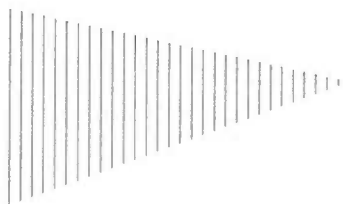


Hylte kommun

Uppföljande granskning av
kommunens arbete för att förebygga
och hantera vårdrelaterade och
vårdpåverkande infektioner



Building a better
working world

Innehåll

1. Inledning	2
1.1. Bakgrund	2
1.2. Syfte och revisionsfrågor	2
1.3. Tillvägagångssätt.....	2
1.4. Avgränsning.....	3
1.5. Revisionskriterier	3
2. Arbete för att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner	4
2.1. Sammanfattning av 2011 års granskning	4
3. Vidtagna åtgärder	4
3.1. Roll- och ansvarsfördelning, riktlinjer och rutiner.....	4
3.2. Intern kontroll och återrapportering till nämnd	6
3.3. Förebyggande arbete.....	7
4. Sammanfattande bedömning	8
4.1. Slutsats.....	8
4.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna.....	8
Bilaga 1 - Basala hygienrutiner och klädregler 2010-2015	9

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Arbetet med vårdhygien i Hylte kommun utgår från fastställda rutiner som finns för arbetet. Ansvaret för förebyggande av vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner är fördelat mellan omsorgsnämnden, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer och sjuksköterskor.

Under 2011 genomförde Landstinget Halland, nuvarande Region Halland tillsammans med Laholms, Hylte, Halmstads, Falkenberg, Varbergs, och Kungsbacka kommun, en granskning av kommunernas arbete för att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner. Av granskningen framgick att medel avsätts till arbetet med vårdhygien, men att det vid granskningstillfället saknades en helhetsuppföljning av extraarbetet efter utbrottet av vårdrelaterade infektioner (VRI) som orsakats av antibiotikaresistenta bakterier 2010. Den ansvarsfördelning som fanns kring arbetet med vårdhygien bedömdes fungera bra, dock bedömdes området vara ett utvecklingsområde. Vidare efterfrågades strukturer för en mer kontinuerlig bevakning av efterlevnaden av rutiner av vårdhygien.

En uppföljning är viktig för att följa upp om nämnden vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med de utvecklingsområden som identifierades vid granskningen 2011. Kommunens revisorer har med anledning av detta valt att genomföra en uppföljande granskning inom området.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Uppföljningens övergripande syftet är att följa upp om och på vilket sätt de kommentarer och förslag till förbättringar som lämnades vid 2011 års granskningsrapport har åtgärdats av omsorgsnämnden.

Följande frågor besvaras i granskningen:

- ▶ Hur säkerställer nämnden att ansvaret för arbetet med vårdhygien och smitskydd är ändamålsenligt fördelat? Har nämnden sedan 2011 års granskning arbetat fram riktlinjer som tydliggör detta?
- ▶ Säkerställer nämnden att det interna kontrollarbetet hanterar frågan om vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner? Upprättas planer inom det granskade området?
- ▶ Säkerställer nämnden att medarbetare i kommunen har förutsättningar för ett gott förebyggande arbete kring smittspridning?
- ▶ Sker återkoppling till nämnden avseende rutinen för vårdhygien?
- ▶ Finns det rutiner som berör hygien avseende allergier?
- ▶ Har det sedan 2011 års granskning av vårdhygien genomförts någon eller några utbildningsinsats avseende det granskade området?

1.3. Tillvägagångssätt

Uppföljningen har skett genom intervjuer med förvaltningschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Inom ramen för uppföljningen har vissa parallella kontroller av lämnade uppgifter gjorts.

I uppföljningen återges först en sammanfattning av de iakttagelser och utvecklingsområden som framkom vid 2011 års granskningsrapport. Efter redogörelsen lämnas iakttagelser och bedömningar av vad som hänt sedan granskningen 2011. Bedömningarna har sin utgångspunkt i de svar som framkommit i samtal med berörda personer.

