



**Egenkontroll hygien**

---

1. Informeras personalen om Basal hygien i vård och omsorg?  Ja  Nej

Om nej, kommentera.....

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

vårdtagare?  Ja  Nej

a) Om nej, varför? .....

b) Vilket handdesinfektionsmedel används? .....

3. Har vårdpersonal kortklippta omålade naglar, inga lösnaglar och bär inte klocka, armband eller ring, bandage eller stödskena på underarmar/händer?  Ja  Nej

Om nej, kommentera.....

4. Används engångshandskar enligt riktlinjer vid risk för kontakt med kroppsvätskor som nedre toalett, byte inkontinensskydd, byte av urinuppsamlingspåse, såromläggning?  Ja  Nej

Om nej kommentera? .....

5. Används engångsplastförkläde/skyddsrock då arbetskläder riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material t.ex. hjälp med personlig hygien, toalettbesök, byte av inkontinensskydd, såromläggning, bäddning säng?  Ja  Nej

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

Om nej, kommentera.....

6. Arbetsklädseln är kortärmad används bara på arbetet och går att tvätta i minst 60°?  Ja  Nej

Om nej, kommentera.....



**Egenkontroll hygien**

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

Om nej, kommentera.....

8. Finns tillgång till spol- eller diskdesinfektor?  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 genomgång hygien i introduktionsprogrammet för nyanställda?  Ja  Nej

Om nej, kommentera.....

Planerade åtgärder om rutinerna ej följs

.....  
.....  
.....  
.....

Datum .....

Enhetens namn .....

Verksamhetsområdeschef / Enhetschef .....

Sjuksköterska ..... Vård/omsorgspersonal .....

- ✓ Egenkontroll utförs 1 gång/år mellan januari till april månad.
- ✓ Ansvarig: Verksamhetsområdeschef / Enhetschef
- ✓ Kopia skickas till MAS.