

Granskning -Vårdhygien

Region Skåne

Januari 2020

Jean Odgaard

Hanna Waddington

Louise Tornhagen

Lennart Iselius



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning	6
1.1. Bakgrund	6
1.2. Syfte och revisionsfråga	6
1.3. Revisionskriterier	6
1.4. Revisionsfrågor	7
1.5. Avgränsning	7
1.6. Metod	7
2. Iakttagelser och bedömningar	8
2.1. Hur organiseras vårdhygien inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer?	8
2.1.1. Iakttagelser	8
2.1.2. Bedömning	9
2.2. Vilka mätningar görs, hur registreras dessa och vilka uppföljningar/återrapporteringar görs samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	10
2.2.1. Iakttagelser	10
2.2.2. Bedömning	13
2.3. Vilka kontroller görs för att säkerställa att personal har tillräcklig kompetens/utbildning för att vården ska uppnå en god hygienisk standard samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	14
2.3.1. Iakttagelser	14
2.3.2. Bedömning	15
2.4. Vilka kontroller görs av att städning, såväl den regelmässiga städningen som den patientnära städningen inom vården, sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	15
2.4.1. Iakttagelser	15
2.4.2. Bedömning	17
2.5. Vilka kontroller görs av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	17
2.5.1. Iakttagelser	17

2.5.2.	Bedömning	18
2.6.	Är informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse på ett adekvat sätt?	18
2.6.1.	Iakttagelser	18
2.6.2.	Bedömning	19
2.7.	Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?	19
2.7.1.	Iakttagelser	19
2.7.2.	Bedömning	21
2.8.	Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard?	21
2.8.1.	Iakttagelser	21
2.8.2.	Bedömning	22
3.	Revisionell bedömning och rekommendationer	24
3.1.	Rekommendationer	27
	Bilaga 1 Intervjupersoner	29
	Bilaga 2 Granskade dokument	30

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Skåne genomfört en granskning av Vårdhygien i Region Skåne. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2019.

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen på alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig andel inskrivna patienter i vården drabbas någon gång av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso- och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner är vanliga och vårdhygien nämns i detta sammanhang ofta som en nyckelfaktor för att komma tillrätta med problemen.

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Skånes styrelser och nämnder har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att vårdhygien i Region Skåne bedrivs i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

Vi gör den samlade bedömningen att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig. Bedömningen grundar sig framförallt på de brister vi ser vad gäller systematik inom uppföljning och kontroll av vårdhygien, samt bristen på tydlig effekt av det utförda arbetet. Även om mätmetoden vad gäller PPM VRI¹ kan diskuteras har inte andelen VRI minskat över tid hos regionens egna mätningar. Vår bedömning baseras i övrigt på den avstämning av revisionsfrågor som gjorts.

Nedan sammanfattas svaren på de formulerade revisionsfrågorna.

- Region Skåne har organiserat sitt arbete med vårdhygien på ett ändamålsenligt sätt. Vårdhygien Skåne uppfattas som närvarande, kompetenta och som ett gott stöd kring frågor om vårdhygien. Det finns tillräckliga rutiner och riktlinjer inom vårdhygien och utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser tillhandahålls på ett tillfredsställande sätt. Olika metoder används för att säkerställa att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete.
- Ansvar för att säkerställa att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete åvilar verksamheten. Vi bedömer att det finns en god struktur för de metoder som används, men vidtas inte åtgärder i enlighet med de rekommendationer som lämnas kommer heller inte vårdhygien att förbättras.
- Vi konstaterar att verksamheterna följer nationella rekommendationer för mätningar avseende VRI samt basala hygienrutiner och klädregler. Vi bedömer att mätning och registrering sker på ett ändamålsenligt sätt medan uppföljningen kan utvecklas. Resultaten av mätningarna tillämpas delvis på ett ändamålsenligt sätt.
- Det finns utmaningar som är kopplade till den uppföljning som sker av VRI. Styrtalet PPM VRI är svårt att tolka och styra efter. Av granskningen framgår att det finns svårigheter att göra nationella jämförelser och att måttet i huvudsak ger en ögonblicksbild vad gäller förekomsten av VRI. Den jämförelse som är mer relevant är den jämförelse Region Skåne kan göra med sig själv över tid. Den jämförelsen visar på att andelen VRI inte har minskat utan har varit oförändrad nivå under de senaste åren.
- Vi har inom ramen för granskningen inte kunna spåra något lärande mellan verksamheter vad gäller analys utifrån mätningar av VRI. Vi har heller inte kunnat ta del av någon regionövergripande analys nedbruten på typ av infektion samt åtgärder för detta. Detta arbete förutses ske på verksamhetsnivå. Vi bedömer att verk samma metoder och framgångsrika exempel borde spridas regionövergripande och komma alla till del.

¹ Förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM) vilket innebär mätning av förekomst av VRI hos inlagda patienter under en given dag.

- Vi bedömer att det saknas en systematisk uppföljning och kontroll för att säkerställa att personalen har en tillräcklig kompetens/utbildning inom vårdhygien.
- Vi bedömer att kontrollerna av den regelmässiga och patientnära städningen utförs till viss del av Regionservice. Vårdverksamheterna gör i huvudsak inga kontroller och mätningar över städningen som helhet, vilket innebär risker för vårdhygien.
- Vårdverksamheterna utbildar sina medarbetare i att sköta den patientnära städningen så att det sker enligt vedertagna metoder och regler. Det sker dock ingen kontroll eller uppföljning av att det sker på rätt sätt, eller med ett tillfredsställande resultat, vilket är en risk. Konsekvensen är därför att det finns risk för att verksamheterna fortsätter att städa på ett felaktigt sätt med brister i vårdhygien som en följd.
- Vi anser att ny städstandard bör tillföra en nivåhöjning av såväl den regelmässiga som patientnära städningen. Vi ser att det skapar möjligheter att arbeta på ett enhetligt sätt enligt vedertagna metoder och rutiner samt med en tydlig uppföljning och kontroll.
- Vi bedömer att Vårdhygien aktivt bidrar med kompetens och kunskap i bygg- och projekteringsmöten. Vi anser att det saknas en systematisk kontroll som säkerställer rådgivning och utvärdering på plats under pågående renovering i vårdmiljöer där patienter vistas. Vi bedömer att de obligatoriska hygienronderna som genomförs av Vårdhygien Skåne när arbetet är färdigställt säkerställer att kontroller av vårdhygienfrågor vid såväl renovering som nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal.
- Vi bedömer att informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen avseende VRI till övervägande del är ändamålsenlig. VRI är ett samlingsbegrepp för olika vårdrelaterade infektioner. Den rapportering som lämnas till Sjukhusstyrelse SUS ger tydligast bild av vilka infektioner som är vanligast förekommande.
- Vi kan inom ramen för denna granskning inte spåra att berörda nämnder/styrelser har agerat med anledning av rapporteringen trots bristande måluppfyllelse. Mot bakgrund av detta kan inte nämnder/styrelser anses ha agerat på ett adekvat sätt.
- Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförts till verksamheterna delvis hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Av intervjuer framgår att synpunkter och klagomål hanteras på plats. Vi har inte tagit del av hur dokumenterade synpunkter och klagomål avseende vårdhygien har lett till förbättringsåtgärder i verksamheten. Vi ser en risk för att klagomål stannar kvar på lägre nivåer inom vårdens verksamheter. Vi anser inte att det finns en tydlig process så att synpunkter och klagomål leder till systematiska förbättringsåtgärder i verksamheten förutom vid hygienrond.
- Utifrån granskningen bedömer vi att det är tveksamt om Vårdhygien Skåne är fullt ut finansierat för sitt uppdrag. Då vården kommer att utvecklas mot mer Nära vård, där betydligt mer vård bedrivs ute i den kommunala hälso- och sjukvården och i patientens boende, kommer det att krävas en resursförstärkning inom detta område inom Vårdhygien Skåne för att kunna arbeta mer strategiskt och systematiskt gentemot Skånes kommuner. Vidare kan vi konstatera att för lite resurser används för kontroll och förebyggande arbete mot privata vårdgivare. Det är dock inte detsamma som att påstå att Vårdhygien Skåne har för lite resurser. En sådan slutsats förutsätter en genomlysning av verksamheten.
- Det är vidare svårt att uppnå en god hygienisk standard med nuvarande lokalförutsättningar. Många vårdlokaler är gamla och det saknas enkelrum på många ställen. När det gäller städningen kan vi konstatera att flertalet intervjuer pekar på att städningen är bristfällig. Nuvarande städstandard innebär att det saknas en gemensam basnivå i regionen vad gäller metoder, kvalitet, kompetens och frekvens. Sannolikt kostar en övergång till nationell städstandard mer resurser än nuvarande nivå.
- Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard? Kopplar vi frågeställningen till fullmäktiges mål om att minska de vårdrelaterade infektionerna saknas det

underlag för oss att uttala oss om de sammantagna resurserna i Region Skåne är tillräckliga. Det finns ingen nationell jämförelse beträffande resursåtgång vad gäller vårdhygien.

Rekommendationer

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att ta fram en samlad strategi för hur Region Skåne ska kunna nå angiven målsättning vad gäller hur andelen vårdrelaterade infektioner ska minska. Målsättningen behöver konkretiseras och brytas ner i hur de olika undvikbara infektionerna ska minskas.
- Regionstyrelsen rekommenderas att implementera en ny städstandard för att säkerställa en regiongemensam uppföljning, kontroll, och följsamhet. En organisation bör tillsättas i syfte att implementera den nya städstandarderna då det kommer att kräva resurser både centralt som från Regionservice och vårdverksamheterna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att driva och samordna ett utvecklingsarbete som syftar till ett bättre lärande av förvaltningarnas angreppssätt och metoder. Vi ser att arbetet med att lära av varandras angreppssätt och metoder bör stärkas. Arbetet kan drivas och samordnas på en regionövergripande nivå.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden och samtliga sjukhusstyrelser rekommenderas att ta fram ett system för att systematiskt säkerställa att vårdens medarbetare tillgodogör sig utbildning inom vårdhygien. Vårdhygien är en kunskaps- och kompetensfråga.
- Servicenämnden rekommenderas att säkerställa att det tas fram en tydlig rutin eller checklista för renoveringar och mindre justeringar för att säkerställa Vårdhygien Skånes medverkan.
- Servicenämnden rekommenderas att säkerställa att det sker en systematisk kontroll som säkerställer Vårdhygien Skånes rådgivning och utvärdering på plats under pågående renovering i vårdmiljöer där patienter vistas.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen på alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig andel inskrivna patienter i vården drabbas någon gång av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso- och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är vanligt förekommande och vårdhygien nämns i detta sammanhang ofta som en nyckelfaktor för att komma tillrätta med problemen.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har vårdgivarna och huvudmännen ansvaret för att vården håller en god kvalitet med en god hygienisk standard. För att alla vårdtagare ska kunna erbjudas en vård med god hygienisk standard, förutsätts att huvudmännen har tillgång till vårdhygienisk kompetens, att lokaler och utrustning är ändamålsenliga samt att det finns en god planering och organisation.

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras vårdskada som lidande, kroppslig, eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt vårdbehov eller avlidit.

