

Hovedrapport

Ekstern Audit Rengøringskvalitet og hygiejne Region Hovedstaden Hospitaler 2011

Efter standarderne

DS/INSTA 800 og DS 2451 del 10

Rapporten er udarbejdet af
Dansk Cleaning Service
Københavns Lufthavn syd
2791 Dragør
Tlf 32 94 87 22

Indhold

1. Introduktion.

2. Rammer for auditeringen.

2.1	Tidsrum
2.2	Forudsætninger
2.3	Omfang
2.4	Auditører
2.5	Skema over formøde og audit dag pr. hospital
2.6	Forløb
2.7	Stikprøver

3. Kriterier for auditeringen på hospitalerne.

3.1	Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet
3.2	Fremgangsmåde ved vurdering af hygiejneniveau
3.3	Kvalitets- og hygiejneniveauer
3.4	Stikprøvestørrelser og fordeling
3.5	Fordeling af lokaler
3.6	Forhold vedrørende auditeringen
3.7	Supplerende parametre

4. Resultater og rapportering.

4.1	Rapportering
4.2	Resultater

5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne.

6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne.

7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveauer.

8. Afslutning.

1.0 Introduktion

I henhold til aftale af 19. juni 2009, har Dansk Cleaning Service, foretaget den tredje eksterne audit på Region Hovedstadens Hospitaler, efter Standarderne DS/INSTA 800 2006 System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet samt DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10. Krav til rengøring.

Auditeringen er gennemført under følgende vilkår:

- Tidsramme: 17. oktober 2011 til 15. december 2011
- Afholdelse af et formøde pr. hospital med henblik på at fastlægge rammer herunder starttidspunkt, rækkefølge og hvilke bygninger/etager som indgår i auditeringen.
- Orientering omkring audit til kontaktpersoner er fastlagt af Region Hovedstaden.
- Gennemførelse af audit med deltagelse af kontaktpersoner samt udvalgte medarbejdere fra hospitalerne.
- Auditering af et defineret antal lokaler efter et fastlagt hygiejneniveau jf. kontrakt af 19. juni 2009.
- En rapport for hvert hospital, som er udarbejdet umiddelbart efter auditeringsdagen.
- Rapporten for det enkelte hospital fremsendes til Region Hovedstaden i henhold til aftale, sammen med denne hovedrapport.

2. Rammer.

2.1 Tidsrum for auditeringen.

Auditeringen er foregået i perioden fra d. 24. oktober til 8. december 2011.

2.2 Forudsætninger

Ved auditeringen er der ikke taget hensyn til hvilket rengøringsprogram/system eller kvalitetsniveau det enkelte hospital har fastlagt.

Der er set bort fra fladesnavs på de overflader som efter afsluttet rengøring har været behandlet med et desinficerende middel. Oplysninger omkring behandling med desinficerende midler har været oplyst af kontaktperson eller udvalgt personale fra hospitalet.

2.3 Omfang

Der er foretaget audit på de objekter som er beskrevet af Region Hovedstaden og der er ikke taget hensyn til hvem der har ansvar for rengøring af de enkelte objekter ved rengøringsauditten.

2.4 Auditører

Auditeringen er foretaget af Dansk Cleaning Service ved følgende personer.

Teamleder: Seniorkonsulent Anne-Lise Schjønning.

Direktør Britta Hansen.

Konsulent Henrik Hansen.

