

Hovedrapport

Ekstern Audit Rengøringskvalitet og hygiejne Region Hovedstaden Psykiatriske Centre

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. psykiatrisk center
- 2.6 Forløb
- 2.7 Stikprøver

3. Kriterier for auditeringen på de psykiatriske centre

- 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

Bilagsfortegnelse:

- Bilag 1 Audit skema sengestue
- Bilag 2 Audit skema patienttoilet / bad
- Bilag 3 Audit skema undersøgelse
- Bilag 4 Audit skema venteværelse
- Bilag 5 Audit skema indgangsparti
- Bilag 6 Audit skema afsnitskøkken
- Bilag 7 Audit skema spisestue

1. Introduktion

I henhold til aftale af 19. juni 2009, har Dansk Cleaning Service, foretaget ekstern audit på Region Hovedstadens psykiatriske centre. 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. psykiatrisk center 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 de psykiatriske centre.
- Auditering af et defineret antal lokaler efter et fastlagt hygiejneniveau jf. kontrakt af 19. juni 2009.
- En rapport for hvert psykiatrisk center 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 psykiatriske center 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

Oversigt over dato for formøde og auditeringsdag.

Psykiatrisk Center	Formøde dato	Audit dato	Auditører fra Dansk Cleaning Service
Psykiatrisk Center Amager Digevej 110 2300 København S	11.01 2010	14.01 2010.	AMH – HH
Psykiatrisk Center Ballerup Ballerup Boulevard 2 2750 Ballerup	23.11.2009	27.11.2009	BH – AMH – HH
Bispebjerg Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg Bakke 23 2400 København NV	07.12 2009	08.12 2009.	AMH
Psykiatrisk Center Bispebjerg Bispebjerg Bakke 30 2400 København NV	07.12 2009	08.12 2009	HH
Psykiatrisk Center Bornholm Helsevej 3 3700 Rønne	03.12 2009	04.12 2009.	ALS – BH
Psykiatrisk Center Frederiksberg. Nordre Fasanvej 57-59 2000 Frederiksberg	11.01 2010	18.01 2010.	BH – AMH – HH
Psykiatrisk Center Gentofte Niels Andersensvej 65. 2900 Hellerup	21.12 2009	22.12 2009	AMH – HH

Psykiatrisk Center	Formøde dato	Audit dato	Auditører fra Dansk Cleaning Service
Psykiatrisk Center Glostrup Nordre Ringvej 29-67 2600 Glostrup	24.11 2009	25.11 2009	BH – AMH – HH
Psykiatrisk Center Hvidovre Brøndbyøstervej 160 2605 Brøndby	04.01.2010	05.01 2010	AMH – HH
Helsingør Hospital Esrumvej 145 3000 Helsingør	17.11 2009	19.11 2009	ALS – BH – AMH – HH
Psykiatrisk Center Nordsjælland Dyrhavevej 48 3400 Hillerød	02.12. 2009	03.12 2009 04.12 2009	AMH – HH AMH
Psykiatrisk Center Sct. Hans Boserupvej 2 4000 Roskilde	11.12.2009	18.12.2009	AMH – BH – HH
Psykiatrisk Center Rigshospitalet Blegdamsvej 9 2100 København Ø	14.12 2009	15.12 2009	AMH – HH
Retspsykiatrisk Center Glostrup Ndr. Ringvej 69 2600 Glostrup	24.11.2009	25.11.2009	BH – HH
Psykoterapeutisk Center Stolpegård Stolpegårdsvej 20 2820 Gentofte	21.12.2009	22.12.2009	AMH – HH

2.6 Forløb

Formøder og auditering er foregået i en meget positiv og samarbejdsvillig ånd, der var visse psykiatriske centre som udtrykte en hvis skepsis om hvorvidt kontrol ville være muligt, af hensyn til patienter og aktiviteter på de psykiatriske centre, men personalegrupper har udvist stor samarbejdsvillighed. Der er kun enkelte psykiatriske centre hvor det har været nødvendigt at reducere stikprøvestørrelsen.

Der er enkelte psykiatriske centre hvor stikprøven er reduceret med et enkelt lokale, enten fordi lokaletypen ikke forekom, eller at lokalerne ikke kunne kontrolleres.

Der har fra de hygiejneansvarlige været stor interesse for de rengøringstekniske aspekter. Vi har tilstræbt i det omfang det var muligt at få så bredt et udsnit af de forskellige lokaler, eksempelvis en rimelig ligelig fordeling imellem åbne og lukkede/skærpede områder, dette har imidlertid medført til at det på visse psykiatriske centre har været vanskeligt at efterleve de fastlagte tidsplaner grundet alarmer, indlæggelser m.v..

Det var meget positivt, at der var stor deltagelse af hygiejnesygeplejerskerne ved auditten. Der var på intet tidspunkt uenighed om samlinger, fladesnavs eller kritiske forhold der skulle rettes, og forekom der kritiske forhold blev disse rettet straks.

Der er afdelinger af psykiatrien som ikke fremgår af udbudsmaterialet. Der er opført en del afdelinger som en geografisk enhed, og det var først ved formødet DCS fik oplyst at der var flere adresser på pågældende afdeling. På Psykiatrisk Center Nordsjælland er der foretaget kontrol af afdeling Hillerød, Frederikssund og Helsingør, hvor der er udarbejdet delrapport for hver afdeling. På Psykiatrisk Center Rigshospitalet kun er foretaget kontrol på adressen Blegdamsvej.

