



**Landstinget Dalarna**

Landstingets arbete med att reducera  
Vårdrelaterade infektioner

Rapportutkast

KPMG AB  
2015-11-23  
*Antal sidor:26*

## Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Bakgrund	4
3.	Syfte och revisionsfrågor	6
4.	Revisionskriterier	6
5.	Genomförande och metod	7
6.	Nationell satsning på patientsäkerhet	7
7.	Lagstöd för arbete med vårdhygien	8
8.	Landstingsövergripande iakttagelser	9
8.1	Sektionen för vårdhygien	9
8.2	Hygienkommitté	10
8.3	Smittskydd	11
8.4	STRAMA	11
8.5	Patientsäkerhetsarbete	12
8.6	Förekomst och registrering av vårdrelaterade infektioner	13
8.6.1	Nationell mätning	13
8.6.2	Infektionsverktyget	15
8.6.3	Uppföljning av hygienregler	16
8.7	Styrande dokument	18
8.8	Kommentarer och bedömning	19
9.	Iakttagelser från verksamheten	21
9.1	Mätning av förekomst av VRI	21
9.2	Hygienombud och hygienronder	22
9.3	Följsamhet till basala hygienregler och klädregler	22
9.4	Folktandvården	23
9.5	Överbeläggning och lokaler	23
9.6	Städning	25
9.7	Kommentarer och bedömning	25

## 1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av Landstinget Dalarnas (Lt Dalarna) arbete med att reducera vårdrelaterade infektioner (VRI). Granskningen ingår i revisionsplanen för 2015.

VRI innebär ett onödigt lidande för patienter men ger även upphov till extra kostnader och komplikationer som kan äventyra resultatet av genomförda behandlingar. Kostnaderna i Sverige för VRI uppskattas vara 5-7,5 miljarder kronor per år. En stor del av VRI är möjliga att förebygga. Flera av åtgärderna för att förebygga VRI kräver inte kostsamma investeringar utan handlar i huvudsak om implementering av rutiner. Utmaningen är dock att göra alla åtgärder som finns evidens för vid alla tillfällen, och att få spridning av alla åtgärder i en så stor organisation som hälso- och sjukvården inom landstinget Dalarna.

Det har skett en positiv utveckling inom de flesta av de i den tidigare granskningen (år 2009) identifierade förbättringsområdena. Det finns en *samsyn* gällande vikten av ett effektivt förebyggande arbete för att minska VRI i landstinget. Det finns också till stora delar *strukturer och processer* för hur det förebyggande arbetet praktiskt ska ske genom aktuella riktlinjer, rutiner och uppföljning.

Trots de åtgärder som vidtagits är granskningens övergripande bedömning att landstingets förebyggande arbete mot VRI inte kan anses vara effektivt och ändamålsenligt förrän förekomsten av VRI är minst på samma nivå som de landsting som visar låga nivåer av VRI.

Nedan sammanfattas svaren på de formulerade revisionsfrågorna.

### **Har styrelsen följt upp och utrett anledningen till den redovisade ökningen av vårdrelaterade infektioner på ett ändamålsenligt sätt?**

Det har inte skett någon specifik utredning om varför det skett en ökning av VRI enligt de mätningar som sker med nationell metodik. Ökningen rapporterades för styrelsen i årsuppföljningen för år 2014. I den verksamhetsplan som styrelsen beslutat om för år 2015 finns det inget specifikt mål specificerat avseende VRI eller följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler<sup>1</sup>. Den avtalsuppföljning som sker med vårdcentraler inom Hälsoval Dalarna innehåller ingen uppföljning av hur man uppfyller kraven om vårdhygiensikt arbete.

---

<sup>1</sup> De mål för 2015 som beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen finns inte angivna i verksamhetsplanen för år 2015.

### **Vilka orsaker antas ligga bakom den redovisade ökningen och bedöms dessa som relevanta?**

Vid den tidigare granskningen år 2009 var Lt Dalarna enligt nationella mätningar ett av de landstingen med lägst förekomst av VRI. Sedan dess har det skett en ökning och nu har endast fyra landsting i Sverige högre förekomst av VRI. Vi kan utifrån denna granskning och tillgängliga data inte ge någon enskild förklaring till detta.

### **Är de åtgärder styrelsen vidtagit med anledning den redovisade ökningen ändamålsenliga och effektiva? är t ex metoder och system anpassade för att kunna efterlevas i verksamheten?**

Granskningens bedömning är att landstinget vidtagit åtgärder utifrån den tidigare granskningens rekommendationer och den observerade ökningen av VRI som har kunnat ses genom VRI PPM. Ett landstingsövergripande program/projekt har startas med syftet att stödja implementeringen av de identifierade framgångsfaktorerna för att minska VRI (se avsnitt 8.5). Om projektet genomförs som planerat så är granskningens bedömning att projektet blir en viktig del i att stärka det förebyggande arbetet och att det ökar förutsättningarna för att de identifierade framgångsfaktorerna ska kunna implementeras och tillämpas i verksamheterna.

### **Säkerställer styrelsen på ett ändamålsenligt och effektivt sätt efterlevnaden av vidtagna åtgärder (t ex basala hygienrutiner) inom hälso- och sjukvården?**

Landstingets deltar i den nationella punktprevalensmätningen av basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Det genomförs även regelbundna mätningar vid vårdverksamheterna av BHK.

### **Har landstinget beaktat riskerna med överbeläggning?**

Lt Dalarna har ett lägre antal överbeläggningar än riket i genomsnitt. År 2014–2015 har det dock skett en ökning av överbeläggningar i jämförelse med år 2013–2014 i Lt Dalarna (se avsnitt 9.4). Det finns en medvetenhet om risker för VRI vid överbeläggningar. Orsaken till överbeläggningarna uppges framförallt bero på den brist på sjuksköterskor som är för handen.

I nedanstående punkter beskrivs några av de förbättrings-/utvecklingsområden som identifierats i granskningen.

- ✓ Landstinget bör tillse att den angivna metodiken följs för att mäta VRI-förekomst för att säkerställa så korrekta data som möjligt.
- ✓ Landstinget bör skyndsamt tillse att korrekta data produceras i Infektionsverktyget (se avsnitt 8.6.2) så att det kan bli ett tillförlitligt verktyg i uppföljning av VRI och antibiotikaförskrivning.

- ✓ Ett formellt uppdrag för hygienkommittén bör tas fram och beslutas av förvaltningschef/landstingsdirektör.
- ✓ Det bör tydliggöras att chefer inom landstinget inte bör ifrågasätta av landstinget antagna riktlinjer och rutiner inför sin personal t.ex. genom att ifrågasätta att vissa av de åtgärder, som det finns nationell och internationella konsensus om, är verksamma för minska VRI.
- ✓ I avtalsuppföljning med de vårdcentraler som ingår i Hälsoval Dalarna bör det förebyggande VRI-arbetet följas upp. Detta kan inte anses vara ett ansvar enbart för sektionen för Vårdhygien.
- ✓ Landstinget bör utreda om den bemanning och de resurser som finns för Vårdhygien är tillräcklig i ett landsting som Lt Dalarna med en stor geografisk spridning av sina verksamheter.
- ✓ Det bör införas ett mer systematiskt system för hygienronder och vårdhygienisk egenkontroll.

## 2. Bakgrund

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av landstingets arbete med att reducera vårdrelaterade infektioner. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2015.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) mäts bl.a. genom nationella punktprevalensmätningar vid två tillfällen per år (vår och höst). Under lång tid har de VRI i Dalarna legat på en låg nivå. Fr.o.m. hösten 2011 har den redovisade förekomsten av VRI dock succesivt ökat och uppgick vid mätningen våren 2014 till enligt den senaste mätningen till ca 10,6 procent. Även om olika felkällor och osäkerheter kring mätmetoden beaktas är den trendmässiga ökningen påtaglig.

