

Revisionsrapport

Granskning av vårdhygien och lokalvård

Landstinget i Värmland

Karin Magnusson
Projektledare

David Boman
Remmi Gimborn

Juni 2016

Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Inledning	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Syfte och frågeställningar	4
2.3.	Revisionskriterier	5
2.4.	Metod och avgränsning	5
2.5.	Framgångsfaktorer för att minska VRI	6
2.6.	Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	7
3.	Iakttagelser och bedömningar	9
3.1.	Styrdokument för vårdhygien	9
3.1.1.	Iakttagelser	9
3.1.2.	Bedömning.....	11
3.2.	Vårdhygienarbetet.....	11
3.2.1.	Iakttagelser	11
3.2.2.	Bedömning.....	14
3.3.	Landstingsstyrelsens styrning och uppföljning av vårdhygienarbetet	15
3.3.1.	Iakttagelser	15
3.3.2.	Bedömning.....	16

1. *Sammanfattning*

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen för alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga spridningen av smittoämnen som kan orsaka vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig del av in-skrivna patienter i vården drabbas av någon form av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso- och sjukvård.

Vårdrelaterade infektioner är relativt vanliga och vårdhygieniska rutiner är viktiga för att komma tillrätta med problemen. En viktig del i hygienarbetet är också att tillse att lokalvård/städning sker på ett adekvat sätt.

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland (LiV) genomfört en granskning av vårdhygien och lokalvård.

Den övergripande revisionsfrågan är om vårdhygienarbetet inom landstinget bedrivs ändamålsenligt. Det vill säga, om arbetet inom området organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som ger det resultat som avses och är önskvärt.

Granskningens utgångspunkt är, att landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och intern kontroll, har säkerställt att det finns styrdokument för vårdhygienarbetet inom hälso- och sjukvården.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och kontroll till viss del säkerställt att vårdhygienarbetet inom landstinget i Värmland bedrivs ändamålsenligt.

Bedömningen baseras bland annat på följande:

- Det finns brister i fastställandet av upprättade aktuella styrdokument.
- Det vårdhygienarbete som bedrivs i verksamheten överensstämmer i huvudsak med styrande dokument.
- Landstinget i Värmland har uppmärksammat de brister som förekommit kring lokalvård och definierat vilka åtgärder som behöver vidtas. Till vissa delar har även åtgärder vidtagits. Det måste säkerställas att påbörjat arbete för att inkludera städ i patientsäkerhetsarbetet fortgår och att arbetet finner en tydlig struktur.
- Vårdhygienarbetet har organiserats så att det förekommer en nära kontakt mellan smittskydd och vårdverksamheter.
- Landstingsstyrelsen har inte antagit direktiv för att minska antalet VRI inom Landstinget i Värmland.

- Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att VRI under det senaste året har registrerats och följts upp på ett sätt som klargör att dessa är oacceptabla. Det bör tydliggöras vilka typer av avvikelser som ska rapporteras i avvikelssystemet.

För att Landstinget i Värmland ska komma tillrätta med ovanstående brister föreslår vi att:

- Landstingsstyrelsen bör säkerställa att rutiner för upprättande av styrdokument följs. Exempelvis bör landstingsstyrelsen anta direktiv för Landstinget i Värmlands förebyggande arbete mot VRI.
- Landstingsstyrelsen vidtar åtgärder för att säkerställa att vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla, om VRI är att betrakta som avvikelse samt var dessa ska registreras för att möjliggöra uppföljning och analyser på aggregerad nivå.
- De lokalmässiga förutsättningarna behöver utredas utifrån patientsäkerhet och smittspridning. Det behöver tydliggöras hur vårdlokaler får disponeras.
- Landstingsstyrelsen behöver följa upp de aktiviteter som vidtas med syfte att förbättra städning och att inkludera städ i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i LiV genomfört en granskning av vårdhygien och lokalvård.

Landstingets revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av landstingets samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har landstingets revisorer utarbetat dokumentet ”Granskningsstrategi” i vilket beskrivs de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Utifrån granskningsstrategin gör revisorerna årligen en riskbedömning, som utgör underlag för dokumentet ”Revisionsplan 2016”. I dokumentet ingår bland annat en granskning av landstingets arbete med vårdhygien.

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen för alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga spridningen av smittoämnen som kan orsaka vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig del av inskrivna patienter i vården drabbas av någon form av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso- och sjukvård.

Vårdrelaterade infektioner är relativt vanliga och vårdhygieniska rutiner är viktiga för att komma tillrätta med problemen. En viktig del i hygienarbetet är också att tillse att lokalvård/städning sker på ett adekvat sätt.

I Landstingsplan 2016 anges mål för verksamheten. Bland målen för hälso- och sjukvården anges ”inga vårdskador” och ”bäst vårdkvalitet”.

I styrkortet, som är kopplat till Landstingsplan 2016, anges bland annat att ”Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler” samt att ”Andelen vårdrelaterade infektioner minskar” är indikatorer som ska mätas för att bedöma måluppfyllelse.

2.2. Syfte och frågeställningar

Den övergripande revisionsfrågan är om vårdhygienarbetet inom landstinget bedrivs ändamålsenligt. Det vill säga, om arbetet inom området organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som ger det resultat som avses och är önskvärt.

Granskningens utgångspunkt är, att landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och intern kontroll, har säkerställt att det finns styrdokument för vårdhygienarbetet inom hälso- och sjukvården.

