

Egenkontrollprogram vårdhygienisk standard

Egenkontrollprogrammet är ett verktyg som ska användas inom all patientnära vårdverksamhet inom Region Jämtland Härjedalen.

Syfte

Egenkontrollprogram vårdhygienisk standard ska fungera som stöd för enheternas arbete med att säkerställa god vårdhygienisk standard.

Egenkontrollprogram

- Genomförs årligen.
- Respektive chef och medicinskt ansvarig läkare (MLU) ansvarar för det praktiska genomförandet.
- Besvaras någon/några frågor med Nej kan kontakt med Vårdhygien tas för planering av åtgärder eller en riktad vårdhygienisk konsultrond.

Riktad vårdhygienisk konsultrond

- Vårdhygienisk expertis lämnar förslag på förbättringsåtgärder.
- Chef och MLU ansvarar för genomförande av förbättringsåtgärder.

Resultatredovisning

- Genomförda hygienronder redovisas i årsbokslut samt i patientsäkerhetsberättelse.

Egenkontrollprogram vårdhygienisk standard

För varje fråga sätt ett **X** i tillämplig kolumn

1.	ÖVERGRIPANDE ASPEKTER	NEJ	men det finns en åtgärdsplan *	JA
Följsamhet till Region Jämtland Härjedalens vårdhygieniska riktlinjer				
1.1	Finns rutin för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?			
Kompetens				
1.2.a	Vårdhygieniska riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla personalkategorier (inklusive läkare)?			
1.2.b	Finns en plan på enheten för återkommande vårdhygienisk utbildning och uppdatering?			
1.2.c	Basala hygienrutiner och klädregler ingår för all ny personal på enheten			
Aterkommande mätning och analys				
1.3.a	... avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler? ange tidsintervall:			
1.3.b	... avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI)? ange tidsintervall:			
1.3.c	... avseende antibiotikaanvändning? ange tidsintervall:			
Aterföring av				
1.4.a	Återförs resultat från utförda mätningar (enligt 1.3,a,b,c) efter varje mätilfälle till de personalgrupper som berörs?			
1.4.b	Finns "stående APT- punkt" på enheten där VRI /vårdhygieniska frågor diskuteras?			
Förbättringsarbete				
1.5.a	Deltar vårdpersonal inklusive läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) och spridning av antibiotikaresistens?			
1.5.b	Används Vårdhandbokens avsnitt vad gäller att minska vårdrelaterade infektioner?			
1.5.c	Har kontrollmoment gällande VRI och BHK besvarats via Stratsys under februari?			

Fortsatt handläggning av avsnitt 1:

- För varje relevant **NEJ** -svar upprättas/uppdateras åtgärdsplan(er) för förbättringsarbete av chef och/eller medicinskt ledningsansvarig läkare (MLU).

2.	BASALA HYGIENRUTINER	NEJ	NEJ men uppdaterad åtgärdsplan finns	JA
2.1	Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?			
2.2	Byter vårdpersonal arbetskläder dagligen?			
2.3	Finns handdesinfektion lättåtkomligt placerat i vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vård-/behandlings-/undersökningsrum?			
2.5	Arbetar all vårdpersonal utan armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor och är naglarna korta och fria från konstgjort material i patientnära arbete?			

3.	ANDRA ANGELÄGNA VÅRDHYGIENISKA OMRÅDEN	NEJ	NEJ men uppdaterad åtgärdsplan finns	JA
3.1	Vårdas patienter med diarréer av okänd orsak i normalfallet på enpatientrum med egen toalett?			
3.2	Följs egenkontrollprogram för avdelningskök?			
3.3	Städas delade patienttoaletter minst 2ggr/dag?			
3.4	Följs rutinen "Multiresistenta bakterier- MRB Screening, provtagning och handläggning" för patienter och personal?			
3.5	Följs rutin i Vårdhandboken för kvarliggande urinvägskateter, bla dokumenterad ordination/plan samt in/ut?			
3.6	Följs Centuridokument (65355) för desinfektionsrum?			
3.7	Informerar patienterna aktivt om vikten av god handhygien (t ex informationsfolder)?			

Fortsatt handläggning av avsnitt 2 och 3:

- För de frågor som besvarats med **NEJ och** där det **saknas uppdaterade åtgärdsplaner** kontaktas ev. Vårdhygien tfn 063–153380, 154612 eller 153318 för planering av **RIKTAD VÅRDHYGIENISK KONSULTROND**.
- Efter genomförd konsultrond upprättas/uppdateras nödvändig(a) handlingsplan(er) av berörd chef och/eller MLU.