2.5 Formøde og auditeringsdag.

Hospital	Dato for formøde.	Data for audit	Auditører fra Dansk Cleaning Service.
Amager Hospital Italiensvej 1. 2300 KBH. S.	28/10-2011	01/11-2011	Britta Hansen Henrik Hansen
Bispebjerg Hospital Bispebjerg Bakke 24 2400 Kbh. NV.	03/11-2011	04/11-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Bornholm Hospital Ullasvej 8 3700 Rønne.	10/11-2011	11/11-2011	Anne-Lise Schjønning Henrik Hansen
Frederiksberg Hospital. Nordre Fasanvej 57 2000 Frederiksberg.	07/11-2011	09/11-2011	Britta Hansen Henrik Hansen
Frederikssund Hospital. Frederikssundsvej 30 3600 Frederikssund.	25/10-2011	26/10-2011	Britta Hansen Henrik Hansen
Gentofte Hospital. Niels Andersensvej 65. 2900 Hellerup.	17/11-2011	21/11-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Glostrup Hospital Nordre Ringvej 69 2600 Glostrup.	22/11-2011	24/11-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Helsingør Hospital Esrumvej 145 3000 Helsingør.	25/10-2011	27/10-2011	Anne-Lise Schjønning Henrik Hansen
Hillerød Hospital Helsevej 2 3400 Hillerød.	17/10-2011	24/10-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Hvidovre Hospital. Kettegårds Allé 30 2650 Hvidovre.	31/10-2011	02/11-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Rigshospitalet Blegdamsvej 9 2100 KBH: Ø.	11/11-2011	15 og 16/11-2011	Anne-Lise Schjønning Britta Hansen Henrik Hansen
Herlev Hospital Herlev Ringvej 75 2750 Herlev.	07/11-2011	10/11-2011	Anne-Lise Schjønning Henrik Hansen

2.6 Forløb.

Formøderne og auditeringen på de enkelte dage er generelt foregået i en meget positiv og samarbejdsvillig ånd. Der er på enkelte hospitaler gennemført telefonisk formøde. En stor del af regionens hospitaler har oparbejdet en rutine i at gennemføre audit, og det er generelt et godt overblik over driften på de enkelte hospitaler. Der er dog enkelte hospitaler som endnu ikke har overblik over rengøringsstidspunkter.

Auditten på det enkelte hospital er gennemført med størst muligt hensyn til den daglige drift. Der har været enkelte tilfælde, hvor driften har tilpasset sig auditten, men dog uden at medarbejderne er blevet orienteret om, at lokalet skulle auditeres.

Der har ved denne kontrol ikke været konstateret kritiske forhold og der har på intet tidspunkt uenighed om samlinger, fladesnavs eller lign.

Formen på audit har ændret sig i forhold til 2009 og 2010, idet der undervejs i audit har været en større dialog omkring samlinger, således at audit også har karakter af læringsproces. Specielt medarbejderne som har overværet gennemførelse af kvalitetskontrol af det lokale som de har klarmeldt, har udvist interesse.

2.7 Stikprøver.

På formøderne har DCS sammen med de aktuelle kontaktpersoner udvalgt et bredt udsnit af bygninger og afdelinger, hvor auditeringen skal finde sted, men først undervejs i auditeringen har DCS udvalgt det aktuelle lokale.

Udtræk fra it-systemer har i denne audit ikke været anvendt, idet vi i DCS har et overblik over de enkelte hospitaler og DCS forsøger at udvælge så stor en del af bygningsmassen som muligt. Eksempelvis er der på hospitaler med flere operationsafsnit forsøgt auditeres på alle afdelinger.

3 Kriterier for ekstern audit på de 12 hospitaler.

Det er standarderne DS/INSTA 800 og DS 2451-10 som ligger til grund for den eksterne audit.

Vilkårene for auditten er baseret på visuel kontrol og at kontrollen er foretaget umiddelbart efter rengøring eller inden det enkelte lokale er taget i brug. Alle auditerede lokaler er klarmeldt af den enkelte servicemedarbejder, kontaktpersonen, eller denne repræsentant.

3.1 Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet (DS/INSTA 800:2006.)

Vurderingen af rengøringskvalitet foretages ved almindelig færdsel rundt i lokalet/inspektionseenheden med besigtigelse af alle overflader, der er omfattet af aftalegrundlaget.

Ved almindelig færdsel rundt i et lokale forstås, at man går rundt i de naturlige gangbaner for at vurdere lokalet. Det er tilladt at kigge lige eller skråt på de overflader, der kontrolleres. Det er tilladt at bøje sig ned for at se efter urenheder under inventar og trække stole ud. Ved vurdering af høje flader er det tilladt at anvende stige eller lignende.

Det er ikke tilladt at bruge hjælpemidler såsom eks. Fingre, penne, klude, ekstra belysning og lignende i forbindelse med gennemførelse af kontrollen. Dog er det i tvivlstilfælde tilladt at bruge en egnet metode, fx finger, klud eller lignende for at vurdere, hvorvidt fastsiddende urenheder skyldes manglende bygningsmæssig vedligehold.