1.4. Avgränsning

Uppföljningen avgränsas genom att endast omfatta frågor som berörs i 2011 års granskningsrapport för Hylte kommun. Uppföljningen avser omsorgsnämnden.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Uppföljningen har samma revisionskriterier som 2011 års granskningsrapport:

- ▶ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- ▶ Hälsa- och sjukvårdens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2011:9)

2. Arbete för att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner

2.1. Sammanfattning av 2011 års granskning

I ett samarbete genomförde revisorerna i Landstinget Halland (numera Region Halland) och revisorerna i Kungsbacka, Varbergs, Falkenbergs, Hylte, Halmstad och Laholms kommun under 2011 en granskning kring vårdinfektioner.

Det övergripande syftet med granskningen var att besvara om landstinget och respektive kommun arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner och för att upptäcka och hantera problematik kring antibiotikaresistenta bakterier. Granskningens genomfördes med hjälp av intervjuer och genomgång av för granskningen relevant dokumentation.

Efter genomförd granskning lämnades följande synpunkter till omsorgsnämnden i Hylte kommun:

- ▶ Ansvaret för arbetet med vårdhygien och smittskydd är oklart. Vi har dock noterat att ansvaret för själva **utförandet** av det vårdhygieniska arbetet ligger på var och en med omsorgsuppgifter.
- ▶ Nämndens ansvar är att det interna kontrollarbetet hålls levande och att interna kontrollplaner upprättas inom det granskade området.
- ▶ Medarbetare upplever att förutsättningarna för ett gott förebyggande arbete kring smittspridning har försämrats avseende städning på särskilda boenden. Städning var tredje vecka hos boende och slopad storstädning anges som tveksamt för att uppfylla ställda krav.
- ▶ Frågan beträffande personalkläder och hantering av dessa bör lösas och redovisas.
- ▶ Vidare noteras det positiva genomförandet av att husdjur får medfölja på särskilda boende och korttidsplatser. Vi hänvisar dock till hygienaspekten och att rutiner ska finnas så att allergiker inte utestängs som boende eller besökande.

3. Vidtagna åtgärder

I nedanstående avsnitt ges en sammanfattning kring vilka åtgärder som vidtagits. Iakttagelserna har sin utgångspunkt i de svar som framkommit i samtal med berörda personer och granskad dokumentation.

3.1. Roll- och ansvarsfördelning, riktlinjer och rutiner

Av 2011 års granskning framgår att ansvaret för arbetet med vårdhygien och smittskydd varit oklart. Ett exempel var att omsorgspersonalen fick olika direktiv avseende handhygien från Vårdhygien Halland¹ och från kommunens miljöenhet på samhällsbyggnadskontoret. Efter granskningen kontaktades kommunen av Vårdhygien Halland för att enligt MAS arbeta fram en strategi och säkerställa ett gemensamt direktiv kring handhygien. Vid uppföljningstillfället har rutinen tydliggjorts.

¹ Vårdhygien Halland är rådgivande i vårdhygienfrågor inom slutenvård, närsjukvård och kommunal vård i Halland för såväl privata som offentliga vårdgivare.

Omsorgskontoret har efter granskningen arbetat fram nya riktlinjer "Ansvarsfördelning inom Omsorgsnämndens i Hylte kommun hälso- och sjukvård", antagna av nämnden 2011-12-13 § 97, reviderad senast 2013-12-12. Riktlinjerna syftar till att beskriva ansvarsfördelningen mellan omsorgsnämnden, verksamhetschef, MAS, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagar och föreskrifter. Vidare framgår även ansvarsfördelningen avseende följande punkter:

- ▶ God, säker och ändamålsenlig vård
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Avvikelsehantering och anmälning enligt Lex Maria
- ▶ Samråd/samverkan
- ▶ Egenkontroll
- ▶ Kompetens
- ▶ Lokaler och utrustning
- ▶ Medicinskt tekniska produkter
- ▶ Kontakt med läkare/läkares ordination
- ▶ Journaler/dokumentation
- ▶ Läkemedelshantering
- ▶ Delegering av ansvar för vårduppgifter

Med anledning av ny lagstiftning och att ett antal föreskrifter och allmänna råd har tagits bort pågår vid uppföljningstillfället ett arbete med att revidera riktlinjerna.