Enligt Socialstyrelsens nyligen publicerade analys "Allvarliga skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus" är vårdrelaterade infektioner den vanligaste skadan. Resultatet av analysen och av alla skador som identifierades vid utförd journalgranskning visade på att en tredjedel av alla skador var vårdrelaterade infektioner.

Enligt punktprevalensmätningar redovisade av SKL har de vårdrelaterade infektionerna år 2017–2019 ökat inom Region Skåne. Vidare redovisas i regionens årsredovisning 2018 att Region Skåne har ett sämre resultat avseende vårdrelaterade infektioner jämfört med riket.

Revisorskollegiet har utifrån en riskbedömning beslutat att genomföra en fördjupad granskning av Vårdhygien i Region Skåne.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Skånes styrelser och nämnder har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att vårdhygien i Region Skåne bedrivs i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

1.3. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) – kap 5
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) – kap 1 och 3
- Smittskyddslagen (2004:168) – kap 1 och 4
- Reglemente för Regionstyrelse och nämnder i Region Skåne – fastställt av Regionfullmäktige 2018-12-10--11
- Region Skånes regler för basal hygien och arbetskläder vid patientnära arbete – 2012-04-16
- Handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner – 2014-06-27
- Tillämpningsanvisningar till Regiongemensam städstandard – 2013

- Övriga riktlinjer och styrdokument som är relevanta/aktuella för granskningen

1.4. Revisionsfrågor

1. Hur organiseras vårdhygien inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer?
2. Vilka mätningar görs, hur registreras dessa och vilka uppföljningar/återrapporteringar görs samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?
3. Vilka kontroller görs för att säkerställa att personal har tillräcklig kompetens/utbildning för att vården ska uppnå en god hygienisk standard samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?
4. Vilka kontroller görs av att städning, såväl den regelmässiga städningen som den patient-nära städningen inom vården, sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?
5. Vilka kontroller görs av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?
6. Är informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse på ett adekvat sätt?
7. Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?
8. Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard?

I uppdraget ingår även att beskriva de vanligaste orsakerna till att patienter drabbas av vårdrelaterade infektioner samt de vanligaste orsakerna till att anställda inte följer basala hygienrutiner och klädregler.

1.5. Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

1.6. Metod

Den fördjupade granskningen har genomförts genom genomgång av nationell och lokal statistik samt mätdata kopplat till vårdhygien. Vi har tagit del av nationella mätningar såsom punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner (PPM VRI), punktprevalensmätningar Basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) och Region Skånes registrerade avvikelser.

Intervjuer har genomförts med företrädare för Vårdhygien Skåne, Regionsservice, Regionfastigheter, och Patientnämnden Skåne. Intervjuer har vidare genomförts med företrädare från hälso- och sjukvårdsorganisationen i form av förvaltningschefer, chefsläkare, avdelningschefer, verksamhetschefer samt medarbetare inom utvalda enheter/kliniker som arbetar med vårdhygienfrågor. Förteckning över intervjuade personer återfinns i Bilaga 1.

Genomgång har skett av styrdokument, protokoll, uppföljning och beslutsunderlag avseende mål och strategier för vårdhygien och regionens arbete med vårdrelaterade infektioner, vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation. Förteckning över intervjuade personer återfinns i Bilaga 2.

Granskningen har utförts av PwC AB under perioden september 2019 till januari 2020. Rapportens faktaavsnitt har varit föremål för granskning från berörda verksamheter. Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (uppdragsledare), Louise Tornhagen (senior konsult) och Hanna Waddington (senior konsult). Lennart Iselius har varit knuten till granskningen som medicinsk expert. Kontaktpersoner från Region Skånes revisorer har varit Marie Nielsén och Eskil Engström förtroendevalda revisorer och kontaktperson från Region Skånes revisionskontor har varit Helena Olsson, projektledare och certifierad kommunal revisor.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Hur organiseras vårdhygien inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer?

2.1.1. Iakttagelser

Av verksamhetsplan och budget för år 2019 framgår att det finns ett övergripande mål om att undvika vårdskador. Ett av delmålen är inriktat mot på att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Enligt verksamhetsplan och budget är patientsäkerhet av högsta prioritet inom Region Skånes hälso- och sjukvård, och nollvision avseende vårdskador ska råda. Detta innebär att ingen patient ska drabbas av skador som hade kunnat undvikas.

Övergripande organisation och ansvar

Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Vården är organisatoriskt indelad i förvaltningar där varje verksamhetschef ansvarar för patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet inom sitt verksamhetsområde. Inom förvaltningarna finns chefsläkare och chefsjuksköterskor som stödjer patientsäkerhetsarbetet.

Inom Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning på Koncernkontoret bedrivs det regionala övergripande patientsäkerhetsarbetet av regional chefläkare och regional patientsäkerhetssamordnare dels genom regelbundna träffar med förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor för informationsutbyte och för att samordna strategier, arbete och frågor rörande patientsäkerheten; och dels genom informationsutbyte med bland annat Vårdhygien Skåne och med patientnämnden.

Koncernrådet för patientsäkerhet är centralt i det övergripande utvecklingsarbetet av patientsäkerheten och hälso- och sjukvårdsdirektören är rådets ordförande. I rådet ingår regional chefläkare, regional patientsäkerhetssamordnare, representanter från förvaltningarna och Område läkemedel, chefen för vårdhygien och Stramas² ordförande. Patientnämndens förvaltningschef är adjungerad. Rådet har mandat att fatta övergripande beslut i patientsäkerhetsfrågor. Koncernrådet för patientsäkerhet ska på regiondirektörens uppdrag utveckla, koordinera, och verkställa särskilt definierade arbetsuppgifter inom området patientsäkerhet.

Vårdhygien Skåne

Vårdhygien Skåne är Region Skånes expertfunktion i vårdhygieniska frågor. Vårdhygien Skånes övergripande mål är att förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner och minska risken för smittspridning i vården. Detta uppnås bland annat genom daglig rådgivning till vårdpersonal, övrig personal och chefer, strategisk rådgivning till chefer och tjänstemän i Region Skåne, upprättande av vårdhygieniska riktlinjer, utbildning och fortbildning, epidemiologisk övervakning samt delta i nätverk och arbetsgrupper. Uppdraget utförs gentemot Region Skånes egen organisation, regionala bolag (ex Folktandvården AB), privata vårdgivare och kommunal vård. Vårdhygien Skåne är organisatoriskt placerad inom Området smittskydd och vårdhygien, på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, koncernkontoret. Smittskyddsläkaren är områdeschef.

² Strama Skåne är ett nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling.

Rådgivning sker primärt via hygienläkare och hygiensjuksköterskor till regionens vårdpersonal och stödfunktioner. Rådgivning sker vid akuta situationer i form av nyss upptäckt smitta och genom kunskapsspridning i form av utbildningar och fortbildningar. Arbetet utförs systematiskt och efter behov. För att säkerställa att samma nivå upprätthålls i regionens samtliga verksamhetsområden tar Vårdhygien fram riktlinjer och rutiner samt arbetar med epidemiologisk övervakning. En rad olika vårdhygieniska riktlinjer har upprättats såsom exempelvis Grundläggande vårdhygieniska rutiner för slutenvård, öppenvård samt operationsavdelningar och pre- och postoperativa enheter.

Vårdhygien tar fram utbildningsmaterial och arrangerar utbildningar. Utbildningar genomförs dels genom traditionella utbildningsinsatser till medarbetare och chefer men också via webbutbildning. Vårdhygien arbetar också förebyggande genom bland annat hygienronder. Enligt beslut i Koncernrådet för patientsäkerhet rekommenderas att hygienrond genomförs minst var 18:e månad med efterföljande hygiendialog tillsammans med ansvariga chefer. Hygienronderna skall initieras av verksamheten. Syftet med hygienrond är att tillsammans med avdelningschef och utsedd personal, gå igenom förutsättningar för att kunna bedriva vård med en god hygienisk standard samt att identifiera goda exempel och vårdhygieniska förbättringsområden. Hygienrond genomförs systematiskt utifrån protokoll. Resultatet av hygienronden sammanställs i en rapport med åtgärdsförslag, vilket återkopplas till ansvarig chef. Protokollet skickas till ansvarig chef.

Patientsäkerhetsdialoger genomförs i samtliga förvaltningar. Dialogerna leds av chefläkare och patientsäkerhetssamordnare. De genomförs i form av "lärande diskussioner" med chefer och medarbetare. I samband med patientsäkerhetsdialogen sker även en hygiendialog, vilken är en uppföljande dialog av hygienronderna. Dessa riktar sig till de som är övergripande ansvariga för verksamheten och det är oftast chefläkaren som kallar till mötet.

Av intervjuer med företrädare från olika delar av regionen framgår att Vårdhygien Skåne upplevs som lättillgänglig, kompetent och väl fungerande. Flertalet uppger att de har en god dialog med enheten. Av intervjuer framgår att patientsäkerhetsdialoger, hygienronder och hygiendialoger fungerar i varierande utsträckning tillfredsställande. Hygienronderna uppges vara nyckeln till att säkerställa hur vårdhygienfrågorna fungerar i praktiken. En del verksamheter åtgärdar inte konstaterade brister från hygienronderna vilket innebär brister vad gäller ledning och styrning.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att Region Skåne har organiserat sitt arbete med vårdhygien på ett ändamålsenligt sätt. Vårdhygien Skåne uppfattas som närvarande, kompetenta och som ett gott stöd kring frågor om vårdhygien.

Vi bedömer att det finns tillräckliga rutiner och riktlinjer inom vårdhygien och att utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser tillhandahålls på ett tillfredsställande sätt. Utöver rutiner, riktlinjer och utbildningsinsatser används olika metoder för att säkerställa att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer. Vi bedömer att Vårdhygien Skåne utgör den primära källan för kunskapsöverföring mellan förvaltningar, avdelningar och enheter.

Ansvaret för att säkerställa att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete åvilar verksamheten. Av genomförd granskning framgår att de metoder som används i form av hygienronder och hygiendialoger förutsätter en verksam ledning och styrning. Av granskningen framgår att tillräckliga åtgärder inte vidtas för att säkerställa ett ändamålsenligt arbete. Vi bedömer att det finns en god struktur för verktygen, men vidtas inte åtgärder i enlighet med de rekommendationer som lämnas kommer heller inte vårdhygien att förbättras.

2.2. Vilka mätningar görs, hur registreras dessa och vilka uppföljnings- ar/låterrapporteringar görs samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?

2.2.1. Iakttagelser

Enligt punktprevalensmätningar redovisade av SKL har de vårdrelaterade infektionerna år 2017–2019 ökat inom Region Skåne. Vidare redovisas i regionens årsredovisning för år 2018 att Region Skåne har ett sämre resultat avseende vårdrelaterade infektioner än genomsnittet för riket. I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är basal hygien centralt. I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10 anges de krav som är grunden för alla verksamheters lokala hygienrutiner och det är vårdgivaren som ansvarar för att föreskrifterna följs. Vårdgivaren ska till exempel ta fram de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att föreskrifterna följs. I arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner behövs samarbete och alla personalkategoriernas delaktighet.