VRI medför både stora ekonomiska kostnaderna för hälso- och sjukvården och lidande för patienten. Enbart de ekonomiska kostnaderna för en ökning av de vårdrelaterade infektionerna från en nationellt genomsnittlig nivå till nivån enligt senaste mättillfället kan, enligt socialstyrelsens beräkningsgrunder, uppskattas till mellan 40 – 60 miljoner kronor. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner har också uppmärksamats av ledningen och ett särskilt projekt, grundat på SKL:s åttapunktsprogram mot vårdrelaterade infektioner, har initierats och en projektledare ha anställts på central nivå i landstinget.

År 2009 genomförde revisorerna i Lt Dalarna en granskning av insatserna för att förebygga VRI. I granskningen bedömdes bl.a. arbetet för en god vårdhygien i hälso- och sjukvården som både adekvat uppbyggt och välfungerande.

Landstinget bedömdes ha relativt begränsade resurser avsatta för ändamålet jämfört med riket i övrigt men placerade sig bra i de nationella mätningarna av vårdrelaterade infektioner. Riktlinjer och information för arbete med vårdhygien fanns i den utsträckning som ansågs vara erforderlig.

Hygienombud fanns vid samtliga granskade enheter. Regler och rutiner för hantering av smitta och smittrisker fanns vid de enheter som granskades. Vid de utbrott av smitta som förekommit hade smittspridningen enligt uppgift kunnat begränsas. Granskningen visade dock att det fanns ett antal brister/förbättringsområden och ett antal rekommendationer lämnades. Dessa var:

- ✓ Att aktivt verka för successivt införande av förbättrade system för registrering av vårdrelaterade infektioner i landstinget.
- ✓ Att arbeta för regelbunden rapportering av följsamhet gentemot basala hygienregler och klädkod vid landstingets samtliga verksamheter.
- ✓ Att se till att hygienronder genomförs på ett systematiskt och planerat sätt så att tillfredsställande täckning av verksamheter inom sektionens ansvarsområde säkerställs.
- ✓ Att fortsatt lyfta fram städfunktionens betydelse för god vårdhygien, att ge råd och stöd i utformning av städrutiner och att medverka vid utbildning och fortbildning av städpersonal.
- ✓ Att verka för att primärvården systematiskt observerar och rapporterar infektioner som kan bedömas som vårdrelaterade.
- ✓ Att pröva förutsättningarna för utökade informationsinsatser avseende vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner som riktas specifikt till läkarkollektivet.
- ✓ Vikten av att Landstingsstyrelsen är observant på de risker som kan vara förknippade med överbeläggningar.

Oavsett om den konstaterade ökningen av förekomsten av VRI de senaste åren motsvaras av en lika stor reell förändring eller om förändringen grundas på ändrade mätmetoder, slumpmässiga variationer etc. ser revisorerna den redovisade höga nivån som oroväckande. Revisorerna ser det därför som angeläget att granska dels hur styrelsen hanterat den redovisade ökningen av vårdrelaterade infektioner, dels hur styrelsen säkerställer att vidtagna åtgärder etc. faktiskt efterlevs inom hälso- och sjukvården.

### 3. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma dels ändamålsenlighet och effektivitet i de åtgärder styrelsen vidtagit med anledning av den redovisade ökningen av vårdrelaterade infektioner, dels hur styrelsen säkerställer efterlevnaden av vidtagna åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Revisorerna har med utgångspunkt från syftet definierat nedanstående frågeställningar som granskningen ska belysa/ge svar på:

- ✓ Har styrelsen följt upp och utrett anledningen till den redovisade ökningen av vårdrelaterade infektioner på ett ändamålsenligt sätt?
- ✓ Vilka orsaker antas ligga bakom den redovisade ökningen och bedöms dessa som relevanta?
- ✓ Är de åtgärder styrelsen vidtagit med anledning den redovisade ökningen ändamålsenliga och effektiva? är t ex metoder och system anpassade för att kunna efterlevas i verksamheten?
- ✓ Säkerställer styrelsen på ett ändamålsenligt och effektivt sätt efterlevnaden av vidtagna åtgärder (t ex basala hygienrutiner) inom hälso- och sjukvården?
- ✓ Finns det en lokal registrering av infektioner som ger möjlighet till överblick och långsiktig uppföljning?
- ✓ Finns det en systematiserad uppföljning av hygienregler?
- ✓ Har man beaktat risker med överbeläggning?
- ✓ Hur beaktar landstinget städningens roll i arbetet med att minska VRI?

Vi har i granskningen följt utvecklingen av de brister/förbättringsområden som presenterades i granskningen från år 2009.

### 4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i denna granskning:

- ✓ Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 § 2a
- ✓ Patientsäkerhetslagen, 2010:659
- ✓ Smittskyddslagen, 2004:168

- ✓ Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2007:19
- ✓ Att förebygga vårdrelaterade infektioner, ett kunskapsunderlag, Socialstyrelsen, 2006
- ✓ Verktyg i ett ledningssystem för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård, Svensk Förening för Vårdhygien, SFVH, 2011-09-01

## 5. Genomförande och metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och fältbesök. Intervjuer genomfördes med representanter för divisionsledningarna, patientsäkerhetsavdelningen, och sektionen för vårdhygien. Fältbesök/intervjuer vid Falu lasarett, Mora Lasarett och sjukhus i Ludvika, genomförts med fem vårdcentraler och fem tandvårdskliniker. Rapporten är sakgranskad av chefen för vårdhygien samt patientsäkerhetsavdelningen.

I nedanstående avsnitt redovisas de iakttagelser som vi gjort utifrån de formulerade revisionsfrågorna och vad som framkom vid granskningen år 2009.

## 6. Nationell satsning på patientsäkerhet

Sedan år 2010 finns en nationell överenskommelse mellan staten och SKL om att minska antalet skador i vården genom ett förstärkt patientsäkerhetsarbete. En god vårdhygien är en viktig del för att uppnå en förstärkt patientsäkerhet.

För att stimulera arbetet för ökad patientsäkerhet hade staten och SKL en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet för perioden 2011–2014. Överenskommelsen syftade till att intensiviera patientsäkerhetsarbetet med ekonomiska incitament och att sätta patientens behov i centrum. De områden som lyftes fram i överenskommelsen var patientsäkerhetskultur, patientmedverkan, e-hälsa, läkemedelsanvändning, antibiotikaanvändning, vårdrelaterade infektioner och överbeläggningar.

I den nationella satsningen ingick att mäta förekomsten av vårdskador genom journalgranskning<sup>2</sup>. Mätningen genomfördes genom journalgranskning enligt en speciell metod (markörbaserad journalgranskning). Under år 2013 och första halvåret 2014 granskades cirka 30 000 vårdtillfällen vid 63 akutsjukhus. Andelen vårdtillfällen med vårdskador var 13 procent för män och 12,2 procent för kvinnor. För män bedömdes cirka 9 procent respektive 8 procent för kvinnor av vårdskadorna vara undvikbara. Av samtliga vårdskador stod VRI för knappt 34 procent.

---

<sup>2</sup> Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014. SKL, 2014.



Mer än hälften av alla vårdtillfällen där VRI konstaterades medförde en förlängd vårdtid vid sjukhus.

