

## Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

### Syfte och genomförande

Egenkontrollen används som ett stöd för enheternas fortlöpande förbättringsarbete och egenbedömning av den vårdhygieniska standarden.

Den ska genomföras årligen och vid första tillfället ska hygiensjuksköterska/ -läkare delta. Därefter bör någon av dessa bjudas in att delta vart tredje år eller tätare vid behov. Vårdenhetschef ansvarar för det praktiska genomförandet tillsammans med medicinskt ledningsansvarig och hygienombud inom enheten.

För att svara Ja på en fråga ska alla punkter under rubrik vara uppfyllda. Varje Nej- eller Delvis-svar bör leda till förbättringsarbete under ledning av ansvarig chef. Variationen bland olika behandlande och undersökande enheter är stor och alla frågor är därför inte relevanta för alla. Dessa hoppar ni helt enkelt över.

Vårdhygien kan kontaktas för stöd vid planering av fortsatt arbete och är tillsammans med Strama Jönköping expertresurs inom vårdhygien- respektive antibiotikafrågor.

### Tips och råd

1. Informera hela arbetsgruppen om det pågående arbetet med egenkontrollen.
2. Att både chef och hygienombud är delaktiga är en grundförutsättning för ett lyckat arbete. Tydliggör chefens och hygienombudets roll och vem som tar ansvar för vad.
3. Bjud in representant från Vårdhygien inför första genomförandet (och sedan vart tredje år). Detta ger möjlighet till ökad kunskap och förståelse genom utbildning och vägledning.
4. Kolla igenom egenkontrollens frågor så att ni är förberedda innan genomförandet tillsammans med Vårdhygien.
5. Ta tid att gå runt tillsammans och noggrant granska lokalerna utifrån egenkontrollens område
6. Gör en plan för arbetet med åtgärder och prioritera. Vad ska åtgärdas samt när och hur? Prioritering skapar utrymme för arbetet och en plan underlättar under hektiska perioder.
7. Involvera flera medarbetare i arbetet med åtgärderna.
8. Planera in regelbundna möten för hygienombud och chef för att stämma av hur arbetet fortlöper. Regelbunden stöttning från och avstämning med chef gör det lättare att komma igång och fortsätta arbeta aktivt.

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<b>1. Kunskap och kompetens</b>				
<p><b>1.1. Chef och medarbetare har kunskap om problemet med vårdrelaterade infektioner (VRI), vet vilka VRI som är vanligast förekommande på enheten samt arbetar aktivt för att minska VRI</b></p> <p>- Chef och medarbetare är införstådda med att VRI ska betraktas som oacceptabla. Chefen ser till att alla vet om det ansvar man som enskild medarbetare har i det VRI-förebyggande arbetet.</p> <p>Enheten arbetar aktivt och tvärprofessionellt för att få en ökad medvetenhet och kunskap i personalgruppen kring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vad som är en VRI och varför de uppstår</li> <li>- vilka VRI som oftast drabbar verksamhetens patienter</li> <li>- vilka riskfaktorer för VRI som är vanliga på enheten</li> <li>- hur smittor sprids och viktiga åtgärder för att förhindra det</li> </ul> <p>Riskfaktorer för att få en VRI: Kirurgiskt ingrepp, in- och utfarter (CVK, KAD, PVK m.m.), immobilisering, nedsatt immunförsvar, antibiotikabehandling (fr.a. bredspektrum), trakeostomi.</p> <p>En patient med diarré/ kräkning är inte extra utsatt för att få VRI, men riskerar sprida smitta och sjukdom (VRI) till andra.</p> <p>Data från Infektionsverket och även diskussioner på t.ex. Gröna korset kan utgöra underlag. För mer information om vårdrelaterade infektioner se VRI-Smart@.</p>				
<p><b>1.2. Hygienombud finns på enheten.</b></p> <p>- Utsedd person med ansvar att arbeta fördjupat med hygienfrågor på arbetsplatsen, i enlighet med Region Jönköpings läns uppdragsbeskrivning för hygienombud. Hygienombud får tid för fortbildning och får återkoppling på sitt arbete från ansvarig chef. Årshjul för hygienombud kan användas som stöd i arbetet med att arbeta fördjupat med hygienfrågor på enheten. Enheten bör ha minst ett hygienombud, gärna flera och från olika yrkeskategorier.</p>				

## Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<p><b>1.3. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) mäts regelbundet och resultat följs upp.</b></p> <p>- Observationer eller självskattnig genomförs varje månad. Rutin för regelbunden analys och återkoppling till personal inom berörda kategorier samt chefer finns. Identifierade förbättringsområden följs upp och medarbetare informeras och involveras i detta.</p>				
<p><b>1.4. Introduktionsprogram gällande basala hygienrutiner och klädregler (BHK) för alla nya medarbetare finns på enheten.</b></p> <p>- Introduktionen omfattar alla som deltar i direkt och indirekt patientnära arbete (inkl. läkare) och kan ingå i övergripande introduktion på arbetsplatsen. Det finns en skriftlig rutin som innefattar hur introduktionen går till och vem som ansvarar för den. Stödmaterial finns under Länkar.</p>				
<p><b>1.5. På enheten råder en kultur där medarbetare kan och vågar påminna varandra om följsamhet till BHK.</b></p> <p>- En majoritet av personalen i alla personalkategorier upplever att det går att påminna varandra om och uppmärksamma brister i följsamhet till BHK. Chefen ger vid behov personlig återkoppling till medarbetare som inte följer BHK eller andra hygienriktlinjer.</p>				
<p><b>1.6. Enheten har en fast regelbunden mötestid/ forum där vårdhygieniska frågor diskuteras och alla yrkesgrupper involveras.</b></p> <p>- Rutin finns för regelbunden utbildning och uppdatering kring VRI och vårdhygieniska frågor. Till exempel återkommande punkt på arbetsplatsträffar, läkarmöten, klinikdagar samt deltagande i utbildningar som erbjuds av Vårdhygien.</p>				
<p><b>1.7. Chefer på enheten har deltagit i Vårdhygiens chefsutbildning någon gång de senaste tre åren.</b></p> <p>- Digital utbildning som hålls 2 ggr/termin. Deltagarna ges en översikt över de krav som berör det vårdhygieniska området och en inblick i de stöd och verktyg som finns för att verksamheten ska kunna arbeta mot att säkerställa en god hygienisk standard.</p>				

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<b>2. Arbetskläder och förutsättningar för god handhygien</b>				
<p><b>2.1. All vårdpersonal bär kortärmade arbetskläder i direkt och indirekt patientnära arbete.</b></p> <p>Arbetsklädernas ärmar är korta och slutar ovanför armbågen så att korrekt handdesinfektion av händer och underarmar kan utföras. Förutsättningar finns för personal att kunna byta arbetskläder dagligen samt vid behov. Indirekt patientnära arbete innebär arbete med exempelvis utrustning eller material som används i vården (förrådshantering, tvätt m.m).</p>				
<p><b>2.2. Händer (inkl. naglar) och underarmar hålls fria från främmande material.</b></p> <p>Händer och underarmar måste kunna desinfekteras för att förhindra smittspridning och är därför fria från armbandsur, smycken, plåster, lösnaglar, nagellack, bandage och stödskenor. Personal med infekterade sår/eksem på händer och underarmar deltar inte i vård- och omsorgsarbetet.</p>				
<p><b>2.3. Patient och närstående informeras om vikten av god handhygien och närstående informeras om vikten av att inte besöka vården när de själva är sjuka.</b></p> <p>Rutin finns att vårdtagare informeras om handhygien. Vårdtagare som inte själva kan ta ansvar för sin handhygien får hjälp efter toalettbesök och inför måltid.</p>				
<b>3. Rutiner, dokumentation och information</b>				
<p><b>3.1. Strukturerad diskussion förs i det dagliga arbetet kring uppkomna VRI och riskfaktorer för VRI.</b></p>				
<p><b>3.2. Indikation och förväntad behandlingstid för KAD journalförs.</b> Enligt "KAD –bara när det behövs!"</p>				
<p><b>3.3. Centrala infarter registreras i journalen samt hanteras och inspekteras enligt rutin.</b></p>				
<p><b>3.4. Perifera venkatetrar registreras i journalen samt hanteras och inspekteras enligt rutin.</b></p>				

# Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<b>3.5. Riskbedömning för bärarskap av multiresistenta bakterier (MRB-screening) görs enligt RJL:s rutin.</b>				
<b>3.6. Chef och medarbetare känner till rutiner vid särskilda smittor och var aktuella vårdhygieniska riktlinjer finns</b>				
<b>3.7. På enheten vidtas adekvata åtgärder vid misstanke om smittspridning och anhopning av infektioner.</b> Skriftlig rutin finns där det framgår vilka åtgärder som vidtas vid misstanke om smittspridning eller anhopning av infektioner. I rutinen framgår ansvarsfördelning, informations- och kommunikationsvägar.				
<b>3.8. Hänsyn tas till vårdhygieniska aspekter vid om- och nybyggnation.</b> För att förhindra spridning av smitta via byggdamm vid om- och nybyggnation samt renovering av vård- och omsorgslokaler tillämpas riktlinjen Riskbedömning och förebyggande åtgärder vid byggarbeten i vårdmiljö. Vid om-/nybyggnation eller förändring av vård- och omsorgslokaler tas tidig kontakt med Vårdhygien för delaktighet i planeringsarbetet.				
<b>3.9. Hänsyn tas till vårdhygieniska aspekter vid inköp av inredning och utrustning.</b> Inköp görs via Inköpsavdelningen. Inför eventuellt införskaffande av ny utrustning som inte är upphandlad, görs avstämning med Vårdhygien. Stöd finns i Vårdhygieniska aspekter på inredning i vårdlokaler.				
<b>3.10. Undvikbara VRI anmäls som vårdskada i Synergi eller enligt Lex Maria.</b> Det bör finnas rutiner och praxis för att i första hand anmäla VRI som uppkommit till följd av uppenbara brister i rutiner eller brister i följsamhet till dessa. Exempel på detta kan vara när calici, influensa eller resistent bakterier sprids på en vårdavdelning eller när infektion uppkommit pga en PVK som suttit för länge eller en patient aspirerat till följd av för snabb sondmatstillförsel.				
<b>4.Lokaler, utrustning, städning och rengöring</b>				
<b>4.1.Enheten har upprättat skriftliga städinstruktioner och dessa följs.</b>				

# Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<p>- Ansvarsfördelning mellan städpersonal och vårdpersonal är klarlagd och framgår tydligt genom skriftlig gränsdragningslista.</p> <p>- Enhetens avtal med städorganisation är aktuellt (justering behövs om lokaler eller arbetssätt ändras).</p> <p>- All vårdpersonal som städar har den kunskap som krävs för att städa vårdlokaler på ett korrekt sätt.</p> <p>- All vårdpersonal som städar har kännedom om och följer de städriktlinjer som finns.</p> <p>Kontrollera att rutinerna stämmer överens med aktuella versioner av riktlinjer från Vårdhygien och Vårdhandboken.</p>				
<p><b>4.2. Skriftliga instruktioner för rengöring och desinfektion av medicinteknisk utrustning finns och följs.</b></p> <p>- Nedskrivna rutiner finns avseende rengöring och desinfektion av hjälpmedel samt medicinteknisk utrustning (exempelvis brits, behandlingsstol, blodtrycksmanschett och säng).</p> <p>Det ska framgå hur ofta rengöring och desinfektion utförs, med vad och av vem. På behandlande enheter med sängar bör en funktionskontroll av madrass och överdrag göras minst 4 ggr/år.</p> <p>Kontrollera att rutinerna stämmer överens med aktuella versioner av riktlinjer från Vårdhygien samt Vårdhandboken.</p>				
<p><b>4.3. Flergångsprodukter (höggradigt rena) hanteras och används korrekt.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skriftliga rutiner finns för rengöring och desinfektion av flergångsinstrument, exempelvis sax och pincett.</li> <li>• Produkterna hanteras med desinfekterade händer och renheten bevaras fram till dess att de används på vårdtagare.</li> <li>• Rena, desinfekterade instrument avsedda att användas vid ren rutin förvaras torrt och dammfritt. Till exempel i en ren, desinfekterad låda med lock i ett förråd med stängd dörr.</li> <li>• En gång/vecka bör oanvända instrument och låda diskas om.</li> </ul> <p>Kontrollera att rutinerna stämmer överens med aktuella versioner av riktlinjer från Vårdhygien samt Vårdhandboken.</p>				
<p><b>4.4. Engångsprodukter hanteras och används korrekt.</b></p>				