3.2 Fremgangsmåde anvendt ved vurdering af hygiejneniveau (DS-2451-10)

Såfremt der ved rengøringskontrollen har været fundet urenheder i henhold til DS-2451-10 på standardens 10 kritiske styringspunkter er disse registeret i audit skema for pågældende lokale.

Hvis der i felterne er afsat mere end en streg på et objekt, er dette udtryk for, at der er flere samlinger j.f definition af samling i henhold til DS INSTA 800 af urenheden på det kritiske styringspunkt.

3.3 Kvalitets- og /hygiejneniveauer

Følgende kvalitets- og hygiejneniveauer har ligget til grund for auditeringen.

Lokaletype.	Hygiejneniveau (DS 2451-10)	Kvalitetsniveau (INSTA 800)
Operationsstue	5	5
Intensiv stue	5	5
Afsnitskøkkener	4	4
Patienttoilet/bad	4	4
Sengestue	3	4
Undersøgelsesrum	3	4
Ingangsparti	2	3
Venteværelse, op- holdsrum	2	3

3.4 Stikprøvestørrelser og fordeling

Følgende stikprøvestørrelse blev lagt til grund for de respektive hospitaler.

3.5 Fordeling af lokaler

Hospitaler	Antal lokaler.
Rigshospitalet.	70
Bispebjerg, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Gentofte, Glostrup	40
Amager, Helsingør Frederiksberg Frederikssund, Bornholm.	20

Følgende fordeling af lokaletyper er besluttet af Dansk Cleaning Service.

Lokaletyper	Lokalefordeling 70 stikprøver	Lokalefordeling 40 stikprøver	Lokalefordeling 20 stikprøver.
Operationsstuer	5	3	2
Intensivstuer.	5	3	1
Afsnitskøkkener.	10	5	2
Patienttoilet/bad	10	6	3
Sengestuer	26	13	6
Undersøgelsesrum.	8	6	4
Indgangsparti	3	2	1
Venteværelse/ opholdsrum.	3	2	1

3.6 Forhold vedrørende auditeringen.

Ved auditeringen er der foretaget kontrol på de objekter som var anført på objektlisten, fremsendt af Region Hovedstaden.

Auditeringen er foretaget uden hensyn til følgende:

- Hvem der er ansvarlig for rengøringsopgaven (servicemedarbejder, plejepersonale andre.)
- Hvilken frekvens, hvilken metode eller hvilket rengøringsprogram/system der anvendes.
- Hvilken organisation eller hvilket firma, der er ansvarlig for rengøringen.

3.7 Supplerende parametre.

Der er foretaget en registrering af følgende.

Samlinger af urenheder på

- Mobilt udstyr (stativer på hjul, rulleborde)
- Fast teknisk /medico teknisk udstyr (stationært udstyr som pc, skærme, tastaturer m.v.)
- Mobilt teknisk og medico teknisk behandlingsudstyr (alt teknisk udstyr på hjul).

Følgende forhold er registreret, men ikke medtaget i kontrollen:

- I øjenfaldende mangler på bygningsvedligeholdelsen.
- Forhæng

Ved auditeringen er anvendt revideret skema i forhold til fremsendte i udbudsmateriale, som omfatter INSTA 800 og DS 2451-10 og ovennævnte parametre er registreret på auditskemaet under de kritiske styringspunkter. Skemaerne er reviderede på en sådan måde at det mere tydeligt fremgår hvilken objektgruppe bemærkningerne vedrører.

4. Rapportering og Resultater.

4.1 Rapportering.

Der er udarbejdet 12 delrapporter – en for hvert hospital i regionen.

Hver delrapport indeholder.

