



Vårdskador

REVISIONSRAPPORT

Sammanfattning

Patientsäkerhet är en central fråga inom sjukvården. Mätningar visar att mellan 10 och 15 % av sjukhusvårdade patienter drabbas av någon form av skada. För Landstinget Västernorrland har kostnaderna beräknats till ca 200 mkr.

Granskningen syftar till att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt ett tillfredsställande patientsäkerhetsarbete främst vad avser åtgärder mot vårdrelaterade infektioner och trycksador/trycksår.

Bedömningar

Vi bedömer att den viktigaste frågan för Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, i arbetet för att motverka vårdskador är att säkerställa en tillräcklig styrning och uppföljning samt en effektiv organisering av verksamheten vid sjukhusens vårdavdelningar.

De rutiner som fastställts avviker inte generellt sett från nationella riktlinjer, dock med undantag för att det nationellt antagna ”Infektionsverktyget” inte har implementerats. Vi menar att detta, tillsammans med brister såväl i omvårdnadsarbetet med trycksårspatienter som bristerna i efterlevnad av basala hygien- och klädrutiner, visar att HSN inte har säkerställt arbets sätt som följer nationella riktlinjer.

Sammantaget menar vi att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte tillsett att tillräckliga åtgärder har vidtagits inom det förebyggande arbetet för att uppnå styrkortets målsättningar inom området.

Rekommendationer:

- HSN bör säkerställa att det projekt för trycksårsprevention som genomförs/genomförs under 2017 följs upp vid samtliga vårdavdelningar, exempelvis genom att utföra tätare prevalensmätningar.
- HSN bör ge ett ökat stöd för arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) och tillse att handlingsplan upprättas. Krav bör också ställas på uppföljning av VRI-förekomst i verksamhetsberättelser och hur man på lokal nivå har arbetat för att minska prevalens av VRI. Patientsäkerhetsberättelsen bör innehålla redogörelse för åtgärder mot VRI.
- HSN bör tillse att Infektionsverktyget införs för en kontinuerlig uppföljning av VRI med möjlighet att utvärdera insatta åtgärder. Att mäta VRI kontinuerligt och inte bara en gång årligen skulle ge en mer utförlig bild av VRI-förekomsten och ge data för uppföljning över tid på verksamhetsnivå. Detta skulle kunna utgöra ett incitament för verksamheterna att arbeta med VRI-förebyggande åtgärder.
- HSN bör säkerställa följsamhet till basala hygien- och klädrutiner som en av åtgärderna för att minska förekomsten av VRI.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte och revisionsfråga	4
3	Revisionskriterier	4
4	Metod och avgränsning	4
5	Vårdskador - övergripande	5
6	Trycksår	6
6.1	Förekomst i Landstinget Västernorrland	7
7	Vårdrelaterade infektioner - VRI	8
7.1	Förekomst i Landstinget Västernorrland	9
7.2	Frågor och svar - VRI	10
7.2.1	Frågor och svar - basala hygien- och klädrutiner	13
8	Revisionella bedömningar	14

1 Bakgrund

Patientsäkerhet är en central fråga inom sjukvården. Mätningar visar att mellan 10 och 15 % av sjukhusvårdade patienter drabbas av någon form av skada. Skador som bedöms kunna undvikas benämns vårdskador. Vårdskador medför inte endast ett lidande för den enskilde patienten. De orsakar även onödig resursförbrukning i vården. Landstinget Västernorrland har beräknat kostnaderna till ca 200 mkr. Svenska kommun- och landstingsförbundets mätningar visar på relativt svaga resultat för Landstinget Västernorrland beträffande vårdrelaterade infektioner och trycksador/trycksår. Ett förbättringsarbete pågår avseende trycksador/trycksår.

Revisorerna har tidigare granskat fallskador (mars 2010 - del av en bredare granskning av patientsäkerhetsarbete) och avvikelshantering (augusti 2011, juni 2014).

2 Syfte och revisionsfråga

Granskningen syftar till att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt ett tillfredsställande patientsäkerhetsarbete främst vad avser åtgärder mot vårdrelaterade infektioner och trycksador/trycksår. HSN har i sitt styrkort för 2017 angett förbättringsmål för såväl trycksår, vårdrelaterade infektioner som basala hygien- och klädrutiner.

Revisionsfrågor:

- om införda rutiner och arbetssätt följer nationella riktlinjer.
- om tillräckliga åtgärder vidtagits inom det förbyggande arbetet för att uppnå styrkortets målsättningar.

