

Granskning vårdhygien – basala hygienrutiner

Region Norrbotten

Maj 2025

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten genomfört en granskning av basala hygienrutiner. Granskningens syfte har varit att bedöma om regionstyrelsen har tillräcklig intern kontroll som säkerställer god vårdhygien i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen **inte helt** har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer god vårdhygien.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns det mål och riktlinjer som stödjer arbetet med efterlevnad, uppföljning och utveckling avseende en god hygienisk standard?	Ja	
Finns en organisation för att systematiskt arbeta med en god vårdhygien? (Centralt och lokalt)	Ja	
Säkerställs vårdpersonalens kompetens avseende vårdhygien?	Delvis	
Säkerställs tillgång till resurser och utrustning som krävs för en god vårdhygien?	Ja	
Finns det arbetssätt för att systematiskt uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien?	Nej	
Finns det system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner?	Delvis	
Sker uppföljning av kontroller avseende centrala parametrar för att säkerställa en god vårdhygien?	Delvis	

Rekommendationer

Utifrån granskningens iakttagelser lämnas följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Se över uppdragsbeskrivning och ansvar för Vårdhygien för att säkerställa en ändamålsenlig styrning inom området.
- Utifrån uppdragsbeskrivning och ansvar för Vårdhygien överväga i vilka centrala forum Vårdhygien bör ha en representation för att säkerställa involvering i väsentliga processer.
- Säkerställa att månatliga mätningar av BHK (basla hygienrutiner och klädregler) sker i samtliga verksamheter och vårdhygien inklusive BHK utgör en stående punkt på APT (arbetsplatsträffar).
- Säkerställ att personal tar del av de utbildningar som är centrala för att ha kunskap om rutiner och vikten av följsamheten till dessa.
- Säkerställa att digitala lösningar används på önskvärt sätt för att följa centrala parametrar såsom följsamhet till BHK, resultat av vårdhygienska egenkontroller och personalens genomgång av utbildningar.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	5
Avgränsning	5
Metod	5
Juridiska förutsättningar	6
Granskningsresultat	7
Mål och riktlinjer för god hygienisk standard	7
Organisation för god vårdhygien	9
Kompetens avseende vårdhygien	11
Tillgång till resurser för en god vårdhygien	12
Arbetssätt för att uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien	13
System och processer för kontroll	15
Uppföljning för att säkerställa god vårdhygien	17
Samlad bedömning	21
Rekommendationer	21
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	22

Inledning

Bakgrund

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har vårdgivarna och huvudmännen ansvaret för att vården håller en god kvalitet med en god hygienisk standard. För att alla vårdtagare ska kunna erbjudas en vård med god hygienisk standard, förutsätts att huvudmännen har tillgång till vårdhygienisk kompetens, att lokaler och utrustning är ändamålsenliga samt att det finns en god planering och organisation.

Vårdhygien är den sammanfattande benämningen på alla typer av åtgärder som görs för att uppnå en god hygienisk standard genom att bland annat förebygga uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade infektioner. En icke obetydlig andel inskrivna patienter i vården drabbas någon gång av vårdskada i samband med vistelse i och kontakter med hälso- och sjukvården och vårdhygien nämns i detta sammanhang ofta som en nyckelfaktor för att komma tillrätta med problemen.

God hygien är en förutsättning för att minska risken för smittspridning. I samband med pandemin har hygienrutiner och skyddsutrustning varit helt avgörande för att minimera smittspridningen till såväl vårdtagare som personal i region och kommun och i stort sett allt arbete har fokuserats på detta.

I den nulägesanalys revisorerna genomförde under år 2024 så har Region Norrbotten en sämre följsamhet till basala hygienrutiner än såväl liknande regioner som rikssnittet. Region Norrbotten har en sämre följsamhet till såväl basala klädregler som hygienrutiner.

Utifrån genomförd riskanalys har revisorerna givit PwC i uppgift att genomföra en granskning avseende vårdhygien och basala hygienrutiner.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Regionstyrelsen har tillräcklig intern kontroll som säkerställer god vårdhygien i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

1. Finns det mål och riktlinjer som stödjer arbetet med efterlevnad, uppföljning och utveckling avseende en god hygienisk standard?
2. Finns en organisation för att systematiskt arbeta med en god vårdhygien? (Centralt och lokalt)
3. Säkerställs vårdpersonalens kompetens avseende vårdhygien?
4. Säkerställs tillgång till resurser och utrustning som krävs för en god vårdhygien?
5. Finns det arbetssätt för att systematiskt uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien?
6. Finns det system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner?

7. Sker uppföljning av kontroller avseende centrala parametrar för att säkerställa en god vårdhygien?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) – kap 5
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) – kap 1 och 3
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)
- Strategisk plan 2025-2027

Avgränsning

Granskningen avgränsas till det arbete som rör 2025. Urvalet avgränsas till att gälla slutenvården.

Metod

Dokumentgranskning av styrande dokument såsom planer, riktlinjer och rutiner.

Granskning av genomförda uppföljningar inom området samt befintlig statistik.

Intervjuer har genomförts med:

- Smittskyddsläkare
- Regionchefsläkare
- Chefläkare med Lex Maria ansvar
- Hygienläkare
- Hygiensjuksköterska
- Verksamhetsutvecklare

Från lung-, allmänkirurgi-, psykiatri-, medicin-rehab- och ortopediavdelningen vid Suderby sjukhus, Gällivare sjukhus och Piteå sjukhus:

- Vårdenhetschefer
- Sjuksköterskor, undersköterskor med särskilda uppdrag gällande vårdhygien och BHK (basla hygienrutiner och lädregler), hygienombud.
- Läkare

Totalt har 24 personer medverkat vid intervjuer och en vårdenhetschef har svarat på frågorna via mail.

