

Hovedrapport

Ekstern Audit Rengøringskvalitet og hygiejne Region Hovedstaden Hospitaler

Efter standarderne

DS/INSTA 800 og DS 2451 del 10

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.

9. Afslutning.

Bilagsfortegnelse:

Bilag 1	Audit skema OP-stue
Bilag 2	Audit skema Intensive stue
Bilag 3	Audit skema sengestue
Bilag 4	Audit skema patienttoilet / bad
Bilag 5	Audit skema undersøgelse
Bilag 6	Audit skema venteværelse
Bilag 7	Audit skema indgangsparti
Bilag 8	Audit skema afsnitskøkken

1.0 Introduktion

I henhold til aftale af 19. juni 2009, har Dansk Cleaning Service, foretaget ekstern 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 har været grundlaget for den eksterne audit.

Auditeringen er gennemført under følgende vilkår:

- Tidsramme: 18. november 2009 til 18. januar 2010
- 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 berørte medarbejdergrupper er fastlagt af Region Hovedstaden.
- Gennemførelse af audit med deltagelse af personale udvalgt 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 hovedrapporten.

2. Rammer.

2.1 Tidsrum for auditeringen.

Auditeringen er foregået i perioden fra d. 18. november 2009 til 18. januar 2010.

2.2 Forudsætninger

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

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 Mette 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.	11.01 2010.	14.01 2010.	ALS. – BH. – AMH.- HH.
Bispebjerg Hospital Bispebjerg Bakke 24 2400 Kbh. NV.	07.12 2009.	08.12 og 17.12 2009.	ALS: - BH. AMH. – HH.
Bornholm Hospital Ullasvej 8 3700 Rønne.	03.12 2009	04.12 2009.	ALS – BH.
Frederiksberg Hospital. Nordre Fasanvej 57 2000 Frederiksberg.	11.01 2010.	18.01 2010.	ALS. – BH. - AMH: - HH.
Frederikssund Hospital. Frederikssundsvej 30 3600 Frederikssund.	17.11 2009	18.11 2010.	ALS. – BH. – AMH. – HH.
Gentofte Hospital. Niels Andersensvej 65. 2900 Hellerup.	21.12 2009	22.12 2009.	ALS. – BH. – AMH. – HH.
Glostrup Hospital Nordre Ringvej 69 2600 Glostrup.	24.11 2009	25.11 2009	ALS: - BH: - AMH: - HH.
Helsingør Hospital Esrumsvej 145 3000 Helsingør.	17.11 2009	19.11 2009	ALS: - BH: - AMH. – HH.
Hillerød Hospital Helsevej 2 3400 Hillerød.	02.12 2009	03.12 2009	ALS. – BH. – AMH. – HH.
Hvidovre Hospital. Kettegårds Allé 30 2650 Hvidovre.	04.01 2010.	05.01 2010.	ALS. – BH. – AMH. - HH.
Rigshospitalet Blegdamsvej 9 2100 KBH: Ø.	14.12 2009	15–16.12 2009	ALS. – BH. – AMH. – HH.



Dansk Cleaning Service

Hospital	Dato for formøde.	Data for audit	Auditører fra Dansk Cleaning Service.
Herlev Hospital Herlev Ringvej 75 2750 Herlev.	24.11 2009	26.11 2009.	BH. – AMH. – HH.

2.6 Forløb.

Formøderne og auditeringen på de enkelte dage er foregået i en meget positiv og samarbejdsvillig ånd. Kun et enkelte hospital var ikke specielt samarbejdsvillig, hverken ved formødet eller ved den efterfølgende auditering.

Det var meget positivt, at der var stor deltagelse af hygiejnesygeplejerskerne ved auditten. Hvis der ved kontrollen blev konstateret kritiske forhold, blev disse rettet her og nu, og der var på intet tidspunkt uenighed om samlinger, fladesnavs eller kritiske forhold der skulle rettes.

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.

På formøderne var der i visse tilfælde udtrukket lister fra Data Know How systemet, men disse lister kunne kun anvendes i meget lille grad, da der ikke var valgt tilstrækkelige mange lokaler indenfor de lokaletyper der skulle auditeres.

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.

3.1 Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet (DS/INSTA 88:2006.)

Vurderingen af rengøringskvalitet foretages ved almindelig færdsel rundt i lokalet/inspektionsenheden med besigtigelse af all 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 registreret 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)	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.

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

3.5 Fordeling af lokaler

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, opholds Rum.	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)
- Mobilt teknisk og medico teknisk udstyr, behandlingsudstyr (alt teknisk udstyr på hjul.)
- Fast teknisk og medico teknisk udstyr (stationært udstyr som pc, skærme, tastatur, apparater og lign.)
- Tilgængelighed.
- I øjenfaldende mangler på bygningsvedligeholdelsen.