- 1: ***Resultatskema***
- 2: ***Væsentlige aspekter for konklusion af rengøringskvaliteten
Oplisting pr lokaletype omkring forekomst af urenheder, generelle
forhold der har medvirket til afvisning af lokaler samt bygningstilstand.***
- 3: ***Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede
kvalitetsniveauer***
- 4: ***Skematisk oversigt over afvisninger i forhold til objektgrupper***
- 5: ***Skematisk oversigt over antal afvisninger i de enkelte lokaler
pr.objektgruppe.***
- 6: ***Oversigt over godkendte og afviste lokaler for henholdsvis 2009
og 2010.***

Kriterier i forhold til antal af lokaler og lokaletyper er blevet fulgt. Dog har der været enkelte hospitaler hvor det ikke har været muligt at gennemføre audit på det fulde antal. Dette fremgår af rapporten på det enkelte hospital. Baggrunden for at afvige antallet af lokalet skyldes enten at lokalerne ikke har været tilgængelige eller at lokaletypen ikke længere eksisterer på det pågældende hospital.

Alle lokaler har ved auditeringen været slutrengjort inden auditeringen.

4.2 Resultater.

Nedenstående skema viser afviste og godkendte lokaler på det enkelte hospital, samt en procentvis beregning for henholdsvis 2009, 2010 og 2011

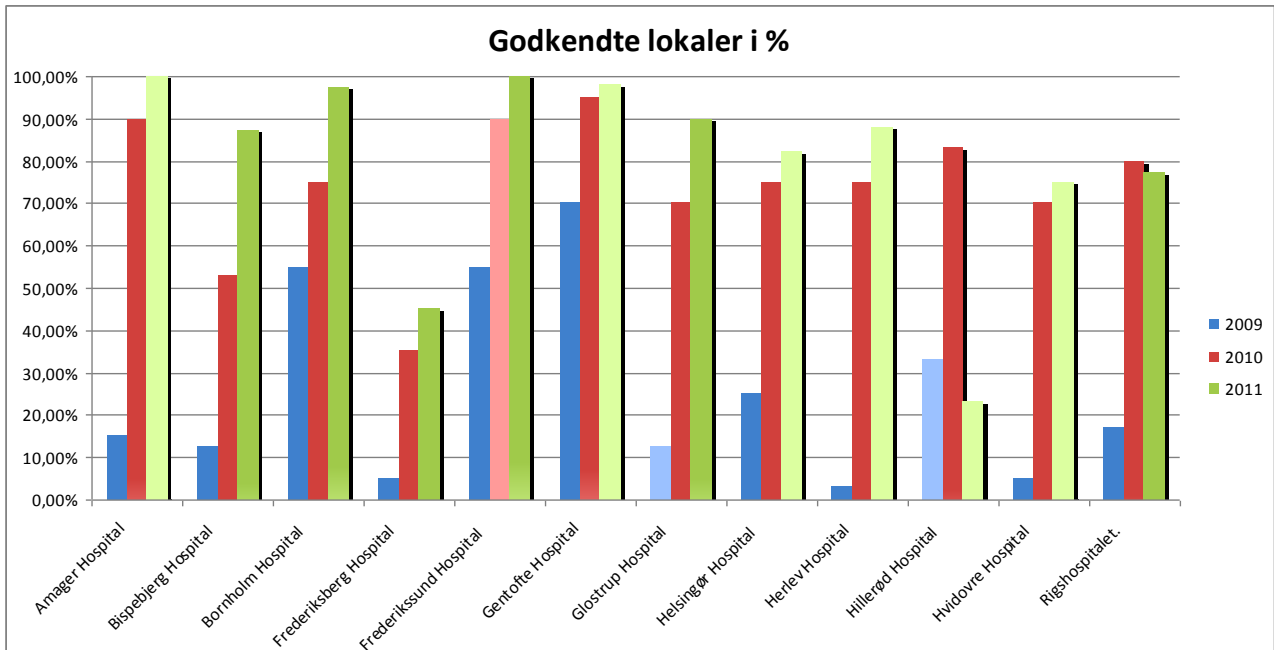
Som det fremgår af tabellen er der samlet auditeret 406 lokaler på Region Hovedstadens hospitaler.

Heraf er **78,82%** godkendt og **21,18%** afvist.