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<ul style="list-style-type: none"> <li>Engångsprodukter markerade med en överstruken tvåa återanvänds inte.</li> <li>Produkterna hanteras med desinfekterade händer och renheten bevaras fram till dess att materialet används på vårdtagare.</li> </ul> <p>Kontrollera att rutinerna stämmer överens med aktuella versioner av riktlinjer från Vårdhygien samt Vårdhandboken.</p>				
<b>4.5. Rutinen “Legionella i vattensystem – förebyggande åtgärder” är känd och följs.</b>				
<p><b>4.6. Storstädning utförs minst vartannat år.</b></p> <p>Lokaler där vård, behandling och mottagning av patienter förekommer tillhör hygienklass 2 (i vissa fall 3). Enligt nationella rekommendationer ska dessa storstädas en gång/år. Vårdnära service inom Region Jönköpings län saknar idag resurser för att uppnå detta och därför accepteras vartannat år.</p>				
<b>5. Rumstyper uppfyller vårdhygieniska krav</b>				
<p><b>5.1. Sterilförråd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet.</li> <li>Sterila produkter förvaras rent, torrt och dammfritt</li> <li>Skriftliga rutiner finns för städning, rengöring och desinfektion av förrådet (golv och hyllor).</li> <li>Produkterna förvaras i avdelningsförpackning.</li> <li>Inget material på golvet</li> <li>Transportförpackningar tas inte in i sterilförrådet.</li> </ul> <p>Kontrollera att ert förråd och rutiner stämmer överens med aktuella riktlinjer från Vårdhygien samt Vårdhandboken.</p>				
<p><b>5.2. Blandat förråd med/utan sterila produkter.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet.</li> <li>Produkterna förvaras rent, torrt och dammfritt i avdelningsförpackning.</li> </ul>				

## Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterila produkter förvaras i eget skåp med dörr.</li> <li>Övriga produkter med olika renhetsgrad (förbandsmaterial, inkontinensskydd, handskar m.m.) förvaras åtskilda t.ex. på olika hyllplan.</li> <li>Skriftliga rutiner finns för städning, rengöring och desinfektion av förrådet (golv och hyllor).</li> <li>Inget material på golvet.</li> <li>Transportförpackningar tas inte in i förrådet.</li> </ul> <p>Kontrollera att ert förråd och rutiner stämmer överens med aktuella riktlinjer från Vårdhygien samt Vårdhandboken.</p>				
<p><b>5.3. Textilförråd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet.</li> <li>Inget material på golvet.</li> <li>Skriftliga rutiner finns för städning, rengöring och desinfektion av förrådet (golv och hyllplan).</li> </ul>				
<p><b>5.4. Närförråd (t.ex. skåp i korridor/vårdrum och vagnar).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet respektive på vagn.</li> <li>Material i avdelningsförpackning förvaras i max två veckor.</li> <li>Material i produktförpackning förvaras i max en vecka.</li> <li>Produkter förvaras rent, torrt och dammfritt.</li> <li>Produkter med olika renhetsgrad (förbandsmaterial, inkontinensskydd, handskar m.m.) förvaras åtskilda t.ex. på olika hyllplan.</li> <li>Skriftliga rutiner finns för städning, rengöring och desinfektion av förråd/vagn.</li> </ul>				
<p><b>5.5. Hjälpmedelsförråd, förråd för medicinteknisk utrustning.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handdesinfektion finns i nära anslutning, strax utanför eller inne i förrådet.</li> </ul>				

# Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ytdesinfektion finns att tillgå för avtorkning av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning.</li> </ul>				
<p><b>5.6. Behandlings-/undersökningsrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handskar och förkläde finns.</li> <li>• Handfat finns.</li> <li>• Handdesinfektion finns nära handskar och nära där patienten vårdas. Fria ytor på bänkar.</li> <li>• Möjlighet att vid omläggning eller provtagning duka på ett avtorkningsbart avlastningsbord, fritt från annat material.</li> <li>• Ytdesinfektion finns.</li> <li>• Tillgång till visir och munskydd.</li> <li>• Inga draperier eller långa gardiner.</li> </ul>				
<p><b>5.7. Desinfektionsrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handskar och förkläde finns.</li> <li>• Handfat finns</li> <li>• Ytdesinfektion finns</li> <li>• Handdesinfektion finns nära handska</li> <li>• Tydligt flöde med ren och smutsig sida</li> <li>• Ingen källsortering där höggradigt rena instrument hanteras.</li> <li>• Fria ytor på bänkar.</li> <li>• Ingen förvaring av krukor, blomjord, julpynt mm.</li> <li>• I spol-och diskdesinfektorer används upphandlat disk- och torkmedel.</li> <li>• Loggbok/checklista för daglig kontroll av maskinerna finns och används.</li> <li>• Årlig kontroll görs av Fastighetstekniska enheten (FTE).</li> </ul>				
<p><b>5.8. Läkemedelsförråd/ beredningsrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handdesinfektion finns inne i förrådet.</li> <li>• Sterila produkter förvaras rent, torrt och dammfritt.</li> </ul>				






## Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Frågor	Ja/Nej*	Analys och åtgärder	Startdatum/ Slutdatum	Ansvarig för åtgärd
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skriftliga rutiner finns för städning, rengöring och desinfektion av förrådet (golv, hyllor och vätskevagn).</li> <li>• Produkterna förvaras i avdelningsförpackning. Inget material på golvet.</li> <li>• Transportförpackningar tas i möjligaste mån inte in i lkm-rum.</li> <li>• Transportlådor från sjukhusapoteket ställs inte på golv eller beredningsbänk (Eftersträva att förvara och packa upp dem på en separat bänk eller rullbord.)</li> <li>• Beredningsbänk är fri från onödiga föremål och lätt att rengöra/ desinfektera.</li> </ul> <p>Kontrollera att ert förråd och rutiner stämmer överens med aktuella riktlinjer från Vårdhygien, Läkemedelsenheten samt Vårdhandboken.</p>				
<p><b>5.9. Allmänna utrymmen på avdelning/ mottagning där patienter vistas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möbler ska vara avtorkningsbara.</li> <li>• Textilklädda stolar och soffor bör kläs om eller bytas ut.</li> </ul>				

\*Delvis eller Ej relevant är också möjliga svar.

## Vårdhygienisk Egenkontroll –behandlande/ undersökande enhet -2026

Länkar till sidor med stödmaterial och mer information kopplat till vissa frågor, finns i Stratsys-formuläret:

Frågor	Svar	Analys	Länk
<p><b>1.1. Chef och medarbetare har kunskap om problemet med vårdrelaterade infektioner (VRI) och vet vilka VRI som är vanligast förekommande på enheten.</b></p> <p>- Chef och medarbetare är införstådda med att VRI ska betraktas som oacceptabla. Chefen ser till att alla vet om det ansvar man som enskild medarbetare har i det VRI-förebyggande arbetet.</p> <p>Enheten arbetar aktivt och tvärprofessionellt för att få en ökad medvetenhet och kunskap i personalgruppen kring vilka vårdrelaterade infektioner som är vanligast förekommande på enheten. Data från Infektionsverktyget och även diskussioner på t.ex. Gröna korset kan utgöra underlag. För mer information om vårdrelaterade infektioner se VRI-Smart@.</p>	 Delvis	 	 
<p><b>1.2. Chef och medarbetare vet vilka riskfaktorer för VRI som är vanliga på enheten och arbetar aktivt för att minska dessa.</b></p> <p>- Enheten arbetar aktivt och tvärprofessionellt för att få en ökad medvetenhet och kunskap i personalgruppen kring riskfaktorer för VRI.</p> <p>Riskfaktorer för att få en VRI: Kirurgiskt ingrepp, in- och utfarter (CVK, KAD, PVK m.m.), immobilisering, godsett immunförsvar, antibiotikabehandling (f.a. bredspektrum), trakeostomi</p>		