3 Revisionskriterier

I granskningen används bl.a. följande revisionskriterier:

- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Relevanta föreskrifter och rapporter från Socialstyrelsen och SKL
- Landstingsplan 2017-2019

4 Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom intervjuer, mejlkorrespondens och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med patientsäkerhetschef/chefsläkare och överläkare vårdhygien/biträdande smittskyddsläkare. Enhetschefer vid två vårdavdelningar har intervjuats för att ge underlag för enkätfrågor. En enkät har genomförts för sammanlagt elva vårdavdelningar.

Granskningen är avgränsad till somatisk slutenvård och primärt granskas arbetet med förebyggande åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. Åtgärder mot trycksador/trycksår behandlas mer övergripande med anledning av pågående utvecklingsarbete.

5 Vårdskador – övergripande

I en rapport från SKL: [Skador i vården 2013-2016, SKL sept 2017.pdf](#), har resultat sammanställts på nationell nivå, för enskilda landsting/regioner och för sjukhus med den metod som infördes under 2012, dvs. markörbaserad journalgranskning - MJG innebär att patientjournaler granskas på ett systematiskt sätt för att kvantifiera och kategorisera skador som drabbat patienterna. Redovisningen av skador och vårdskador (undvikbara skador) bygger på granskning av 64 917 vårdtillfällen vid akutsjukhus. Resultaten sammanfattas nedan:

- En statistiskt säkerställd minskning av det totala antalet vårdskador har skett mellan 2013 och 2016. Minskningen skedde mellan 2013 och första halvåret 2015, därefter har ingen ytterligare minskning skett.
- Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, blåsöverfyllnad och svikt i vitala funktioner minskade signifikant mellan 2013 och 2016.
- Andelen vårdtillfällen där patienter varit utlokaliserade fortsätter att öka, från 3,1 procent 2015 till 4,5 procent år 2016.
- Frekvensen vårdskador är nästan dubbelt så hög för utlokaliserade patienter.
- Det totala antalet vårdtillfällen för somatisk vård av vuxna patienter är knappt 1,4 miljoner per år. Vid cirka 8 procent av de granskade vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador vilket innebär att cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad.
- Vårdtiden för patienter som får en vårdskada är nästan dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada.
- Kostnaden för de närmare 900 000 extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas till ungefär 9 miljarder kronor årligen vilket är cirka 13 - 14 procent av den totala kostnaden för sjukhusvård som beräknas till cirka 65 miljarder kronor per år.
- Resultaten stämmer väl överens med en nyligen publicerad rapport från OECD där man uppskattar att cirka 15 procent av kostnaderna för sjukhusvård i OECD-länder uppstår på grund av brister i patientsäkerheten.

I rapporten uppmärksammas särskilt konsekvenser av ”utlokalisering”, ett mått som infördes 2015. En utlokaliserad patient definieras enligt Socialstyrelsen som en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten:

”Totalt registrerades 984 patienter som utlokaliserade under perioden 2015- 2016 (420 patienter år 2015 respektive 564 patienter år 2016) vilket motsvarar 4 procent av alla patienter. 71 procent av de utlokaliserade patienterna var 65 år eller äldre, motsvarande andel för ej utlokaliserade var 65 procent. Medelåldern för de utlokaliserade patienterna var 70 år och för de ej utlokaliserade 67 år.

Under år 2015 var 3,1 procent av patienterna utlokaliserade och under år 2016 4,5 procent. Av de utlokaliserade patienterna under 2015 och 2016 hade 17,7 procent skador och 12,7 procent vårdskador. För de ej utlokaliserade patienterna var motsvarande siffror 10,9 respektive 6,9 procent. Skillnaden i skadefrekvens mellan

utlokaliserade och ej utlokaliserade patienter är signifikant för både skador och vårdskador.”

Rapportförfattarna slår fast att: ”Utlokalisering innebär en patientsäkerhetsrisk och kraftfulla åtgärder behöver sättas in mot orsakerna till utlokaliseringar. Om utlokalisering ändå måste användas ska det ske på ett sätt som minimerar riskerna för patienten.”

Kommentarer

Rapporten redovisar statistik för varje landsting och region men det förs också en diskussion om förutsättningar för jämförelser mellan landsting/regioner. Man menar att registrering och granskning inte är tillräckligt kalibrerad, vilket föranleder försiktighet vid sådana jämförelser medan jämförelser över tid är mer tillförlitliga.

I denna granskning görs därför huvudsakligen jämförelser mellan LVN och medeltal för riket samt tidsserier.