Hospital 2011	Antal	Antal	Procentmæssig
	Lokaler.	Godkendte	Godkendt (%)
Amager Hospital	20	20	100,00%
Bispebjerg Hospital	40	35	87,50%
Bornholm Hospital	20	19	97,50%
Frederiksberg Hospital	20	9	45,00%
Frederikssund Hospital	20	20	100,00%
Gentofte Hospital	40	39	98,00%
Glostrup Hospital	40	36	90,00%
Helsingør Hospital	17	14	82,00%
Herlev Hospital	40	35	88,00%
Hillerød Hospital	39	9	23,10%
Hvidovre Hospital	40	30	75,00%
Rigshospitalet.	70	54	77,14%
Total for Region Hovedstadens 12 hospitaler	406	320	78,82%

Nedenstående skema viser hospitalernes samlede godkendelsesprocent på alle lokaler for henholdsvis 2009, 2010 og 2011.

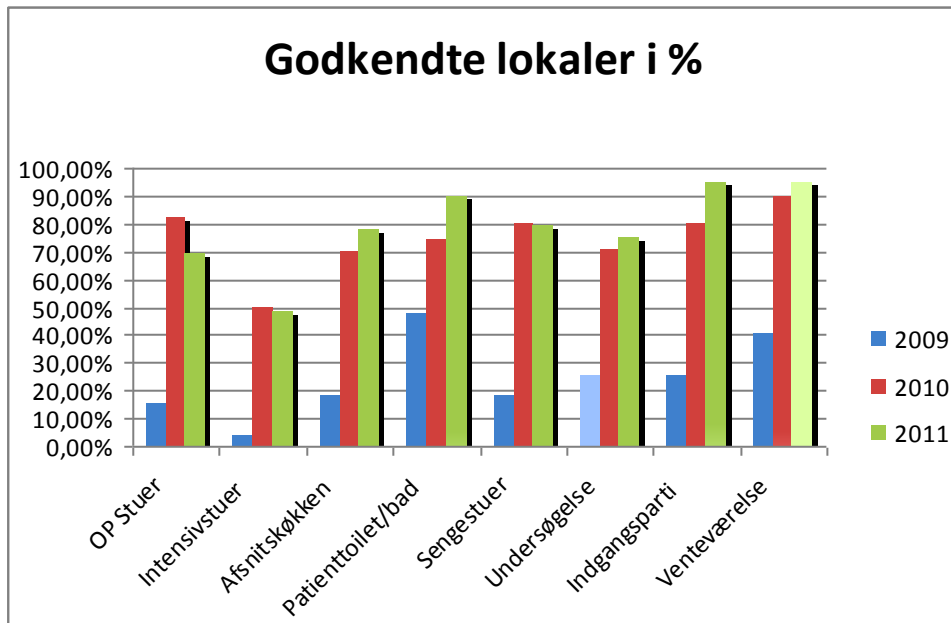
Som det fremgår af skemaet er der sket fremgang på næsten alle hospitaler.



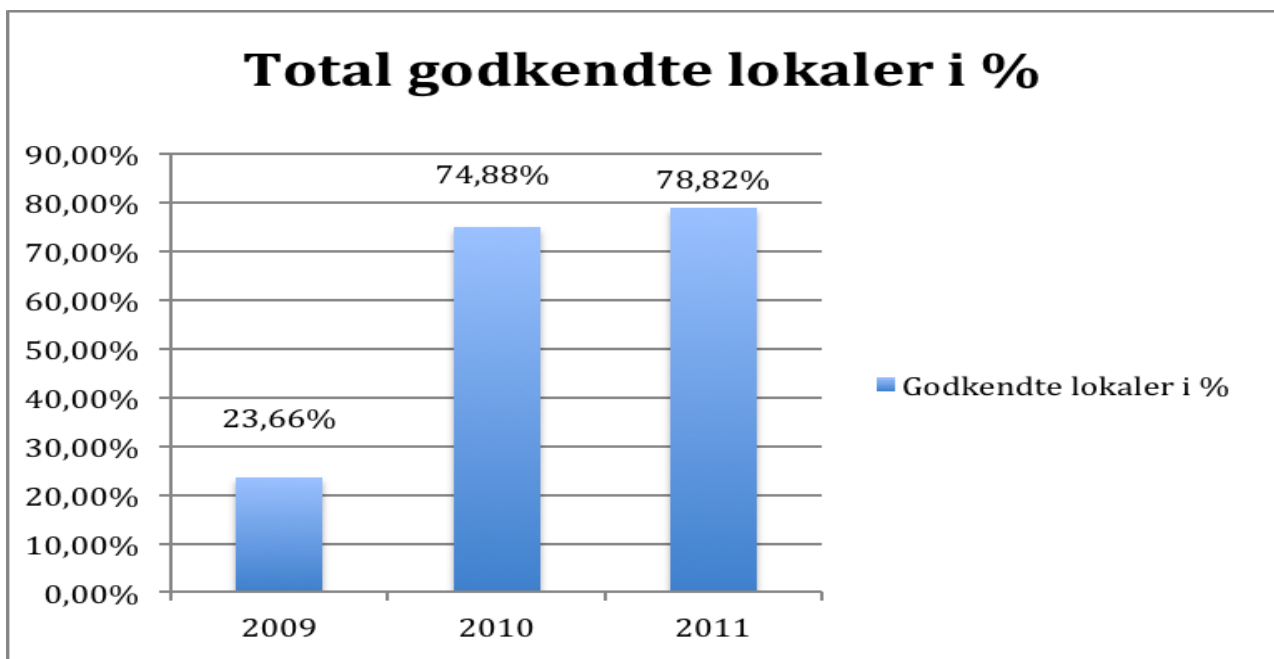
Fordeling af det totale resultat fordelt på lokaletyper i region hovedstadens hospitaler er:

