**Hygienrond - Protokoll för poliklinisk mottagning**

**Gäller för:** Hälso- och sjukvård

|  |  |
| --- | --- |
| Specialitet och enhet:  |       |
| Hygienrond |
| Datum: |       | Deltagare: |       |
| Uppföljande hygienrond med Smittskydd Värmland |
| Datum: |       | Deltagare:  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Enhetens utformning: |  |
| Antal behandlingsrum totalt:  |       |
| Antal s.k. kombinationsrum:  |       |
| Antal dagsjukvårdsplatser: |       |
| Antal rum med sluss: |       |

Innehåll

[Specialitet och enhet: 1](#_Toc256000000)

[Enhetens utformning: 1](#_Toc256000001)

[1. Organisation 2](#_Toc256000002)

[2. Uppföljning 2](#_Toc256000003)

[3. Behandlingsrum/undersökningsrum 2](#_Toc256000004)

[4. Behandlingsrum MVC/BMM 3](#_Toc256000005)

[5. Behandlingsrum BVC 3](#_Toc256000006)

[6. Patienttoalett 4](#_Toc256000007)

[7. Sterilförråd 4](#_Toc256000008)

[8. Sköljrum 5](#_Toc256000009)

[9. Tvättförråd/allmänförråd 5](#_Toc256000010)

[10. Administrativa lokaler 5](#_Toc256000011)

[11. Korridor 5](#_Toc256000012)

[12. Portabel utrustning 5](#_Toc256000014)

[13. Vårdrutiner 6](#_Toc256000015)