Det bör noteras att andelen utlokaliserade patienter i Västernorrland ökade från ca 1 % till 4 % mellan 2015 och 2016 för att därefter sjunka. Västernorrland uppvisar här bättre resultat än riket. Överbeläggningarna är högre än i riket med en viss förbättring under 2017.

6 Trycksår

Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en patient har mer än ett trycksår. Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada. Primära orsaker till trycksår är framför allt tryck, skjuvning och friktion och/eller en kombination av dessa faktorer. Risken för trycksår ökar om det tryckutsatta hudområdet utsätts för fukt och temperaturförhöjning.

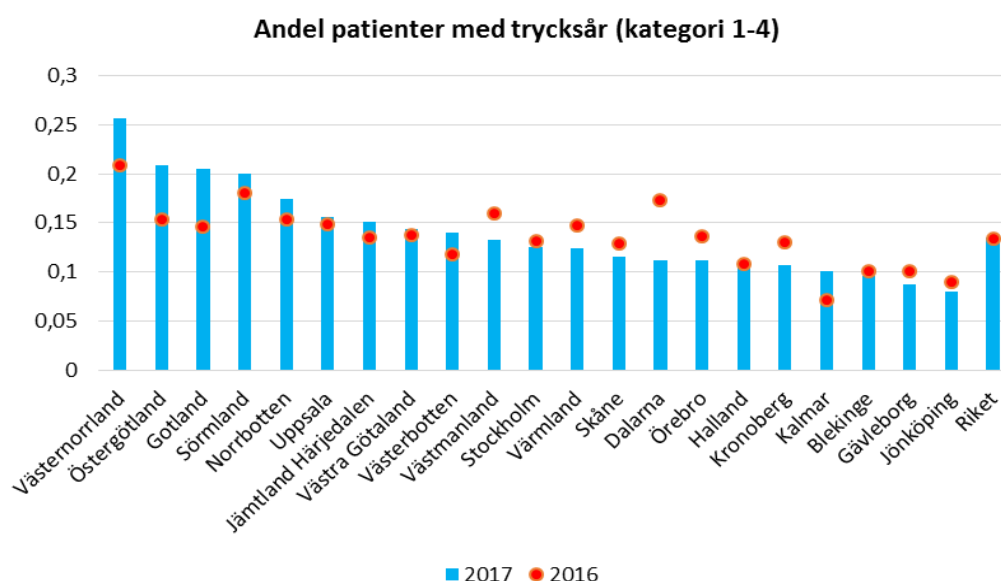
Patientens tyngd i kombination med underlag och tiden för trycket påverkar uppkomsten av tryckskador i hud och underliggande vävnad. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, såsom hälar och korsben, är speciellt utsatta. Sår kan också uppstå om ett föremål trycker mot huden. Vilket tryck som behövs för att ett sår skall uppstå beror dels på tryckets kraft, dels på hur länge vävnaden utsätts för tryck. Känsligheten för tryck varierar mellan olika individer och i olika vävnader. Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad.

Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, exempelvis när en persons huvudända höjs, och personen glider ned i sängen. Motsvarande gäller i stol/rullstol. När huden är varm och fuktig glider den inte mot underlaget trots att kroppen i övrigt är i rörelse neråt. Blodkärlen knickas eller tänjs ut och cirkulationen upphör eller försvåras.

Riskpatienter är framförallt personer med försämrat allmäntillstånd, nedsatt aktivitet, begränsad rörelseförmåga, otillräckligt födointag och lågt albuminvärde. Modifierad Nortonskala används vid identifiering av personer med risk att utveckla trycksår. Skalan är additiv där den totala summan beskriver patientens risk att utveckla trycksår.

6.1 Förekomst i Landstinget Västernorrland

Hälso- och sjukvårdsnämnden anger i sitt balanserade styrkort för 2017 som mål avseende trycksårsprevention att trycksåren ska minska i jämförelse med föregående år. Av Specialistvårdens delårsrapport framgår att förekomsten av trycksår har minskat vid sjukhusen i Örnsköldsvik och Sollefteå men att de ökat i omfattning i Sundsvall.



Så som framgår av figuren¹ ovan är förekomsten av trycksår nästan dubbelt så hög i Västernorrland i jämförelse med medelvärdet för riket – 25,7 % mot 13,5 %.

Ett av resultaten av det särskilda projekt som genomförts vid Örnsköldsviks och Sollefteå sjukhus och är under införande vid sjukhuset i Sundsvall är att personalen vid vårdavdelningar upplever att man fått ökad kunskap om och tillgång till medicintekniska produkter. I landstinget som helhet uppges användningen av tryckavlastande madrasser vara hundraprocentig.