2011	Niveau INSTA 800	Antal lokaler	Antal godkendte	Antal afviste	Procentmæssig godkendt i %
OP Stuer	5	32	22	10	68,75%
Intensivstuer	5	25	12	13	48,00%
Afsnitskøkken	4	50	39	11	78,00%
Patienttoilet/bad	4	61	55	6	90,16%
Sengestuer	4	134	106	28	79,10%
Undersøgelse	4	64	48	16	75,00%
Indgangsparti	3	20	19	1	95,00%
Venteværelse	3	20	19	1	95,00%
Total		406	320	86	78,82%

Nedenstående skema viser den procentuelle udvikling fordelt på de enkelte lokaletyper fra 2009, 2010 og 2011



Fra 2009 hvor **23,65%** af lokalerne blev godkendte og fra 2010 hvor **74,88** blev godkendt er der i 2011 **78,82%** godkendte lokaler hvilket fremgår af nedenstående figur:



5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne.

Der er stadig en fortsat forbedring på størsteparten af hospitalerne i forhold til resultaterne i 2009 og 2010 med udtagelse af enkelte hospitaler.

Det er DCS vurdering at der er stor sammenhæng mellem ledernes/serviceleverandørens kompetence og rutine i anvendelsen af standarderne, som et ledelsesmæssigt redskab og opnået kvalitetsniveau.

Alle auditører har sammenfaldende oplevet en positiv holdning fra patienter der udtrykker, stor tilfredshed med rengøringen af hospitalerne. I 2009 var der en del patienter der udtrykte utilfredshed med rengøringen, hvor der i 2011 udelukkende har været positive tilkendegivelser fra patienterne om tilfredshed med rengøringen – en enkelt patient mente dog at rengøringen var for omfattende.

Der er dog visse områder hvor det kan være svært at opnå de fastlagte niveauer, dette gælder specielt intensive stuer med patienter.

Nedenstående er oplistet nogle af de mest forekommende samlinger.

- Patient nære områder, som leje, sengebord, sengelampe, instrumentskinne bag patient (støv og løst snavs).
- Medico teknisk udstyr/behandlingsudstyr (løst snavs og støv)

I delrapporten for det enkelte hospital, fremgår det, i hvilke lokaletyper og objektgrupper hvor der forekommer for mange urenheder, og arten af dem.

6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne.

Der er væsentlig færre afviste lokaler i 2011 i forhold til 2009 og 2010, og af de afviste lokaler er størsteparten af lokalerne meget tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Størsteparten af de afviste lokaler er afvist på en enkelt urenhed i en enkelt objekt gruppe. I meget få tilfælde er der betydeligt flere urenheder.

Der kan være bygningsmæssige forhold, der gør det vanskeligt, at opnå kvalitetsniveauet fx nedslidte gulve, nedslidt inventar o.s.v. Desuden er orden og oprydning en vigtig faktor ved udførelse af rengøringen. Disse forhold er kommenteret i delrapporterne.