För att identifiera framgångsfaktorer och stimulera utbyte mellan landstingen har 16 landsting tillsammans genomfört ett projekt för att utveckla arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner<sup>3</sup>. Projektet har genomförts genom en kartläggning av förekomst av vårdrelaterade infektioner och relaterade faktorer (t.ex. riskfaktorer och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler). Dessutom har en jämförelse genomförts av arbetssätt mellan de landsting och sjukhus som har en hög respektive låg förekomst av vårdrelaterade infektioner. Utifrån denna kartläggning har åtta framgångsfaktorer identifierats för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Dessa är:

1. Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla
2. Hygienriktlinjer ses som självklara
3. Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt
4. Goda lokalmässiga förutsättningar skapas
5. Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling
6. Städning ses som en viktig del.
7. Vårdhygien och verksamheter samarbetar tätt.
8. Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler

## 7. Lagstöd för arbete med vårdhygien

Vårdgivarens ansvar för vårdhygien regleras i flera olika författningar och föreskrifter

- ✓ Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763) beskriver vårdgivaren ska tillse att vården ska vara av god kvalitet och bland annat uppfylla kraven på god hygien. Hälsa- och sjukvårdslagen gäller all hälso- och sjukvård oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig (landsting eller kommun).
- ✓ Smittskyddslagen (2004:168) ger föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor, för att tillse befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar
- ✓ Arbetsmiljölagen (1977:1160) har som ändamål att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. God

---

<sup>3</sup> Vårdrelaterade infektioner – Framgångsfaktorer som förebygger. SKL 2014.

vårdhygienisk arbetsmiljöpraxis ska följas av alla arbetstagare inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg.

- ✓ Livsmedelslagen (2006:804) anger krav på hur livsmedel ska hanteras för att säkerställa en hög skyddsnivå för människors hälsa i olika verksamheter som t.ex. hälso- och sjukvård samt vård och omsorg.
- ✓ Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet anger skyldigheten för vårdgivare att bedriva ett systematiskt arbete.
- ✓ Socialstyrelsens föreskrift och anmälningsskyldighet Lex maria (2005:28) beskriver vårdgivarens skyldighet att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient utsatts eller lidit risk för vårdskada.
- ✓ Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården (2007:19) gäller vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och lagen om omskärelse av pojkar. Denna föreskrift ersätts från och med 1 januari 2016 med Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10). Den nya föreskriften innebär en viss skärpning av hygienreglerna men innebär framförallt att reglerna även gäller inom hemtjänst, särskilda boenden och vissa LSS-boenden.
- ✓ Arbetsmiljöverkets föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna, AFS 2005:1.

## 8. Landstingsövergripande iakttagelser

### 8.1 Sektionen för vårdhygien

På samma sätt som vid den tidigare granskningen år 2009 samordnas landstingets insatser för att förebygga och minska VRI av sektionen för Vårdhygien<sup>4</sup>. Vårdhygien är en del av Smittskyddsenheten och är chefen för enheten för medicinsk kvalitet i landstinget. På samma sätt som tidigare är chefen för smittskyddsenheten tillika hygienöverläkare på 20 procent av sin arbetstid. Det har dock skett en förstärkning med en fast biträdande smittskyddsläkare ytterligare en hygienöverläkare med 40 procents tjänstgöring inom Vårdhygien. Det har även skett en förstärkning avseende antalet hygiensjuksköterskor. Det finns idag två hygiensjukskötersketjänster med uppdrag åt landstinget och 0.5 hygiensjukskötersketjänst

---

<sup>4</sup> Framgent benämnt som Vårdhygien

med uppdrag åt Dalarnas kommuner vid enheten. En av dessa tjänster är vakant men kommer att tillsättas under hösten 2015.

Vårdhygienens ansvarsområde omfattar hälso- och sjukvård inklusive tandvård, oberoende av huvudman. Verksamheten riktar sig till all landstingsdriven och kommunal vård och omsorg i Dalarna. Övrig tid hänvisas till Infektionskliniken bakjour.

Ansvar för det vårdhygieniska arbetet följer linjeorganisationen. Respektive verksamhetschef är ansvarig för den vårdhygieniska standarden inom sin verksamhet och har expertstöd från Vårdhygien. Vid varje enhet på sjukhusen och på varje vårdcentral finns hygienombud som arbetar på uppdrag av närmaste chef med hygienfrågor på den egna enheten. Vårdhygien ansvarar för utbildning av hygienombud och för samordningen av hygienombudsorganisationen. Det finns en arbetsbeskrivning för hygienombuden. Vårdhygien genomför även hygienronder vid vårdenheterna i länet

Idag bedrivs en stor del av samhällets hälso-och sjukvård i kommunal regi inom hemsjukvård och vid särskilda boenden. Många av dem som får insatser i kommunal regi är ”sköra äldre” med en ökad risk för VRI. Vårdhygien ger länets kommuner stöd för att förbygga VRI i kommunala insatser. Riktlinjer för kommunalt arbete för att förebygga VRI har tagits fram i samverkan med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och Vårdhygien.

Vårdhygiens huvuduppgifter kan sammanfattas i nedanstående punkter.

- ✓ Övervaka infektionsläget och informera om patienter som kräver särskilda smittförebyggande åtgärder.
- ✓ Kartlägga utbrott och informera om åtgärder som hejdar och begränsar utbrotten.
- ✓ Medverka vid utveckling och uppföljning av vårdrutiner.
- ✓ Medverka till registrering av vårdrelaterade infektioner.
- ✓ Medverka till att lokaler, utrustning och medicintekniska produkter är ändamålsenliga ur vårdhygienisk synpunkt.
- ✓ Ge utbildning om hur VRI kan förebyggas.

Vid jämförelse med andra landsting har Vårdhygien en lägre bemanning än de flesta landsting i Sverige avseende både hygienläkare och hygiensjuksköterskor.

## 8.2 Hygienkommitté

Efter revisionsgranskningen som genomfördes år 2009 tillskapades det på uppdrag av landstingsdirektören 2011 en hygienkommitté. Hygienkommittén har ett

landstingsövergripande uppdrag i vårdhygieniska frågor och fungerar som styrgrupp inom området. Hygienkommittén träffas vid protokollförda möten två gånger per år. Ordförande i hygienkommittén är chefsläkaren som tillika är ansvarig för det övergripande patientsäkerhetsarbetet i landstinget. Hygienkommittén upprättar landstingsövergripande riktlinjer.

Det saknas en formell uppdragsbeskrivning för hygienkommittén. Det håller på att tas fram en sådan.

### 8.3 Smittskydd

Smittskyddsenshetens uppgift är att med stöd av Smittskyddslagen förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och från människor både ute i samhället och i vårdmiljöer. Till skillnad från vårdhygien har smittskyddsläkaren en myndighetsfunktion. Arbetet består bland annat av övervakning av anmälningspliktiga sjukdomar, smittspårning, utbildning, information till både offentliga och privata aktörer samt direkt till allmänheten i Dalarna. Smittskyddsarbetet har stora beröringspunkter med det vårdhygieniska arbetet. Utifrån olika perspektiv handlar smittskydd och vårdhygien om att förhindra smittspridning till och mellan människor. Endast en liten del av smittskyddsenshetens arbete är direkt myndighetsutövning. I stora delar handlar smittskyddsverksamheten om information, riktlinjearbete och epidemiologisk övervakning.

I samband med olika utbrott av smittsamma sjukdomar måste vårdhygien och smittskydd samarbeta. Det aktualiserades t.ex. i samband med Ebolautbrottet i Västafrika år 2014. Vårdhygien måste stödja sjukvården för att erbjuda en säker och god vård för den smittade/misstänkt smittade utan att smitta sprids vidare och Smittskyddsensheten måste verka för att förhindra smittspridning i samhället.

### 8.4 STRAMA

STRAMA<sup>5</sup> bildades 1995 som ett frivilligt nätverk. På initiativ av referensgruppen för antibiotikafrågor, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen samlades experter för att diskutera hur det ökade hotet av resistent bakterier skulle hanteras. Enighet rådde om att alla berörda myndigheter och organisationer måste ta ett gemensamt ansvar för att en enhetlig strategi skulle utvecklas och efterlevas. Strama deltar i Folkhälsomyndighetens samverkansgrupp för Stramaarbete. Strama är också en av kompensgrupperna inom den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK).