Tabell: Riskpatienter

	Med tryckavlastande madrass		Med lägesförändring i säng	
	2016	2017	2016	2017
LVN	98,9%	100,0%	50,0%	37,4%
Riket	94,1%	91,9%	52,1%	53,8%

¹ SKL: Punktprevalensmätning av trycksår, 2017

Punktprevalensmätning innebär att mätningen av en förekomst (prevalens) genomförs vid en bestämd tidpunkt. Under mätningen ska samtliga inläggande patienter som kan och vill delta observeras.

Mätningarna baseras på den metod som European Pressure Ulcer Advisory Panel utarbetade 2001 samt det amerikanska kvalitetsregistret "Collaborative Alliance for Nursing Outcomes". Mätningen sker i vecka 10 på i förväg angivet datum som bestäms av respektive sjukhus/äldreboende/hemsjukvård.

”Trycksårsprojektet” uppges vid intervju och i en mindre enkät till vårdavdelningar ha lett till ökad uppmärksamhet på risker för trycksår. Rutiner för tidig bedömning av riskpatienter och observation vid inläggning har fått förnyad uppmärksamhet.

Samtidigt uppges i hälften av enkätsvaren och vid den intervju som genomförts att den helt avgörande faktorn när det brister i omvårdnaden är att ”det saknas händer”.

Kommentarer

Resultatet ifråga om att ”lägesförändra” patienter, så att långvarigt tryck på utsatta delar av kroppen inte uppstår, är svagt i landstinget Västernorrland. Försämringen mellan år 2016 och 2017 är betydande (not: viss försiktighet i tolkning bör iakttas).

Av intervjuer och enkät har framgått att man i stort är medveten om verktyg och rutiner för att undvika att trycksår uppstår men att det saknas personal för att hinna med tillsyn och att åtgärda att patienter blir sittande eller liggande utan den nödvändiga lägesförändringen. Vi har också noterat att det finns idéer om att förändringar i personalsammansättningen i vissa fall skulle kunna ge utrymme för ökad omvårdnad.

Vi noterar att delårsrapporten från specialistvården anger måluppfyllelse för de två sjukhus där ”Trycksårsprojektet” genomförts och samtidigt en försämring för det betydligt större sjukhuset i Sundsvall. Uppgifter på totalnivå redovisas inte.

Punktprevalensmätning ger i än mindre grad än vad gäller MJG (se nästa avsnitt) stabila och standardiserade data varför jämförelser mellan enskilda landsting/regioner försvaras.

6 Vårdrelaterade infektioner - VRI

I SKL:s rapport om VRI: [MJG Vårdrelaterade infektioner 2013-2016, SKL maj 2017.pdf](#), sammanställs specifikt resultaten av mätningar av vårdrelaterade infektioner som en del av den övergripande rapporteringen av vårdskador.

En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Drygt en tredjedel av alla vårdskador är vårdrelaterade infektioner.

Varje år får närmare 65 000 patienter på svenska sjukhus en vårdrelaterad infektion av varierande allvarlighetsgrad, och enligt rapporten uppskattas att 30-50 % av infektionerna kan undvikas. Vanliga vårdrelaterade infektioner är urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner. En vårdrelaterad infektion kostar i genomsnitt 107 000 kronor för svensk sjukvård.

De vanligaste riskfaktorerna för att utveckla en vårdrelaterad infektion är antibiotikabehandling, kirurgiska ingrepp och kvarliggande urinkateter. Risken fördubblas också vid utlokalisering, det vill säga när en patient vårdas på en annan vårdhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