Enligt Region Skånes verksamhetsplan för år 2019 är ett av de övergripande målen att undvika vårdskador och minska vårdrelaterade infektioner. Regionens patientsäkerhetsberättelse för år 2018 beskriver att vårdskador skall förhindras genom ett aktivt och förebyggande arbete. För att säkerställa detta genomför Region Skåne ett antal mätningar vars resultat ska användas i syfte att utveckla arbetssätt och säkerställa god och säker vård.

Nedan redovisas de mätningar Region Skånes verksamheter genomför.

Punktprevalensmätning Vårdrelaterade infektioner (PPM VRI)

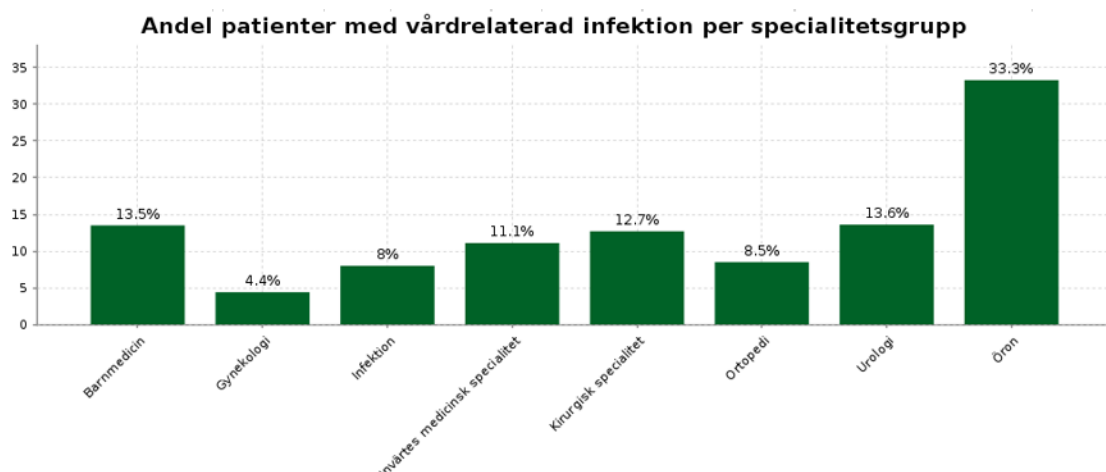
Det kan vara flera orsaker till VRI och riskfaktorer som kirurgi, kateter i urinvägarna eller blodbanan ökar risken att drabbas. Orsaker till VRI är multifaktoriella och komplexa. Vårdtyngd, tillgång till vårdplatser, städning och personaltäthet har lyfts fram som bidragande faktorer till de direkt patientrelaterade riskfaktorer för VRI som identifierats.

Den nationella mätningen PPM VRI genomförs årligen och mäter förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Detta sker under en given dag för samtliga inlagda patienter på en avdelning och ska genomföras av en läkare och en sjuksköterska tillsammans. Det är inte alltid samma personer som genomför mätningarna från gång till gång. Samtliga verksamheter inom ramen för granskningen uppger att de följer de nationella anvisningarna för mätningen avseende VRI. Mätningen rapporteras till SKL där resultaten finns att ta del av på en regionövergripande nivå. Några av de intervjuade uppger att de gör mätningen oftare exempelvis två till tre gånger per år. De intervjuade menar att det är verksamhetscheferna som ansvarar för hur ofta de gör mätningarna, det kan således göras med olika frekvens i de olika verksamheterna.

Mätningen från våren 2019 inkluderade totalt 1966 observationer. Mätningen visade att andelen patienter med VRI inom somatisk och psykiatrisk vård var 9,7 % jämfört med riket som låg på 8,8 %. Resultaten visar att i den somatiska vården var andelen patienter med VRI 11 % medan i den psykiatriska vården var andelen 1 %.

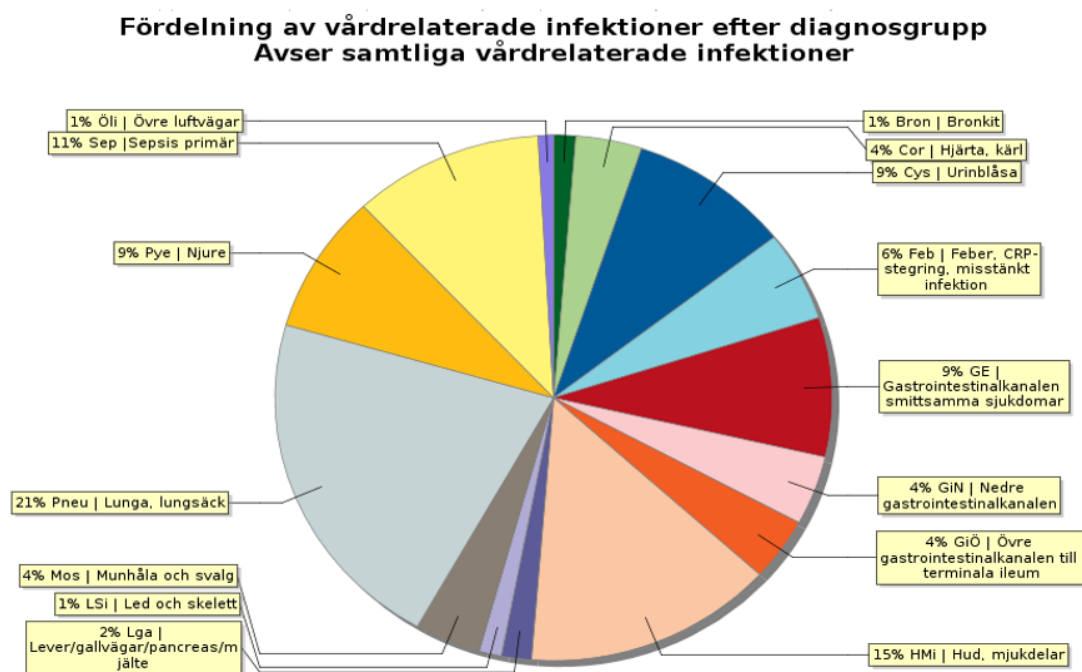
En djupare resultatanalys av den somatiska vården visar att åldersgruppen med störst andel VRI var patienter mellan 50–64 år (14,1 %). Av de patienter som visade på VRI (11 %) var 10,1 % under behandling med antibiotika.

Bild 1. Andel patienter med vårdrelaterad infektion per specialistgrupp, 2019³.



Vid mätningarna studeras riskfaktorer för vårdrelaterad infektion vilka är: Aktuellt kirurgiskt ingrepp, Antibiotikabehandling och profylax⁴, Central venkateter⁵, Immunsuppressiv⁶ terapi, Kateter och mekanisk ventilation. Patienter kan ha en eller flera riskfaktorer och resultatet av senaste mätning, 2019, visar att majoriteten av patienterna har riskfaktorn Antibiotikabehandling och profylax, 95,5%. Vidare analys visar på att flest identifierade vårdrelaterade infektioner är lokaliserade i lungor och luftvägar tätt följt av hud och mjukdelar.

Bild 2. Fördelning av vårdrelaterade infektioner efter diagnosgrupp, 2019.



³ Av bilden framgår hög andel inom Öron. Uppgiften är baserad på ett fåtal (3) observationer och därför inte signifikant för verksamheten.

⁴ Förebyggande åtgärd för att minska risk för smitta.

⁵ Det finns olika typer av centrala venkatetrar, så kallade CVK. En central venkateter är en tunn plastslang som förs in i ett av kroppens större blodkärl (1177).

⁶ Immunsuppression är när immunförsvaret är nedsatt, vilket kan framkallas frivilligt med immunsuppressiva läkemedel för behandling av autoimmunitet och vid transplantationer, eller uppkomma i form av sjukdom som fallet med HIV, undernäring, eller lymfom.

Av intervjuerna framgår att vissa verksamheter använder verktyget Gröna Korset för att dagligen arbeta med att identifiera risker och risk för vårdrelaterade infektioner (vårdskador) i realtid och snabbt få på plats en åtgärd. Exempelvis redogör patientsäkerhetssamordnare på Landskrona Lasarett att alla dess enheter har infört denna metod för att begränsa risken för bland annat VRI. Även verksamheter på Lasaretten i Ystad och Trelleborg samt Helsingborgs Lasarett använder sig av Gröna Korset.

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK)

Följsamhet till basala hygienrutiner samt klädregler är en viktig del i att förebygga vårdrelaterade infektioner. Det genomförs en nationell mätning årligen och Regions Skånes resultat i senaste mätningen 2019 visade att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler var 81,2 %. Följsamheten till endast hygienrutiner var 86,3% och följsamheten till endast klädregler var 92,0 %.

Samtliga intervjuade verksamheter genomför den årliga nationella mätningen och några av verksamheten gör mätningarna oftare, vissa en gång per månad. Vissa verksamheter berättar att mätningens frekvensen ökar om mätresultatet visar negativa avvikelser. Mätresultatet redovisas i ledningsgrupp och på enhetsnivå. Mätningen genomförs av vårdens medarbetare, exempelvis ett hygienombud. Vid frekventa mätningar förekommer att medarbetare gör självskattningar.

Av intervjuerna framgår att de vanligaste orsakerna till att målsättningen om att BHK inte uppnås är avsaknad av spritning av händer före patientkontakt och före användning av handskar. Vad som också uppkommer i intervjuerna är felaktig användning av förkläden och handskar inom vården. Orsaken till att hygienreglerna inte följs uppges bland annat bero på stress och kunskapsbrist.

Majoriteten av verksamheterna beskriver att resultatet används som underlag till förbättringsarbete. Om utfallet är negativt diskuteras detta på enhetsnivå och mätningar görs mer frekvent. Vid problem kan vårdhygiensjuksköterska involveras i arbetet och stödja med mer utbildning.

Av intervjuer framgår att psykiatrien ännu inte har använt sig av mätningens resultaten i syfte att utveckla verksamheten. Samtidigt lyfter de att verksamheten kan bli bättre på följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Särskilt gäller det läkares följsamhet till klädreglerna inom öppenvården. Det förekommer exempelvis att läkare som rör sig mellan öppenvård och slutenvård ej byter om enligt klädregler.

Övriga mätningar

Vidare redogörs via intervjuer att även lokala mätningar och kontroller genomförs beroende på verksamhet. Exempelvis genomförs mätningar i den egna verksamheten såsom städning av läkemedelsrum, förråd och tvätt av madrasser.

Regionen arbetar också med markörbaserad journalgranskning⁷. Antalet granskade journaler per enhet är dock få så verktyget ger endast en begränsad bild vad gäller förekomst av vårdrelaterade infektioner.

Infektionsverktyget

Av intervjuerna framgår att Region Skåne har implementerat och tagit i drift Infektionsverktyget. Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Syftet med Infektionsverktyget är att förebygga vårdrelaterade infektioner samt förbättra följsamheten till behandlingsrekommendationer med antibiotika. De intervjuade menar dock att det finns brister kopplat till infektionsverktyget i form av funktionalitet. Det ställer krav på att verksamheterna registrerar rätt i systemet och för att göra det krävs kunskap om vad som avses att registreras samt förmågan att tolka resultatet. Verktyget uppges inte ta hänsyn till mikrobiologiska fynd som inte kräver antibiotika eller förekomst av katetrar. Verktyget tar heller inte hänsyn till var VRI har uppkommit. Infektionsverktyget används inte

⁷ Markörbaserad Journalgranskning innebär att journaler granskas från ett slumpvis urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada.

aktivt i väntan på det nya journalsystemet. Det kommer att krävas tid för uppstart och kompetensutveckling innan infektionsverktyget kan fungera tillfredsställande.