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwCs interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Juridiska förutsättningar

Hälso- och sjukvårdslag

Enligt hälso- och sjukvårdslagens 5 kap. §1 punkt 1 ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard.

Patientsäkerhetslag

Enligt patientsäkerhetsplanens 3 kap. §2 framgår att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Krav ställs även på att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Enligt 3 kap. §10 ska vårdgivaren senast den 1 mar varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

Socialstyrelsens föreskrifter

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) framgår hygienkrav på den som är yrkesmässigt verksam eller under utbildning i arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter. Det avser situationer där det finns risk för överföring av smittämnen, där medarbetaren ska iaktta att

- Arbetskläder endast får bäras i arbetet. Om arbetet bedrivs på flera platser, får medarbetaren bära arbetskläder vid färd mellan dessa.
- Arbetskläder ska bytas dagligen.
- Om arbetskläder riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material ska skyddskläder användas.
- Underarmar och händer ska hållas fria från smycken, armbandsur, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande och naglar ska hållas korta.

Hände ska desinfekteras med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel omedelbart före och efter ett vård- och omsorgsmoment.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10)

Granskningsresultat

Mål och riktlinjer för god hygienisk standard

Revisionsfråga 1: Finns det mål och riktlinjer som stödjer arbetet med efterlevnad, uppföljning och utveckling avseende en god hygienisk standard?

Iakttagelser

Vi noterar för granskningen att regionstyrelsen inte har antagit några mål som stödjer arbetet avseende god hygienisk standard. Inom ramen för regionens patientsäkerhetsarbete noteras att det för år 2022–2023 funnits en, av hälso- och sjukvårdsdirektören antagen, handlingsplan för patientsäkerhet. I handlingsplanen finns mål om 100-procentig följsamhet till BHK. Någon uppdaterad version av handlingsplanen har inte erhållits men enligt vad som framkommit vid intervjuer och vid granskning av gjorda uppföljningar och mätningar gällande BHK så har målet även varit gällande för 2024 och 2025. Det uppges även pågå ett arbete med att uppdatera handlingsplan för patientsäkerhet 2025. Arbetet har avvaktats den nationella handlingsplanen 2025 – 2030 för ökad patientsäkerhet.

För god hygienisk standard finns en övergripande hygienriktlinje samt flertalet rutindokument bland annat kopplat till egenkontroller och mätningar av hygienisk standard:

- *Länsövergripande hygienriktlinje för Region Norrbotten "Stopp för smitta och smittspridning". (fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektör, 2023-08-10)*

Riktlinjen gäller för samtliga anställda inom hälso- och sjukvården i regionen och fastställer det ansvar chef/arbetsledare respektive medarbetare har när det gäller att säkerställa en god hygienisk standard och minska risken för vårdrelaterade infektioner.

I huvudsak fastställer riktlinjen att chefer har ansvar för att tillhandahålla arbetskläder och skyddsutrustning samt handdesinfektionsmedel. Medarbetare har ansvar för att hålla en god personlig hygien samt nyttja handskar/engångsprodukter, arbetskläder och skyddsutrustning.

- *Basal hygien i vård och omsorg – Anvisning (fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektör 2024-07-01).*

Anvisningen tydliggör på en mer detaljerad nivå hur basala hygienrutiner ska upprätthållas genom handhygien, användning av arbetskläder och skyddskläder.

- *Ledningsverktyg för god vårdhygienisk standard vid sjukhusbedriven vård, primärvård och folktandvård, (godkänt på verksamhetsnivå 2023-08-10).*

Dokumentet beskriver att verksamhetschef årligen ska genomföra en egenkontroll avseende vårdhygienisk standard på avdelningen. För arbetet med egenkontroller finns en fastställd *checklista*, och om brister uppmärksammas vid kontrollerna ska

enhetschef kontakta Vårdhygien för planering av en riktad vårdhygienisk konsultrond för att hantera eventuella brister.

- *Uppdragsbeskrivning Hygienombud i Regional verksamhet (fastställt på verksamhetsnivå 2024-02-20)*

Dokumentet gäller för samtliga verksamheter och fastställer ansvarsfördelning för hygienombud samt enhetschef i frågor som rör uppdraget.

- *Rutin för månadsmätningar av följsamhet till basala hygienföreskriften (BHK) (godkänt av hälso- och sjukvårdsdirektör 2024-06-24).*

Dokumentet tydliggör arbetsprocessen för månadsmätningarna av följsamhet till BHK, samt ansvarsfördelningen på olika nivåer i organisationen vid dessa mätningar.

Vi återkommer till ovanstående rutiner samt följsamheten till dessa i kommande visionsfrågor.

Intervjuuppgifter

Vid intervjuer med representanter från verksamheterna hänvisas det till det mål avseende 100 procentig följsamhet till BHK vilket är definierat mål kopplat till uppföljning och mätningar inom området.

Vad gäller riktlinjer och rutiner som stödjer arbetet i efterlevnad och uppföljning av hygienisk standard uppger samtliga enhetschefer och hygienombud vi intervjuat att de anser att styrdokumentet är tydliga. Dokumentens aktualitet säkerställs genom Vårdhygiens uppdateringar om vad som sker i omvärlden och hur detta bör anpassas utifrån Region Norrbottens förutsättningar. Vid intervju med representanter från Vårdhygien framkommer att uppfattningen om att det är svårt att hitta regionens styrdokument ibland leder till att rutiner och vägledningar letas upp via internet och att det i arbetet hänvisas till information från andra regioners riktlinjer.

Vid granskning av publiceringen av styrande dokument på intranätet finner vi att informationen avseende vårdhygien och BHK har strukturerats för att det ska underlätta för personal, hygienombud och enhetschefer att hitta den information som är väsentlig för dem.