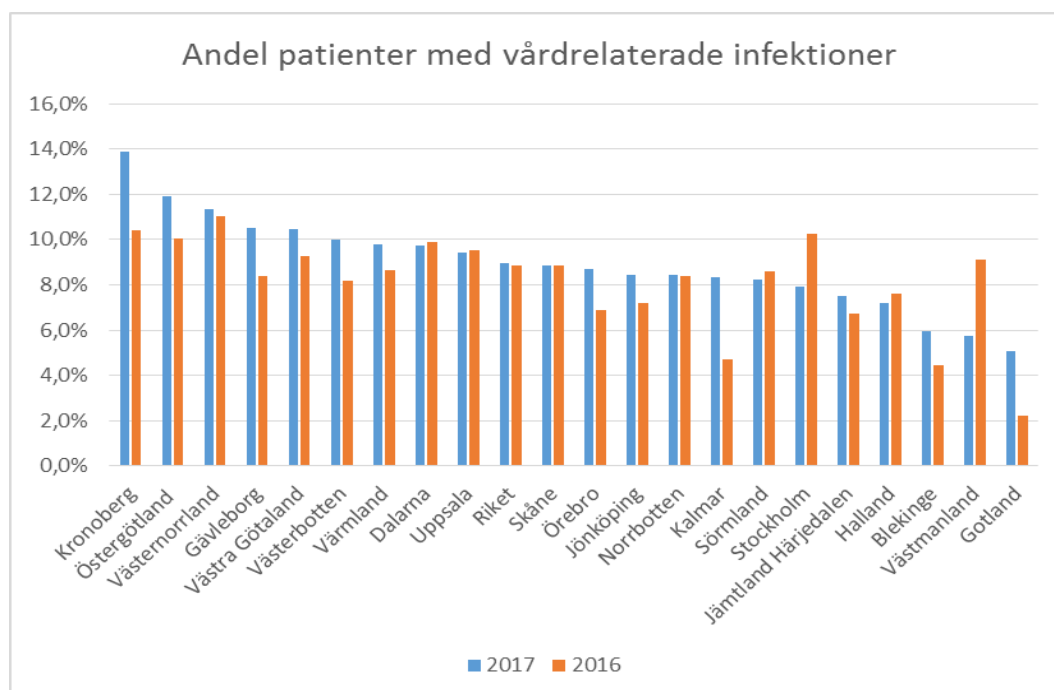
Vidare har sköra patienter, till exempel äldre, cancersjuka eller undernärda patienter, en högre risk för att drabbas.

6.1 Förekomst i Landstinget Västernorrland

Hälso- och sjukvårdsnämnden anger i sitt balanserade styrkort för 2017 som mål avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) att de ska uppvisa en årlig minskning. Av Specialistvårdens delårsrapport framgår att förekomsten av VRI under 2017 har ökat i omfattning i jämförelse med motsvarande period 2016.

Hygien- och klädrutiner (BHK) har betydelse för förutsättningarna att bedriva god vård i generell mening medan de har en mycket signifikant betydelse för att motverka vårdrelaterade infektioner. Hälso- och sjukvårdsnämnden anger i sitt balanserade styrkort en målnivå om 100 % avseende BHK, samtliga steg (se vidare avsnitt 6.2.1). Av Specialistvårdens delårsrapport framgår att följsamheten till BHK har ökat men är långt från att uppnå målnivån.

Av figuren nedan framgår att andelen patienter med vårdrelaterade infektioner är förhållandevis hög i Västernorrland, med förbehåll för att jämförelser mellan enskilda landsting/regioner bör ske med försiktighet. I förhållande till medeltal för riket så har LVN 1-3 % högre andel patienter med VRI.



6.2 Frågor och svar - VRI

Ett antal frågor har ställts till professionen. Nedan återges svaren i anslutning till frågeställningarna.

A: Finns det särskilda förutsättningar/brist på förutsättningen som bidrar till utvecklingen av VRI i LVN?

- Landstingets svaga ekonomi och stora personalomsättning på ledande poster upplevs generellt som ett hinder för förebyggande satsningar och långsiktigt kvalitetsarbete. Den betydande personalbristen främst på sjuksköterskesidan innebär neddragningar av vårdplatser och därmed ständiga överbeläggningar. När vårdavdelningar är överbelagda och fler patienter måste skötas av ett för litet antal vårdpersonal ökar risken för att man tar genvägar i hygienrutinerna. När patienter vårdas på vårdplatser som inte uppfyller kraven för en vårdplats (t.ex. i dagrum, förråd eller korridorer) eller när enkelrum saknas för att vårda smittsamma patienter, minskar möjligheterna att följa basala hygienrutiner och risken för smittspridning och VRI ökar.

Västernorrland Sjukhus el. motsvarande 2017 Augusti Somatik Psykiatri

[Visa statistik](#)

Urval: Västernorrland

Överbeläggning



I nationell statistik ligger Västernorrland sedan 2015 alltid över rikssnittet avseende överbeläggningar. Sannolikt påverkar överbeläggningarna och medföljande brister i arbetsmiljön Västernorrlands utfall i VRI- och BHK-mätningarna.