"Handbok för vårdhygien – Rutiner och rekommendationer", reviderad 2014-09-30, beskriver kommunens hygienrutiner utifrån Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:19) om basal hygien, Vårdhygien Hallands rutiner för Basal hygien och klädregler, samt Vårdhandboken. Vårdhandboken finns enligt MAS tillgänglig för medarbetare på kommunens intranät. Syftet med handboken är att ge samtliga medarbetare råd och stöd i arbetet för god vårdhygien inom omsorgsnämndens verksamheter. Handboken ska även användas som en uppslagsbok där personalen ska ges möjlighet att kontrollera rutiner och regler som avser hygienfrågor. Målet är att minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom omsorgsnämndens verksamheter. Information kring denna ska enligt MAS lämnas av enhetschef.

Vidare har omsorgskontoret även arbetat fram "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Omsorgsnämnden Hylte kommun", reviderad 2014-06-18. Syftet är att tydliggöra mål och processer, vilka lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner som styr verksamheten, ansvarsfördelning i arbetsmiljöarbetet, samt avvikelsehantering och händelseanalys. Vid behov skapas verksamhet- och handlingsplaner. Inför 2015 har mål- och handlingsplan avseende särskilt boende, och kommunal hemsjukvård arbetats fram.

Enligt MAS ska samtliga avvikelser gällande vårdrelaterade infektioner som inträffar fr.o.m. 2014 åtgärdas, analyseras och utvärderas i enlighet med STRAMAS² riktlinjer i omsorgskontorets elektroniska dokumentationssystem.

Utöver ovanstående genomförs även medarbetarenkäter och brukarundersökningar inom omsorgsnämndens verksamhetsområde.

Nämnden har inte några specifika riktlinjer som avser pälsallergier. Enligt MAS är det en fråga som främst berör arbetsmiljöarbetet. Husdjur får enligt MAS medfölja på särskilda boenden och korttidsplatser. Vid ett utbrott av multiresistenta bakterier får husdjur dock inte

² STRAMA - Det svenska strategiska programmet mot antibiotikaresistens.

vistas på vårdboendena, då djur kan agera smittospridare. För att förhindra t.ex. astma- och allergibesvär kan brukare och patienter söka bistånd om t.ex. ökat behov av städning.

3.2. Intern kontroll och återrapportering till nämnd

Av kommunens reglemente för intern kontroll, antagen av fullmäktige 2011-12-15, framgår att nämnderna ska upprätthålla en tillfredställande intern kontroll och säkerställa en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet och tillförlitliga finansiella rapporter. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret att tillse att det finns en god intern kontroll, medan nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Av reglementet framgår att varje nämnd har en skyldighet att löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom nämndens verksamhetsområde. Kontrollplanerna ska där efter årligen revideras utifrån en förnyad prövning genom en risk- och väsentlighetsanalys. Utöver det ska nämnden enligt reglementet varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Resultatet av uppföljningen ska löpande rapporteras till nämnden i den omfattning som fastställts i den interna kontrollplanen. I omsorgsnämndens interna kontrollplan för 2012, beslutad 2011-11-17 § 88, framgår två kontrollmoment, "Avvikelsehantering" och "Hygienföreskrifter" som kan kopplas till vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner. Av protokollgranskning framgår att det inte skett någon återrapportering av den interna kontrollen sedan 2012-05-24, § 38, då nämnden hanterade planen som en informationspunkt. Enligt MAS arbetade förvaltningen under 2013 fram ett nytt ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete, vilken inbegriper en ny reviderad internkontrollplan, dock kallad *egenkontrollplan*. Egenkontrollplanen reviderades enligt MAS senast under 2014. Inför 2015 finns även egenkontrollplanerna i verksamheternas mål- och handlingsplaner. Enligt uppgift ska egenkontrollplanen återrapporteras till nämnden vid delårsbokslut och vid årsbokslut.

Uppföljning av vårdhygien sker även genom s.k. observation. För att få genomföra en observation krävs det en utbildning som tillhandahålls av Vårdhygien Halland. Avvikelse rapporteras av omsorgspersonalen i kommunens elektroniska rapporteringssystem, vilket är kopplat till journalsystemet. MAS följer upp samtliga rapporterade avvikelser en gång i månaden. En sammanfattning av hur många patienter som haft med sig vårdrelaterade infektioner från Hallands sjukhus skickas enligt uppgift en gång om året till Vårdhygien Halland. När avvikelser är av samma karaktär och inträffar vid upprepade tillfällen medför det enligt MAS en översyn av aktuella processer och rutiner, som vid behov förändras.