Bedömning

Finns det mål och riktlinjer som stödjer arbetet med efterlevnad, uppföljning och utveckling avseende en god hygienisk standard?

Ja.

Vår bedömning är att det finns mål avseende 100 procentig följsamhet till BHK och att målet är etablerat och att det råder en god kännedom om detta på verksamhetsnivå. Däremot noterar vi att målet i huvudsak finns i samband med mätningar och uppföljningar och inte på ett tydligt sätt finns formulerat i styrdokument som antagits på ledningsnivå. Vår rekommendation är att det övervägs huruvida ett tydliggörande av målsättning för

området kan bidra till en samsyn avseende vikten av arbetet och därmed utgöra ett stöd för de personer och funktioner som är satta att utföra mätningar och återkoppla resultat avseende dessa.

Vår bedömning är också att det finns rutiner och styrdokument för området och att dessa aktualitet säkerställs genom Vårdhygien.

Organisation för god vårdhygien

Revisionsfråga 2: Finns en organisation för att systematiskt arbeta med en god vårdhygien? (Centralt och lokalt)

lakttagelser

Det är enhetschef som har ansvaret för att se till att gällande hygienregler efterlevs och ska säkerställa att hygienombuden får tid att uppfylla sina uppdrag. Enhetschefen har även ansvar för att mätresultat från månadsmätningarna återkopplas och att förbättringsarbete utifrån resultat presenteras på APT. Enhetschefens ansvar i förhållande till hygienombud och Vårdhygien tydliggörs i de styrande dokument som beskrivs i föregående revisionsfråga.

Centralt stöd

I Region Norrbotten finns ett team för vårdhygien som är organiserade på vårdsäkerhetsenheten. Vårdsäkerhetsenheten leds av en enhetschef och tillhör regionens hälso- och sjukvårdsavdelning och är underställd hälso- och sjukvårdsdirektören. Vårdhygien är ett av fem team inom vårdsäkerhetsområdet. Övriga team är smittskydd, patientsäkerhet, läkemedel och strålsäkerhet.

Vårdhygien består av sex sjuksköterskor och en specialistläkare i vårdhygien. Teamet utgör en expertfunktion som bidrar med kunskap och råd bland annat i frågor om basal hygien till regionens verksamheter och centrala beslutsfattare. När vi i rapporten framöver refererar till teamet med expertis kring vårdhygien så görs det genom att vårdhygien skrivs med versal dvs. Vårdhygien.

Vårdhygien ska arbeta strategiskt och operativt med att förebygga uppkomst och spridning av smitta och vårdrelaterade infektioner (VRI). Teamet har även ansvar för utbildning av bland annat hygienombud, utarbeta vårdhygieniska rutiner och riktlinjer som stöd till medarbetare i vården samt medverka vid egenkontrollprogram av vårdhygienisk standard enligt gällande lagar och föreskrifter (hygienronder). Vårdhygien utgör även stöd i samverkan med länets kommuner (enligt samverkansavtal 2022-01-20).

Vid genomförda intervjuer bekräftas att Vårdhygien är en rådgivande funktion och att uppdraget styrs av verksamhetens efterfrågan på stöd. Vårdhygien finns inte med någon kontinuitet med i några centrala forum på ledningsnivå utan kan konsulteras i specifika frågor. Det framkommer önskemål från Vårdhygien om att Vårdhygien bör vara en del i de centrala forumen för att bidra i det övergripande arbetet med vårdhygieniska rutiner och i arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Lokalt stöd

Varje vårddivision har vardera en verksamhetsutvecklare på divisionsnivå som arbetar med stöd för chefer och hygienombud gällande BHK, exempelvis månadsmätningar, statistikuttag och coaching. De har även ett divisionsuppdrag där de stöttar divisionschefer med övergripande hygienfrågor samt sammanställer divisionsgemensamma årliga patientsäkerhetsberättelsen. Verksamhetsutvecklarna har förutom interna möten en gång/månad regelbundna möten med Vårdhygien för att samordna arbetet.

Hygienombud ska enligt genomförda intervjuer finnas vid varje avdelning på respektive sjukhus. Hygienombud har funnits vid samtliga avdelningar som ingått i urvalet för granskningen.

De flesta intervjuade hygienombud ger uttryck för att det finns tid och förutsättningar för att utföra de månadsmätningar som åligger hygienombuden samt att sköta registrering. Det finns även möjlighet att påtala behovet av extra tid om så skulle behövas. Vid ett flertal avdelningar som omfattats av granskningens urval schemaläggs tid för att sköta uppdraget som hygienombud, exempelvis säkerställa tid för utbildning. Det finns dock avdelningar där hygienombuden inte ger uttryck för att tiden och förutsättningarna definierats så tydligt. Det är i stället upp till hygienombudet att frigöra tid vilket uppfattas vara en utmaning, särskilt då hygienombudet är nya i sin roll och behöver mer tid för utbildning.

Vid genomförda intervjuer framkommer även skillnader mellan de olika sjukhusens och avdelningarnas kontakt och stöd från Vårdhygien. De hygienombud som beskriver en tydlig prioritering av arbetsuppgiften avseende avsatt tid för arbetet beskriver också en närmare kontakt med Vårdhygien och upplevelsen av ett bra stöd. Vid avdelningar där det uppfattas vara svårt att prioritera uppgiften som hygienombud beskrivs i stället att det finns liten eller inte någon kontakt med Vårdhygien. Kontakten med verksamhetsutvecklarna beskrivs som god.

Sex gånger årligen bjuder Vårdhygien samtliga hygienombud till ett gemensamt forum. Träffarna är enligt Vårdhygien ett sätt att tydliggöra hygienombudens roll och betydelse, men också att sprida kunskap vilket vi återkommer till i nästa revisionsfråga.