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.

Inden kontrol af sengestuer blev plejepersonalet orienteret om audit og gjorde opmærksom på hvilke sengestuer som ikke kunne medtages i kontrollen af hensyn til patienternes tilstand. På baggrund af de oplysninger blev lokalerne udtaget og ved kontrol af sengestuer har der været et mundtligt tilsagn fra patienten om at kontrol måtte udføres.

På formøderne var der i visse tilfælde udtrykt 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 psykiatriske Centre

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 jf. 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
Afsnitskøkkener	4	4
Patienttoilet/bad	4	4
Sengestue	3	4
Undersøgelsesrum	3	4
Indgangsparti	2	3
Venteværelse	2	3
Spisestue		

3.4 Stikprøvestørrelser og fordeling

Følgende stikprøvestørrelse blev lagt til grund for de respektive psykiatriske centre i region hovedstaden.

Psykiatrisk Center	Antal lokaler.
Sct. Hans	40
Glostrup Helsingør Rigshospitalet Ballerup Frederiksberg Bispebjerg Amager Hvidovre Gentofte Hillerød Retspsykiatrisk Center Stolpegården	20
Frederikssund Bornholm Børne- og Ungdomspsykiatrisk Bispebjerg Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hillerød Børne- og Ungdomspsykiatrisk Glostrup Psykoteraeutisk Center Stolpegård	10

3.5 Fordeling af lokaler

Følgende fordeling af lokaletyper er besluttet af Dansk Cleaning Service.

Lokaletyper	Antal lokaler med 40 stikprøver	Antal lokaler med 20 stikprøver	Antal lokaler med 10 stikprøver
Afsnitskøkkener	4	2	2
Patienttoilet/bad	8	4	2
Sengestuer	13	6	2
Undersøgelse	6	4	1
Indgangsparti	2	1	1
Venteværelse	3	1	1
Spisestue	4	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 medicoteknisk udstyr (alt teknisk udstyr på hjul).
- Fast teknisk og medicoteknisk udstyr (stationært udstyr som pc, skærme, tastatur, apparater o.l.).
- 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 18 delrapporter – en for hvert af de psykiatriske centre 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.

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.

4.2 Resultater

Nedenstående skema viser afviste og godkendte lokaler på de enkelte psykiatriske centre, samt en procentvis beregning.

Som det fremgår af tabellen er der samlet auditeret 301 lokaler på Region Hovedstadens psykiatriske centre.

Heraf er 14% godkendt og 86% afvist.

Psykiatrisk Center	Antal Lokaler.	Resultat: Godkendte	Resultat Afviste	Procentmæssig Godkendte(%)
Frederikssund	10	4	6	40,00%
Rets. Psyk. Glostrup	9	0	9	0,00%
Glostrup	19	1	18	5,26%
Helsingør	16	0	16	0,00%
Sct. Hans	40	6	34	15,00%
Rigshospitalet	20	0	20	0,00%
Stolpegården	16	5	11	31,00%
Ballerup	18	2	16	11,11%
Frederiksberg	20	0	20	0,00%
Bispebjerg	18	0	18	0,00%
Amager	20	1	19	5,00%
Bispebjerg Børne og Ungdom	10	0	10	0,00%
Hvidovre	18	2	16	11,11%
Hillerød Børne og Ungdom	9	1	8	11,11%
Gentofte	20	5	15	25,00%
Hillerød	20	7	13	35,00%
Bornholm	10	6	4	60,00%
Glostrup Børne og Ungdom	8	2	6	25,00%
Total for Region Hovedstadens 18 psykiatriske centre:	301	42	259	14,00%

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

Lokaletyper	Niveau INSTA 800	Antal lokaler	Antal godkendte	Antal afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
Afsnitskøkken.	4	36	0	36	0,00%
Patienttoilet/bad	4	62	10	52	16,12%
Sengestue	4	89	6	83	6,74%
Undersøgelser	4	48	5	43	10,42%
Indgangsparti	3	19	11	8	57,89%
Venteværelse	3	8	18	10	44,44%
Spisestue	4	29	2	27	6,89%

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.

- Støv på lejer.
- Fladesnavs på vægge (kalk/metodefejl).
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl).
- Pletter på stole og borde.
- Affald og løst snavs på polstrede møbler.
- Affald og løst snavs på inventar og gulve.
- Pletter på og ved dørgreb.

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 enkelte lokaler, der er tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Her kan afvisningen skyldes en enkelt urenhed, i en enkelt objektgruppe. I andre tilfælde kan det være betydeligt mere.

Der kan være bygningsmæssige forhold, der forhindrer opnåelse af kvalitetsniveauet fx nedslidte gulve, afskallet maling, ikke-vaskbare vægge, nedslidt inventar osv. 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 psykiatriske center.

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 renoveringer, tænk da på rengøringsvenlige (glatte) overflader. Afskaf polstrede møbler.

8. Afslutning

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

Der er opnået en status og dokumentation på rengøringskvaliteten/hygienen på de enkelte psykiatriske centre som er:

Der er auditeret 301 lokaler, heraf er 14% godkendt og 86% 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.