Lokala STRAMA-grupper finns i alla landsting. År 2001 bildades en lokal STRAMA-grupp i Lt Dalarna. De lokala grupperna arbetar med både slutenvård och öppenvård. STRAMA arbetar med läkemedelsrekommendationer, utbildning

---

<sup>5</sup> Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

och uppföljning inom antibiotikaområdet. Ett proaktivt arbete med antibiotikafrågor är en förutsättning för ett hållbart förebyggande arbete med vårdrelaterade infektioner.

## 8.5 Patientsäkerhetsarbete

VRI är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. I början av år 2015 intierades ett projekt i Lt Dalarna för att implementera de slutsatser som framkommit i rapporten Framgångsfaktorer som förebygger vårdrelaterade infektioner i Lt Dalarna<sup>6</sup>.

Syftet med projektet är att patientsäkerhetsavdelning tillsammans med sektionen för vårdhygien ska stödja implementeringen av de identifierade framgångsfaktorerna för att minska VRI. De mål som satts upp är att

- ✓ VRI-PPM<sup>7</sup> minskar till 7 procent år 2015
- ✓ VRI-PPM uppnår ett stabilt värde under 5 procent år 2017
- ✓ BHK-PPM uppnår lägst riksgenomsnittet år 2015
- ✓ BHK-PPM är 100 procent år 2017 inom somatisk vård
- ✓ Vårddygn relaterat till VRI minskat
- ✓ VRI ska år 2017 halverad utifrån MJG<sup>8</sup>
- ✓ Kodning av VRI sker i patientjournal
- ✓ I ledningssystemet införa internkontroll avseende förebyggande insatser för VRI.

Projektet har startat och styrgrupp och projektgrupp är utsedda. Förutom påbörjan av implementering av de övergripande framgångsfaktorerna på central nivå har pilotkliniker utsetts och arbetet har påbörjats. Initialt kommer fokus vid klinikerna att vara att identifiera åtgärder för att minska postoperativa sårinfektioner, vårdrelaterade urinvägsinfektioner och infektioner vid centrala venösa katetrar.

Det beskrivs problem i samband med initieringen av projektet. Vissa verksamheter anser sig inte ha möjlighet att prioritera projektet. Fokus för närvarande är den genomlysning som sker av landstingets verksamheter för att åtgärda landstingets ekonomiska situation.

---

<sup>6</sup> Projektdirektiv VRI-projektet 2.0 (LD15/011162)

<sup>7</sup> Se avsnitt 8.6.1

<sup>8</sup> MJG = markösbaserad journalgranskning

## 8.6 Förekomst och registrering av vårdrelaterade infektioner

I den tidigare granskningen konstaterades att registrering av VRI skede fragmentariskt och inte gav möjligheter till överblick och långsiktig uppföljning. Sedan dess har mycket hänt och nedan beskrivs de insatser som genomförts för att registrera VRI. Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet har det lagts ner ett omfattande arbete i landstingen för att förebygga VRI. Förekomst av VRI är även en indikator i Öppna jämförelser<sup>9</sup>.

### 8.6.1 Nationell mätning

Sedan 2008 har SKL koordinerat nationella punktprevalensmätningar (PPM) av VRI och riskfaktorer på svenska sjukhus två gånger per år. I mätningen våren 2014 hade 8,9 % av alla patienter på svenska sjukhus en VRI. Sedan mätningarna startade har flera nationella initiativ tagits för att minska VRI, t.ex. projektet "Vårdrelaterade infektioner ska stoppas (VRIS)"<sup>9</sup>, årliga observationsmätningar för att öka följsamhet till klädregler och basala hygienrutiner och "Rena händer räddar liv" (en nationellt utarbetad metod för förbättrad handhygien).

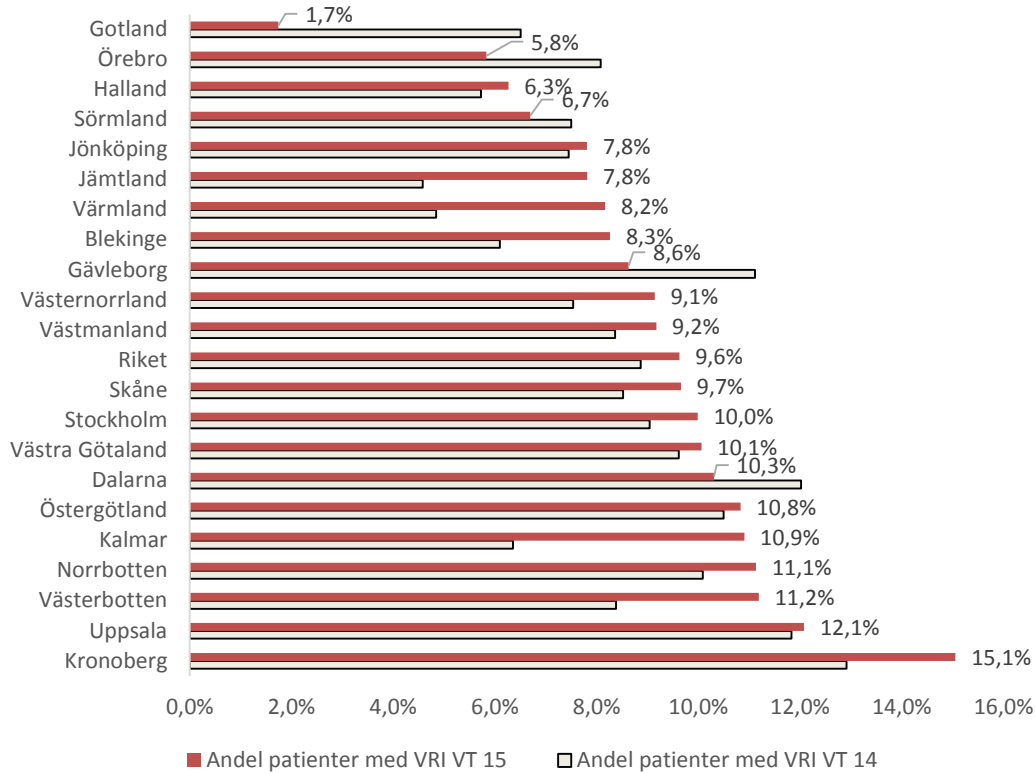
Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus deltar i mätningen av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus/vårdenhet. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under vår respektive höst. Fr.o.m. år 2015 genomförs de nationella mätningarna enbart under våren. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och protokoll. Samtliga patienter, som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mättdagen, ingår i rapporteringen. Våren 2015 genomfördes den fjortonde mätningen sedan starten 2008 och omfattade drygt 20 000 patienter inom somatisk slutenvård. Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom slutenvård vid tidpunkten för mätningen. VRI registreras i nedanstående grupper:

1. Postoperativ infektion
2. Övriga ingreppsrelaterade infektioner
3. Läkemedelsrelaterade infektioner
4. Övriga vårdrelaterade infektioner

I nedanstående figurer beskrivs resultatet från PPM-undersökningen av VRI i landstingen 2015 jämfört med år 2014.

---

<sup>9</sup>Öppna jämförelser hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting, del 1 övergripande indikatorer. SKL och Socialstyrelsen 2014.