Granskningen ska ge svar på följande revisionsfrågor:

1. Vilka styrdokument har utfärdats avseende vårdhygien?
2. Vilken instans har beslutat om styrdokumenterna?

3. Hur bedrivs vårdhygienarbetet (inkl. lokalvård) i verksamheterna och överensstämmer det med vad som framgår av beslutade styrdokument?
4. Har landstingsstyrelsen följt upp om styrdokumenterna efterlevs?
5. Bedöms landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ett ändamålsenligt vårdhygienarbete?
6. Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas.

2.3. Revisionskriterier

Följande kriterier utgör grunden för våra bedömningar:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens allmänna råd
- Landstinget i Värmlands interna styrdokument och fullmäktiges beslut
- Vårdrelaterade infektioner – framgångsfaktorer som förebygger, SKL
- Städning i Vårdlokaler, Vårdhygieniska riktlinjer och rekommendationer för städ- och vårdpersonal, Svensk Förening för Vårdhygien

2.4. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts med dokumentstudier, intervjuer och observationsronder som revisionsmetod.

Dokumentstudierna har bestått av att analysera centrala styrdokument och riktlinjer för vårdhygien och städ. Vidare har en genomgång av landstingens delårsrapporter för 2015 och Landstinget i Värmlands årsredovisning 2015 genomförts. Utöver ovanstående har även Landstingsfullmäktiges och Landstingsstyrelsens protokoll och kallelser genomgått.

Inledningsvis genomfördes två gruppintervjuer med centrala funktioner inom Smittskydd Värmland och Lanstingsservice Städ för att kartlägga organisation, styrdokument samt ansvarsfördelning. Intervju genomfördes även med representant från kvalitets- och patientsäkerhetsenheten.

Därefter genomfördes intervjuer med åtta verksamhetschefer, fem inom slutenvården och två inom primärvården. I samband med intervjuerna har observationsronder genomförts. Vid observationsronderna deltog ansvariga chefer för verksamheterna, representanter från Smittskydd Värmland och Landstingsservice Städ deltog. Vid de flesta verksamheterna deltog hygienombud vid intervju och/eller observationsrond.

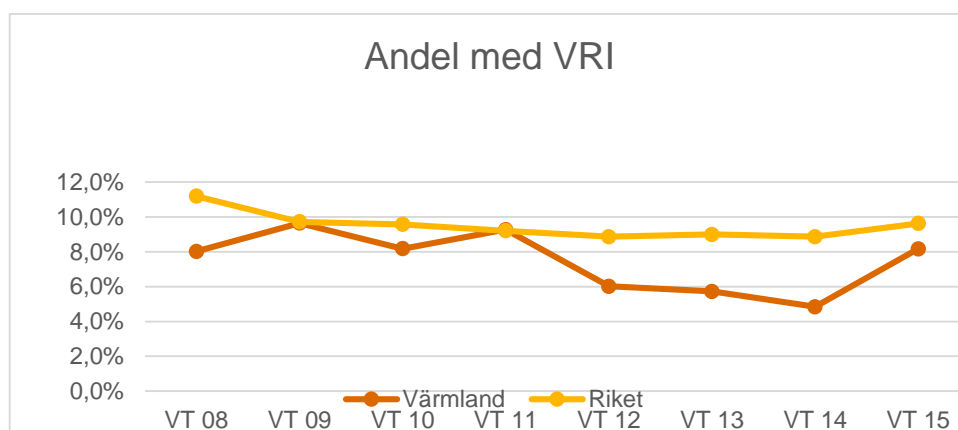
Utdrag har gjorts ur Landstinget Värmlands avvikelssystem för att kontrollera om VRI definieras och därmed registreras som en avvikelse i vården. Förekomsten av rapporterade avvikelser har jämförts med förekomsten av upptäckta VRI i samband med punktprevalensmätningarna.

Rapporten har varit på faktaavstämning hos de representanter som deltagit vid intervjuerna.

2.5. Framgångsfaktorer för att minska VRI

Det finns flera olika faktorer som påverkar risken för uppkomst av VRI. Det finns också vetenskapligt stöd för att vissa åtgärder inom vården har effekt på antalet vårdrelaterade infektioner. Särskilda åtgärds paket och kunskapsunderlag har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att förbättra rutinerna inom ett antal områden som förväntas ge särskilt stor effekt.

Sedan SKL 2007 lanserade den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet har punktprevalensmätningar för att mäta förekomsten av VRI genomförts i landstingen. Punktprevalensmätningar genomförs under en dag en bestämd vecka. I jämförelse med riket så har Landstinget i Värmland under dessa år haft en lägre förekomst av VRI än snittet i riket.



De årliga mätningarna visar att landstingen lyckas olika bra med att reducera antalet vårdrelaterade infektioner. SKL har med anledning av det samarbetat med representanter från 16 landsting och regioner med syfte att identifiera framgångsfaktorer i arbetet med att minska antalet VRI. Resultatet av studien presenteras i form av **åtta framgångsfaktorer**. Studien baseras på en fördjupad analys av data från mätningar samt ett hundratal intervjuer med landstings- och sjukhusledning, verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor och experter.

De framgångsfaktorer som identifierats är:

- 1) Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla.
- 2) Hygienriktlinjer ses som självklara.
- 3) Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt.
- 4) Det skapas goda lokalmässiga förutsättningar för att minska smittspridning och infektion.
- 5) Budskapet är konsekvent och återkoppling sker regelbundet.
- 6) Städning ses som en viktig del i verksamheten.