Uppföljning

Mätningarna genomförs av vårdens medarbetare, exempelvis av en patientsäkerhetssamordnare tillsammans med läkare. De intervjuade berättar att resultaten av mätningarna skickas till ledningsgrupp och om mätningarnas utfall är negativt diskuteras detta på enhetsnivå. Resultatet används då till grund för att utveckla verksamheten. Vissa verksamheter berättar att handlingsplaner tas fram vilken kan innebära att mätningar genomförs mer frekvent.

Vid negativt utfall av PPM VRI analyseras detta på enhetsnivå och verksamheten försöker identifiera vilken typ av VRI som råder och hur denna kan undvikas.

Det finns synpunkter på mätverktygen och vissa menar att mätningar som görs en gång per år kan vara för sällan för att bygga ett utvecklingsarbete utifrån. Det blir endast en ögonblicksbild och det framgår inte var i vårdkedjan infektionen har uppstått. Vidare framkommer synpunkter på vad som är en vårdrelaterad infektion med tankar om att mätningen bör beakta både undvikbara och oundvikbara infektioner. Vissa moment i vården medför en infektionsrisk, exempelvis insättning av venkateter. Vidare finns många faktorer som påverkar förekomsten av VRI och exempel på dessa är lokaler och arbetsmiljö.

De intervjuade beskriver att det idag saknas en koppling mellan hygienronder och mätning av VRI. Det framgår även att de intervjuade inte ser något samband mellan resultaten från mätningar av basala hygienrutiner och vårdrelaterade infektioner. Det förekommer att verksamheter har goda resultat på PPM VRI och samtidigt dåliga resultat vad gäller PPM BHK och vice versa.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att mätning och registrering sker på ett ändamålsenligt sätt medan uppföljningen kan utvecklas. Resultaten av mätningarna tillämpas delvis på ett ändamålsenligt sätt.

Vi konstaterar att verksamheterna följer nationella rekommendationer för mätningar avseende vårdrelaterade infektioner samt basala hygienrutiner och klädregler. Dessa mätningar görs mer frekvent i de fall resultatet är avvikande. Mätresultaten används som underlag att utveckla verksamheten.

Det finns utmaningar som är kopplade till den uppföljning som sker av VRI. Styrtalet PPM VRI är svårt att tolka och styra efter. Av granskningen framgår att det finns svårigheter att göra nationella jämförelser och att måttet i huvudsak ger en ögonblicksbild vad gäller förekomsten av VRI. Den jämförelse som är mer relevant är den jämförelse Region Skåne kan göra med sig själv över tid. Den jämförelsen visar på att andelen VRI inte har minskat utan har varit oförändrad nivå under de senaste åren.

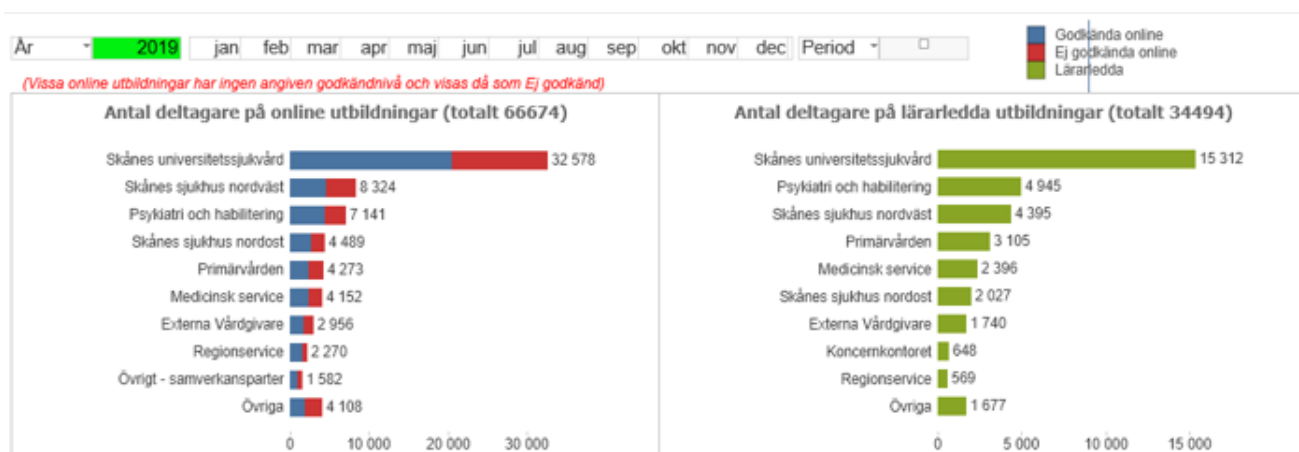
Vi har inom ramen för granskningen inte kunna spåra något lärande mellan verksamheter vad gäller analys utifrån mätningar av VRI. Vi har heller inte kunnat ta del av någon regionövergripande analys nedbruten på typ av infektion samt åtgärder för detta. Detta arbete förutses ske på verksamhetsnivå. Vi bedömer att verk samma metoder och framgångsrika exempel borde spridas regionövergripande och komma alla till del.

2.3. Vilka kontroller görs för att säkerställa att personal har tillräcklig kompetens/utbildning för att vården ska uppnå en god hygienisk standard samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?

2.3.1. Iakttagelser

För att säkerställa att medarbetare har den kunskap som krävs för att upprätthålla en god vårdhygien erbjuder Region Skåne en introduktionsutbildning till alla nyanställda. Centralt i denna utbildning är basala hygienrutiner och klädregler. Vidare erbjuds samtliga medarbetare en webbaserad utbildning avseende basala hygienrutiner och klädregler. Denna webbaserad utbildning finns på Region Skånes utbildningsportal. Enligt Vårdhygien saknas en regional samsyn på hur och när medarbetare ska genomföra utbildningen. Samtidigt uppger andra intervjuade att webbaserad utbildning är obligatorisk och att medarbetare ska genomföra utbildningen en gång per år, och när det är dags får medarbetare ett påminnelse mejl. Till webbaserad utbildning finns även ett kunskapstest vilket alla ska göra.

Bild 3 Antalet deltagare på webb-baserade och lärarledda utbildningar 2019



Av uppgifter från Vårdhygien Skåne och utbildningsportalen framgår antalet deltagande på webb-baserade och lärarledda utbildningar fördelat per förvaltning.

Av intervjuerna framkommer även att det finns utbildning som erbjuds enhetschefer vilken vårdhygien driver. Vissa lyfter även att hygienronden samt de mätningar som görs (exempelvis PPM VRI och BHK) har ett pedagogiskt syfte. Det ger tillfälle till upplysning och lärande avseende vårdhygien.

De intervjuade menar att ansvaret för att säkerställa att vårdens medarbetare har rätt kompetens avseende vårdhygien ligger på närmaste enhetschef samtidigt som det yttersta ansvaret ligger på verksamhetschef.

Av intervjuer med företrädare från Regionservice framgår att samtliga medarbetare är utbildade och flertalet är certifierade enligt den Nordiska städstandarden INSTA 800 och Dansk hygienstandard samt har städ- och rengöringsbranschens Yrkesbevis (SYR). Medarbetarna har också tillgång till regionens webbaserade utbildning avseende basala hygienrutiner och klädregler. Vissa medarbetare med specialuppdrag får extra utbildning exempelvis golvvårdsutbildning och smittstäd. Samtidigt framkommer av intervjuer med infektionskliniken på Skånes Universitetssjukhus att de upplevt att kompetens saknas hos medarbetare på Regionservice och verksamheten har då på eget initiativ utbildat dessa.

Uppföljning av genomförd webbutbildning är möjligt att göra av respektive enhetschef i utbildningsportalen. Av intervjuer framgår att det finns inga krav på uppföljning eller krav på rapportering. En del av de intervjuade berättar att uppföljning görs medan andra inte kontrollerar detta utan menar på att om de har goda resultat på mätningar av basala hygienrutiner och klädregler är det ett resultat av att kompetensen finns hos dessa medarbetare.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att det saknas en systematisk uppföljning och kontroll för att säkerställa att personalen har en tillräcklig kompetens/utbildning inom vårdhygien.

Vårdens medarbetare erbjuds vid nyanställningar en introduktionsutbildning i vårdhygien. Vidare finns webbaserad utbildning tillgänglig. Vi konstaterar att det saknas en samsyn i hur och när dessa utbildningar ska genomföras.

Uppföljning av genomförd utbildning är ej ett krav och granskningen visar att uppföljning görs på olika sätt i verksamheterna, alternativt uteblir. Eftersom kontrollen är bristfällig tillämpas inte heller resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt.

2.4. Vilka kontroller görs av att städning, såväl den regelmässiga städningen som den patientnära städningen inom vården, sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?

Inledning

Vid granskningen som genomfördes på uppdrag av Region Skånes revisorer år 2015 framgick det att det fanns brister i städstandarden och dess tillämpningsanvisningar som inte uppgavs vara anpassade efter hälso- och sjukvårdens behov. På uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören genomförde Vårdhygien Skåne en utvärdering av sambandet mellan brister i städning inom sjukvård och uppkomst av vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utvärderingen pekade på ett ökat behov av städning inom sjukvården i Skåne, vilket bland annat beror på kraftigt ökad förekomst av resistenta bakterier i samhället och hög omsättning av patienter per vårdplats. Presentation av denna utredning på koncernledningen hösten 2015 ledde till att Regionervice i samråd med verksamheterna och Vårdhygien samma höst fick i uppdrag att ta fram en ny regional städriktlinje.

Regionervice har sedan 2012 ansvaret för utförandet av lokalvård på sjukhusen (den regelmässiga städningen), men driftformerna skiljer sig åt mellan verksamheterna. Lokalvård utförs både i egen regi och med externt upphandlade utförare.

2.4.1. Iakttagelser

Av Servicenämndens verksamhetsberättelse för perioden jan-aug 2019 beskrivs att Regionervice under mandatperioden 2014–2018 återtog en del verksamheter i egen regi, däribland lokalvård på sjukhusen i Landskrona, Lund och Trelleborg. Inom primärvården har Regionervice upphandlat en extern leverantör som sköter lokalvården. Den patientnära städningen är i nuläget ett delat ansvarsområde mellan Regionervice och vårdverksamheterna. Regionervice har utvecklat konceptet med servicevårdar som kan avlasta vårdens medarbetare inom slutenvården. Servicevårdar ansvarar för daglig städning, patientnära städning och hantering av patientmåltider på vårdavdelning. Några av sjukhusen såsom Skånes universitetssjukhus i Malmö samt Helsingborgs lasarett nyttjar redan den här tjänsten. Att införa servicevårdar är förenat med en kostnad. Vårdverksamheter där Regionervice sköter den regelmässiga städningen är generellt sett mer nöjd med städningen än där städningen görs av en extern utförare. Det är dock Regionervice ansvar att även denna städning utförs med samma standard som den städning som utförs av Regionervice.

