingsplan upprättas med tidplan och ansvar. Formulären sparas på enheten i fyra år.

Vart fjärde år hålls en hygienrond med avdelningschef, hygienombud, hygienansvarig läkare samt en hygiensjuksköterska.

Vårdhygien tillhandahåller formulär för riktad konsultrond och hygienrond. Resultat från ronderna sammanställs av vårdhygien som skickar kopior till deltagarna och ansvarig verksamhetschef. Handlingsplaner upprättas med tidplan och ansvar. Formulären sparas i 4 år på respektive enhet.

Dokumenthistorik

Författare Birgitta Lytsy; Elisabeth Lund Ihre

Revideringsdatum 2019-09-16 Karin Karlsson, ssk Vårdhygien

Referenser

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Bilaga - Egenkontroll "Vårdhygienisk Standard"

1	Övergripande aspekter	JA	NEJ + men förbättringsarbete pågår/handlingsplan finns	NEJ
Följsamhet till sjukhusets vårdhygieniska riktlinjer				
1.1	Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?			
Kompetens				
1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny personal på enheten?			
1.2.b	Ges all personal på enheten möjlighet till vårdhygienisk utbildning kontinuerligt?			
Formaliserade arbetsuppgifter				
1.3.a	Finns medarbetare med definierat uppdrag avseende vårdhygien? (hygienombud, hygienansvarig läkare)			
1.3.b	Finns utsedd medarbetare som ansvarar för mätningar avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)?			
Mätning och analys samt återföring av kunskap				
1.4.a	Utförs mätningar av BHK en gång/månad?			
1.4.b	Utförs mätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI)?			
1.4.c	Används infektionsverktyget på enheten?			
1.4.d	Analyseras och återförs resultatet från gjorda mätningar regelbundet till all personal av chefen?			
1.4.e	Finns fast punkt på APT för patientsäkerhet/vårdhygien?			
Förbättringsarbete				
1.5.a	Arbetar enheten tvärprofessionellt med förbättringsarbete för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning?			
1.5.b	Arbetar läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) och spridning av antibiotikaresistens?			

2	Basala hygienrutiner	Ja	NEJ + men förbättringsarbete pågår/handlingsplan finns	NEJ
2.1	Bär all personal kortärmade arbetskläder?			
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen och vid behov?			
2.3	Finns handdesinfektion lättåtkomligt i alla lokaler?			
2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i ex vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.5	Finns ytdesinfektionsmedel lättåtkomligt i alla lokaler där rengöring och desinfektion ska göras?			
2.6	Informerar patienterna om vikten av god handhygien?			

3	Andra angelägna vårdhygieniska områden	JA	NEJ + men förbättringsarbete pågår/handlingsplan finns	NEJ
3.1	Finns tydlig ansvarsfördelning mellan städpersonal och vårdpersonal avseende städning?			
3.2	Finns skriftlig rutin för städning och rengöring av patientnära ytor, hjälpmedel, leksaker etc som vårdpersonal ansvarar för?			
3.3	Blir utlandsvårdade patienter kontrollodlade för multiresistenta bakterier enligt gällande riktlinjer?			
3.4	Har närmsta chef uppgifter om all personals immunitet för mässling och vattkoppor?			
3.5	Journalförs indikation och förväntad behandlingstid i förekommande fall av kvarliggande urinvägskateter?			
3.6	Utförs i förekommande fall preoperativ hudförberedelse enligt lokal riktlinje?			
3.7	Utvärderas i förekommande fall behovet av CVK dagligen?			
3.8	Utvärderas i förekommande fall behovet av respiratorvård dagligen?			
3.9	Utförs dagliga kontroller av spol- och diskdesinfektor?			
3.10	Finns rutiner för förvaring av höggradigt rena och sterila produkter?			
3.11	Vårdas patienter med diarréer av okänd orsak på enkelrum med egen toalett?			
3.12	Finns rutin för hur patienter med riskfaktorer för smittspridning omhändertas ex patienter med prickar, sår och hosta?			
3.13	Är alla åtgärderna genomförda efter senaste hygienronden?			

Datum:

Enhet:

Hygienombud och medicinskt ledningsansvarig/hygienansvarig läkare:

Verksamhetschef/enhetschef: