**Egenkontroll av Vårdhygien**

**Enhet**  **Arbetsplats**

**1.** Används riktlinjerna om Basala Hygienrutiner inom kommunal vård och omsorg?

Ja  Nej

Om nej, kommentera

**2**. Finns det möjlighet för personalen att utföra handdesinfektion hos samtliga

omsorgstagare? Ja  Nej

**a)** Om nej, var och när utförs handdesinfektion?

**b)** Vilket handdesinfektionsmedel används?

**3.** Har personalen kortklippta omålade naglar, inga lösnaglar och bär inte klocka,

armband eller ring? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**4.** Används skyddshandskar enligt riktlinjer vid risk för kontakt med kroppsvätskor

t.ex. nedre toalett, byte av blöjor, byte av urinuppsamlingspåse, omläggning av sår?

Ja  Nej

**a)** Vilken typ av handske används?

**5.** Används engångsplastförkläde/skyddsrock för att skydda arbetskläderna från

nedsmutsning och väta t.ex. hjälp med personlig hygien, byte av inkontinensskydd, omläggning av sår? Ja  Nej

Om plastförkläde används, kasseras det efter varje tillfälle? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**6**. Är arbetsklädseln kortärmad och går att tvätta i minst 60°? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**7.** Används alltid köksförkläde vid hantering av livsmedel? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**8**. Finns tillgång till spol- och/eller diskdesinfektor i särskilt boende? Ja  Nej

a) Om ja, sker årlig funktionskontroll? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**9.** Får personalen kontinuerlig utbildning/information i vårdhygieniska frågor? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**10.** Ingår vårdhygien i introduktionsprogrammet för nyanställda? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**11**. Har all personal besvarat frågor om Tuberkulos på blankett Hälsodeklaration

och MRB på blankett Multiresistenta bakterier - kontroll vid nyanställning? Ja  Nej

Om nej, kommentera

**12.** Beskriv enhetens rutiner för hantering av arbetskläder:

**Planerade åtgärder vid brister:**

**­­­­­­­­­­­­­**

**Datum**

**Enhetschef Sjuksköterska**

**Baspersonal Återkoppling av MAS**

**En kopia skickas till MAS**