Figur 1. Andel patienter med vårdrelaterad infektion våren 2014 och våren 2015 (sjukhusvård). Dataetiketterna avser år 2015. (källa SKL VRI-PPM)

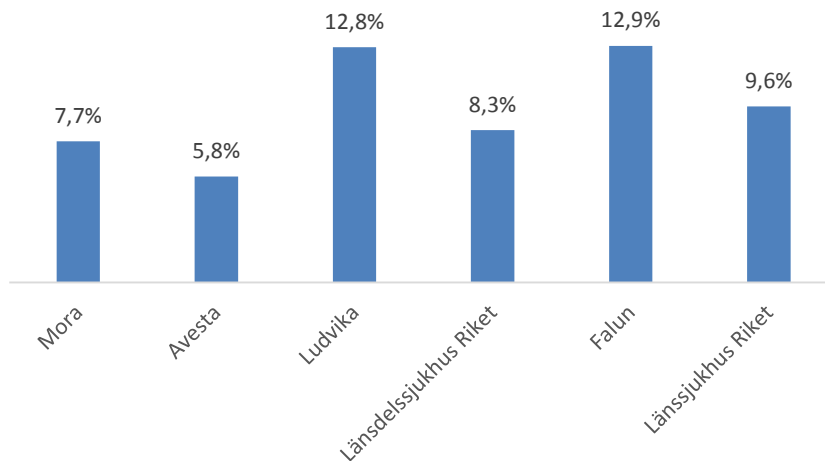


Figur 2. VRI-förekomst i Dalarna och liknande landsting<sup>10</sup> år 2009 till 2015. Dataetiketter avser år 2015 (källa SKL VRI - PPM)

<sup>10</sup> Liknande landsting enligt KOLADA innebär de landsting som är mest lika avseende hälso- och sjukvård inklusive läkemedel

Som ses i ovanstående figurer har andelen VRI i de jämförande PPM-mätningarna ökat något i riket som helhet från 8,9 år 2014 till 9,6 procent år 2015. Spridningen mellan andelen VRI enligt VRI-PPM är från 1,7 procent i Region Gotland till 15,1 procent i Region Kronoberg. I Lt Dalarna minskade andelen VRI från 12,0 år 2014 till 10,6 procent år 2015.

I figur 2 jämförs utvecklingen av andelen VRI mellan åren 2011 och 2015 i Lt Dalarna och liknande landsting. Som ses är det en stor spridning mellan åren i samtliga jämförda landsting. Dock kan en tendens till ökning av VRI ses på riksnivå de senaste åren. Det finns ingen enskild förklaring till detta. PPM som metod har begränsningar och skall tolkas med försiktighet och främst ses som en indikator än ett faktiskt resultat.



Figur 3. VRI-förekomst vid sjukhus i Dalarna jämfört med länsdelssjukhus och länsjukhus i riket år 2015 (källa SKL VRI – PPM)

I figur 3 presenteras VRI förekomsten vid de olika sjukhusen i Lt Dalarna och genomsnittet för länsdelssjukhus och länsjukhus i Sverige. Alltför stora slutsatser av skillnaderna kan inte göras p.g.a. av metodens begränsningar. Det kan dock konstateras att det är skillnader både inom länet och mellan riksgenomsnittet för respektive sjukhustyp.

Under vecka 45 (november) år 2015 genomfördes en landstingsövergripande mätning av VRI-PPM i Lt Dalarna. Den nationella metoden användes.

Vid våra intervjuer och fältbesök påpekas från några av enheterna att registreringen inte följer de nationella rutiner för hur registreringen ska gå till avseende läkarmedverkan i registrering.

## 8.6.2 Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för registrering av antibiotikaordinationer. Det är integrerat i journalsystemets läkemedelsmodul. Verktyget används



för att få enhetlig dokumentation, lagring och återkoppling av information om antibiotikaordinationer vid profylax, vårdrelaterade- och samhällsförvärvade infektioner.

Vid varje ordination av antibiotika måste förskrivaren registrera en ordinationsorsak. Från journalsystemet överförs sedan ordinationsorsak, diagnos, åtgärds-koder, riskfaktorer och vårdtillfälle till en nationell databas kallad Rapportverktyget. Ur Rapportverktyget kan sedan varje verksamhet skapa underlag som används till det egna förbättringsarbetet för att minska de vårdrelaterade infektionerna och öka följsamheten till antibiotikariktlinjerna. Allt i syfte att öka patientsäkerheten.

Infektionsverktyget hämtar data på två sätt. I samband med antibiotikaförskrivning skall den enskilde förskrivaren ange om läkemedlet förskrivs på grund av en VRI eller en samhällsförvärvad infektion. Detta är ett tvingande moment i samband med ordination av antibiotika. Data överförs också från journalsystemet utifrån de diagnoser som definierats som kopplade till VRI.

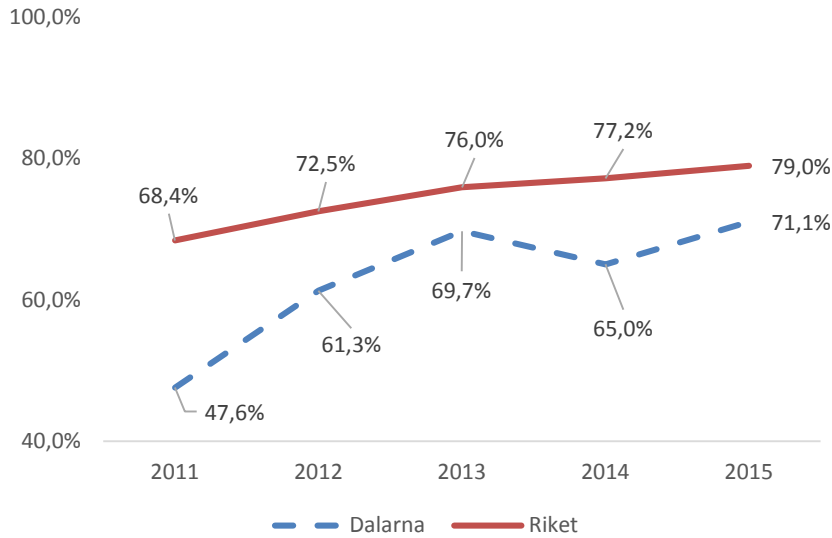
Arbetet med att införa Infektionsverktyget påbörjades år 2013. Efter pilotstudier är nu Infektionsverktyget infört vid länet sjukhus och integrerat i journaldatasystemet. Ett valideringsarbete har genomförts för att säkerställa att det är korrekta data som finns i systemet. Valideringarna har visat att det är en relativt stor del av inmatade data som inte är korrekta. Därför pågår en utbildningssatsning av Vårdhygien och regelbundna valideringar har införts. Ännu betraktas inte de uppgifter som tas fram i Infektionsverktyget som tillförlitliga.

De nationella planerna är att Infektionsverktyget även ska kunna införas i primärvården år 2016.

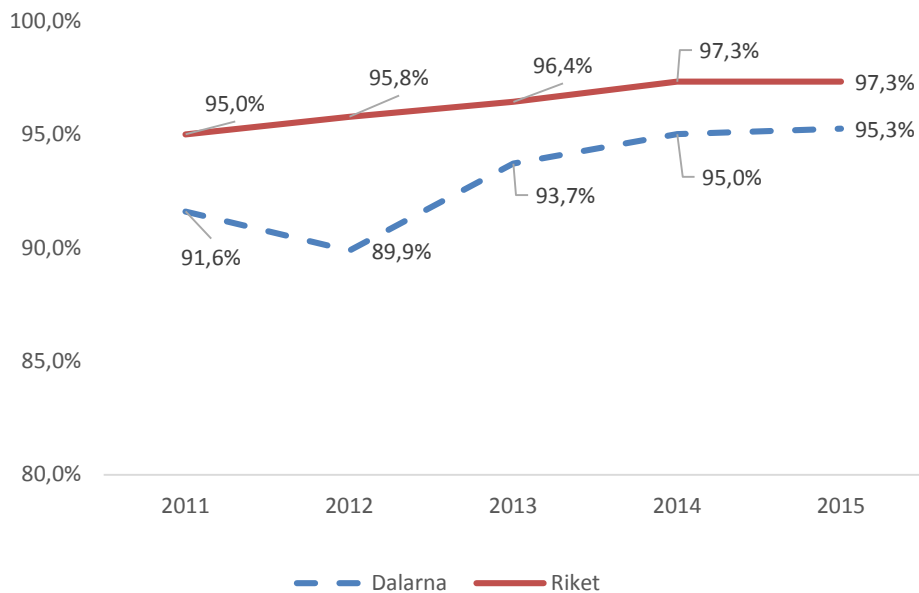
### **8.6.3 Uppföljning av hygienregler**

I den tidigare granskningen redovisades att mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inte tillämpades i alla verksamheter. Viss registrering av följsamhet till BHK gjordes men det saknades både en sjukhus- och landstingsövergripande registrering samt redovisning av resultat.