Av dokumentet *Konceptprogram FM 2019 för ny- och ombyggnation* giltigt 2019-01-01 beskrivs att den regelmässiga städningen sker enligt frekvenser som anges i RGSS (regiongemensamma städstandarden) samt i framtagna tillämpningsanvisningar för städstandarden. Regionervice verk-

samhet utgår från den nordiska städstandard INSTA 800 (Svensk Standard SS 627801:2012) och som kompletteras med Dansk hygienstandard DS 2451-10 samt städ- och Rengöringsbranschens Yrkesbevis (SYR). Av dokumentet framgår det vidare att Dansk Hygienstandard innehåller såväl riktlinjer för utförande som kontroll av städning medan INSTA 800 är ett verktyg för fastställande av kvalitetsnivåer samt kontroll av att dessa uppfylls.

Städningen ska utföras enligt detta oavsett om det är i egen regi eller av en extern aktör. De intervjuade beskriver att deras medarbetare utbildas inom detta, och en stor del av medarbetarna är också certifierade enligt dessa standarder. De intervjuade från Regionsservice beskriver att de regelbundet genomför kontroller och kvalitetsuppföljningar efter städstandarderna för sina ansvarsområden (regelmässiga städningen och patientnära städningen). Fyra gånger per år genomförs en kvartalskontroll på sjukhusområden av Regionsservice uppdrag, dvs regelmässig städning och där Regionsservice har servicevärdar som sköter den patientnära städningen. Månadsvis samt kvartalskontroller genomförs kontroller på externa fastigheter dvs (vårdcentraler, folktandvårdcentraler mm). Vi har inom ramen för granskningen tagit del av Redovisning APT kvalitetskontroll Q4 2019 för sjukhusen Hässleholm, Kristianstad och Ystad samt handlingsplan för att åtgärda uppkomna brister.

De intervjuade från Regionsservice beskriver att de använder sina mätningar och kontroller för att utveckla sin verksamhet och hur de arbetar med respektive vårdverksamhet. Därefter analyseras resultaten och en sammanställning skickas ut till respektive leveransorganisation vid respektive sjukhus. Resultat av mätningar redovisas till vården vid begäran. Dessa kontroller kan utgöra ett underlag för de kunddialoger som sker mellan Regionsservice och respektive verksamhetsområde som nyttjar deras tjänster.

För de verksamheter där vårdens medarbetare genomför den patientnära städningen är det verksamhetens uppgift att utbilda sina medarbetare i att sköta den patientnära städningen så att det sker enligt vedertagna metoder och regler. Därtill är det deras uppdrag att tillse att mätningar av städningen sker. Ytterst är det verksamhetschefens uppdrag att tillse att kontroller och uppföljningar av att städningen sker enligt vedertagna metoder och rutiner samt att resultatet är godkänt. Av intervjuer med vårdverksamheterna framgår att det finns rutiner för att städa patientrum, diskrum, läkemedelsrum och daglig madrasskontroll efter vedertagna metoder. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av dokumentet *Grundläggande vårdhygieniska rutiner i slutenvård* giltig från 2019-02-18, *Handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner inom Skånes sjukhus nordväst* Reviderad 190901 samt *Vårdhygienisk checklista för externa vårdgivare*. Av intervjuer med merparten av de vårdverksamheter som vi har intervjuat inom ramen för granskningen beskriver de att utöver PPM VRI och PPM BHK samt hygienronder inte görs några kontroller av städning. Det görs därför inga kontroller av den patientnära städningen.

I nuläget görs inga kontroller och mätningar över städningen som helhet. Både Regionsservice och vårdverksamheterna ser ett behov av att mäta den patientnära städningen som helhet tillsammans med den regelmässiga städningen, det görs inte idag. De menar att det finns ett behov att öka transparensen i Region Skåne kopplat till såväl den regelmässiga som den patientnära städningen.

Sedan år 2015 pågår ett arbete med att ta fram en ny städstandard som är anpassad efter den nationella städstandarderna. Regiondirektören gav Regionsservice i uppdrag att ta fram en ny städstandard. Regionsservice är projektägare, men med involvering från såväl Enheten för Vårdhygien, verksamhetsrepresentanter som fackliga representanter som finns med i projektgrupp och styrgrupp. Respondenter från Regionsservice beskriver att arbetet består av fem faser (1. nivåer av städning, 2. vem som ska utföra, 3. uppföljning, kontroll och följsamhet, 4. riktlinjer för material, metoder och hantering och 5. krav på utbildning). Den nya städstandarderna är i slutfasen, och koncernledningen väntas fatta beslut inom de närmsta månaderna. Enligt intervjuer är det en verifiering av ekonomiska effekter samt kalkyler som återstår innan en presentation kan ges till koncernledning samt beslut kan fattas. De intervjuade beskriver dock att själva implementeringen är ett annat uppdrag som kommer att kräva resurser från såväl Regionsservice som vårdverksamheterna.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollerna av den regelmässiga och patientnära städningen utförs till viss del av Regionsservice. Regionsservices medarbetare arbetar enligt den nordiska städstandard INSTA 800 och Dansk hygienstandard samt städ- och Rengöringsbranschens Yrkesbevis (SYR). Kvalitetskontroll genomförs fyra gånger per år av regionens egna verksamheter samt månadskontroller för externa lokaler. Vi har tagit del av underlag kring detta samt handlingsplan.

Vårdverksamheterna gör i huvudsak inga kontroller och mätningar över städningen som helhet, vilket innebär risker för vårdhygien. Kontroller skapar, utöver den vårdhygieniska aspekten, ett forum för lärande.

Vårdverksamheterna ansvarar för att utbilda sina medarbetare i att sköta den patientnära städningen så att det sker enligt vedertagna metoder och regler. Det sker dock ingen kontroll eller uppföljning av att det görs på rätt sätt, eller med ett tillfredsställande resultat, vilket är en risk. Konsekvensen är därför att det finns en risk för att verksamheterna fortsätter att städa på ett felaktigt sätt med brister i vårdhygien som en följd.

Vi anser att den nya städstandard bör tillföra en nivåhöjning av såväl den regelmässiga som patientnära städningen. Vi ser att det skapar möjligheter att arbeta på ett enhetligt sätt enligt vedertagna metoder och rutiner samt med en tydlig uppföljning och kontroll.

2.5. Vilka kontroller görs av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?

2.5.1. Iakttagelser

Det pågår många både större och mindre byggprojekt inom vård- och omsorg i Region Skåne. På Region Skånes hemsida under bygg- och fastighetsförvaltning finns samtliga riktlinjer samlade. För vårdhygien finns Vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering. Under denna riktlinje återfinns Svensk Förening för vårdhygiens skrift "Bygghälsa och Vårdhygien" vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler även kallad "BOV". Skriften reviderades senast 2016.

Av intervjuer med Regionfastigheter framgår att de använder sig av denna skrift. De beskriver att skriften fungerar som ett betydelsefullt planeringsverktyg. De intervjuade beskriver att skriften är användbar för såväl vårdpersonal som har ett behov att förändra befintliga lokaler, men även för Regionfastigheter som är projektledare för nybyggnationen eller renoveringen. Skriften beaktar det vårdhygieniska perspektivet och det finns förslag på rutiner för att förebygga smittspridning.

Av intervjuer med Regionsservice beskrivs vidare att Vårdhygien Skåne i de flesta fall involveras i ett tidigt skede i planeringsprocessen (behovsanalys) vid renovering och nybyggnation. Regionsservice beskriver att de kallar in representation från Vårdhygien Skåne i frågor där deras kunskap behövs, både i förebyggande frågor, till genomgång av verksamheten inför förändring. Vi har tagit del av ett urval av behovsanalys, behovsrapporter och verksamhetsbeskrivningar. I analyserna beskrivs utmaningar kopplat till befintliga lokaler, och i flera av dokumenten som vi har tagit del av beskrivs att Vårdhygien Skåne har varit involverade som rådgivare och att frågor kopplat till vårdhygien samlas under en rubrik i dokumenten. Hänvisningar till BOV görs också samt klassificeringar av lokaler.

Av samlade intervjuer framgår att det förekommer att det sker renoveringar i den miljö som patienter vistas i. Beroende på vad som görs vid renoveringen kan det räcka med konsultation från Vårdhygien Skåne före och efter renovering, men det kan också vara nödvändigt med såväl rådgivning som utvärdering på plats under pågående renovering. Verksamhetschefen, som är ytterst ansvarig

för patientsäkerheten, är inte alla gånger medveten om vilka risker som finns vid renovering samtidigt som det bedrivs verksamhet.

De intervjuade beskriver att i behovsanalysen som verksamheterna ska upprätta är hygienrund med som ett obligatoriskt moment vid samtliga byggnadsförändringar. I de fall där Vårdhygien involveras för sent i processen, eller inte alls kan det finnas risker kopplat till vårdhygien som projektet inte har beaktat i den utsträckning som är nödvändigt. Om Vårdhygien Skåne inte har varit delaktig under processen upptäcks eventuella brister först under inspektionstur/hygienrund som är obligatorisk. Dock kan bristen på involvering leda till förseningar och ökade kostnader om det upptäcks brister som måste åtgärdas.

Det saknas en tydlig rutin där involvering av Vårdhygien Skåne finns med även i renoveringar och lokaljusteringar av vårdlokaler. Vårdverksamheterna beskriver att ansvaret för involvering av Vårdhygien Skåne upplevs som otydligt. De menar vidare att det inte är tydligt huruvida det är vårdverksamheterna som har ansvar för att involvera Vårdhygien Skåne eller om detta är Regionfastigheters uppdrag. Av intervjuer framgår att när det gäller nybyggnation uppges frågor kring vårdhygien fungera bra. När det gäller renovering och ombyggnation beskrivs att arbetet med att involvera Vårdhygien Skåne fungerar betydligt bättre i nuläget, än för några år sedan.

Av intervjuer framgår att det finns provlokaler i Malmö där Regionsservice och vårdverksamheterna kan få möjlighet att provstada de nya lokalerna.

2.5.2. *Bedömning*

Vi bedömer att Vårdhygien Skåne aktivt bidrar med kompetens och kunskap i bygg- och projekteringsmöten. Svensk Förening för vårdhygiens skrift "Byggenskap och Vårdhygien" vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler även kallad "BOV" används. Vår granskning visar att i behovsanalysen som verksamheterna ska upprätta vid nybyggnation och byggnadsförändringar finns hygienrund med som ett obligatoriskt moment vid samtliga byggnadsförändringar.

Det framgår inte av behovsanalyserna om det ska genomföras några kontroller av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker utöver att BOV används och Vårdhygien Skåne involveras och konsulteras.

Det förekommer renovering i vårdmiljöer där patienter vistas. Vi menar att det saknas en systematisk kontroll som säkerställer rådgivning och utvärdering på plats under pågående renovering.

Vi bedömer att de obligatoriska hygienronderna som genomförs av Vårdhygien Skåne när arbetet är färdigställt säkerställer att kontroller av vårdhygienfrågor vid såväl renovering som nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal.