- 7) Funktionen vårdhygien och verksamheterna samarbetar tätt.
- 8) Det finns en fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

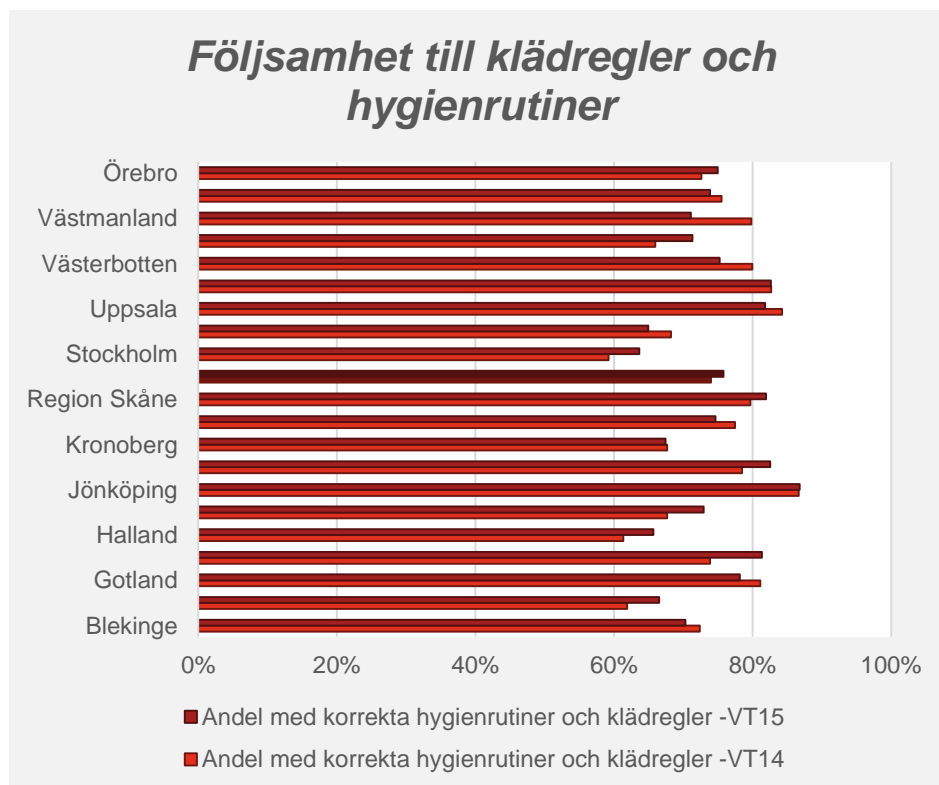
Vi har i granskningen använt oss av ovanstående framgångsfaktorer som utgångspunkt för bedömningen av arbetsätt och organisering.

2.6. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamhet till BHK är en variabel i arbetet för att förebygga VRI. En orsak till att VRI uppstår är smittspridning via personalens händer och kläder och all vårdpersonal som har kontakt med patienter ska därför följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2015:10) som anger grundläggande krav på klädsel och handhygienrutiner för personal och studenter i patientnära vårdarbete.

Inom ramen för den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet så har även följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler introducerats vid landstinget. Inom så omfattade de nationella mätningarna inte primärvården, men nu delar även de. Landstingsresultaten har utvecklats över tid, men spridningen är fortfarande stor, från knappt 59 till drygt 87 procent följksamhet.¹

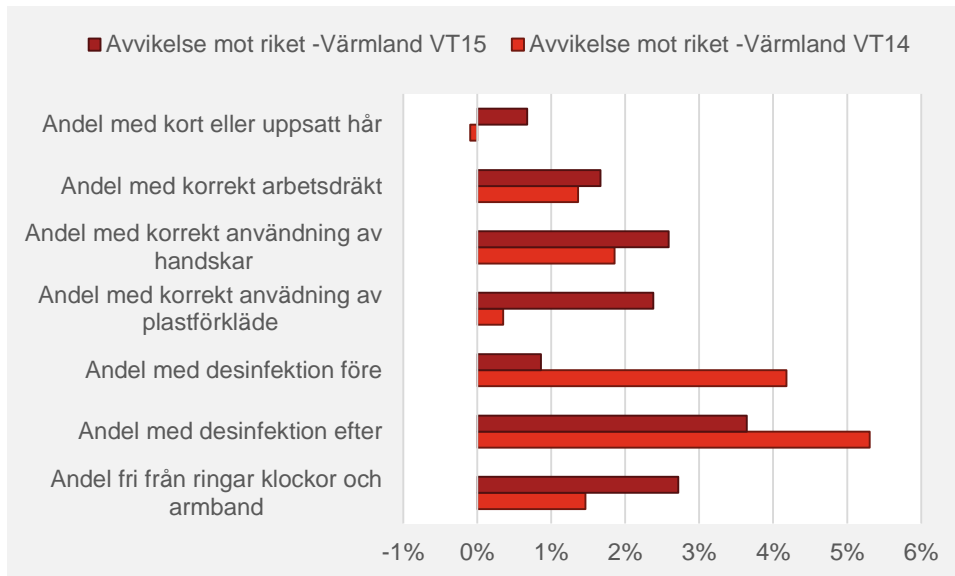
Nedan finns en översikt av följsamheten till BHK inom samtliga landsting och regioner våren 2015. Noterbart är att LiV tillhör de landsting som har över 80 % följsamhet till BHK 2014 och 2015.



