

## Hygienrond, förklaringar till "Hygienrondsprotokoll", vårdhygienisk riktlinje

En gång per år ska egenkontroller enligt "Hygienrondsprotokoll, vårdhygienisk riktlinje" utföras. Vid brister inom något av de områden som revideras och där handlingsplaner saknas och enheten behöver hjälp med att upprätta sådana, kontaktas Vårdhygien för en riktad konsultrond. En riktad konsultrond innebär att enheten tillsammans med Vårdhygien ser över de brister som framkommit. Det kan göras per telefon eller mail eller att hygiensjuksköterska vid behov besöker enheten.

Efter konsultronden upprättas handlingsplaner och tidsplaner samt ansvarsfördelning. Protokollen sparas på enheten tills man har haft en ordinarie hygienrond tillsammans med hygiensjuksköterska.

Med handlingsplan menas att enheten gör en plan för hur man ska åtgärda de eventuella brister som uppmärksammas samt en tidsplan för när bristerna ska vara åtgärdade.

### Avsnitt 1, Övergripande aspekter:

Det första avsnittet innehåller frågor av övergripande karaktär. Alla medarbetare som arbetar i patientnära vård bör ha kännedom om Vårdhandboken och Vårdhygiens hemsida för att själva kunna ta del av aktuell information. Vårdhygiens hemsida grundar sig på Vårdhandboken men har utvecklats för att passa lokala förutsättningar. Utöver dessa riktlinjer kan enheterna ha ytterligare vårdhygieniska rutiner som i så fall bör vara utarbetade i samråd med Vårdhygien.

Alla medarbetare i patientnära vård är skyldiga att känna till föreskriften om basala hygienrutiner, SOSFS 2015:10. Man ska också ha kännedom om Region Örebro läns klädregler. Möjlighet till kontinuerlig fortbildning inom ämnet vårdhygien kan erbjudas i samråd med Vårdhygien.

Alla enheter som bedriver patientnära vård ska ha minst ett hygienombud och det bör vara hygienombud från varje yrkeskategori på enheten.

Punktprevalensmätningar, PPM-BHK (basala hygien- och klädregler) och PPM-VRI (vårdrelaterade infektioner) genomförs två gånger/år i Region Örebro län. Det är önskvärt att alla enheter genomför dessa mätningar. PPM-VRI gäller endast de enheter som har inläggande patienter. Återkoppling av resultat och erfarenheter är en viktig del i enhetens förbättringsarbete. Det är hygienombudets och enhetschefens ansvar att återföra dessa resultat och erfarenheter till de personalgrupper som berörs.

En viktig del är också att alla är delaktiga i enhetens förbättringsarbete för att motverka vårdrelaterade infektioner samt aktivt arbetar med frågan om rationell antibiotikaanvändning för att förhindra antibiotikaresistens.

## Avsnitt 2, Basala hygienrutiner:

I det här avsnittet anges hur man arbetar efter de basala hygienrutinerna.

## Avsnitt 3, Andra angelägna vårdhygieniska områden:

Med skriftliga rutiner menas att det finns dokumenterat vilka rutiner enheten har. Antingen som checklistor eller i enhetens övergripande rutiner/arbetsätt. Detta bör finnas för att rutinerna alltid ska se likadana ut oavsett vem/vilka som arbetar. Avdelningschefen har ansvar för att rutinerna är kända av berörd personal.

Det ska finnas en rutin för att utrymmen där patienter vistas städas regelbundet. Städningen har nedskrivna rutiner för hur de ska städa och gränssnitt mellan städpersonalens och vårdpersonalens ansvar. Detta ska enhetens personal ha kännedom om. Generellt kan sägas att vårdpersonalen ansvarar för patientnära städning och desinfektion av tagyltor.

Ytskikt och möbler i patientnära miljöer ska gå att torka av med desinfektionsmedel. Hjälpmiddel för flergångsbruk och medicinteknisk utrustning ska tåla tvätt och/eller desinfektionsmedel.

### 3.1, Städ-, tvätt- och avfallshantering samt livsmedelshantering

**3.1.a:** Det ska framgå i rutinerna hur och hur ofta de olika lokalerna ska städas. De ska gälla vårdrum, behandlings- och undersökningsrum samt andra utrymmen där patienter vistas.

**3.1.b:** Det ska framgå i rutinerna hur och hur ofta de olika förråden ska städas. I steriltförråd är det särskilt viktigt att ha städrutiner. De ska gälla hyllor, skåp, lådor och golv. Används stickvagn ska det vara så få saker som möjligt på den så att den går lätt att göra ren. Stickvagn med lådor rekommenderas så att produkterna skyddas mot damm och stänk. Det ska finnas möjlighet att sprita händerna innan man hanterar produkterna. Undvik onödigt plock i lådorna. Ta fram det som behövs inför varje patient, överblivet material som hanterats patientnära kastas, sprita av arbetsytan efteråt. Golv ska hållas fria från kartonger/förpackningar etc. för att underlätta moppning.