Vi ser dock att det finns ett behov att ta fram en tydlig rutin eller checklista för renoveringar och mindre justeringar för att säkerställa Vårdhygien Skånes medverkan redan från start. Detta för att undvika förseningar, patientsäkerhetsrisker och extra kostnader som eventuellt kan uppkomma vid hygienrund. Såväl vårdverksamheterna som Regionfastigheter framhåller att det är otydligt vems ansvar det är att kalla till möten eller informera Vårdhygien Skåne vid dessa förändringar.

2.6. **Är informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse på ett adekvat sätt?**

2.6.1. *Iakttagelser*

Region Skåne avger årligen en regionövergripande patientsäkerhetsberättelse. Den övergripande patientsäkerhetsberättelsen behandlas inte i HSN eller i regionstyrelsen.

Samtliga sjukhusstyrelser samt Psykiatri, habilitering och hjälpmedelsnämnd redovisar resultatet av PPM-VRI i Verksamhetsberättelse januari – augusti 2019. Verksamhetsberättelserna har beslutats på styrelsernas sammanträden under september 2019.

HNSs verksamhetsberättelse jan - augusti behandlades på nämndssammanträde 25 september 2019. Av rapporten framgår att Region Skåne följer det nationella mönstret, vilket innebär att det totalt sett inte har skett någon minskning av vårdrelaterade infektioner under de senaste åren. Mätning av andelen vårdrelaterade infektioner startade år 2008 och har de senaste åren legat på i stort sett oförändrad nivå på 9–10 procent. Vid vårens punktprevalensmätning visade resultatet en liten ökning till drygt elva procent. HSN vidtog inga särskilda åtgärder med anledning av verksamhetsberättelsen.

I Sjukhusstyrelse Kristianstad har sjukhuschefen under året informerat kring vårdhygien. Resultatet från senaste mätningen av PPM-VRI återfinns i Verksamhetsberättelse jan-aug 2019 Sjukhusstyrelse Kristianstad. Av denna framgår att en plan gjordes under hösten 2018 i syfte att minska antalet vårdrelaterade infektioner. En uppföljning av hur arbetet fortskrider har nu gjorts som visar att samtliga verksamheter i varierande grad genomfört sina delar av planen. Vid den senaste mätningen på CSK, våren 2019, återfanns 8,4 procent vårdrelaterade infektioner. Styrelsen har inte vidtagit några särskilda åtgärder med anledning av redovisningen.

I Sjukhusstyrelse SUS behandlades Verksamhetsberättelse jan-aug 2019 under september månad. Av rapporteringen framgår att den största VRI-typen var läkemedelsrelaterade infektioner följt av postoperativa infektioner. Den största diagnosgruppen var pneumoni följt av infektion i hud -och mjukdelar. Av rapporteringen framgår att förekomst av VRI har ökat i jämförelse med föregående års mätning. Några särskilda åtgärder mot bakgrund av redovisningen har inte vidtagits av styrelsen.

Vi har gått igenom samtliga protokoll från dessa sammanträden. Samtliga styrelser och nämnder har godkänt förslag till delårsrapport. Inga beslut har fattats om åtgärder mot bakgrund av redovisningen. Av våra intervjuer framgår att berörda styrelser/nämnder utöver redovisning av verksamhetsberättelse erhållit muntlig rapportering avseende vårdhygien. Några särskilda åtgärder har inte vidtagits. Delårsrapporten för Region Skåne januari-augusti 2019 har behandlats i Regionstyrelsen 2019-10-10 och Regionfullmäktige 2019-10-22.

2.6.2. *Bedömning*

Vi bedömer att informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen avseende VRI till övervägande del är ändamålsenlig. VRI är ett samlingsbegrepp för olika vårdrelaterade infektioner. Den rapportering som lämnas till Sjukhusstyrelse SUS ger tydligast bild av vilka infektioner som är vanligast förekommande.

I SKL:s rapport om framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner anges att i hela organisationen – från profession till högsta landstingsledning – bör det finnas en utbredd kultur där vårdrelaterade infektioner ses som något oacceptabelt som kan och ska undvikas. Vi kan inom ramen för denna granskning inte spåra att berörda nämnder/styrelser har agerat med anledning av rapporteringen trots bristande måluppfyllelse. Mot bakgrund av detta kan inte nämnder/styrelser anses ha agerat på ett adekvat sätt.

2.7. **Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?**

2.7.1. *Iakttagelser*

Av verksamhetsplan och budget för år 2019 framgår att krav på ett mer ändamålsenligt klagomåls-system i hälso-och sjukvården beslutades 2018 genom en ändring i Patientsäkerhetslagen. Det är

vårdgivarens ansvar att ta emot, utreda och dokumentera inkomna klagomål. Målsättningen är dels att underlätta för patienter och närstående att på ett enkelt sätt klaga på vården och dels att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvården att lära utifrån aggregerade data. Patientnämnden beskriver att det finns flera sätt att lämna klagomål på vården. Man kan vända sig till patientnämnden eller till den vårdenhets där vården gavs. Vissa händelser kan anmälas till IVO, men då ska klagomålet först ha besvarats av vården.

Region Skåne har en rutin för att hantera Regelverk för avvikelshantering i Region Skåne giltig från 2018-04-18. Rutinen beskriver hur regionen ska hantera händelser som har lett till eller kunnat leda till en vårdskada. Händelsen ska identifieras, rapporteras, analyseras, åtgärdas och följas upp. För att undvika upprepning är det viktigt att erfarenheterna från en avvikelse sprids till andra enheter i organisationen. Rutinen beskriver också vilka händelser som ska rapporteras i AvIC. Intervjuerna med vårdverksamheterna visar att de delar patientnämndens bild att få klagomål berör just vårdhygien, men att det förekommer. De menar vidare att Region Skånes rutin för avvikelshantering är tydlig.

Exempelvis ska brister i städningen i första hand felanmälas, men om det är ett återkommande problem eller om det kan innebära en vårdskada eller risk för vårdskada ska det rapporteras i AvIC. Klagomålet kan lämnas till respektive avdelnings- eller verksamhetschef som hanterar frågan med Regionsservice i syfte att åtgärda bristen kopplat till städning. Felanmälan kan också göras direkt till kundservice. Respondenterna beskriver att dialogen mellan vårdverksamheterna och Regionsservice till övervägande del är god, och att uppkomna brister åtgärdas.

Vid egna brister menar de att det ska åtgärdas direkt och risk för vårdskador ska alltid registreras i avvikelssystemet. Respondenterna beskriver att alla avvikelser med risk för patientskada inte rapporteras i AvIC. Hygienronderna ett exempel där de påtalade bristerna leder till att verksamheterna upprättar handlingsplaner och baserat på dessa handlingsplaner görs en uppföljning. Dock menar de intervjuade att hygienronden är ett betydelsefullt forum för utveckling av verksamheten, och bidrar till förbättring och en fortsatt dialog inom verksamheten kring förbättringsarbete kopplat till vårdhygien.

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av statistik som visar Region Skånes avvikelser. Under år 2018 rapporterades 30 155 avvikelser. Utifrån sökning i avvikelssystemet framkom följande vad gäller förekomst av vårdhygien:

Tabell: Förekomst av vårdhygien bland avvikelser under perioden 20170101 - 20191108

Klassificering	Antal
Bristande hygienrutin, personal	179
Bristande hygienrutin, patient	200
Vårdrelaterad infektion	132
Sökning i fritext – "Städ"	262
Sökning i leveranser och tjänsteflödet Lokalvård	260

Några av sjukhusen beskriver att de har ärendansvarig och utredningsansvarig som hanterar avvikelser på verksamhetsnivå. De beskriver vidare att det är en betydelsefull del i deras lärandeprocess för att hela tiden bli bättre. De beskriver även att det är ett kontinuerligt arbete. Förbättringsarbetet sker på flera nivåer. Bland annat genom arbetet utifrån synpunkter från hygienrond vilket enligt de intervjuade, skapar ett bra forum för lärande.

Av intervjuer med avdelningschefer på sjukhusförvaltningarna framgår att synpunkter från patienter och anhöriga vad gäller brister kring vårdhygien framförs direkt och att avdelningscheferna åtgärdar bristerna omgående. Exempelvis ska brister i städningen i första hand felanmälas, men om det är ett återkommande problem eller om det kan innebära en vårdskada eller risk för vårdskada ska

det rapporteras i AvIC. Klagomålet kan lämnas till respektive avdelnings- eller verksamhetschef som hanterar frågan med Regionsservice i syfte att åtgärda bristen kopplat till städning. Antalet rapporterade avvikelser har under de senaste åren varit oförändrat.

Patientnämnden beskriver att de flesta patienter som kontaktar patientnämnden (uppskattning 70 %) endast vill att vården ska få veta vad patienten varit med om. I ca 30 % tar patientnämnden kontakt med vården och i ca 15 % begär patientnämnden in ett yttrande från vården. Patientnämnden ska göra IVO uppmärksamma på förhållanden av relevans för tillsyn.

Antalet inkomna ärenden under 2018 hade minskat jämfört med året innan, från 6 153 till 5810 ärenden. Patientnämndens uppgift är att ta emot och handlägga klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Patientnämnden tar emot och registrerar patienternas synpunkter i ärendehanteringssystemet Vårdsynpunkter. Alla synpunkter som rapporteras sammanfattas av identifierat till berörda verksamhetschefer, chefläkare och politiker. Av handbok *Patientnämnden 2019* samt intervjuer med patientnämnden framgår att det finns en nationell kategorisering av patientklagomål. Dessa är uppdelade i åtta huvudkategorier med efterföljande underrubriker. Under kategorin Vårdansvar och organisation finns vårdhygien som en underrubrik "hygien/miljö/teknik". Av intervjuer med patientnämnden framkommer det att det finns väldigt få inrapporterade klagomål kopplat till vårdhygien i systemet. Patientnämnden har gjort såväl sökningar på per kategori, och även kompletterat med fritext.

2.7.2. Bedömning

Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförts till verksamheterna delvis hanteras på ett ändamålsenligt sätt enligt patientsäkerhetslagen. Det är vårdgivarens ansvar att ta emot, utreda och dokumentera inkomna klagomål. Det finns rutiner och riktlinjer för hur det ska hanteras, och medarbetarna menar att det är tydligt. Av intervjuer framgår att synpunkter och klagomål hanteras på plats. Dock visar statistiken att det är få rapporterade avvikelser totalt och ännu färre som är kopplade till just vårdhygien. En heltidsarbetande inom vården registrerar ca en avvikelse om året, vilket är ett lågt antal. Det är inte tydligt huruvida patienternas klagomål finns med bland dessa avvikelser eller om det endast är vårdpersonalens. Det finns också skillnader i hur vården arbetar med att registrera avvikelser.

En risk är dock att klagomål ofta stannar kvar på lägre nivåer inom vårdens verksamheter. Konsekvenserna blir att erfarenheter och lärdomar inte lyfts till någon högre och aggregerad nivå. Det saknas således ett lärandeperspektiv när det gäller uppkomna synpunkter och klagomål. Vi anser inte att det finns en tydlig process så att synpunkter och klagomål leder till systematiska förbättringsåtgärder i verksamheten förutom vid hygienronder. Vi har inte inom ramen för granskningen tagit del av hur dokumenterade synpunkter och klagomål avseende vårdhygien har lett till förbättringsåtgärder i verksamheten.

Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförts till Patientnämnden hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Synpunkterna fångas upp i ärendehanteringssystemet Vårdsynpunkter, och patientnämnden kan vända sig till vården för yttrande samt anmäler vid allvarliga händelser till IVO. Synpunkter och klagomål kategoriseras enligt en nationell kategorisering, vilket möjliggör nationella jämförelser.

2.8. Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard?

2.8.1. Iakttagelser

För att hålla en god hygienisk standard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. En god hygienisk standard berör alla som arbetar och vistas inom vård och omsorgsverksamhet. Det inkluderar både vård- och omsorgstagare, personal, närstående och besökare. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. Det omfattar bland annat:

- Vårdhygienisk kompetens
- Vårdlokaler
- Utrustning i vården
- Vårdens organisation och planering

Vi har inte inom ramen för granskningen tagit del av någon utredning eller dokumenterad bedömning om tillräckliga resurser är avsatta för att uppnå en god hygienisk standard. Någon jämförelse med jämförbara regioner beträffande resursåtgång avseende vårdhygien finns inte. Det finns heller ingen nationell jämförelse där avsatta resurser för Vårdhygien Skåne kan ställas i relation till andra regioner.

Vid intervjuer med företrädare från Vårdhygien framhålls att de efterlyser mer resurser vad gäller privata vårdaktörer. Det understryks att resurser för att driva ett preventivt arbete gentemot privata aktörer är otillräckliga. Det saknas resurser för att arbeta strategiskt och systematiskt motsvarande det arbete som hygiensjuksköterskor gör åt Skånes kommuner. Vårdhygien Skåne anger att detta beror på att finansieringen av uppdraget gentemot privata aktörer är otillräcklig. Vidare finns endast fyra hygiensjuksköterskor avsatta åt uppdraget att stödja Skånes 33 kommuner. Begränsade resurser uppges försvåra det operativa arbetet gentemot dessa.

Vid intervjuer med företrädare från sjukvårdsförvaltningarna framhålls flera brister vad gäller lokalernas utformning och städningen. När det gäller lokaler saknas enkelrum och utformningen av lokaler är inte ändamålsenliga utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv. Företrädare från Psykiatrin framhåller att alla vårdavdelningar inte har en skölj eller isolerade rum. Företrädare för Primärvården Skåne menar att många vårdcentraler bedriver verksamhet i gamla lokaler som är svåra att städa rent. Företrädare för SUS menar att det saknas rätt förutsättningar för rengöring av utrustning och möbler. Företrädare från Helsingborgs lasarett framhåller att rengöring av sjukhusets sängar påbörjades sommaren 2019. Någon uppgift när det gjordes dessförinnan kan inte anges.

När det gäller städning ges en varierande bild. Några framhåller att städningen fungerar bra. Andra framhåller att städningen är bristfällig. Flera efterlyser en ny städstandard som tydligt definierar kvalitet och frekvens på städning.

Av intervjuer med företrädare från Regionervice framgår att de är med i "Best service" som är en nationell jämförelse mellan alla regioner i Sverige som jämför FM (Facility Management) tjänster. I förhållande till de andra regionerna menar Regionervice att de har en lägre budget i förhållande till sin storlek och att de är underfinansierade för sitt uppdrag. Företrädare för Regionervice menar att de saknar tillräckligt med resurser för att kunna hantera basstädningen som är obligatoriskt för samtliga sjukhusverksamheter inom Region Skåne. Som exempel menar de att de saknar städmaterial som uppfyller kravet som standard. De menar därtill att det även finns behov av att höja kompetensen. Det pågår för närvarande ett stort genomlysningsuppdrag för att se över resurser kopplat till följsamhet gentemot standarden. Arbetet beräknas vara klart i december månad 2019.

2.8.2. Bedömning

Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard? Utifrån granskningen bedömer vi att det är tveksamt om Vårdhygien Skåne är fullt ut finansierat för hela sitt uppdrag. Då vården kommer att utvecklas mot mer Nära vård, där betydligt mer vård bedrivs ute i den kommunala hälso- och sjukvården och i patientens boende, kommer det att krävas en resursförstärkning inom detta område inom Vårdhygien Skåne för att kunna arbeta mer strategiskt och systematiskt gentemot Skånes kommuner. Vidare kan vi konstatera att för lite resurser används för kontroll och förebyggande arbete mot privata vårdgivare. Det är dock inte detsamma som att påstå att Vårdhygien Skåne har för lite resurser. En sådan slutsats förutsätter en genomlysning av verksamheten.

Det är vidare svårt att uppnå en god hygienisk standard med nuvarande lokalförutsättningar. Många vårdlokaler är gamla och det saknas enkelrum på många ställen. När det gäller städningen kan vi konstatera att flertalet intervjuer pekar på att städningen är bristfällig. Nuvarande städstandard innebär att det saknas en gemensam basnivå i regionen vad gäller metoder, kvalitet, kompetens

tens och frekvens. Sannolikt kostar en övergång till nationell städstandard mer resurser än nuvarande nivå.

Kopplar vi frågeställningen till fullmäktiges mål om att minska de vårdrelaterade infektionerna saknas det underlag för oss att uttala oss om de sammantagna resurserna i Region Skåne är tillräckliga för att uppnå en god hygienisk standard. Det finns ingen nationell jämförelse inom området. Om Region Skåne ska minska sina vårdrelaterade infektioner är det inte säkert att resurserna ska öka, utan kanske snarare att kunskapsnivån bör höjas och att ett mer ändamålsenligt arbetssätt bedrivs.

3. Revisionell bedömning och rekommendationer

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen på alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig andel inskrivna patienter i vården drabbas någon gång av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso-och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner är vanliga och vårdhygien nämns i detta sammanhang ofta som en nyckelfaktor för att komma tillrätta med problemen.

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Skånes styrelser och nämnder har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att vårdhygien i Region Skåne bedrivs i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

Vi gör den samlade bedömningen att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig. Bedömningen grundar sig framförallt på de brister vi ser vad gäller systematik inom uppföljning och kontroll av vårdhygien, samt bristen på tydlig effekt av det utförda arbetet. Även om mätmetoden vad gäller PPM VRI kan diskuteras har inte andelen VRI minskat över tid hos regionens egna mätningar. Vår bedömning baseras i övrigt på den avstämning av revisionsfrågor som gjorts. Bland annat har följande iakttagelser och bedömningar gjorts:

Kontrollmål	Kommentar
Hur organiseras vårdhygien inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer?	Vi bedömer att Regions Skåne har organiserat sitt arbete med vårdhygien på ett ändamålsenligt sätt. Vårdhygien Skåne uppfattas som närvarande, kompetenta och som ett gott stöd kring frågor om vårdhygien. Vi bedömer att det finns tillräckliga rutiner och riktlinjer samt metoder inom vårdhygien och att utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser tillhandahålls på ett tillfredsställande sätt. Ansvar för att säkerställa att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete åvilar verksamheten. Av genomförd granskning framgår att de metoder som används i form av hygienronder och hygiendialoger förutsätter en verksam ledning och styrning. Av granskningen framgår att tillräckliga åtgärder inte vidtas för att säkerställa ett ändamålsenligt arbete. Vi bedömer att det finns en god struktur för verktygen, men vidtas inte åtgärder i enlighet med de rekommendationer som lämnas kommer heller inte vårdhygien att förbättras.
Vilka mätningar görs, hur registreras dessa och vilka uppföljningar/återrapporteringar görs samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	Vi bedömer att mätning och registrering sker på ett ändamålsenligt sätt medan uppföljningen kan utvecklas. Resultaten av mätningarna tillämpas delvis på ett ändamålsenligt sätt. Det finns utmaningar som är kopplade till den uppföljning som sker av VRI. Styrtalet PPM VRI är svårt att tolka och styra efter. Av granskningen framgår att det finns svårigheter att göra nationella jämförelser och att måttet i huvudsak ger en ögonblicksbild vad gäller förekomsten av VRI. Den jämförelse som är mer relevant är den jämförelse regionen kan göra med sig själv över tid. Den visar på

	att andelen VRI inte har minskat. Vi har inom ramen för granskningen inte kunna spåra något lärande mellan verksamheter vad gäller analys utifrån mätningar av VRI. Vi har heller inte kunnat ta del av någon regionövergripande analys nedbruten på typ av infektion samt åtgärder för detta. Detta arbete förutses ske på verksamhetsnivå. Verksamma metoder och framgångsrika exempel borde spridas regionövergripande och komma alla till del.
Vilka kontroller görs för att säkerställa att personal har tillräcklig kompetens/utbildning för att vården ska uppnå en god hygienisk standard samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	Vi bedömer att det saknas en systematisk uppföljning och kontroll för att säkerställa att personalen har en tillräcklig kompetens/utbildning inom vårdhygien. Vårdens medarbetare erbjuds vid nyanställningar en introduktionsutbildning i vårdhygien. Vidare finns webbaserad utbildning tillgänglig. Vi konstaterar att det saknas en samsyn i hur och när dessa utbildningar ska genomföras. Uppföljning av genomförd utbildning är ej ett krav och granskningen visar att uppföljning görs på olika sätt i verksamheterna, alternativt uteblir. Eftersom kontrollen är bristfällig tillämpas inte heller resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt.
Vilka kontroller görs av att städning, såväl den regelmässiga städningen som den patient-nära städningen inom vården, sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	Vi bedömer att kontrollerna av den regelmässiga och patientnära städningen utförs till viss del av Regionservice. Vårdverksamheterna gör inga kontroller och mätningar över städningen som helhet, vilket innebär risker för vårdhygien. Vårdverksamheterna utbildar sina medarbetare i att sköta den patientnära städningen så att den sker enligt vedertagna metoder och regler. Det sker i huvudsak inga kontroller eller uppföljning av att det görs på rätt sätt, eller med ett tillfredsställande resultat, vilket är en risk. Konsekvensen är därför att det finns risk för att verksamheterna fortsätter att städa på ett felaktigt sätt med brister i vårdhygien som följd. Vi anser att den nya städstandarden bör tillföra en nivåhöjning av såväl den regelmässiga som patientnära städningen. Vi ser att det skapar möjligheter att arbeta på ett enhetligt sätt enligt vedertagna metoder och rutiner samt med en tydlig uppföljning och kontroll.
Vilka kontroller görs av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal samt tillämpas resultaten av dessa på ett ändamålsenligt sätt?	Vi bedömer att Vårdhygien Skåne aktivt bidrar med kompetens och kunskap i bygg- och projekteringsmöten. Svensk Förening för vårdhygiens skrift "Bygghälsa och Vårdhygien" vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler även kallad "BOV" används. Vår granskning visar att i behovsanalysen som verksamheterna ska upprätta vid nybyggnation och byggnadsförändringar finns hygienrond med som ett obligatoriskt moment vid samtliga byggnadsförändringar. Det framgår inte av behovsanalyserna om det genomförs några kontroller av att vårdhygienfrågor i samband med renovering och nybyggnation sker utöver att BOV används och Vårdhygien Skåne involveras och konsulteras. Det förekommer renovering i vårdmiljöer där patienter vistas. Vi menar att det saknas en systematisk kontroll som säkerställer råd-