- Inhyrd personal, s.k. stafetter eller andra vikarier, såväl sjuksköterskor som läkare, riskerar att få bristfällig introduktion till lokala hygienrutiner och känner sannolikt inte till lokala riktlinjer och handlingsprogram för multiresistenta bakterier och andra smittor eller lokala städrutiner. Inhyrd personal bidrar inte heller till det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet. Detta kan leda till bristande följsamhet till basala hygien- och klädrutiner samt bristande engagemang i arbetet för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI). Det är svårt att starta nya projekt t.ex. inom VRI-området, när stora delar av personalen endast är på plats tillfälligt och den fasta personalen kämpar bara för att klara det allra mest akuta arbetet.

- Vårdhygien har en undanskymd plats i landstingets organisation som en delenhet under Kvalitets- och patientsäkerhetsavdelningen (KPA) som är en delverksamhet av Kvalitet och patientsäkerhet (KP) som i sin tur är en av många verksamheter under hälso- och sjukvårdsdirektören. Vägen upp till landstingets ledning är lång. Vårdhygien saknar naturliga mötesplatser med verksamheternas chefer. Vårdhygiens personal upplever att man inte används som resurs i det förebyggande arbetet utan kallas in för "brandsläckande" åtgärder, t.ex. när ett utbrott av smitta redan är ett faktum. Landstingets verksamheter och ledning uppfattas ha ett reaktivt förhållningssätt gentemot VRI i stället för att arbeta proaktivt.
- Trots att VRI är den vanligaste vårdskadan i svensk sjukvård och 30-50 % av VRI är undvikbara och att kostnaden för extra vård dagar på grund av VRI i Västernorrland är ca 160 miljoner kronor per år enligt beräkningar i SKL:s rapport (se avsn 6, min anmärkning) så saknas en handlingsplan för att minska VRI i Västernorrland.
- Ett annat exempel på bristande fokus när det gäller vårdhygieniskt arbete, förebyggande av vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) är att dessa områden inte omnämns i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och god vård - <http://intern.lvn.se/Ledning-styrning/Lednings-system/Systematisk-kvalitetsarbete/God-varld/>
- Västernorrland använder inte det nationella IT-stödet Infektionsverktyget² som innebär en möjlighet att mäta VRI i realtid. Infektionsverktyget breddinfördes i Sveriges landsting under Patientsäkerhetsatsningen 2011-14 och införandet var kopplat till ekonomisk utdelning (årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL om satsning på patientsäkerhet, min anmärkning). Man skyndade därför igenom införandet och när det ekonomiska incitamentet försvann fanns ingen struktur för att validera data, säkerställa verktygets funktionalitet, stödja verksamheterna i arbetet med att ta ut rapporter och använda dessa som underlag för det lokala förbättringsarbetet. Trots att Infektionsverktyget inte används betalar Västernorrland en årlig avgift för systemet. Det finns för närvarande inga konkreta planer på att återuppta rapporteringen till Infektionsverktyget.
- Resursbrist framför allt på läkarsidan för arbete med VRI föreligger, då Vårdhygien för närvarande köper in hygienläkartjänster motsvarande 25 %. I tjänsten ingår även arbete för Västernorrlands kommuner. Konsekvensen är att läkarresursen i huvudsak enbart kan konsulteras i det dagliga vårdhygieniska arbetet, men knappast kan användas för långsiktig planering av det VRI-förebyggande arbetet. Läkaren som utför det vårdhygieniska arbetet har ingen specialistutbildning inom området vårdhygien. Det saknas plan för att säkerställa att sådan specialistkompetens förvärvas.

² <https://www.inera.se/tjanster/infektionsverktyget/>

B: Varför gick förekomsten av VRI ned brant under ett par år för att sedan stiga till en än högre prevalens?



- Eftersom det är en punktprevalensmätning som görs under en enda dag, en eller två gånger per år, kan det i ett enskilt landsting bli stora slumpmässiga variationer mellan mättillfällena. Hygienskötarna, som arbetat en längre tid i landstinget, uppger att det också kan finnas en felrapportering vid något tillfälle. Det är inte klarlagt när detta skedde och vad felet bestod av. 2008-2013 mättes VRI två gånger per år och sedan 2014 endast en gång. I den längre trenden sedan mätningarnas start 2008 noteras att prevalensen VRI under åren 2009 - 2014 var lägre än nivåerna våren 2008 respektive 2015-2017. Detta kan indikera att en försämring skett efter 2014 i LVN, möjligen till följd av ett minskat fokus på frågan med endast ett mättillfälle per år.

En förbättring kan uppkomma också genom att börja mäta något. Detta kan ha lett till att nivåerna gick ned initialt, dvs. hösten 2008 efter att man började mäta VRI våren 2008.