Bedömning

Finns en organisation för att systematiskt arbeta med en god vårdhygien? (Centralt och lokalt)

Ja.

Vår bedömning är att det genom Vårdhygien och hygienombuden finns en organisation och funktioner för att systematiskt arbeta med god vårdhygien. Vår bedömning är att det finns en risk att organisationen begränsas i sin stödjande roll. Det bör övervägas hur det systematiska arbetet skulle stärkas av att tydligare knyta den vårdhygieniska expertisen till regionens linjestyrning.

Kompetens avseende vårdhygien

Revisionsfråga 3: Säkerställs vårdpersonalens kompetens avseende vårdhygien?

Iakttagelser

Granskningen visar att en digital basutbildning i basala hygienrutiner och smittvägar finns tillgänglig via regionens intranät samt vårdgivarwebben¹. Därtill finns flera filmer, ett kunskapstest samt underlag till workshops vid APT tillgängliga för chefer och medarbetare inom regionen.

Samtliga intervjuade ger uttryck för att information om vikten av god vårdhygien och följsamhet till BHK är något som ingår i grundutbildningen för sjukvårdspersonal. Det är också något som ingår i introduktionen av ny personal. Det gäller såväl vid introduktion av tillsvidareanställda, vikarier och praktikanter. De flesta intervjuade bekräftar också att personal skriver under på att de har tagit del av utbildning och rutiner som rör området när de påbörjar sin tjänst. I det urval av verksamheter som omfattas av granskningen finns det avdelningar där detta inte sker. Enligt de intervjuade finns det inget krav på att utbildning ska ske kontinuerligt för regionens anställda eller att några utbildningar ska genomföras med särskild frekvens.

De intervjuade beskriver att befintlig struktur genom Vårdhygien och hygienombud samt tillgången till centralt framtaget utbildningsmaterial gör att kunskap finns tillgängligt. Befintligt arbetssätt med månatliga mätningar av följsamhet till BHK, att vårdhygienombuden i vardagen påtalar brister och utvecklingsområden samt att resultat från mätningar återkopplas vid arbetsplatsträff varje månad innebär en systematisk kompetensutveckling och repetition. Vid behov bjuds även Vårdhygien in för utbildning. Vid genomförda intervjuer framkommer att de avdelningar där brister finns i introduktionen av ny personal också är de avdelningar som i längre grad har en löpande kompetensutveckling genom samtal och diskussioner vid APT. Vi har tagit del av dagordning avseende innehåll för APT för ett par av de verksamheter som omfattas av urvalet och kan verifiera att det i dessa finns stående punkt som rör hygienrutiner och mätningar av följsamhet till BHK. Det framkommer också att den löpande fortbildningen genom samtal vid APT är lägre bland läkarna än hos övriga personalgrupper.

Vissa avdelningar uppges ha särskilda kompetensdagar för kompetensutveckling, vilket innebär att medarbetare får särskilt tid att se över rutiner, utbildningsmaterial med mera. Basala hygienrutiner kan ingå, framför allt för hygienombuden, som även har ett ansvar att föra information vidare i organisationen. Som nämnts i föregående revisionsfråga så bjuds också hygienombuden in till ett forum med Vårdhygien vid sex tillfällen varje år. Vid dessa forum ges särskilda kompetenshöjande insatser till hygienombuden. Av information via vårdgivarwebben² framgår information om forum för Hygienombud. Vid forumet i mars 2025 låg fokus på handskar. De flesta av de hygienombud som medverkat vid granskningen ger uttryck för att de medverkat vid dessa forum men det gäller inte samtliga ombud.

Vi noterar att det inte finns något systemstöd som gör det möjligt för enhetschef att erhålla information om att personal genomgått utbildningen eller en samlad rapport avseende vilka medarbetare som genomgått utbildningar.

¹ <https://vardgivarwebben.norrboten.se/sv/vardriktlinjer/vardhygien/basala-hygienrutiner/>

² <https://vardgivarwebben.norrboten.se/sv/vardriktlinjer/vardhygien/hygienombud/#accrdn-10778-Body>.

Av Region Norrbottens patientsäkerhetsberättelse beskrivs genomförda utbildningar inom patientsäkerhetsområdet. Av uppföljningen framgår att det under 2024 har genomförts utbildning i vårdhygien i läkarnas BT-utbildning vid två tillfällen under året samt utbildning i vårdhygien i kliniskt basår för nyutbildade och nyanställda sjuksköterskor vid två tillfällen under året. Utbildning i vårdhygien anges också ha genomförts för sommarvikarier. Vårdhygien har även genomfört riktade utbildningar till en del slutenvårdsavdelningar i länet, samt arrangerat sex tillfällen för regionens hygienombud. Enligt den information som erhållits från intervjuade vid granskningen så är de utbildningar som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen årligen återkommande så motsvarande kommer även att ske under 2025. Utöver detta tillkommer utbildningar som sker utifrån särskilda initiativ.

Avslutningsvis noterar vi att Region Norrbotten under vecka 19 2025 haft fokus på handskar och handhygien. Under veckan har Vårdhygien och Hållbarhetsenheten arrangerat korta föreläsningar och utbildningar via teams och på plats vid Sunderby sjukhus. Veckan har sin grund i WHO:s dag för handhygien vilken infaller 5/5 varje år.

Bedömning

Säkerställs vårdpersonalens kompetens avseende vårdhygien

Delvis.

Vår bedömning är att det finns utbildningar och utbildningstillfällen avseende vårdhygien och basala hygienrutiner samt särskilda utbildningar för att säkerställa att hygienombuden erhåller den kompetens som krävs för att utgöra avsett stöd i verksamheten. Vi bedömer dock att det inte framgår i vilken utsträckning som övriga medarbetare förväntas genomföra utbildningar på området. Granskningen visar också att det inte finns någon tydlig översikt för chefer där de på ett enkelt sätt kan se vilka medarbetare som genomgått dessa utbildningar.