[Hygienrond – planerade åtgärder 7](#_Toc256000017)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisation |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal på enheten och för nya läkare?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns på enheten medarbetare med ansvars-område vårdhygien, t.ex. hygienombud?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Diskuteras regelbundet hygienfrågor på ett systematiskt sätt, t.ex. på APT?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Implementeras nya hygienrutiner och hygien-information till medarbetarna?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Har alla genomfört E-learning om basala hygienrutiner?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Uppföljning |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Sker månatliga mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om nej, hur ofta?
 |       |
| * 1. Följer all personal basala hygienrutiner?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Finns förutsättningar att byta arbetskläder dagligen?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Deltar läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI)?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Deltar läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka spridning av antibiotikaresistens genom följsamhet till antibiotikarekommendationer?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Diskuteras resultat på verksamhetens lednings-möten?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Behandlingsrum/undersökningsrum |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns tillgång till tvättställ?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tvättstället fritt från föremål?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handsprit?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till ytdesinfektionsmedel?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handskar?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till plastförkläde?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns stängda förvaringsskåp?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras sterilt material separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras höggradigt rena instrument separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytor rena från material så avtorkning lätt kan ske?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Rengörs undersökningsbritsen mellan varje patient?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Finns avtorkningsbart örngott?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns datorskärm och tangentbord?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tangentbordet avtorkningsbart?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är rummet rent från blommor, prydnads-föremål med mera?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns klocka med sekundvisare uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Om rummet är ett s.k. kombinationsrum, finns en klar gräns mellan behandlingsdel och administrativ del?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Behandlingsrum MVC/BMM |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns tillgång till tvättställ?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tvättstället fritt från föremål?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handsprit?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till ytdesinfektionsmedel?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handskar?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till plastförkläde?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns stängda förvaringsskåp?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras sterilt material separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras höggradigt rena instrument separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytor rena från material så avtorkning lätt kan ske?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Rengörs undersökningsbritsen mellan varje patient?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Finns avtorkningsbart örngott?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns datorskärm och tangentbord?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tangentbordet avtorkningsbart?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är rummet rent från blommor, prydnads-föremål med mera?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns klocka med sekundvisare uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Om rummet är ett s.k. kombinationsrum, finns en klar gräns mellan behandlingsdel och administrativ del?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Behandlingsrum BVC |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns tillgång till tvättställ?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tvättstället fritt från föremål?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handsprit?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till ytdesinfektionsmedel?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är den uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till handskar?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns tillgång till plastförkläde?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är de uppsatta på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns stängda förvaringsskåp?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras sterilt material separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras höggradigt rena instrument separat från övrigt material?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytor rena från material så avtorkning lätt kan ske?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Rengörs undersökningsbritsen mellan varje patient?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Finns avtorkningsbart örngott?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns datorskärm och tangentbord?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, är tangentbordet avtorkningsbart?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är rummet rent från blommor, prydnads-föremål med mera?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns klocka med sekundvisare uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Om rummet är ett s.k. kombinationsrum, finns en klar gräns mellan behandlingsdel och administrativ del?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Patienttoalett |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Städas toaletten dagligen?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns handsprit uppsatt vid tvättställ?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Sterilförråd |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns handsprit uppsatt på vägg?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns sterilskåp i ett icke genomgångsrum?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är dörren/dörrarna till sterilförrådet stängda?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är sterilt material och höggradigt rena instrument väl avskilda?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns rutiner för att inte lägga tillbaka uttagna produkter till sterilutrymmet?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Förvaras produkterna i avdelnings-förpackningar i sterilförrådet?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Städas utrymmet en gång/månad enligt nationella riktlinjer?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Har personalen kunskap om regler runt sterilt gods?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Används plastförkläde vid uppackning ur transportförpackning?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns speciellt avemballeringsrum?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om nej, sker uppackning ur transport-förpackning utanför sterilförråd?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är golvet fritt från förpackningar?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Sköljrum |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns sköljrum/desinfektionsrum?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns spoldesinfektor på enheten?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja:
 |  |  |  |  |
| * + 1. Görs egenkontroll på spoldesinfektorn?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Är maskinen kontrollerad och dokumenterad enligt rutin?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns diskdesinfektor på enheten?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja:
 |  |  |  |  |
| * + 1. Görs egenkontroll på diskdesinfektorn?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Är maskinen kontrollerad och dokumenterad enligt rutin?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns ansvarig personal för spol-/ diskdesinfektorer?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Kan personalen skillnaden mellan spoldesinfektor och diskdesinfektor?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns ren respektive oren avställningsyta?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Avtorkas ytorna regelbundet?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns rutiner för hantering av avfall?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Kan dörren öppnas ”handsfree”?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Är ytbeläggningen i rummet intakt?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Tvättförråd/allmänförråd |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Är golvet fritt från föremål så städning kan ske?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Administrativa lokaler |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Är sladdar uppsatta så en bra städning kan genomföras?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Korridor |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Är korridoren fri från föremål så städning kan genomföras?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Portabel utrustning |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. Finns s.k. stickvagn?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Rengörs stickvagnen regelbundet?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, hur ofta?
 |       |
| * 1. Används s.k. sticksäkra provtagnings-produkter?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Finns s.k. omläggningsvagn?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Rengörs omläggningsvagnen regelbundet?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Om ja, hur ofta?
 |       |
| * 1. Förvaras sterila produkter på omläggnings-vagnen i avdelningsförpackning?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Används portabel apparatur?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Finns desinfektionsrutiner efter användning på patient?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Följs rutinerna?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| Vårdrutiner |  |  |  |  |
|  | Ja | Nej | Kommentar | Inte aktuellt |
| 1. KAD:
 |  |  |  |  |
| * 1. Är rutiner/riktlinjer för KAD kända för personalgruppen?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Dokumenteras insättning/byte av KAD i journaltabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Dokumenteras utsättning av KAD i journaltabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Används tömbara urinpåsar?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Centrala infarter:
 |  |  |  |  |
| * 1. Dokumenteras insättning av central infart i journaltabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Dokumenteras utsättning av central infart i journaltabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Dokumenteras daglig inspektion av central infart?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Används injektionsventil på central infart?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. Sårvård:
 |  |  |  |  |
| * 1. Har personalen kännedom om när steril respektive ren rutin ska användas?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Används steril rutin vid såromläggning?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Används ren rutin vid såromläggning?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Används höggradigt rena instrument vid såromläggning?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Desinfekteras instrumenten minst en gång i veckan även om de inte används?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * + 1. Har personalen kännedom om rutinerna för höggradigt rena instrument?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| 1. PVK:
 |  |  |  |  |
| * 1. Dokumenteras insättning av PVK i journal-tabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Dokumenteras utsättning av PVK i journal-tabell?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |
| * 1. Används injektionsventil på PVK?
 | **[ ]**  | **[ ]**  |       | **[ ]**  |

# Hygienrond – planerade åtgärder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Enhet/verksamhet:       | Chef:       | Datum:       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punkt i check-listan** | **Identifierat förbättringsområde** | **Åtgärd** | **Ansvarig person** | **Planerat slutdatum** | **Resultat** | **Datum och signatur vid uppföljning** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punkt i check-listan** | **Identifierat förbättringsområde** | **Åtgärd** | **Ansvarig person** | **Planerat slutdatum** | **Resultat** | **Datum och signatur vid uppföljning** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

 **Dokumentet är utarbetat av:** Monika Carlson och Helen Jansson