Ett VRE-utbrott (vancomycinresistenta tarmbakterier) inträffade 2010-2011, vilket ledde till ett riktat arbete med lokalisering av patienter, basala hygien- och klädregler, städning m.m. Denna allmänna "uppskärpning" kan ha lett till en nedgång av VRI-frekvens från 2012 och åren därefter.

Att Västernorrland ligger sämre än medelvärdet i riket såväl 2016 som 2017 innebär förmodligen att LVN verkligen har en högre VRI-förekomst. Resultat från markörsbaserad journalgranskning och att incidens av Clostridium difficileinfektion (CDI), som oftast är en vårdrelaterad infektion (LVN bland de med högst incidens 2014-2016) talar också för att Västernorrland verkligen ligger högre än medelvärdet för riket.

Kommentarer

Vi föreslår att Hälso- och sjukdomsnämnden uppmärksammar de reflektioner från vårdprofessionen som framkommit i avsnitten ovan. Vi menar att åtgärder mot vårdskador bör ges en högre prioritet med genomtänkta planer, en intensifierad uppföljning och förbättrad styrning.

6.2.1 Frågor och svar - basala hygien- och klädrutiner (BHK)

Hygien- och klädrutiner har avgörande betydelse för att motverka vårdrelaterade infektioner. Att handhygien har betydelse för förekomst av VRI inom hälso- och sjukvård är tydligt och genomgångar av litteraturen som gjorts av WHO³ visar att handhygien är en av de mest betydelsefulla faktorerna för att minska smittspridning och uppkomst av VRI inom vård och omsorg. WHO har också tagit fram ett omfattande program med verktyg för att förbättra handhygien: "WHO guidelines on hand hygiene in health care".

I Sverige har i SKLs regi punktprevalensmätningar av följsamhet till basala hygienregler och klädregler genomförts sedan 2010. Sedan den första mätningen hösten 2010 har följsamheten till de sju grundläggande moment som mäts, bland annat handhygien, förbättrats inom regioner och landsting. I mätningen som gjordes 2016 hade ändå fortfarande bara 75,6 procent av personalen korrekt arbets sätt i samtliga sju steg (sedan 2016 mäts BHK i åtta steg, även om SKL:s officiella redovisning endast omfattade sju steg. Det som tillkommit i det åttonde steget är att naglarna ska vara kortklippta och att det inte är tillåtet med någon form av konstgjort material på naglarna). Det vanligaste felet har under hela mätperioden varit att inte desinfektera händerna korrekt före patientnära arbete. Mätningarna⁴ visade att cirka 20 % av vårdpersonalen i LVN inte utförde handdesinfektion före patientmötet (dock utfördes handhygien till 90% efter patientmöte).

Sammanställning av resultat för LVN i förhållande till medelvärden för samtliga landsting/regioner:

Basala hygienrutiner	LVN i förhållande till medelvärden i riket
Naglar korta och fria	Över medel 2017 och 2016
Kort eller uppsatt hår	Över medel 2017, under medel 2016
Fria från ringar, klockor, armband	Under medel 2017, mycket under 2016
Korrekt arbetsdräkt	Näst lägsta värde 2017, under medel 2016
Korrekt användning av plastförkläde	Medelvärde 2017 och 2016
Korrekt användning av handskar	Över medel 2017, under medel 2016
Andel desinfektion efter patientmöte	Lägst värde 2017 och 2016
Andel desinfektion före patientmöte	Under medel 2017 och 2016
Andel korrekt i samtliga hygienrutiner	Under medel 2017 och 2016
Andel korrekt i samtliga klädregler	Bland de lägsta värdena 2017 och 2016
Andel korrekt i samtliga steg	Under medel 2017, mycket under 2016

A: Är BHK ett eftersatt område i LVN?

- Vårdhygien⁵ publicerar mätresultaten på intranätet och alla som har åtkomst till intranätet kan ta del av dessa data. Samtliga enhetschefer får också sin enhets resultat per mejl. Om följsamheten till BHK är under 80 % på en enhet ska en handlingsplan för förbättringsarbete upprättas. Det är Vårdhygiens bild att sådana handlingsplaner i regel inte upprättas.
- Det finns en landstingsövergripande handlingsplan för ökad följsamhet till BHK. Det är tveksamt om denna handlingsplan följs av landstingets verksamheter.

³ World Health Organisation, ett FN-organ bildat 1948 med huvudkontor i Genève.