Det finns blanketter som kan skrivas under av nyanställd personal och vikarier att i syfte att verifiera att de tagit del av utbildningar och rutiner under sin introduktion. Vår bedömning är att den inte alltid används.

Tillgång till resurser för en god vårdhygien

Revisionsfråga 4: Säkerställs tillgång till resurser och utrustning som krävs för en god vårdhygien?

Iakttagelser

De intervjuade ger uttryck för att det över lag finns god tillgång till det material och utrustning som krävs för att följa gällande klädregler och hygienrutiner. Det framkommer att det vid enskilda tillfällen kan vara brist på viss skyddsutrustning och att lösningen då är att låna mellan avdelningar. Det har även hänt att viss utrustning saknats vid Länsservice och att beställd vara få ersättas med likvärdig produkt. Det kan innebära att exempelvis förkläden som erhålls är av äldre modell och inte lika lätthanterliga.

De intervjuade uppfattar också det generellt är tillgängligt och enkelt att komma åt kläder, skyddsutrustning och annat. Inom psykiatri är det inte möjligt att ha handsprit tillgängligt i

patientutrymmen utan detta måste förvaras i personalutrymmen. Under pandemin bar fler i personalen flaskor med handsprit med sig i fickor, men idag görs det enligt de intervjuade av ett fåtal. Motsvarande hantering av handsprit kan förekomma vid övriga avdelningar vid specifika tillfällen, men då kommuniceras det tydligt och gäller enbart för den period då det krävs med hänsyn till specifik patient. På samma sätt markeras det med tydlighet när det finns patienter inlagda med eller med misstanke om allvarigare smittor. Detta för att särskilda försiktighetsåtgärder ska vidtas. Någon enskild intervjuad beskriver att snabba klädbyten i akuta situationer kan vara svåra att få till när kläder inte alltid finns i direkt anslutning till vårdlokalen.

Bedömning

Säkerställs tillgång till resurser och utrustning som krävs för en god vårdhygien?

Ja.

Vår bedömning är att det generellt finns tillgång till material och skyddsutrustning i förråd och i nära anslutning till patient och vårdplats. Vår bedömning är att det kontinuerligt bör följas upp hur tillgång och tillgängligheten påverkar följsamhet till BHK och att det är väsentligt att säkerställa att det finns en god lagerhållning lokalt och centralt.

Arbetssätt för att uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien

Revisionsfråga 5: Finns det arbetssätt för att systematiskt uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien?

Iakttagelser

Enligt genomförda intervjuer så ska Vårdhygien vara delaktiga i exempelvis processer som rör upphandling, byggnationer eller omställningar av lokaler och verksamheter. Syftet är att uppmärksamma vårdhygieniska risker. Vid intervjun framkommer att Vårdhygien sällan involveras på det sätt som de skulle önska då de kommer in sent i processen och vanligtvis förväntas besvara specifika frågor som rör en begränsad del av processen. Det finns enligt de intervjuade en risk för att lämnade rekommendationer blir fel då inblick och kunskap om helheten saknas.

Vårdhygien i Region Norrbotten deltar varannan vecka i möten med representanter från Vårdhygien från övriga regioner i landet. Vid dessa tillfällen erhålls information om det är något som särskilt rör vårdhygien exempelvis förekomst av smittor.

Via Insidan kommunicerar teamet information som rör risker och åtgärder inom området. Det finns en uppdelning av informationen som gör att det ska vara lätt som enhetschef eller hygienombud att hitta den information som särskild berör dem.

Som vi nämnt i den första revisionsfrågan så ska verksamhetschef årligen genomföra en egenkontroll avseende vårdhygienisk standard på avdelningen. För detta finns en fastställd rutin i form av en checklista för kontroll av följsamhet till; regionen hygienriktlinjer, basala hygienrutiner och klädregler, dokumentation och information, lokaler, städning och rengöring samt om rumstyper uppfyller vårdhygieniska krav. Det är inte möjligt att fylla i checklistan digitalt och det finns inte något system som gör det

möjligt att se huruvida kontroller sker och om rutinen efterlevs. Enligt rutinen ska den enhetschef som uppmärksammar brister inom något område kontakta Vårdhygien för planering av en riktad vårdhygienisk konsultrond. Ingen av de enheter som omfattats av urvalet för granskningen har nämnt att kontroller enligt rutinen sker årligen och intervjuad representant från Vårdhygien ger uttryck för att vårdhygienisk konsultrond sker vid mycket sällsynta tillfällen och utan regelbundenhet. Vi har begärt egenkontrolls protokoll från de verksamheter som omfattas av granskningens urval och endast erhållit ett sådant. Det protokoll vi erhållit är daterat 2025-05-14 vilket är efter tid för genomförda intervjuer.

Vid intervjuer med centrala funktioner framkommer att Länssjukvård 1 och Psykiatri har några avdelningar som det senaste året testat att genomföra patientsäkerhetsdialoger. Det är inte någon av de avdelningar som omfattats av urvalet för granskningen som nämner att de genomfört detta, men vi har erhållit skriftligt underlag för vad som avses med dessa dialoger. Där framgår att syftet att belysa ledningens engagemang, uppmärksamma och lära av goda initiativ och reflektera kring verksamhetens mest relevanta riskområden för patientsäkerhetsarbetet. Vi noterar att en del av det som ska förberedas och tas med inför dialogerna är statistik från punktprevalensmätningar och BHK. Vid dialogerna är det tänkt att klinikens ledningsgrupp, patientsäkerhetsansvarig/ avvikelseansvarig, verksamhetsutvecklare, chefsläkare samt eventuellt andra nyckelpersoner från verksamheten ska delta.