Nationella observationsstudier av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom landstingen har genomförts vid åtta tillfällen. Dessa mätningar innefattar hälso- och sjukvård inom landsting och kommuner. Mätningarna sker parallellt med punktprevalensmätningen av VRI. Sju moment observeras för följsamhet till BHK: desinfektion av händer före och efter patientnära arbete, korrekt användning av handskar och plastförkläde, kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar fria från ringar, klockor och armband samt att håret är kort/upsatt. I nedanstående figur 4 presenteras resultatet från mätningen våren 2015 för de svenska landstingen. I figur 5 jämförs också hur följsamheten utvecklats över tid i Lt Dalarna och riket mellan åren 2011 och 2015.



Figur 3. Andel med följsamhet till basala hygienregler år 2011- 2015 (Källa SKL-BHK)



Figur 5. Andel med följsamhet till klädregler 2011 - 2015(Källa SKL-BHK)

I de nationella mätningarna av följsamhet till BHK har Lt Dalarna sämre resultat än riket som helhet både avseende hygienrutiner och klädregler. När det gäller följsamhet till klädregler varierar andelen i Sverige mellan 95 till 99,4 procent år 2015. När det gäller följsamhet till hygienrutiner är variationen i riket från 67,8 till 88 procent. Utvecklingen över tid har också legat under riksgenomsnittet från

samtliga mättillfällen sedan 2011 till 2015 (figur 5). Om följsamhet till hygienrutiner och korrekt arbetsdräkt läggs samman är andelen som uppnår följsamhet till 66,5 procent i Lt Dalarna vilket kan jämföras med rikets genomsnitt som är 75,8 procent. Det är 4 landsting som har lägre resultat i mätningarna än Lt Dalarna.

I de intervjuer och fältstudier vi genomfört beskrivs att de uppsatta nationella rutinerna för registrering följs. Förutom att den nationella rapporteringen genomförs ska månatlig mätning av BHK genomföras inom landstingets vårdenheter. Detta ska rapporteras till Vårdhygien. Vårdhygien följer upp mätningarna och resultatet ska följas upp av enheterna själva och redovisas vid APT. Vid några av de verksamheter vi besökt har man inte genomfört månatliga mätningar på det sätt som är stipulerat. Orsaken till detta beskrivs bero på hög personalomsättning och brist på sjuksköterskor.

Vårdhygien besökte under 2013 våren 2014 alla avdelningschefer inom slutenvården efter att ha analyserat mätresultatet för respektive avdelning och gett förslag på åtgärder för att i förekommande fall höja följsamheten.

## 8.7 Styrande dokument

I landstingsplanen finns patientsäkerhetsperspektivet inom hälso- och sjukvården uttryckt men inte specificerat avseende VRI.

Verksamhetsplanen för Hälso- och sjukvården i Lt Dalarna är kortfattad och innehåller bl.a. förvaltningschefens ledord varav ett är ”hög medicinsk kvalitet och patientsäkerhet”. Detta ledord är inte nedbrutet i något specificerat uppdrag eller beskriven målsättning. För år 2015 finns det inte något beslutat styrkort för hälso- och sjukvården<sup>11</sup>. I 2014 års styrkort för hälso- och sjukvården fanns det två formulerade mål inom området VRI. Inom det strategiska målet ”effektiv hälso- och sjukvård” fanns indikatorn att andelen patienter med VRI ska vara max 5 procent och indikatorn att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ska vara 70 procent. Däremot finns övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet formulerat i patientsäkerhetsberättelsen för år 2014. I samband med att patientsäkerhetsberättelsen godkändes av landstingsstyrelsen i april 2015 godkändes även mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet år 2015. Dessa mål strategier inkluderar VRI och följsamheten till BHK.

I avtal för Hälsoval Dalarna 2015 formuleras att vårdcentralen ska säkerställa och upprätthålla en god hygienisk standard enligt gällande författning. Vårdcentralen

---

<sup>11</sup> I samband med landstingsstyrelsen beslut om verksamhetsplan för Hälso- och sjukvården i Dalarna 2015-2018 den 16 februari 2015 beslutades att avsnittet om styrkort skulle tas bort ur verksamhetsplanen (§13 d.nr 15/00372). Vi kan inte se att landstingsstyrelsen senare under året kompletterat beslutet med ett uppdaterat styrkort med indikatorer.

ska ha avtal med vårdhygienisk expertis. Vårdcentralen ska också arbeta för en rationell användning av antibiotika och följa nationella STRAMAs rekommendationer.

Uppföljning av vårdhygieniska arbetet har inte tagits upp i samband med uppföljning av verksamheterna. En del av uppföljningen sker också i kvalitetsbokslut för primärvården. I kvalitetsbokslut för primärvården finns det inte heller någon uppföljning av det vårdhygieniska arbetet<sup>12</sup>. Den övergripande uppföljningen av det förebyggande arbetet för att förhindra och minska VRI sker av Vårdhygien.

## 8.8 Kommentarer och bedömning

Vår övergripande bedömning är att landstinget vidtagit åtgärder utifrån den tidigare granskningens rekommendationer och den observerade ökningen av VRI som har kunnat ses genom VRI PPM. Det går dock inte att uttala sig om någon enstaka åtgärd som orsak till ökningen.

Landstinget deltar i SKL:s PPM av VRI vilket möjliggör att följa utvecklingen av VRI över tid. Landstinget har en hög andel VRI i jämförelse med andra landsting. I den tidigare granskningen år 2009 beskrevs förekomsten av VRI vara 6,4 jämfört med dagens 10,6 procent. Det finns ingen enkel förklaring till ökningen som skett. Vår uppfattning är att en stor del av dessa VRI är möjliga att förebygga. Vi välkomnar därför att landstinget har som mål för hälso- och sjukvården att minska andelen VRI enligt PPM till under 5 procent år 2017. Det är den nivå som också används nationellt och motsvarar den uppskattade andel av VRI som kan betraktas som icke undvikbara.

Vid våra intervjuer och fältbesök påpekas från några av enheterna att registreringen inte följer de nationella rutiner för hur registreringen ska gå till avseende läkarmedverkan i registrering. Vi anser att landstinget bör säkerställa att den angivna metodiken följs. Detta är viktigt för säkerställa jämförbara resultat.

Landstinget har även påbörjat mätning av VRI genom "Infektionsverktyget". Vi anser att landstinget agerat korrekt och inte använder Infektionsverktyget i skarpt läge innan det är säkerställt att det som tas fram är tillförlitliga. Vi förutsätter dock att verksamheterna skyndsamt tillser att korrekta data produceras så att det kan bli ett tillförlitligt verktyg i uppföljning av VRI. Även de problem med överföring mellan olika datasystem måste säkerställas innan Infektionsverktyget kan betraktas som tillförlitligt. Om infektionsverktyget är heltäckande och innehåller korrekta data är det enligt vår uppfattning en mer tillförlitlig indikator av förekomst

---

<sup>12</sup> Kvalitetsbokslut hämtar i huvudsak data från befintliga register och dokumentationssystem. År 2014 års kvalitetsbokslut är ännu slutgiltigt framtaget (9 november 2015).

av VRI än PPM. Även de problem med överföring mellan olika datasystem måste säkerställas innan Infektionsverket kan betraktas som ett tillförlitligt.