¹ Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015 - Socialstyrelsen

Källa: SKL

I diagrammet nedan framgår det i detalj hur LiV:s följsamhet mot basala hygienrutiner och klädregler skiljer sig från det nationella genomsnittet VT2014 och VT2015. Resultatet visar att LiV i huvudsak haft bättre resultat och följsamhet vid de nationella mätningarna.



Källa: SKL

3. *Iakttagelser och bedömningar*

I kapitel 2 avsnittet presenteras de iakttagelser som gjorts under granskningen kopplat till respektive revisionsfråga. Iakttagelserna är grunden för våra bedömningar och för att besvara revisionsfrågorna.

3.1. *Styrdokument för vårdhygien*

I följande kapitel kommer vi att redogöra för vilka styrdokument som har utfärdats avseende vårdhygien och vilken instans som har fastställt riktlinjerna.

3.1.1. *Iakttagelser*

Iakttagelserna inleds med en tabell över vilka dokument som har granskats, om dokumentet är en riktlinje, instruktion, checklista etc. ("Dokumenttyp"), vilken nivå som formellt är att betrakta som "fastställarnivå" enligt Landstinget i Värmlands direktiv för styrande dokument samt vilken funktion som i praktiken fastställt dokumentet. Därefter följer en närmare beskrivning av dokumenten.

De dokument som har identifierats som styrande för vårdhygien inom LiV finns presenterade i tabellen nedan:

	<i>Dokumentnamn</i>	<i>Dokumenttyp</i>	<i>Fastställarnivå</i>	<i>Fastställare</i>
1	Direktiv för att minska antalet VRI inom LiV	Direktiv	Landstingsfullmäktige alt. landstingsstyrelsen/nämnd	Framgår ej
2	Hygienföreskrifter för LiV	Riktlinje	Landstingsdirektör*	Landstingsdirektör
3	Tillämpning av hygienföreskrifter	Riktlinje	Landstingsdirektör*	Bitr. smittskyddsläkare
4	Riktlinjer för städning inom LiV	Riktlinje	Landstingsdirektör*	Områdeschef
5	Checklistor för utställning/infektion/signeringslistor för städning etc.	Checklista/Mall	Verksamhetschef*	Framgår ej
6	Instruktion för genomförande av hygienrond	Instruktion	Verksamhetschef*	Bitr. smittskyddsläkare
7	Protokoll hygienrond	Checklista/Mall	Verksamhetschef*	Bitr. smittskyddsläkare
8	Riktlinje för följsamhetsmätningar av basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete	Riktlinje	Landstingsdirektör*	Bitr. smittskyddsläkare

*Eller av denne utsedd befattningshavare. Utsedd befattningshavare ska framgå av protokoll över landstingsdirektörens beslut.

- 1 Smittskyddsläkaren har tagit fram utfärdat direktiv (2014-03-12) för att minska antalet vårdrelaterade infektioner inom LiV. I direktiven framgår hur förekomsten av VRI kan kartläggas, hur VRI kan minskas samt det ansvar som föreligger verksamhetschefer. Det framgår även att användningen av KAD och ortopedisk proteskirurgi är två områden med särskild prioritet 2014-2015. I landstingsfullmäktiges och landstingsstyrelsens protokoll framgår inte att direktiven blivit antagna på politisk nivå.
- 2 Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10). Dessa beslutades i maj 2015 och Smittskydd Värmland har utifrån dessa utarbetat nya hygienföreskrifter för LiV (formellt en riktlinje). Föreskriften är fastställd av landstingsdirektören i enlighet med gällande direktiv för styrande dokument. Smittskyddsläkaren har även skrivit under föreskriften. I föreskriften framgår det att ansvaret för fortlöpande tolkning av hygienföreskrifter åligger Smittskydd Värmland. Samtliga anställda ska skriva under LiV:s riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg. I hygienföreskrifterna framgår det att den anställda enligt arbetsmiljölagen är skyldig att följa gällande föreskrifter, lokala rutiner samt att hålla sig informerad om uppdatering av dessa.
- 3 För att tillämpa hygienföreskrifterna har riktlinjer för tillämpning tagits fram. Riktlinjen är utarbetad av Smittskydd Värmland och fastställd av biträdande smittskyddsläkare.
- 4 Utöver de specifika riktlinjerna som är framtagna utifrån Socialstyrelsens föreskrift har Landstingsservice Städ tagit fram riktlinjer för städning inom Landstinget i Värmland. Riktlinjerna beskriver hur städningen ska genomföras praktiskt och tydliggör ansvarsfördelningen mellan vårdpersonal och städpersonal. Riktlinjerna kan närmast beskrivas som en handbok för hur städningen kan genomföras. Riktlinjerna är framtagna av Landstingsservice och fastställd av chef för serviceområde 3 som ansvarar för lokalvård och materielförsörjning.
- 5 Till riktlinjerna finns checklistor för utstädning, infektionsstädning, signeringslistor samt checklistor för egenkontroll efter fastställd städning. Vid infektionsstädning har det tydliggjorts vad vårdpersonal och städpersonal utför. Samtliga checklistor ska signeras efter städning. I dokumentet med checklistor framgår inte fastställare.
- 6- Utöver föreskrifterna för vårdhygien har biträdande smittskyddsläkare/hygienläkare fastställt en instruktion för genomförande och uppföljning av hygienrond. I instruktionen framgår syftet med hygienronder samt hur hygienronder ska genomföras. Som stöd vid hygienronderna har ett protokoll med tillhörande checklista tagits fram. Till protokollet finns en "handlingsplan egenkontroll hygienråd." Protokoll är fastställt av bitr. smittskyddsläkare. Handlingsplaner kan enligt direktiven för styrdokument fastställas av verksamhetschef.
- 7
- 8 Det har även tagits fram en riktlinje för följsamhetsmätningar av basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Riktlinjen är framtagna av biträdande smittskyddsläkare.