Inom omsorgsnämndens verksamhetsområde genomförs stickprov, s.k. punktprevelensmätningar fyra gånger per år, vilket syftar till att säkerställa att basala hygienrutiner och klädregler följs och upptäcka eventuella vårdrelaterade infektioner³. Enligt resultaten har andelen med korrekt följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler varierat mellan 2010-2015, dock har följsamheten ökat från november 2010 till mars 2015. För en detaljerad tabell se *Bilaga 1 – Basala hygienrutiner och klädregler 2010-2015*. Resultatet av stickproven återrapporteras löpande till omsorgsnämnden.

Vidare genomförde personal från Vårdhygien anmälda kontrollbesök vid varje enhet under 2013 och 2014. Av intervjuer framgår att MAS senare under 2013 och 2014 genomfört oanmälda och uppföljande besök vid enheterna. Efter besöket skickades en sammanställning via Vårdhygien Halland till MAS som sedan återrapporterade en sammanställning till nämnden. Vid besöken kontrollerades bland annat att vård- och hygienartiklar fanns att tillgå, samt att det är ordning bland artiklarna. En sammanfattning av samtliga besök återberättades även i patientsäkerhetsberättelsen 2013 och 2014.

³ Vårdrelaterade infektionsmätningar genomförs två gånger per år

En gång per år sammanställer MAS en patientsäkerhetsberättelse vilken beskriver föregående års arbete för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten redogörs i berättelsen. Den ska vara upprättad senast 1 mars varje år och antas av nämnden. Vidare sker även en årlig kvalitetsuppföljning, som följer upp bl.a. mål, enkäter, brukarundersökningar, tillsyner och resultat i en mål- och handlingsplan. Planen återrapporteras till ledningsgruppen och berörda verksamheter, för att sedan redogöras av MAS i nämnden i slutet av året.

3.3. Förebyggande arbete

Av 2011 års granskning framgick att medarbetare upplevde att förutsättningar för ett gott förebyggande arbete kring smittspridning hade försämrats, speciellt avseende städningen men även omsorgspersonalens kläder på särskilda boenden. Av vad som framgår av uppföljningen finns det sedan 2013 arbetskläder för samtliga medarbetare. Vidare har varje enhet minst en tvättmaskin, omklädesrum och en förvaringsplats för arbetskläder. Enligt förvaltningschef och MAS avgör det specifika behovet om det är särskild inhyrd personal som städar, eller om det är omsorgspersonalen som har detta som uppgift.

För samtliga nyanställda medarbetare ingår en grundutbildning av vårdhygien som genomförs av sjuksköterskor. Grundutbildningen avser även semestervikarer. Det sker inga regelbundna och återkommande utbildningsinsatser inom ramen för vårdhygien. Istället har MAS och förvaltningschef valt att planera in utbildningar av vårdhygien utifrån resultat av de punktprevalensmätningar som genomförs fyra gånger per år. Sedan 2011 års granskning har två förvaltningsövergripande utbildningsdagar avseende vårdhygien anordnats. Det senaste utbildningstillfället var 2014. Enligt MAS har det även vid några tillfällen genomförts en uppföljande utbildningsinsats vid specifika enheter där det funnits ett behov.

HALT⁴ 2 är en europeisk punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning på särskilda boenden som Hylte kommun deltog i under april 2014. I mätningen ingår en kartläggning av faktorer avseende risk för att få en vårdrelaterad infektion för de personer som bor på särskilt boende. Riskfaktorernas syfte är att ge en bild av aktuellt omvårdnadsbehov. Folkhälsomyndigheten har gjort en preliminär sammanställning av resultaten i vilken det framgår att 1,8 procent (1,7 procent 2013), 2 personer, behandlades för en vårdrelaterad infektion. MAS slutsats av HALT 2 är att det finns en fortsatt låg incidens av vårdrelaterade infektioner i Hylte kommun.

Av 2011 års granskning framgick att samverkan mellan kommunen och Vårdhygien Halland fungerade bra. Enligt förvaltningschef och MAS har samverkan även efter granskningen fungera mycket bra. Ett exempel är när Vårdhygien Halland upptäcker vinterkräksjukan på Hallands sjukhus i Halmstad, så meddelas detta genast till kringliggande kommuner som därefter kan förbereda sig att ta emot patienter från sjukhuset med särskild beredskap.

⁴ HALT = Healthcare associated infections in longterm care settings.