Ved auditeringen er anvendt skema fremsendt i udbudsmateriale, som omfatter INSTA 800 og DS 2451-10 og ovennævnte parametre er registreret på auditskemaet under de kritiske styringspunkter.

4. Rapportering og Resultater.

4.1 Rapportering.

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

Hver delrapport indeholder.

- 1: Resultatskema
Data vedr. tidspunkt, lokaler, deltagere m.v.
- 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

Kriterier i forhold til antal af lokaler og lokaletyper er blevet fulgt.



Dansk Cleaning Service

Ved auditeringen var der kun enkelte lokaler der ikke var slutrengjort inden auditeringen, men kun havde fået foretaget mellemrengøring. Dette er der ligeledes taget højde for i rapporten.

Der var få lokaler der var umulige at auditere i forhold til tilgængelighed, men hvor der har været svært tilgængeligt, er der skrevet en bemærkning herom.

Da stikprøvernes størrelse har ændret sig i forholdt til audit i 2008 foreligger der ikke noget sammenligningsgrundlag, men dette vil blive udarbejdet i den næste audit.

4.2 Resultater.

Nedenstående skema viser afviste og godkendte lokaler på det enkelte hospital, samt en procentvis beregning.

Som det fremgår af tabellen er der samlet auditeret 410 lokaler på Region Hovedstadens hospitaler.

Heraf er 23,65% godkendt og 76,35% afvist.

Hospital	Antal Lokaler.	Antal Godkendte	Antal Afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
Amager Hospital	20	3	17	15,00%
Bispebjerg Hospital	40	5	35	12,50%
Bornholm Hospital	20	11	9	55,00%
Frederiksberg Hospital	20	1	19	5,00%
Frederikssund Hospital	20	11	9	55,00%
Gentofte Hospital	40	28	12	70,00%
Glostrup Hospital	40	5	35	12,50%
Helsingør Hospital	20	5	15	25,00%
Herlev Hospital	40	1	39	3,00%
Hillerød Hospital	40	13	27	33,00%
Hvidovre Hospital	40	2	38	5,00%
Rigshospitalet.	70	12	58	17,00%
Total for Region Hovedstadens 12 hospitaler	410	97	313	23,65%

Nedenstående skema viser det totale resultat fordelt på lokaletyper i region hovedstadens hospitaler:

Lokaletyper	Niveau INSTA 800	Antal lokaler	Antal godkendte	Antal afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
OP-stuer	5	33	5	28	15,15%
Intensive stuer	5	28	1	27	3,57%
Afsnitskøkken.	4	50	9	41	18,00%
Patienttoilet/bad	4	61	29	32	47,54%
Sengestue	4	134	24	110	17,91%
Undersøgelser	4	64	16	48	25,00%
Indgangsparti	3	20	5	15	25,00%
Venteværelse	3	20	8	12	40,00%

5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne.

Der er mange sammenfaldende årsager til resultaterne. Det er på mange af de samme områder og på de samme objekter der ses for mange samlinger af urenheder.

Nedenstående er oplistet nogle af de mest forekommende.

- Patient nære områder, som leje, sengebord, sengelampe, instrumentskinne bag patient (støv og løst snavs).
- Medico teknisk udstyr/behandlingsudstyr (løst snavs og støv)
- Pletter på og ved dørgreb.
- Polstrede møbler (pletter og løst snavs.)
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl)

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 umiddelbart mange afviste lokaler, men ved gennemgang af auditskemaerne er der mange lokaler, der er tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Her kan afvisningen skyldes en enkelt urenhed i en enkelt objekt gruppe. I andre tilfælde kan det være betydeligt mere.

Der kan være bygningsmæssige forhold, der forhindrer opnåelse af 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.

- Generel indførelse af standarderne DS/INSTA 800 06 og DS 2451 – 10. på de psykiatriske centre i regionen.
- Uddannelse af ledere, både indenfor rengørings- og plejefunktionen i de anførte standarder
- Uddannelse af servicemedarbejdere/rengøringsmedarbejdere i de anførte standarder.
- Samordning af rengøringsmetoder og rengøringsmidler i regionen.
- Sikre at alle ledere af rengøringen har praktisk kendskab til metoder og midler.
- Sikre at rengøring udføres metodemæssigt korrekt.
- Afklaring 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.
- I takt med reoveringer, tænk på rengørings venlige overflader (glatte). Afskaf polstrede møbler.

8. Afslutning.

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

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

Der er auditeret 410 lokaler, heraf er 97 lokaler godkendt og 313 afvist.

Mange lokaler er afvist og dette bør naturligvis give anledning til handling ud fra de konkrete fokusområder.

Ved igangsætning af disse audit er der igangsat en proces, som helt klart over tid vil medvirke til at opnå de ønskede kvalitets/hygieneniveauer.