3.1.2. *Bedömning*

Inom LiV har ett antal styrdokument tagits fram för granskningen aktuellt område. Styrdokumenterna är fastställda under 2015/2016.

Kontrollmålet, *vilka styrdokument har utfärdats avseende vårdhygien*, bedöms vara uppfyllt då det finns uppdaterade och relevanta styrdokument framtagna för området.

Kontrollmålet, *vilken instans har beslutat om styrdokumenterna*, bedöms vara delvis uppfyllt då det för vissa av de aktuella styrdokumenterna saknas uppgifter om fastställare. Samtliga styrdokument har upprättats och fastställts på tjänstemannanivå trots att detta inte är i enlighet med hur dokumenterna ska antas. Landstingsstyrelsen bör säkerställa att rutiner för upprättande av styrdokument följs.

3.2. *Vårdhygienarbetet*

I följande avsnitt kommer vi att redogöra för iakttagelser och bedömning om hur vårdhygienarbetet i verksamheten bedrivs och hur väl det överensstämmer med gällande styrdokument. Vi kommer i bedömningen av arbetssätt och organisering utgå ifrån de framgångsfaktorer som tagits fram av SKL.

3.2.1. *Iakttagelser*

Inom LiV bedrivs vårdhygienarbetet i huvudsak av Smittskydd Värmland, Städ och service samt verksamheterna.

Smittskydd Värmland tar fram föreskrifter, riktlinjer och utarbetar direktiv för att minska antalet VRI. De utgör även en viktig stödfunktion för LiV:s verksamheter och avdelningar bl.a. genom utbildning av personal och rådgivning till verksamheten.

Smittskydd Värmland har en anställd smittskyddsläkare tillika vårdhygienläkare som även har titeln verksamhetschef. Utöver smittskyddsläkare finns två anställda biträdande smittskyddsläkare varav en också är vårdhygienläkare. Smittskydd har även tre anställda hygienskötterskor. Vi noterar att verksamheterna samverkar med smittskydd som har en central roll i att driva frågor som rör vårdhygienarbetet. Smittskydd Värmland har en kontinuerlig dialog med verksamheterna genom rådgivning, utbildning och inte minst genom provtagningar på avdelningar där följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är låg.

Samtliga verksamheter ska ha en eller två utsedda **hygienombud**. Vid samtliga verksamheter som omfattats av granskningen har hygienombud funnits utsedda. Hygienombuden genomgår utbildning i arbetet med vårdhygien och får ett mandat från verksamhetscheferna att arbeta med vårdhygienfrågor. Hygienombuden har nätverksträffar 4 gånger per år där aktuella frågor inom hygienområdet lyfts och diskuteras. Vid flertalet avdelningar får hygienombuden avsatt arbetstid för att kunna prioritera vårdhygienarbetet i det dagliga arbetet. Vid samtliga intervjuer uppgavs det att hygienfrågor lyfts på APT antingen regelmässigt eller vid behov.

Landstingsservice Städ ansvarar för en kvalitativ lokalvård som minskar risken för spridning av smittoämnen. Landstingsservice städ är indelad i olika enheter som sträcker sig över hela LiV:s verksamhetsområde. De intervjuade anser att lokalvården är en naturlig del av verksamheterna och det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan lokalvård och vårdpersonal.

Städningen ska enligt riktlinjer för städning utföras beroende av besöksfrekvens, genomströmning, hygienkrav och lokaltyp. Lokalerna ska delas in i fyra s.k. hygienklasser med olika krav på renhet. Vid verksamhetsbesöken och intervjuerna uppgavs det att städningen i praktiken planeras genom ett planeringssystem som utgår ifrån den lokalyta som ska rengöras. Vid sakgranskning framkom att nya riktlinjer som reviderar systemet är under framtagande. Tanken är att de nya riktlinjerna ska ta hänsyn till de parametrar som framgår i riktlinjen för städning.

Vid samtliga verksamhetsbesök uppgavs det att städning utförs dagligen i patient-allmänna utrymmen och sanitetsutrymmen. I mottagningsrum, personalutrymmen, kontor m.m. är frekvensen anpassad till verksamhetens lokalyta. Städ rengör ytor så som golv, handfat och toaletter etc. Vid infektionsstädning görs en grundlig städning utifrån en checklista där ansvarsfördelning är tydliggjord. Vid de besökta verksamheterna genomförs storstädning 1 eller 2 gånger per år beroende på om verksamheten är en mottagning eller vårdavdelning. Storstädningen ger enligt intervjuerna bättre förutsättningar för rena vårdlokaler, bl.a. då golv får en mer lättrengjord yta.

