

**INTERNKONTROLL**

**KRITISKE PUNKTER FOR INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM**

**MÅL/ HENSIKT**

Å identifisere risikoområder for smitte og infeksjoner, for å kunne tilpasse infeksjonskontrollprogrammet og drift i henhold til aktuelle problemstillinger lokalt på institusjoner og omsorgsboliger, samt øvrige hjemmebaserte tjenester og legekontor.

**ANSVAR**

Avdelingsleder vil være ansvarlig for at det årlig gjennomføres en vurdering av kritiske punkt knyttet til infeksjoner og smitte i henhold til denne prosedyren.

**BESKRIVELSE**

Identifikasjon og vurdering av kritiske punkter i infeksjonskontroll er et krav i forskrift om smittevern i helsetjenesten.

Avdelingen **skal** **årlig** gå gjennom kontrollskjemaet for kritiske punkter, og vurdere tiltak for de risikomomenter som avdekkes.

Internkontroll settes i system gjennom årshjul. Det tas utgangspunkt i kritiske punkter - jfr eget skjema- og registrerte avvik. Ut fra registrerte funn vurderes tiltak for de risikomomenter som avdekkes.

Avdelingsleder tar initiativ til og forbereder gjennomgangen i Formøte i Kvalitetsutvalget, rådgiver tar det videre til Kvalitetsutvalget.

Lege, renholder og andre konsulteres ved behov.

**Risikovurdering**

Ved avdekking av forhold med kompleks risiko, bør det gjennomføres en risikovurdering. Risiko knyttet til smittsomme sykdommer bør også være et tema i risikovurderinger generelt for avdelingens drift (F. eks. risikovurdering HMS, at risiko for stikkskader vurderes og liknende)

 **HENVISNINGER**

Forskrift om smittevern i helsetjenesten

Veileder til forskrift om smittevern i helsetjenesten, 200

**KONTROLLSKJEMA FOR KRITISKE PUNKTER – internkontroll infeksjonskontrollprogram**

Institusjon/Avdeling/hjemmebaserte tjenester/legekontor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_

Utført av: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

For punkter som besvares med «Nei», bør det vurderes om endring er nødvendig, tiltak føres opp i tiltaksplanen. Bruk ekstra ark om nødvendig. Gjennomgangen oppbevares i perm til infeksjonskontrollprogram