Enligt de intervjuade så finns det inte ett system för att ge en samlad bild av hur det ser ut med den vårdhygieniska standarden i regionen och om det finns särskilda områden som utgör en risk eller brist. Andra system såsom avvikelse systemet är inte ett system där vårdhygieniska brister registreras.

Ett sätt att på enhetsnivå uppmärksamma risker som finns avseende bristande vårdhygien är de mätningar som månatligen ska göras avseende följsamhet till BHK. Detta beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Årligen sammanställs en patientsäkerhetsberättelse och av den senaste berättelsen går att läsa att Vårdhygien har tillsammans med team för patientsäkerhet och team för smittskydd har identifierat prioriterade områden för åtgärder och förbättringar, bland annat lyft där förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Bedömning

Finns det arbetssätt för att systematiskt uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien?

Nej.

Vår bedömning är att det saknas ett systematiskt arbetssätt för att uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien inom regionens slutenvård och de verksamheter som omfattats av granskningen. Det finns en rutin i form av en checklista för årliga egenkontroller av vårdhygienisk standard på enhetsnivå, men vår bedömning är att kontroller inte sker och rapporteras på ett sådant sätt att detta kan användas för ett underlag i att identifiera generella eller specifika risker.

Vi noterar att det finns en ambition om att involvera vårdsäkerhetsenhetens team för vårdhygien i regionens centrala processer där vårdhygieniska frågor är centrala, men att målet inte uppnås då involvering sker sent eller enbart i fragmentariska delar. Vår uppfattning är också att avsaknaden av den expertis inom vårdhygien i centrala forum som kommenteras i revisionsfråga 2 innebär att behovet av att systematiskt uppmärksamma risker inom området inte säkerställts på ledningsnivå.

Vi ser positivt på regionens medverkan vid de nationella forum som omfattar vårdhygien då det ger förutsättningar för att ta del av vad som sker inom området och vilka risker samt behov detta medför för Region Norrbotten. Vi ser också positiv på att Vårdhygien tillsammans med team för patientsäkerhet och team för smittskydd gemensamt identifierat behovet av åtgärder för att förbättra följsamheten till BHK och lyft detta i den samlade patientsäkerhetsberättelsen.

System och processer för kontroll

Revisionsfråga 6: Finns det system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner?

lakttagelser

Vi noterar att det i patientsäkerhetsberättelsen för 2024 framgår att Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet i regionen. Alla typer av VRI orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50–60 procent av VRI bedöms vara undvikbara genom strikta basala hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder. Som en del i åtgärderna för detta anges arbetet för att nå en hög följsamhet till BHK.

Enligt *Rutin för månadsmätningar av följsamhet till basala hygienföreskriften*, vilken vi nämnt i den första revisionsfrågan, så har hygienombuden inom enheterna ansvar för att genomföra månatliga mätningar avseende följsamhet till BHK. Mätningarna innebär att det på respektive enhet ska genomföras minst 10 observationer av personal i patientnära vårdarbete (omvårdnad/behandling/undersökning).

Inom regionen finns en framtagna mall för protokollföring av mätningarna. Av mallen framgår de olika moment som ska kontrolleras, vilka är:

- Desinfektion av händerna med desinfektionsmedel ska utföras direkt före och direkt efter patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt för och efter användning av handskar.
- Handskar ska användas vid kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handskar ska bytas mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient.
- Engångsförkläde av plast ska användas om det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
- Arbetskläder ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då det blivit våta eller synligt förorenade. Korrekt arbetsklädsel fastställs av arbetsgivaren.

- Händer och underarmar ska vara fria från ringar, klockor, armband, piercing, bandage, stödskenor och plåster för att kunna genomföra en adekvat handhygien.
- Naglar ska vara korta och fria från nagellack och konstgjort material för att kunna genomföra en adekvat handhygien. Korta naglar menas att inte syns från handflatan. Fri från nagellack inkluderar ofärgat nagellack och konstgjort material.
- Hel hud utan sår och infektioner. Piercing och töjning genom slemhinna i ansiktet riskbedöms av enhetschef, beror på typ av piercing och arbetsplats.
- Hår och skägg ska vara kort eller uppsatt om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner i arbetsområdet.
- Övriga observationer av betydelse noteras på baksidan av protokollet för lokalt förbättringsarbete (registreras ej i databasen).

Om det inte är möjligt att genomföra observationer så ska det enligt rutinen i stället göras självskattningar. Det ska ske enligt fastställt dokument med frågor som medarbetare svarar på och lämnar in till hygienombuden. Hygienombuden gör ett slumpmässigt urval av medarbetare som ska genomföra självskattningen.

Resultatet av BHK-observationer samt genomförda självskattningar ska enligt rutinen matas in i regionens databas. Förbättringsförslag utifrån genomförda mätningar ska följas upp av verksamhetschef/enhetschef. Resultatet av månadsmätningar ska återföras till verksamheten varje månad vid arbetsplatsträffar (APT) av verksamhetschef/enhetschef.

Genomförda intervjuer påvisar att månatliga mätningar sker i varierande omfattning och beroende på verksamhetsområde samt sjukhus. En majoritet av de enheter som omfatta av urvalet för granskningen beskriver dock att det finns etablerade arbetssätt för att genomföra mätningar och att dessa sker månatligen i enlighet med gällande rutin. Viss variation uppges förekomma gällande om mätningarna genomförs löpande under månaden eller under en utsedd arbetsdag. Det uppges vara upp till hygienombuden hur de lägger upp genomförandet för observationerna. Registrering av gjord mätning sker i en gemensam databas och uppfattas fungera väl.