Vid intervjuerna och observationsronderna med verksamheten uppgavs det att ansvarsfördelningen mellan städpersonal och vårdpersonal är tydlig och att städningen följer de rutiner som finns. Det framkom även att verksamheterna och Landstingsservice städ har en fortlöpande dialog om hur lokalvården lokalt kan förbättras. Det har även gjorts lokala anpassningar i några fall, där städfrekvens i olika lokaler har ökat för att behovet funnits. Detta anpassningsarbete har dock ännu inte haft någon tydlig struktur, men det är under framarbetande.

Vid 1 av 7 besökta avdelningar hade hygienrond inte genomförts enligt instruktionen. Vid flertalet avdelningar har hygienronderna enligt intervjuerna resulterat i att åtgärder vidtagits för att förbättra vårdhygien. Hygienrondsprocessen är grundad utifrån en riskanalys om vilka områden som är centrala ur ett vårdhygienperspektiv. Vid de observationsronder som genomfördes inom ramen för granskningen noterades att verksamheten var medveten om de risker som förekommer ur vårdhygienperspektiv. Vissa enheter upplever att det finns begränsade möjligheter att åtgärda riskområden, vilket kan i vissa fall bero på lokalernas utformning. Vid observationsronderna noteras exempelvis att mottagningsrum även används som kontorsrum där större mängd kontorsmaterial, privata kläder mm förekommer. Protokoll från hygienronderna sparas lokalt på avdelningen och skickas till Smittskydd Värmland. Det sker ingen sammanställning av dokumentationen utifrån hygienronderna för att identifiera trender eller mönster i de brister som identifieras. Vid sakgranskning framkom att hygienprotokollet infördes i LiV juni 2015 och att det av denna anledning inte finns tillräckligt med material för en sammanställning. Enligt uppgifter ska en första sammanställning göras hösten 2016.

Samtlig anställd och nyanställd personal ska skriva under LiV:s riktlinjer för basal vårdhygien. Vid intervjuerna uppgavs att det varit en prioriterad fråga och att det finns rutiner

för att nyanställd personal ska skriva under riktlinjen i samband introduktionen till arbetsplatsen.

Vid samtliga verksamheter ska s.k. följsamhetsmätningar genomföras för att säkerställa att personalen följer Socialstyrelsens basala hygienföreskrifter och LiV:s hygienriktlinjer. I verksamheterna genomförs följsamhetsmätningar dels genom observation och stickprov, dels genom självskattning. I en majoritet av verksamheterna var stickprov och observation det vanligaste arbetssättet för att säkerställa medarbetarnas följsamhet till BHK. Vid intervjuerna uppgavs det att personalen i allt väsentligt svarade ärligt vid självskattning.

Genom intervjuerna framkommer att det finns skillnader i synen på hygienarbetet. På vissa av de enheter som intervjuats sker arbetet strikt utifrån befintliga rutiner och regler. Där framgår också att synen på VRI är att dessa är helt oacceptabla och undvikbara. Vid andra enheter framkommer att vårdhygienarbetet inte är lika prioriterat. Det framkommer att synen på patienternas infektionskänslighet för den aktuella enheten i stor utsträckning utgör grunden för hur vårdhygiensarbetet bedrivs.

Vid observationsronderna noterades det att LiV:s verksamheter har olika lokalmässiga förutsättningar för att bedriva ett framgångsrikt vårdhygienarbete. Några exempel är att hälften av de besökta avdelningarna har tygmöbler som inte är lätt avtorkbara, att det inte finns omklädningsrum för personal och att läkares mottagningsrum och kontor inte är avskilda. I några lokaler finns det enbart gemensamma toaletter för inläggande patienter att tillgå.

Vid verksamhetsbesöken och intervjuerna framkom det att två avdelningar med verksamhetsområde urologi och ortopedi arbetar med de särskilt prioriterade frågorna i direktiven för att minska antalet VRI inom LiV (KAD & ortopedisk proteskirurgi).

Enligt landstingets patientsäkerhetsrapport 2015 ska alla patientrelaterade avvikelser rapporteras i avvikelssystemet, AHA. Det innefattar även vårdrelaterade infektioner. Vid genomgång av AHA framkommer att ingen VRI registrerats under 2015. En genomgång av resultatet från genomförda punktprevalensmätningar visar dock på att vårdrelaterade infektioner har uppmärksammats i verksamheten.

Vid intervjuer framkommer att verksamheten inte registrerar VRI i avvikelssystemet. Enligt de intervjuade har det alltid funnit brister i registreringen av VRI och sedan infektionsverktyget infördes så har registreringen i AHA helt upphört. Infektionsverktyget är en tvingande funktion där förskrivande läkare i samband med förskrivning av antibiotika måste ange orsaken till förskrivning och om infektionen är att betrakta som vårdrelaterad.

Enligt de intervjuade så ska infektionsverktyget därmed kunna utgöra ett underlag i analysen av VRI. Det har till samtliga verksamheter inom landstinget gått ut information från smittskydd kring hur analyser av VRI kan genomföras via infektionsverktyget, men antalet enheter som analyserar uppgifterna i infektionsverktyget är ännu begränsat. Antalet VRI registreras även tertiärsvis via punktprevalensmätningar och rapporteras till landstingsledningen och landstingsstyrelsen.

3.2.2. *Bedömning*

Kontrollmålet, *hur bedrivs vårdhygienarbetet (inkl. lokalvård) i verksamheterna och överensstämmer det med vad som framgår av beslutade styrdokument*, bedöms delvis vara uppfyllt då det vårdhygienarbete som bedrivs i verksamheten i huvudsak överensstämmer med styrande dokument. Landstingsstyrelsen bör säkerställa att vårdhygienarbetet bedrivs i enlighet med styrdokument inom alla enheter i landstinget.

1) Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla. En framgångsfaktor för att komma till rätta med VRI är att de ses som oacceptabla. Vår bedömning är att detta inte har anammats inom hela landstinget. Vid genomförd granskning framkommer att synen på förutsättningarna att påverka förekomsten av VRI varierar.

2) Hygienrutinerna ses som självklara. Det förekommer skillnader i följsamhet till hygienrutiner vilket tyder på att rutinerna inte fullt ut ses som självklara. Det finns rutiner för att all personal ska känna till klädregler och hygienrutiner.

3) Riskbedömningar och proaktivt arbetssätt. Enligt landstingets Patientsäkerhetsrapport 2015 genomförs endast ett fåtal riskbedömningar inom patientrelaterade risker. Vår bedömning utifrån genomförda observationsronder att verksamheterna är medvetna om risker men att ändamålsenliga åtgärder inte alltid har vidtagits.

4) Goda lokalmässiga förutsättningar skapas. Det framkommer att det är stora skillnader i de olika enheternas lokalmässiga förutsättningar. Vissa enheter har specialbyggda lokaler utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv medan andra inte har lokaler anpassade utifrån dessa behov. Vår bedömning utifrån observationsronder är att det även förekommer inventarier som inte är ändamålsenliga utifrån risk för smittspridning samt att vissa mottagningsrum pga. kontorsmaterial och privata ägodelar inte är ändamålsenliga ur städsynpunkt.

5) Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling. Det sker en återkoppling utifrån följsamhetsmätningar och hygienronder tillbaka till verksamheterna. Vårdhygien är en återkommande punkt på APT.

6) Städning ses som en viktig del. Vår bedömning är att landstinget i Värmland har uppmärksammat de brister som förekommit kring lokalvård och definierat vilka åtgärder som behöver vidtas. Till vissa delar har även åtgärder vidtagits. Vår bedömning är att det måste säkerställas att påbörjat arbete för att inkludera städ i patientsäkerhetsarbetet fortgår och att arbetet finner en tydlig struktur. Exempelvis gäller det representationen ifrån städ vid kommande hygienronder.

7) Verksamheten och Vårdhygien samarbetar tätt. Vår bedömning är att det förekommer ett tätt samarbete mellan vårdhygien och övrig verksamhet inom landstinget.

Vi rekommenderar att landstingsstyrelsen säkerställer att det sker en uppföljning av orsaker till VRI på en aggregerad nivå och en analys av hur dessa kan undvikas. Det är även av

vikt att en tydlig instruktion över hur AHA ska användas arbetas fram i syfte att tydliggöra vilka typer av avvikelser som ska rapporteras i systemet och inte.

3.3. Landstingsstyrelsens styrning och uppföljning av vårdhygienarbetet

I följande stycke kommer vi att redogöra för iakttagelse och bedömning av landstingsstyrelsens uppföljning av efterlevnaden av styrdokument inom området. Vi kommer även bedöma landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll är tillräcklig för att säkerställa ett ändamålsenligt vårdhygienarbete.

3.3.1. Iakttagelser

Landstinget i Värmland har en nollvision för vårdskador. Som ett led i att nå visionen beslutade hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp 2013 om att göra följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler obligatoriska. Följsamhetsmätningarna är obligatoriska för alla vårdenheter inom LiV och ska utföras månatligen.

I Landstingsplan för 2015 såväl som för 2016 har målen inga vårdskador och bästa vårdkvalitet fastställts av Landstingsfullmäktige. I styrkortet som konkretiserar landstingsplan 2015 & 2016 anges följsamhet till BHK och att andelen VRI minskar som indikatorer för att mäta och bedöma måluppfyllelsen.

I tabellen nedan framgår utfallet för målsättningarna som rapporterats av landstingsstyrelsen i årsredovisningen 2015.

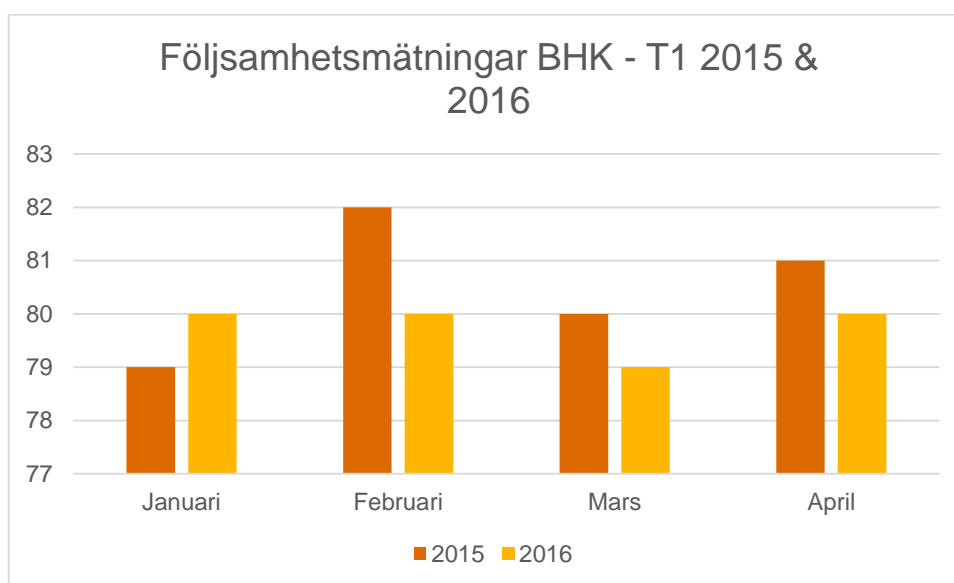
Mål – Inga vårdskador	Målvärde	Kommentar i årsredovisning	Förväntad utveckling
Alla medarbetare följer de basala hygienrutinerna och klädreglerna	Högre följsamhet jämfört med föregående år alla månader	Följsamheten är inte högre alla månader jämfört med genomsnittet föregående år, vilket innebär att målet inte uppfylldes. Genomsnittet för 2014 uppgick till 80 procent. Följsamheten 2015 var högre än föregående år för sju av årets tolv månader.	BHK förbättrades under senare delen av året. Den trenden bör hålla i sig under 2016 och utbildningsinsatserna fortsätter.
Andelen vårdrelaterade infektioner minskar	Lägre andel jämfört med föregående år alla månader	Måluppfyllelsen är något osäker då alla verksamheter inte använder landstingets mätverktyg fullt ut.	Vårdrelaterade infektioner följs kontinuerligt. Att minska kateterrelaterade urinvägsinfektioner prioriteras och arbetet förväntas få en större spridning inom landstinget kommande år.