7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveau.

Konkrete fokusområder er anført i delrapporten for det enkelte hospital.

Generelle fokusområder for Region Hovedstaden.

- Sikre en løbende uddannelse af ledere, både indenfor rengørings- og plejefunktionen i de anførte standarder – uddannelse af nye medarbejdere og efteruddannelse af de medarbejdere der har kendskab til standarderne
- Opfølgning på uddannelse af servicemedarbejdere/rengøringsmedarbejdere i de anførte standarder.
- Løbende kontrol i henhold til DS/INSTA 800 og DS 2451-10 med handlingsplaner/fokusområder på både godkendte og afviste lokaler.
- Korrekt anvendelse af DS/INSTA 800
- Samordning af rengøringsmetoder og rengøringsmidler i regionen.
- Sikre at alle ledere af rengøringen har praktisk kendskab til metoder og midler.
- En løbende koordinering af, hvem der er ansvarlig for lejer og behandlingsudstyr.
- Skab fokus/debat om oprydning, det er et fælles ansvar, hvis de ønskede kvalitetsniveauer skal opnås.
- Anerkendelsen af, at nedslidte overflader/beskadigede overflader påvirker indtrykket af rengøringsstandarder
- I takt med renoveringer, tænk på rengørings venlige overflader (glatte). Afskaf polstrede møbler.
- Samordning af plejepersonalets og servicemedarbejdernes opgaver inden kontrol.
- Gennemfør kontrol for at sikre patientsikkerhed og kontroller alle objekter uden hensyntagen til hvilken personalegruppe der har ansvar for rengøringen af disse.

8. Afslutning.

Dansk Cleaning Service har foretaget 3. audit på Region Hovedstadens hospitaler i henhold til udbudsmateriale.

Der er opnået en status og dokumentation på rengøringskvaliteten/hygienen på de enkelte hospitaler:

Da der ikke tages stilling til om en lokale er godkendt eller afvist under auditeringen, har det været muligt at påpege samlinger for både kontaktpersoner og medarbejdere. Der er for interesserede medarbejdere tilkendegivet om resultatet har været tilfredsstillende / ikke tilfredsstillende hvilket har medført at audit har været gennemført i forståelse af, at audit er en læringsproces til gavn for patientsikkerheden.

Der er endvidere en klar sammenhæng mellem de hospitaler hvor medarbejderne engagerer sig i kontrollen og de resultater hospitalet opnår. Generelt gælder det, at en stor interesse for audit, resulterer i en høj godkendelsesprocent.

Der er auditeret 406 lokaler, heraf er 78,82 lokaler godkendt og 21,18 afvist.

Ved igangsætning af disse audit er der igangsat en proces, som viser at Region Hovedstaden har iværksat en række tiltag som har påvirket kvaliteten af rengøringsniveauet i en meget positiv retning på de enkelte hospitaler.

Det er væsentligt at denne proces fortsætter og at der konstant er fokus på rengøring og anerkendelsen af værdien af rengøringsydelsen set i forhold til DS-INSTA 800 og DS 2451-10.

Det er DCS's vurdering af størsteparten af regionens hospitalers rengørings/serviceafdelingen har fået en større bevidsthed om, at rengøring er en kernefunktion på et hospital, og bidrager til at øge patientsikkerheden. På en række hospitaler er kendskabet til DS 2451-10 hos plejepersonalet også blevet øget væsentligt, hvilket er en forudsætning for at nå de af Region Hovedstadens fastlagte kvalitetsmål.

Det er DCS's vurdering at de hospitaler der har opnået de bedste resultater, er de hospitaler der anvender kvalitetskontrollen som et ledelsesmæssigt værktøj. Kvalitetskontrollen danner dermed korrigerende handlinger i forhold til det målte resultat og er nødvendigt for fastholdelse af en kvalitetsniveau.

Det er endvidere DCS's vurdering at Region Hovedstaden bør øge fleksibiliteten i valg af rengøringsmetoder og rekvisitter. I henhold til den kommende reviderede DS 2451-10 hvor aktiviteter som eksempelvis måling af ATP bliver aktuelt