⁴ <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygiensrutiner.2277.html>

⁵ Vårdhygien Västernorrland - här arbetar hygienläkare och hygiensjuksköterskor som sjukhusens experter på smitt- och infektionsförebyggande åtgärder.

- Vårdhygien har skapat ett protokoll för egenkontroll som verksamheterna ska fylla i en gång per år eller oftare om resultaten av BHK-mätningarna är svaga (< 80%). Huruvida protokollet används är dock tveksamt.
- Något verksamheterna inte riktigt har uppfattat är att Vårdhygien har en rådgivande expertfunktion och inte är "hygienpoliser" eller kontrollinstans. Det är verksamheterna själva som är ansvariga för att se till att BHK följs och vidta åtgärder om bristande följsamhet upptäcks. Till stöd finns handlingsplanen, egenkontrollprotokollet och utbildningar för hygienombud, verksamhetschefer, vårdstudenter, AT-läkare, städpersonal m.m. Vårdhygien kan också utföra hygienronder och annan utbildning som verksamheterna efterfrågar.

B: Finns det något som förklarar de relativt svaga resultaten?

- Bristande uppföljning av resultaten av BHK-mätningarna.
- En organisationskultur som tillåter/tolererar svaga resultat utan att åtgärder vidtas.
- Okunskap om vem som ansvarar för följsamheten till BHK. Det är varje medarbetare och varje verksamhet som är ansvarig.

C: Vad kan göras för att förbättra efterlevnad till BHK?

- Att alla verksamheter börjar följa handlingsplanen.
- Att alla relevanta verksamheter medverkar i BHK-mätningarna.
- Att resultaten av BHK efterfrågas på rätt sätt. Styrkortet är inte anpassade efter de resultat man kan få fram via BHK-mätningarna.
- Att införa nolltolerans för dåliga resultat i BHK-mätningarna.
- Att alla svaga resultat följs upp från ledningsnivå.

7 Revisionella bedömningar

Vi bedömer att den viktigaste frågan för Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, i arbetet för att motverka vårdskador är att säkerställa en tillräcklig styrning och uppföljning samt en effektiv organisering av verksamheten vid sjukhusens vårdavdelningar. För att anlägga endast ett ekonomiskt perspektiv så skulle, överslagsmässigt, en tioprocentig minskning av vårdskadorna spara cirka 20 miljoner kronor i Landstinget Västernorrland.

Det har i åtskilliga studier påvisats att utlokalisering av patienter och överbeläggningar ökar och närapå fördubblar risken för vårdrelaterade infektioner. Landstinget Västernorrland har under de senaste åren haft återkommande överbeläggningar. Vi noterar att en viss förbättring inträffat under 2017. Beträffande "rena utlokaliseringar" uppvisar länets sjukvård ett bättre resultat än riket under 2017.

De rutiner som fastställts avviker inte generellt sett från nationella riktlinjer, dock med undantag för att det nationellt antagna "Infektionsverktyget" inte implementerats. Vi menar att detta, tillsammans med brister såväl i omvårdnadsarbetet med trycksårspatienter som bristerna i efterlevnad av basala hygien- och klädrutiner, visar att HSN inte säkerställt arbetssätt som följer nationella riktlinjer.

Sammantaget menar vi att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har tillsett att tillräckliga åtgärder har vidtagits inom det förebyggande arbetet för att uppnå styrkortets målsättningar.

Rekommendationer:

- HSN bör säkerställa att det projekt för trycksårsprevention som genomförs/genomförs under 2017 följs upp vid samtliga vårdavdelningar, exempelvis genom att utföra tätare prevalensmätningar.
- HSN bör ge ett ökat stöd för arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) och tillse att handlingsplan upprättas. Krav bör också ställas på uppföljning av VRI-förekomst i verksamhetsberättelser och hur man på lokal nivå har arbetat för att minska prevalens av VRI. Patientsäkerhetsberättelsen bör innehålla redogörelse för åtgärder mot VRI.
- HSN bör tillse att Infektionsverktyget införs för en kontinuerlig uppföljning av VRI och möjlighet att utvärdera insatta åtgärder. Att mäta VRI kontinuerligt och inte bara en gång årligen skulle ge en mer utförlig bild av VRI-förekomsten och ge data för uppföljning över tid på verksamhetsnivå. Detta skulle kunna utgöra ett incitament för verksamheterna att arbeta med VRI-förebyggande åtgärder.
- HSN bör säkerställa följsamhet till basala hygien- och klädrutiner som en av åtgärderna för att minska förekomsten av VRI.

Härnösand 2017-11-08

Tage Magnusson
Certifierad kommunal revisor