UPPGIFTSLÄMNARE

Avd/Mott/Enhet

CHEF

Telefon

Datum

Klinik

MLU

Telefon

Datum

GODKÄNT AV
Anna Granevärn

GRANSKAD AV
Ulf Ryding

GILTIGT FR O M
2023-01-30

Beskrivning till egenkontrollprogram

Stöd för genomförande av egenkontrollprogram

Avsnitt: Övergripande aspekter

	Följsamhet till Region Jämtland Härjedalens vårdhygieniska riktlinjer
1.1	Finns en fungerande rutin för att införa vårdhygieniska metoder på enheten? Med vårdhygieniska metoder avses exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> • Rutin för bevakning av nya riktlinjer på relevanta hemsidor ex. Smittskydd och Vårdhygiens hemsida, Vårdhandboken. • Rutin för fortlöpande information om nya riktlinjer till enhetschefer via linje/klinikledning.
	Kompetens
1.2.a	Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för all ny vårdpersonal på enheten (inklusive läkare)?
1.2.b	Ges all vårdpersonal på enheten möjlighet till återkommande vårdhygienisk utbildning? <ul style="list-style-type: none"> • Ombeds vårdhygien utbilda vårdpersonal när behov finns? ex. vid utbrott av magsjuka, influensa, resistent bakterier • ges all personal möjlighet till utbildning i vårdhygien? ex. genom föreläsning av vårdhygien, utbildning via Kompetensportalen?
1.2.c	Vårdhygien rekommenderar att all personal ser filmen Basala hygienrutiner i Kompetensportalen.
	Återkommande mätning och analys avseende:
1.3.a	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK)? <ul style="list-style-type: none"> • deltar i SKR = Sveriges Kommuner och Regioners mätningar och egna mätningar, totalt 4 gånger/år.
1.3.b	Förekomst av vårdrelaterade infektioner (PPM VRI)? <ul style="list-style-type: none"> • deltar i SKR = Sveriges Kommuner och Regioners mätningar och egna mätningar, totalt 11 gånger/år.
1.3.c	Antibiotikaanvändning? <ul style="list-style-type: none"> • Håller ni er uppdaterade med senaste statistiken vad gäller er antibiotika-förbrukning? Följer ni nationella och lokala rekommendationer? Uppdaterar ni era rutiner efter nationella och lokala Strama?
	Återföring av kunskap
1.4.a	Återförs resultat och erfarenheter från gjorda mätningar (enl. 1.3,a,b,c) regelbundet till de personalgrupper som berörs? <ul style="list-style-type: none"> • ex på APT, via hemsidan, mail till personalen, resultat visas på anslagstavla.
1.4.b	En stående punkt på APT bör finnas för att diskutera resultat, åtgärder samt aktiviteter kring tex PPM VRI och PPM BHK.

	Förbättringsarbete
1.5.a	Deltar vårdpersonal inklusive läkargruppen aktivt i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) och spridning av antibiotikaresistens? <ul style="list-style-type: none"> • ex genom olika projekt
1.5.b	Följs Vårdhandbokens texter gällande åtgärder för att minska vårdskador: <ul style="list-style-type: none"> • Vårdrelaterade infektioner • För att minska postoperativa infektioner • För att minska infektioner vid centrala och venösa infarter • Patientsäkerhet och åtgärdspaket För information se vårdhandbokens hemsida, gällande Patientsäkerhet och åtgärdspaket för att minska vårdskador, HÄR .
1.5.c	Se Stratsys "Egenkontroll arbetssätt" ENHETSCHEFENS BESVARANDE AV VRI + BHK + trycksår KONTROLLMOMENT I STRATSYS - INTERNKONTROLL

Avsnitt: Basala hygienrutiner

2.1	Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i patientnära arbete?
2.2	Finns förutsättningar för att byta arbetskläderna dagligen?
2.3	Finns handsprit lättåtkomligt placerat i vårdrum/behandlings-rum/undersökningsrum?
2.4	Är handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade i vårdrum/behandlingsrum/undersökningsrum? <ul style="list-style-type: none"> • Uppfattar personalen på avdelningen att ovanstående är lättåtkomligt?
2.5	Vårdpersonal ska arbeta med fria händer och underarmar, naglarna ska vara korta och fria från konstgjort material i patientnära arbete. Övrig personal (administrativ) som ev bär arbetskläder bör följa detta pga signalvärde.

Avsnitt: Andra angelägna vårdhygieniska områden

3.1	Patienter med diarréer ska vårdas på enpatientrum med egen toalett pga smittspridningsrisk. Även vid okänd orsak då diarré alltid är en riskfaktor.
3.2	Följs egenkontrollprogram för avdelningskök? <ul style="list-style-type: none"> • se kostenhetens hemsida. Finns i Centuri nr 49607
3.3	Kontrollera med ert städ. Patienttoaletter och duschutrymmen på flerpatientsrum ska städas 2ggr/dag
3.4	Blir patienter och personal provtagna för multiresistenta bakterier enligt gällande riktlinje Region Jämtland Härjedalen? <ul style="list-style-type: none"> • följs riktlinjer som finns på Smittskydd och Vårdhygiens hemsida?
3.5	Ordination och förväntad behandlingstid för kvarliggande urinvägskateter ska finnas, in/ut ska dokumenteras i journaltabell. <ul style="list-style-type: none"> • enligt Vårdhandboken.
3.6	Följs rutin för desinfektionsrum? <ul style="list-style-type: none"> • Se Centuri nr 65335

3.7	Informeras patienterna/besökare aktivt om vikten av god handhygien? <ul style="list-style-type: none">• via informationsfolder och vid inskrivningssamtalet?
------------	--