4. Sammanfattande bedömning

4.1. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att omsorgsnämnden har beaktat de rekommendationer som revisorerna framförde i samband med 2011 års granskning av arbetet för att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner. Vi kan konstatera att nämnden sedan 2011 års granskning arbetat fram strukturer genom att synliggöra ledningssystem och fastställa riktlinjer för att löpande bevaka efterlevnaden av rutiner för vårdhygien. Dock bedömer vi att nämnden bör stärka sin styrning av det övergripande interna kontrollarbetet och tillse en tydlig koppling till hantering av vårdhygien.

4.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Omsorgsnämnden har arbetat fram och beslutat om riktlinjer som tydliggör ansvaret för arbetet med vårdhygien och smittskydd, vilket vi bedömer som positivt. Genom att tydliggöra ansvarsfördelningen kan nämnden stärka styrningen av frågor som berör vårdhygien. Nämnden bör även i fortsättningen enligt vår bedömning tillse att riktlinjerna är aktuella och tillämpningsbara i verksamheten. Övriga rutiner för vårdhygien, såsom observation, punktprevelensmätningar, medarbetarenkäter och brukarundersökningar återrapporteras en gång per år i samband med patientsäkerhetsberättelsen. Vi noterar att nämnden inte har arbetat fram riktlinjer för hur omsorgspersonalen ska hantera pälsallergi, vilket bör beaktas eftersom djur får medfölja på särskilda boenden och korttidsplatser. Vår bedömning är att nämnden bör överväga att tydliggöra rutinerna för djur på kommunens enheter för att säkerställa att allergiker inte utestängs som boende eller besökare.

För att öka förutsättningarna för ett gott förebyggande arbete kring smittspridning har kommunen tillsett att det numera finns tvättmaskiner, omklädningsrum och förvaring på samtliga omvårdsenheter vilket enligt vår bedömning är positivt. Vidare har förvaltningen genomfört två förvaltningsövergripande utbildningsinsatser och ett antal uppföljande insatser vid enheter efter uppvisat behov. Vår bedömning är att förvaltningen sedan 2011 års granskning skapat goda förutsättningar för medarbetare i kommunen att arbeta förebyggande kring smittspridning.

En tillräcklig intern kontroll innebär att kontrollen är aktiv och ändamålsenlig, dvs. att den förebygger, upptäcker och åtgärdar, samt att arbetet med den interna kontrollen är strukturerat och integrerat i organisation, system och det löpande arbetet. Vi noterar i samband med uppföljningen att omsorgsnämnden inte, i enlighet med kommunens reglemente för intern kontroll, reviderat den interna kontrollplanen sedan 2011-11-17. Vi kan även konstatera att det inte genomförts en risk- och väsentlighetsanalys avseende de två kontrollområdena "Avvikelsehantering" och "Hygienföreskrifter" under tre år. Vi bedömer att det är en stor brist att nämnden inte följt upp den interna kontrollplanen under 2013. Enligt uppgift har nämnden inte heller efterfrågat detta, på grund av arbetet med det nya ledningssystemet för systematisk kvalitetsarbete. Enligt vår bedömning är det allvarligt att omsorgsnämnden inte säkerställt att det interna kontrollarbetet hanterat den interna kontrollplanen och frågan om vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner. Det är av stor vikt att den interna kontrollplanen bygger på en risk- och väsentlighetsanalys som tar hänsyn till verksamhetens samtliga risker. Dock ser vi det positivt att nämnden tillsett att den interna kontrollen, vilken anbegriper vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner, har fångats upp inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet inför 2014 och 2015.

Vi har utifrån uppföljningen identifierat följande rekommendationer/förbättringsområden:

- ▶ Omsorgsnämnden måste tillse att en risk- och väsentlighetsanalys genomförs, och att en intern kontrollplan utarbetas och upprättas utifrån framtagna analys. Vidare bör nämnden tillse att en uppföljning av den interna kontrollen görs och återrapporteras minst en gång per år. Som en del av det interna kontrollarbetet bör nämnden säkerställa att rutiner avseende vårdhygien efterlevs.
- ▶ Omsorgsnämnden bör överväga att tydliggöra rutinerna för djur på kommunens enheter, för att säkerställa att allergiker inte utestängs som boende eller besökare.

Hylte kommun 2015-06-05



Anna Hammarsten
EY

Bilaga 1 - Basala hygienrutiner och klädregler 2010-2015