	givning och utvärdering på plats under pågående renovering. Vi bedömer att de obligatoriska hygienronderna som genomförs av Vårdhygien Skåne när arbetet är färdigställt säkerställer att kontroller av vårdhygienfrågor vid såväl renovering som nybyggnation sker enligt vedertagna metoder, regler och eventuella interna eller externa avtal. Vi ser dock att det finns ett behov att ta fram en tydlig rutin eller checklista för renoveringar och mindre justeringar för att säkerställa Vårdhygien Skånes medverkan redan från start. Detta för att undvika förseningar, patientsäkerhetsrisker och extra kostnader som eventuellt kan uppkomma vid hygienrond. Såväl vårdverksamheterna som Regionfastigheter framhåller att det är otydligt vems ansvar det är att kalla till möten eller informera Vårdhygien Skåne vid dessa förändringar.
Är informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse på ett adekvat sätt?	Vi bedömer att informationslämning och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen avseende VRI till övervägande del är ändamålsenlig. VRI är ett samlingsbegrepp för olika vårdrelaterade infektioner. Den rapportering som lämnas till Sjukhusstyrelse SUS ger tydligast bild av vilka infektioner som är vanligast förekommande. I SKL:s rapport om framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner anges att i hela organisationen – från profession till högsta landstingsledning – bör det finnas en utbredd kultur där vårdrelaterade infektioner ses som något oacceptabelt som kan och ska undvikas. Vi kan inom ramen för denna granskning inte spåra att berörda nämnder/styrelser har agerat med anledning av rapporteringen trots bristande måluppfyllelse. Mot bakgrund av detta kan inte nämnder/styrelser anses ha agerat på ett adekvat sätt.
Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?	Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförts till verksamheterna delvis hanteras på ett ändamålsenligt sätt enligt patientsäkerhetslagen. Det är vårdgivarens ansvar att ta emot, utreda och dokumentera inkomna klagomål. Det finns rutiner och riktlinjer för hur det ska hanteras, och medarbetarna menar att det är tydligt. Av intervjuer framgår att synpunkter och klagomål hanteras på plats. Dock visar statistiken att det är få rapporterade avvikelser totalt och ännu färre som är kopplade till just vårdhygien. En heltidsarbetande inom vården registrerar ca en avvikelse om året, vilket är ett lågt antal. Det är inte tydligt huruvida patienternas klagomål finns med bland dessa avvikelser eller om det endast är vårdpersonalens. Det finns också skillnader i hur vården arbetar med att registrera avvikelser. En risk är dock att klagomål ofta stannar kvar på lägre nivåer inom vårdens verksamheter. Konsekvenserna blir att erfarenheter och lärdomar inte lyfts till någon högre och aggregerad nivå. Det saknas således ett lärandeperspektiv när det gäller uppkomna synpunkter och klagomål. Vi anser inte att det finns en tydlig process så att synpunkter och klagomål leder till systematiska förbättringsåtgärder i verksamheten förutom vid hygienrond. Vi har inte inom

	ramen för granskningen tagit del av hur dokumenterade synpunkter och klagomål avseende vårdhygien har lett till förbättringsåtgärder i verksamheten. Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförts till Patientnämnden hanteras på ett ända-målsenligt sätt. Synpunkterna fångas upp i ärendehanteringssystemet Vårdsynpunkter, och patientnämnden kan vända sig till vården för yttrande samt anmäler vid allvarliga händelser till IVO. Synpunkter och klagomål kategoriseras enligt en nationell kategorisering, vilket möjliggör nationella jämförelser.
Är tillräckliga resurser avsatta för att uppnå en god hygienisk standard?	Utifrån granskningen bedömer vi att det är tveksamt om Vårdhygien Skåne är fullt ut finansierat för hela sitt uppdrag. Då vården kommer att utvecklas mot mer Nära vård, där betydligt mer vård bedrivs ute i den kommunala hälso- och sjukvården och i patientens boende, kommer det att krävas en resursförstärkning inom detta område inom Vårdhygien Skåne för att kunna arbeta mer strategiskt och systematiskt gentemot Skånes kommuner. Vidare kan vi konstatera att för lite resurser används för kontroll och förebyggande arbete mot privata vårdgivare. Det är dock inte det samma som att påstå att Vårdhygien Skåne har för lite resurser. En sådan slutsats förutsätter en genomlysning av verksamheten. Det är vidare svårt att uppnå en god hygienisk standard med nuvarande lokalförutsättningar. Många vårdlokaler är gamla och det saknas enkelrum på många ställen. När det gäller städningen kan vi konstatera att flertalet intervjuer pekar på att städningen är bristfällig. Nuvarande städstandard innebär att det saknas en gemensam basnivå i regionen vad gäller metoder, kvalitet, kompetens och frekvens. Sannolikt kostar en övergång till nationell städstandard mer resurser än nuvarande nivå. Kopplar vi frågeställningen till fullmäktiges mål om att minska de vårdrelaterade infektionerna saknas det underlag för oss att uttala oss om de sammantagna resurserna i Region Skåne är tillräckliga för att uppnå en god hygienisk standard. Det finns ingen nationell jämförelse inom området. Om Region Skåne ska minska sina vårdrelaterade infektioner är det inte säkert att resurserna ska öka, utan kanske snarare att kunskapsnivån bör höjas och att ett mer ända-målsenligt arbetssätt bedrivs.

3.1. Rekommendationer

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att ta fram en samlad strategi för hur Region Skåne ska kunna nå angiven målsättning vad gäller hur andelen vårdrelaterade infekt-

ioner ska minska. Målsättningen behöver konkretiseras och brytas ner i hur de olika undvikbara infektionerna ska minskas.

- Regionstyrelsen rekommenderas att implementera en ny städstandard för att säkerställa en regiongemensam uppföljning, kontroll, och följsamhet. En organisation bör tillsättas i syfte att implementera den nya städstandarderna då det kommer att kräva resurser både centralt som från Regionservice och vårdverksamheterna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att driva och samordna ett utvecklingsarbete som syftar till ett bättre lärande av förvaltningarnas angreppssätt och metoder. Vi ser att arbetet med att lära av varandras angreppssätt och metoder bör stärkas. Arbetet kan drivas och samordnas på en regionövergripande nivå.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden och samtliga sjukhusstyrelser rekommenderas att ta fram ett system för att systematiskt säkerställa att vårdens medarbetare tillgodogör sig utbildning inom vårdhygien. Vårdhygien är en kunskaps- och kompetensfråga.
- Servicenämnden rekommenderas att säkerställa att det tas fram en tydlig rutin eller checklista för renoveringar och mindre justeringar för att säkerställa Vårdhygien Skånes medverkan.
- Servicenämnden rekommenderas att säkerställa att det sker en systematisk kontroll som säkerställer Vårdhygien Skånes rådgivning och utvärdering på plats under pågående renovering i vårdmiljöer där patienter vistas.

Bilaga 1 Intervjupersoner

Funktion	Organisation
Regional chefläkare	Avdelning för Hälso- och sjukvårdsstyrning
Regional patientsäkerhetssamordnare	Avdelning för Hälso- och sjukvårdsstyrning
Områdeschef, Enhetschef hygiensjuk-sköterskor och Enhetschef hygienläkare	Område smittskydd och vårdhygien
Hygiensjuksköterskor	Område smittskydd och vårdhygien (6 st representerande primärvård, psykiatri, habilitering samt sjukhusförvaltningarna SUS, Trelleborg, Ystad, Helsingborg, Ängelholm, Kristianstad och Hässleholm)
Chef Process och Tjänst, ,	Regionservice
Verksamhetschef, Projektledare ny städstandard	Regionservice
Processutvecklare inom FM,	Regionservice
Verksamhetschef	Regionservice
Projektledare Lokalplanering	Regionfastigheter
Handläggare/verksamhetsutvecklare,	Patientnämnden Skåne
Förvaltningschef	Primärvården
Biträdande sjukhuschef	Centralsjukhuset Kristianstad
Avdelningschef medicinkliniken,	Centralsjukhuset Kristianstad
Verksamhetschef VO Ortopedi	Hässleholms sjukhus
Avdelningschef Medicin	Hässleholms sjukhus
Chefssjuksköterska	Ystad lasarett
Chefläkare	SUS, Malmö
Verksamhetschef, infektion	SUS, Malmö
Enhetschef medicinavdelningen	SUS, Malmö
Chefläkare	Helsingborgs lasarett
Enhetschef, ortopedavdelning,	Helsingborgs lasarett
Enhetschef, gynavdelning,	Helsingborgs lasarett
Enhetschef, ortopedavdelning	Trelleborgs lasarett
Patientsäkerhetssamordnare,	Landskrona lasarett
Chefläkare,	Psykiatri och habilitering
Chefssjuksköterska	Psykiatri och habilitering
Tf Verksamhetschef	Psykiatri och habilitering patientsäkerhetsorganisationen

Bilaga 2 Granskade dokument

Dokument
Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020 - 2021
Patientsäkerhetsberättelse, Region Skåne, 2018
Översyn regional patientsäkerhetsfunktion
Protokoll och Verksamhetsberättelser jan – aug 2019, Region Skånes sjukhusstyrelser, HSN, Primärvårdsnämnd samt Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnd
Resultat från VRI PPM samt VRI BHK, Uppgifter från avvikelshanteringssystemet
Uppdrag Vårdhygien Skåne
Verksamhetsberättelse Smittskydd, Vårdhygien och Strama, 2018
Vårdhygienisk checklista för Externa vårdgivare, Grundläggande vårdhygieniska rutiner i slutenvård
Ledningssystem patientsäkerhet för Skånes sjukhus nordväst
Handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner inom Skånes sjukhus nordväst
Uppdrag att utarbeta en ny regional riktlinje för städning i Region Skånes vårdlokaler
Servicekommitténs verksamhetsberättelse för perioden jan-aug 2019
Konceptprogram 2019 (regionsservice)
Befattningsbeskrivningar Servicevård och husvård (Regionsservice)
BOV - vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation
Arbetsmaterial Projekt LIV-förslag till en ny regional riktlinje för städning i Region Skånes vårdlokaler
Vårdrelaterade infektioner, framgångsfaktorer som förebygger, SKL
Patientnämnden Skånes verksamhetsberättelse 2018 samt Handbok Patientnämnden 2019
Behovsanalysrapport samt verksamhetsbeskrivning för Sterilteknisk enhet, Hässleholms sjukhus, 2019
Behovsanalysrapport för Hässleholm, Ortopedi, Mottagning och Pre-postop och vårdenheter 2019
Behovsanalysrapport samt verksamhetsbeskrivning för Operation och Pre-operativ avdelning. Hässleholm 2019
Behovsanalysrapport samt verksamhetsbeskrivning för ny servicecentral, Hässleholms sjukhus, 2019
Redovisning APT kvalitetskontroller Hässleholm, Kristianstad och Ystad Q4 2019, Regionsservice
Handlingsplan 190715, Regionsservice
Minnesanteckningar från möte med Regionsservice och vårdhygien 191009
Processrevision Q2 2109, Regionsservice, Mall uppföljning medarbetare, Regionsservice