Resultatet av genomförda mätningar behandlas enligt uppgift vid APT. Är det särskilda brister som uppmärksammas för enskilda medarbetare beskriver intervjuade hygienombud att de tar upp det med medarbetaren på en gång. En del enhetschefer beskrivs även vid APT lyfta generella risker som identifierats vid månadsmätningarna. Vid de verksamheter där mätningar inte har utförts i den omfattning eller på det sätt som ska ske har det inte heller varit någon tradition av att ha löpande återkoppling vid APT.

Vi noterar även att det kan förekomma variationer gällande vilken yrkeskategori som hygienombuden väljer ut för observation. Exempelvis finns det avdelningar där läkargruppen inte har omfattats av observationer och uppföljning. Orsaken uppges vara att hygienombuden inte arbetar nära yrkeskategorin och därmed på ett naturligt sätt har förutsättningar att göra observationen. För en annan avdelning uppges det ha uppmärksammas brister vilket föranlett särskilt fokus på kontroller av följsamhet av den sjukvårdspersonal som arbetar närmast patienterna. Därav har mätningarna fokuserats till sjuksköterskor och undersköterskor.

I sammanhanget noteras att samtliga intervjuade i någon omfattning beskriver att läkargruppen är den yrkesgrupp där följsamhet till basala hygienrutiner brister mest.

Mätningar som rapporterats i databasen sammanställs av verksamhetsutvecklare på divisionsnivå. Enligt uppgift från intervju beskrivs att systemet/databasen där mätningarna registreras är föråldrat och ska bytas ut. I dagsläget uppges verksamhetscontrollern manuellt kommentera verksamheternas resultat för att verksamheterna enklare ska kunna se vilka brister som finns inom verksamheten. Förhoppningen är att detta ska kunna ske automatiskt i kommande system. Det uppges även årligen genomföras punktprevalensmätningar (PPM-mätningar). Punktprevalensmätning innebär att samtliga enheter genomför observationer avseende bland annat följsamheten till BHK vid en och samma dag. Mätningarna har tidigare samordnats av SKR och inneburit nationella jämförelser. Från och med 2024 har den nationella samordningen kring detta upphört, men i Region Norrbotten har beslut tagit om att fortsätta med mätningarna.

Av Region Norrbottens patientsäkerhetsberättelse år 2024 framgår att andelen enheter som deltagit i månadsmätningar var i genomsnitt 72 procent under år 2024, med en variation mellan 50–80%. 50% var i juli, övriga månader mellan 66–80%. Mätningarna har legat relativt konstant på 70 procent de senaste tre åren. Ingen uppföljning görs avseende genomförda egenkontroller. Upplevelsen som framkommer vid genomförda intervjuer är att det mäts ganska mycket men att det därefter händer för lite.

Bedömning

Finns det system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner?

Delvis.

Vår bedömning är att det delvis finns fungerande system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner då det finns enhetliga metoder för månadsmätningar och, men att dessa inte sker i samtliga verksamheter på avsett sätt.

Uppföljning för att säkerställa god vårdhygien

Revisionsfråga 7: Sker uppföljning av kontroller avseende centrala parametrar för att säkerställa en god vårdhygien?

Iakttagelser

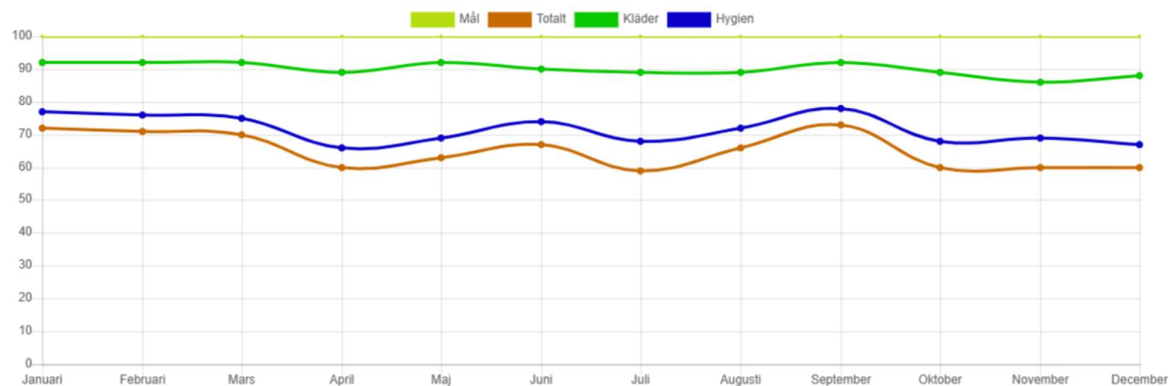
Som tidigare nämnts ska regionens verksamheter genomföra månadsmätningar av BHK, årlig punktprevalensmätning av BHK samt en årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard. För samtliga mätningar finns framtagna checklistor och rutiner.

Vid granskning av dokumenterade uppföljningar noteras att uppföljning skett genom regionens patientsäkerhetsberättelse samt divisionernas patientsäkerhetsberättelse och särskilda resultatrapporter för BHK.