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Generelt om infeksjonskontrollprogrammet** | Ja | Nei |
| Er tiltaksplan fra fjorårets gjennomgang (hvis gjennomført), fulgt opp? |  |  |
| Har dere siste versjon av infeksjonskontrollprogrammet? |  |  |
| Er ledelsen kjent med sitt ansvar som er beskrevet i infeksjonskontrollprogrammet? |  |  |
| Kjenner alle fast ansatte med pleieoppgaver til infeksjonskontrollprogrammet? |  |  |
| Deltar dere fast i de 2 årlige prevalensundersøkelsene til Norsk folkehelseinstitutt? |  |  |
| Er legen, ledelsen og sykepleierne kjent med at 2 infeksjoner som har sammenheng, er et utbrudd som skal meldes? |  |  |
| Kjenner legen, ledelsen og sykepleierne rutine for håndtering av utbrudd? |  |  |
| **Opplæring** | Ja | Nei |
| Brukes det sjekkliste eller annet internkontrolltiltak ved opplæring av nyansatte |  |  |
| Har det blitt arrangert temamøte/kurs med smittevern som tema siste året? |  |  |
| Finnes det rutiner for praktisk opplæring i bl a håndhygiene, skylleromsoppgaver m m? |  |  |
| Deles det ut materiell til nyansatte med informasjon om smittevernrutiner? |  |  |
| **Håndhygiene** | Ja | Nei |
| Har alle beboerrom og arbeidsrom servant som kan benyttes til håndvask? |  |  |
| Er hånddesinfeksjon tilgjengelig på alle beboerrom og arbeidsrom? |  |  |
| Kjenner ansatte til kravet om forsterkede håndhygienetiltak ved norovirus og clostridoides difficile |  |  |
| Informeres beboere og pårørende om håndhygiene som en fast rutine? |  |  |
| Utfører ansatte håndhygiene når de skal, og med riktig teknikk? |  |  |
| **Beskyttelsesutstyr** | Ja | Nei |
| Kjenner ansatte til når en bør bruke engangshansker? |  |  |
| Er det engangshansker tilgjengelig på alle pasientrom? |  |  |
| Er stellefrakk pasientbundet og blir skiftet daglig? |  |  |
| Brukes stellefrakk (ev. plastforkle) ved stell og ved «nær kontakt» med beboerne? |  |  |
| Brukes engangshansker ved håndtering av søppel, urent tøy og smittetøy? |  |  |
| Tar ansatte av seg ringer/armbånd/armbåndsur i det daglige arbeid med pasienter? |  |  |
| Har institusjonen smittefrakker (gule) til bruk ved isolering? |  |  |
| Har institusjonen kirurgiske munnbind (blå)? |  |  |
| **Stikkskader og blodsmitte** | Ja | Nei |
| Er plakat med førstehjelp ved blodsmitteuhell oppslått, og vet ansatte hvor den er? |  |  |
| Er det vurdert at hepatitt-B-smitte IKKE er en risiko på institusjonen? |  |  |
| Benyttes det kanyleutstyr med sikkerhetsmekanismer? |  |  |
| Vet ansatte at recapping ikke er tillatt? |  |  |
| Brukes sprøytebokser som er beregnet for formålet? |  |  |
| **Infeksjoner hos ansatte** | Ja | Nei |
| Får ansatte tilbud om og blir oppfordret til å ta influensavaksine årlig? |  |  |
| Er det kjent at ved symptomer på mage/tarm-infeksjon, skal en ikke arbeide med mat? |  |  |
| Blir alle fast ansatte, også vikarer og ferie/ekstrahjelp sjekket ift. MRSA og tuberkulose ved tiltredelse? (sender skjema via kommunens nettside) |  |  |
| **Renhold, desinfeksjon og sterilisering** | Ja | Nei |
| Er ansatte kjent med sine oppgaver i henhold til renhold i avdelingen? |  |  |
| Har dere rutiner og utstyr for smittevask? |  |  |
| Har dere nødvendige desinfeksjonsmidler? (Sprit for overflatedesinfeksjon/Virkon®/Lifeclean®) |  |  |
| Kjenner ansatte virketid, bruksområde og bruksmåte for desinfeksjonsmidlene? |  |  |
| Har dere en bekkenspyler/dekontaminator eller annen maskin til å desinfisere utstyr?  |  |  |
| Sjekkes temperatur på bekkenspyler? Anbefalt temperatur 85 gr.C |  |  |
| Har dere skriftlige rutiner for håndtering av utstyr oppslått på f.eks skyllerommet? |  |  |
| Er holdbarhetsdatoen på desinfeksjonsmidler sjekket og i orden?  |  |  |
| Oppnådde alle oppvaskmaskiner anbefalt temperatur ved siste kontroll? |  |  |
| **Avfall og Tekstiler**  |  |  |
| Vet ansatte hva som er smittefarlig avfall og hva som er ordinært avfall? |  |  |
| Har dere avtale for levering av smittefarlig avfall? |  |  |
| Har institusjonen en rutine for å håndtere smittetøy på beboerrom/skyllerom?  |  |  |
| Transporteres skittentøy på egnet tralle i lukket sekk? |  |  |
| **Isolering** |  |  |
| Innføres isoleringstiltak umiddelbart når smittsom sykdom identifiseres? |  |  |
| Ved isolering; gjøres det en fortløpende vurdering av om isolering kan opphøre? |  |  |
| Ved isolering; forsøkes det å begrense antall personell som jobber på isolatet? |  |  |
| Får ansatte nødvendig informasjon om at en beboer er isolert med kontaktsmitte eller dråpesmitte? |  |  |
| Gis det informasjon muntlig / skriftlig til isolerte beboere og eventuelt også pårørende? |  |  |
| **Infeksjonssykdommer** |  |  |
| Har dere skriftlige prosedyrer/rutiner for innleggelse/stell av urinkateter (KAD/RIK/SIK)? |  |  |
| Har dere praksis med at det alltid lages skriftlige sårprosedyrer? |  |  |
| Har ansatte som skal stelle sår nødvendig kunnskap om sårstell? |  |  |
| Tilbys beboere influensavaksine hvert år? |  |  |
| Tilbys aktuelle beboere rutinemessig pneumokokkvaksine -revaksinering etter 6 år |  |  |
|  Har ansatte grunnleggende kunnskaper for å forebygge lungebetennelser? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tiltaksplan** | **Ansvarlig for utførelse** | **Frist** |
|  |  |  |