Sedan den tidigare granskningen har det skapats en hygienkommitté i landstinget. Det finns dock inget formulerat uppdrag för kommittén. Ett sådant uppdrag bör beslutas av landstingsdirektör/förvaltningschef.

Vi anser även att det projekt som startas för att minska VRI och som leds från patientsäkerhetsavdelningen i samarbete med Vårdhygien har goda förutsättningar att nå framgång och kunna genomföras i verksamheterna. I starten av projektet har det dock varit vissa problem att få chefer att prioritera de planerade åtgärderna för att minska VRI. Under år 2015 har fokus i landstinget varit att genomföra genomlysningen av verksamheterna för att åtgärda den ekonomiska situationen i landstinget. Vår uppfattning är att utvecklingsarbete inom patientsäkerhet som VRI är nödvändigt och att det bör ske parallellt med andra åtgärder. Långsiktigt har minskning av vårdskador en stor betydelse för minskat lidande. Minskning av vårdskador har också betydelse ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Vår uppfattning är att det i Hälsoval Dalarnas avtal med vårdcentralerna i länet (såväl privata som offentliga utförare) bör ske ett förtydligande avseende uppdraget att bedriva ett förebyggande arbete för att minska och förhindra VRI. Vi anser även att det i avtalsuppföljningen med vårdcentralerna bör ingå uppföljning av det vårdhygieniska arbetet. Detta kan inte anses vara ett ansvar enbart för Vårdhygien.

Organisationen med samordning mellan Smittskyddsläkarfunktionen och Vårdhygien bedömer vi som ändamålsenlig och effektiv. Vid jämförelse med andra landsting är vår bedömning att Vårdhygien har en lägre bemanning än de flesta landsting i Sverige avseende både hygienläkare och hygiensjuksköterskor. Vi anser att landstinget bör utreda om den bemanning och de resurserna. Vårdhygien har till förfogande är tillräcklig i ett landsting som Lt Dalarna med en stor geografisk spridning av sina verksamheter.

## 9. Iakttagelser från verksamheten

Den föregående granskningen visade att förtroendet för Vårdhygien var stort. Detta har inte förändrats. Samtliga intervjuade anser att det är lätt att få kontakt med Vårdhygien och att man får adekvata svar på frågor. Det beskrivs även att riktlinjer är lättillgängliga och aktuella.

I den tidigare granskningen beskrevs att det inte bedrivs någon utbildning vid vårdenheterna utan att Vårdhygien stod för alla informationsinsatser. Vårdhygien står fortfarande för en betydande del av informationsinsatserna. På grund av den ”hög personalsättningen” har fler av de som vi intervjuat själva lagt in avsnitt om vårdhygien i introduktionsprogrammen för nyanställda, i större utsträckning än tidigare.

Vi kan också konstatera att intresset och engagemanget för att minska VRI är stort och en viktig och konkret del av patientsäkerhetsarbete.

Som på de flesta håll i landet finns det informationsmaterial till patienter, besökare och personal väl synligt på vårdenheterna och möjlighet till desinfektion av händer.

Däremot har vi indikationer att det finns ett visst motstånd och ifrågasättande av evidensgraden för delar av det vårdhygiensiska arbetet t.ex. om handsprit verkligen är så verksamt för att förebygga VRI som det beskrivs. Ingen av de som vi intervjuat har ifrågasatt vårdhygienarbete. Men andrahandsuppgifter säger att detta är ett problem och skapar förvirring. Enligt de som vi intervjuat finns detta ifrågasättande framförallt inom gruppen läkare. Enligt uppgift förekommer det ifrågasättande även från chefer på olika nivåer.

### 9.1 Mätning av förekomst av VRI

Som nämns ovan sker det VRI-PPM enligt den nationella metoden vid sjukhusen i länet. Vid någon av de kliniker vi besökte visade det sig dock att mätningen inte genomfördes enligt metodanvisningarna för mätningarna. Det är framförallt läkarmedverkan i bedömningen om vad som är en VRI som brast vid någon av de enheter som vi besökte.

Infektionsverktyget som nämns ovan har ännu inte blivit ett verktyg som anses kunna användas vid uppföljning på gruppnivå. Det gäller framförallt hur kodning sker av orsaken till den infektion som föranleder förskrivning av antibiotika. Vid validering har det påvisats att ett stort antal infektioner var bedömda som samhällsförvärvade när infektionen i själva verket var vårdrelaterad.

Det pågår utbildning och andra insatser för att Infektionsverktyget ska kunna bli ett användbart instrument för att följa upp VRI och antibiotikaförskrivning på individ- och gruppnivå framförallt med koppling till mikrobiologiska provresultat.

I de flesta kvalitetsregister ingår det uppföljning av komplikationer varav en del register följer upp VRI. Detta gäller framförallt kirurgiska register som mäter VRI och speciellt de ortopediska registren såsom höft- och knäregistren.

Inom primärvård och tandvård finns i dagsläget ingen registrering av VRI. Under år 2016 förväntas att Infektionsverktyget ska kunna börja användas inom primärvården.

## 9.2 Hygienombud och hygienronder

Vid samtliga enheter vi varit i kontakt med finns det hygienombud. Det finns en uppdragsbeskrivning för hygienombud som är antagen av hygienkommittén år 2012. Det vanliga är att verksamheten har två hygienombud varav den ena är sjuksköterska och den andra är undersköterska. Vid våra intervjuer beskrevs att hygienombudsorganisationen är välfungerande.

Hygienronder genomförs som tidigare framförallt på förfrågan från enheterna. Någon av de besökta enheterna hade genomfört en hygienrond. Vårdhygien anser inte att man kan prioritera en mer uppsökande verksamhet på grund av bristande personalresurser.

## 9.3 Följsamhet till basala hygienregler och klädregler

Sjukhusen och primärvården deltar i den nationella mätningen av BHK. Alla enheter ska även göra mätningar med samma metodik för att följa utveckling av följsamheten till BHK.

Samtliga enheter som vi varit i kontakt med mäter följsamheten till BHK. Resultaten från BHK ska återrapporteras vid arbetsplatsträffar. Vi kan konstatera att det finns ett förbättringsutrymme om hur data återrapporteras inom verksamheterna.

I våra intervjuer beskrivs vid samtliga enheter att man anser att följsamheten till BHK har ökat under senare år. Vid en enhet beskrev avdelningschefen ”att förra veckan fick vi äntligen av honom armbandsklockan”. Den grupp som vårdavdelningarna beskriver som uppfyller BHK sämre är de som gör ”konsultbesök” på avdelningen som t.ex. läkare från annan klinik och sjukgymnaster.

## 9.4 Folktandvården

Hygienfrågor har varit och är ständigt aktuella i inom tandvården. Tandvården har av tradition rutiner för sterilisering av instrument i egna autoklaver. Den aktuella utvecklingen av att i större utsträckning arbeta med ”höggradigt ren” teknik har inneburit att hygienfrågor är ständigt aktuella.

Ansvar för hygienarbetet finns i linjefunktion med en verksamhetschef som ansvarig vid respektive enhet. Det finns en hygienhandbok inom folktandvården som är känd i verksamheterna. Det finns också hygienombud på alla folktandvårdens enheter. Det finns också en hygiengrupp inom folktandvården.

Det finns en hygiengrupp inom folktandvården som ansvarar för hygienfrågorna. Det genomförs regelbundna utbildningar för personal om vårdhygien och BHK. Det finns hygienombud på varje klinik.

Det beskrivs en mycket god samverkan med Vårdhygien. Vårdhygien deltar i förvaltningens utbildningstillfällen som föreläsare och specialister inom området.