Källa: Årsredovisning 2015, LiV

Landstingsstyrelsen har utöver årsredovisningen följt upp målen i tertialrapport 1 & 2 under 2015. Vid tidpunkten för granskningen har landstingsstyrelsen inte följt upp om styrdokumenterna avseende vårdhygien följs under 2016. Uppföljning av följsamhet till BHK genomförts av hygienombuden i respektive verksamhet och sammanställts av Smittskydd Värmland.

Utdrag av statistik ur infektionsverktyget visar att verktyget används, resultaten är emellertid svårtolkade.

Följsamhetsmätningarna under 2016 visar att följsamheten till BHK som helhet var bättre under januari månad 2016 men därefter har följsamheten försämrats jämfört med 2015.



Källa: Smittskydd Värmland

Utöver uppföljningar av målen i tertialrapporterna får landstingsstyrelsen varje månad en muntlig rapportering av åtgärder för att nå måluppfyllelse för landstingsfullmäktiges målsättningar, däribland målet "inga vårdskador".

3.3.2. Bedömning

Kontrollmålen, har landstingsstyrelsen följt upp om styrdokumenterna efterlevs, och, bedöms landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ett ändamålsenligt vårdhygienarbete, bedöms till viss del vara uppfyllda.

Bedömningen grundar vi på den organisatoriska struktur som upprättats för arbetet, förekomsten av styrdokument samt att landstingsstyrelsen antagit två övergripande mål med tillhörande indikatorer för att mäta följsamheten till vissa styrande dokument samt effekterna av vårdhygienarbetet.

På följande punkter bedömer vi att landstingsstyrelsen brister:

- Landstingsstyrelsen inte antagit direktiven för att minska antalet VRI inom Landstinget i Värmland. Samtliga styrdokument har därmed upprättats och fastställts på tjänstemannanivå trots att detta inte är i enlighet med hur dokumenten ska antas.
- Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att VRI under det senaste året har registrerats och följts upp på ett sätt som klargör att dessa är oacceptabla. VRI registreras inte som en avvikelse i avvikelssystemet och informationen som finns i infektionsverket har ännu inte använts för att följa upp VRI. Uppföljningen av VRI begränsas därmed till att kontrollera frekvensen vilket görs vid punktprevalensmätningar tre ggr/år.
- Landstingsstyrelsen har i sin uppföljning inte säkerställt att de lokalmässiga förutsättningarna blir en integrerad del i riskanalyser kring VRI och att upprättade åtgärdsplaner inkluderar lokaler samt hur dessa används. Vid genomförda observationsstudier framkommer både lokalmässiga brister samt brister i hur befintliga lokaler disponeras med hänsyn till smittspridning.
- Landstingsstyrelsen har inte på ett tydligt sätt utövat styrning, ledning och uppföljning för att säkerställa att städning ses som en viktig del av patientsäkerhetsarbetet och som en förebyggande del för att minska uppkomsten av VRI. Vi kan konstatera att ambitionen finns i verksamheten om att i högre grad inkludera städ ibland annat patientsäkerhetsronder och vissa åtgärder har vidtagits för att klargöra ansvar mellan städpersonal och vårdpersonal. Vår bedömning är dock att landstingsstyrelsen på ett tydligare sätt behöver säkerställa att planerade åtgärder vidtas.

Grunden för ovanstående bedömning är de iakttagelser från genomförd granskning samt de framgångsfaktorer som SKL lyfter fram för ett lyckat patientsäkerhetsarbete. För att Landstinget i Värmland ska komma tillrätta med ovanstående brister föreslår vi att:

- Landstingsstyrelsen antar direktiv för Landstinget i Värmlands förebyggande arbete mot VRI.
- Landstingsstyrelsen vidtar åtgärder för att säkerställa att vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla.
- De lokalmässiga förutsättningarna behöver utredas utifrån patientsäkerhet och smittspridning. Det behöver tydliggöras hur vårdlokaler får disponeras.
- Landstingsstyrelsen behöver följa upp de aktiviteter som vidtas med syfte att förbättra städning och att inkludera städ i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Karin Magnusson

Projektledare