**3.1.c:** Det ska framgå i rutinerna hur och hur ofta sköljrum ska städas. De ska gälla hyllor, bänkytor och golv. Checklistor på kontroll av spol- och diskdesinfektor ska finnas. Kontrollerna innefattar regelbundna funktionskontroller som görs av vårdpersonal och årliga processkontroller som utförs av leverantören. Golv ska hållas fria från kartonger/förpackningar etc. för att underlätta moppning.

**3.1.d:** Det ska finnas rutiner för hur och hur ofta läkemedelsrum ska städas. De ska gälla hyllor, skåp, lådor, kylskåp (även temperaturkontroll) och golv. Golv ska hållas fria från kartonger/förpackningar etc. för att underlätta moppning.

**3.1.e:** Det ska finnas rutiner för hur och hur ofta avdelningskök ska städas. De ska gälla hyllor, skåp, lådor, kylskåp/frys och golv. Golv ska hållas fria från kartonger/förpackningar etc. för att underlätta moppning.

**3.1.f:** Det ska finnas rutiner för livsmedelshantering. De ska gälla temperaturkontroll av varm mat samt kylskåp/frys. Om enheten har bufféservering till patienterna ska det finnas rutiner för hanteringen.

**3.1.g:** Det ska finnas rutiner för rengöring av gemensamma hjälpmedel (rullstolar, rollatorer, lyftskynken etc.) och medicinteknisk utrustning (blodtrycksmanschetter, infusionspumpar etc.). Det ska framgå hur och hur ofta de rengörs.

**3.1.h:** Riktlinjer för tvätt- och avfallshantering finns på Vårdhygiens hemsida. All personal som har patientnära kontakt ska ha kännedom om dessa.

**3.1.i:** En gång per år ska madrasser och kuddar kontrolleras avseende skicket på madrasskum, renhet samt överdrag och vid behov bytas ut.

### **3.2, Hantering och förvaring**

**3.2.a:** Sterila och höggradigt rena produkter måste förvaras så att renhetsgraden bevaras fram till patienten. Det innebär att produkterna ska förvaras i särskilt avskilda förråd eller i separata stängda skåp i annat förråd. Transportförpackningar får inte förvaras i sterilförråd. Det ska finnas möjlighet att sprita händerna innan man hanterar produkterna.

**3.2.b:** Basala hygienrutiner är nödvändiga vid hantering av ren tvätt så att renheten bevaras och risken för återsmutsning minimeras. Den rena tvätten bör förvaras på avskild hylla eller i skåp och får inte förvaras i våtutrymme. Detta gäller personalkläder samt patientkläder och andra textilier som ska användas i patientnära vård.

**3.2.c:** Det ska finnas rutiner för sårbehandling. De kan se olika ut beroende på om man använder ren eller steril metod. Oavsett vilken metod man använder så är det viktigt att man arbetar aseptiskt. Omlägningsbricka/-vagn används och dukas inför varje patient. Omlägningsmaterial såsom förband, lindor och tejp samt instrument, t ex saxar och pincetter, ska förvaras och hanteras så att de behåller sin renhetsgrad fram till patienten. Det ska finnas möjlighet att sprita händerna innan man hanterar produkterna. Överblivet material kastas och får inte läggas tillbaka i förrådet. Omlägningsbricka diskas i diskdesinfektor och vagn spritas av efteråt.

**3.2.d:** Steril metod ska användas vid urinkateterisering, både kvarliggande och intermittent, och material till detta ska finnas. Alla som sätter kateter ska ha kännedom om denna rutin.

**3.2.e:** Injektionsventil eller injektionsmembran kan med fördel användas hos patienter med kvarliggande infarter som används för upprepade injektioner och/eller infusioner. Dessa ska desinfekteras enligt den s.k. scrub the hub-metoden inför varje användning.

### **Övrigt:**

**3.3:** Rutiner för screening av multiresistenta bakterier (MRB) hos patienter och personal finns på Vårdhygiens hemsida. De uppdateras regelbundet och all personal som har patientnära kontakt ska ha kännedom om dessa.

**3.4:** Rutiner kring legionellaförebyggande åtgärder finns på Vårdhygiens hemsida. De innefattar bl a rekommendationer för spolning av duschar. Verksamhetschef och avdelningschef samt berörd personal ska ha kännedom om dessa.