Under år 2015 har det påbörjats ett intensifierat arbetet inom vårdhygien inom förvaltningen genom bl.a. utbildning och punktprevalensmätning av följsamhet till BHK. Resultatet har brutits ned på klinikinivå

Med den nationella metoden som används inom hälso- och sjukvården genomfördes anonyma observationer av 246 medarbetares följsamhet till BHK under våren 2015. Resultatet var bl.a. att 76 procent av de observerade hade en korrekt följsamhet till handhygienrutiner. Generellt beskrivs att följsamheten till BHK är god men att det finns förbättringsområden framförallt när det gäller användning av handsprit.

Resultatet har återkopplats till klinikerna med förslag på åtgärder där det var ett svagt resultat i mätningarna.

## 9.5 Överbeläggning och lokaler

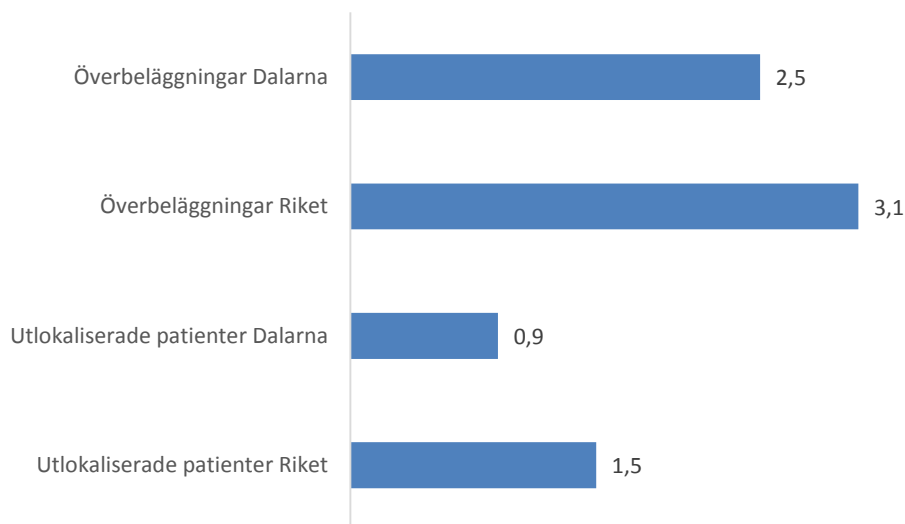
I den tidigare granskningen beskrivs riskerna med överbeläggningar ur ett VRI-perspektiv och vikten att dessa risker bör beaktas.

Det finns en medvetenhet om att överbeläggningar är en risk för bland annat VRI. I våra intervjuer beskrivs att överbeläggningar och utlokalisering av patienter är ett problem som har ökat. Detta gäller framförallt Falu lasarett. Orsaken till överbeläggning beskrivs bero på flera olika orsaker och det finns olika bedömningar av varför överbeläggningar ökat. Några av de som nämns i den aktuella debatten och analyser är sjuksköterskebristen som har resulterat i att vårdplatser har fått stängas samt att äldre, medicinskt färdigbehandlade patienter får vänta på plats inom kommunernas vård och omsorg.



Vid länets sjukhus påpekas också svårigheten att bedriva kohortvård t.ex. i samband med utbrott av vinterkräksjuka och under influensasäsong. Vid flera avdelningar saknas möjlighet till enkelrum med egen toalett vilket är den enklaste men oftast tillräckliga åtgärden för att förhindra smittspridning. Det finns sedan tidigare ett beslut om att bygga enkelrum med egen toalett vid framtida om/nybyggnation för att bedriva patientnära vård och för att minska smittspridning (och därmed minska andelen VRI). I den ekonomiska situation som råder beskrivs att finns det en risk att landstinget Dalarna inte kan hålla fast vid tidigare fattade beslut, trots att man känner till nyttan med enkelrum.

Överbeläggningar rapporteras till SKL som redovisar jämförelsetal. I nedanstående figur visas jämförelser av överbeläggningar vid sjukhusvård i riket jämfört med Dalarna.



Figur 5. Antal överbeläggningar och antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser oktober 2014 - september 2015 i Lt Dalarna och genomsnittet för riket (Källa: WWW.vantetider.se)

Figur 5 visar att under oktober 2014 till september 2015 hade Lt Dalarna i genomsnitt färre överbeläggningar per 100 vårdplatser än riket som helhet. Under samma tidsperiod år 2013-2014 var antalet överbeläggningar i Dalarna 2,0 per 100 vårdplatser.

## 9.6 Städning

Det är vårdpersonalen som utför den patientnära städningen d.v.s., sängar, sängbord och vårdpaneler. Det pågår försök med att speciellt avdelad personal skall ansvara även för den patientnära städningen vid Avesta sjukhus. Vid städning ska smuts och damm avlägsnas och antalet mikroorganismer i miljön reduceras. Detta kan indirekt leda till färre infektioner genom att förebygga smittspridning. En rätt utförd städning minskar antalet mikroorganismer och hämmar förutsättningarna för tillväxt. Detta kräver utbildning i rätt städteknik och basala hygienrutiner för såväl städ- som vårdpersonal<sup>13</sup>.

Den bild vi får i kontakt med både städfunktionen och Vårdhygien är att samarbetet och samverkan mellan vårdhygien och städfunktionen i landstinget fungerar väl. Vårdhygien genomför regelbundet utbildning för städpersonal och deltar i framtagande av städrutiner.

Landstingsservice och dess städ funktionen är med i det landstingsövergripande VRI-projektet som leds av patientsäkerhetsavdelningen (se avsnitt 8.5).

I samband med våra besök på vårdenheter framförs i huvudsak att man är nöjd med den städning som utförs. Om det inte fungerar och vårdenheterna inte är nöjda så finns det klara rutiner för hur detta skall hanteras.

Däremot nämner några enheter att man önskar sig en mer flexibel städning och framförallt städning oftare. Flera nämner försöket i Avesta med att speciellt avdelad och utbildad personal som genomför den patientnära städningen. Man väntar med intresse på resultatet av det projektet.

## 9.7 Kommentarer och bedömning

Den föregående granskningen visade att förtroendet för Vårdhygien var stort. Detta förhållande bedömer vi kvarstår. Vid de enheter som vi varit i kontakt med är intresset och engagemanget stort för arbetet att minska VRI.

Som beskrivs ovan har vi fått indikationer på att det fortfarande finns ett ifrågasättande av om vissa av de åtgärder, som det finns nationell och internationella konsensus om, är verksamma för att minska VRI. Vår uppfattning är att landstingsledningen måste förvissa sig om att chefer och ledning i verksamheterna inte motarbetar antagna regelverk och rekommendationer.

Under de senaste åtta åren har hygienronder genomförts två gånger vid alla vårdenheter i landstinget. Hygienronder har framförallt genomförts på initiativ av

---

<sup>13</sup> Vårdhandboken, [www.varldhandboken.se](http://www.varldhandboken.se)

Vårdhygien. Vi anser att arbetet med hygienronder bör stärkas. En metod kan vara att alla vårdenheter årligen genomför en egenkontroll utifrån ett fastställt formulär. Utöver dessa egenkontroller bör Vårdhygien genomföra ”vanliga hygienronder” t.ex. vart fjärde år eller när egenkontrollen visar behov på en fördjupad genomgång. Detta bör gälla såväl primärvårdsenheter som vårdenheter vid sjukhusen.

Flera av de enheter som vi besökt beskriver svårighet att isolera patienter och bedriva kohortvård när så behövs. Vi anser att landstinget bör inventera möjligheterna att bedriva kohort- och isoleringsvård och därefter vidta åtgärder om så behövs.

Utvärdering av testet vid Avesta sjukhus bör beaktas. Om resultatet av utvärderingen bedömer att arbetssättet kan minska smittspridning bör man överväga om detta arbetssätt bör och kan utökas till andra enheter inom landstinget Dalarna.

KPMG AB, dag som ovan

Örjan Garpenholt  
*Projektledare*