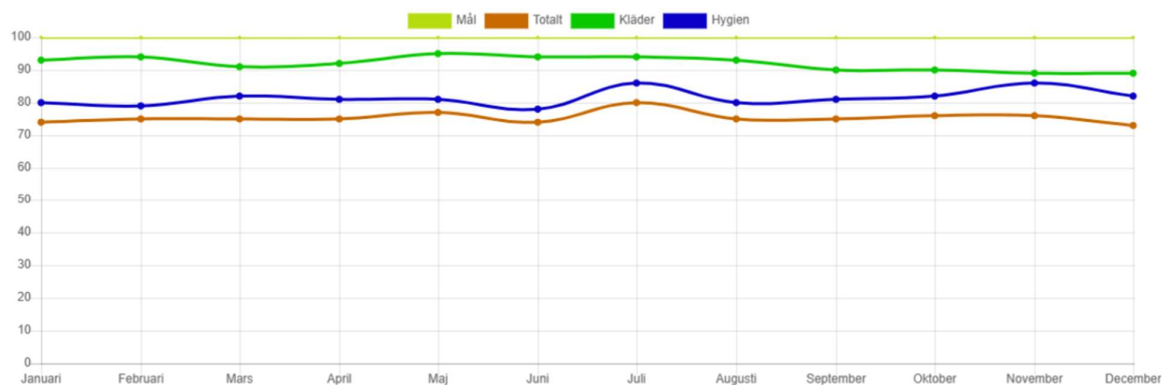
Av statistik från regionens databas för BHK samt divisionernas verksamhetsberättelser 2024 framgår att divisionerna inte når upp till målen om 100 procent följsamhet till BHK. Uppföljningen visar även att det finns enheter inom divisionerna som inte utför mätningar.

Nedan presenteras resultat av följsamhet till BHK för divisionerna år 2024:

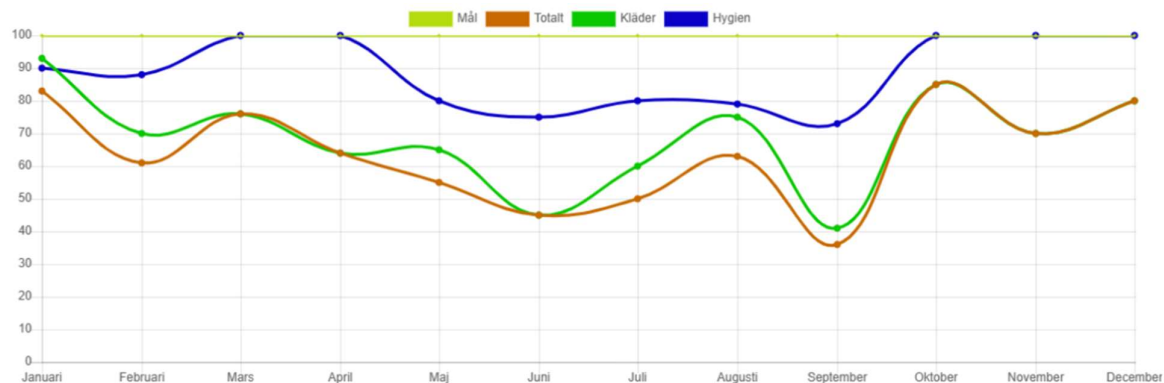
Följsamhet till BHK, Division Länssjukvård 1:



Följsamhet till BHK, Division Länssjukvård 2:



Följsamhet till BHK, Division Psykiatri:



Av diagrammen går att utläsa att Division Länssjukvård 1 och två har en bättre följsamhet till klädregler än till hygienrutiner medan motsatt förhållande råder inom Division Psykiatri. Totalt sett kan man av diagrammen utläsa att det samlade resultatet för de tre divisionerna avseende följsamhet till BHK inte har försämrats under året.

Genomförda månadsmätningar uppfattas utgöra ett bra underlag på lokal nivå för att systematiskt mäta och följa utvecklingen, men som vi nämnt tidigare så var andelen enheter som deltagit i månadsmätningar i genomsnitt 72 procent under år 2024. Vi har efterfrågat underlag som påvisar frekvens av mätningar för slutenvården då granskningen har en sådan avgränsning, men ett sådant urval går inte att erhålla då statistik enbart finns på Region-, divisions-, verksamhetsområde- och enhetsnivå.

Det saknas möjlighet att digitalt rapportera resultat från de egenkontroller avseende vårdhygienisk standard som verksamheten årligen ska genomföra. Det gör att det inte är möjligt att erhålla en samlad bild av utvecklingen avseende olika vårdhygieniska aspekter. Som vi nämnt i tidigare revisionsfråga så tyder granskningen på att dessa kontroller inte sker i den omfattning som de ska ske enligt rutinen.

Vi noterar också att nuvarande system för utbildningar inte gör det möjligt för ansvarig chef att på ett enkelt sätt få en övergripande mätning av hur stor andel av personalen som tagit del av utbildning och uppdateringar. I stället finns parallella system med möjlighet för chefen att kräva att personal signerar ett "hygienkontrakt" för att stryka att vederbörande har tagit del av gällande utbildningar. Dessa kontrakt sammanställs dock inte på ett sätt som gör det möjligt att se hur det ser ut för verksamhetens personal som helhet.

Vi har noterat att regionstyrelsen gett i uppdrag att ta fram en rapport avseende vårdplatsrister, i rapporten är det tydligt att följsamhet till hygienrutiner är en viktig aspekt för att få tillgängliggöra vårdplatser genom att undvika förlängda vårdtider orsakade av vårdrelaterade infektioner.

Bedömning

Sker uppföljning av kontroller avseende centrala parametrar för att säkerställa en god vårdhygien?

Delvis.

Vår bedömning är att den checklista som används vid månatliga mätningar och vid samordnade mätningar som genomförs en gång per år (PPM-mätning) avseende följsamhet till BHK är en god grund för uppföljning och kontroller avseende centrala parametrar. Vi noterar dock att samtliga enheter inte mäter på avsett sätt samt att egenkontroller avseende vårdhygienisk standard inte sker enligt fastställd rutin. Vår bedömning är att det bör övervägas huruvida egenkontroller avseende vårdhygienisk standard skulle underlättas om det kunde ske digitalt och att värdet av kontroller skulle öka om det gick att aggregera resultatet på en övergripande nivå.

Vår bedömning är att kontroller avseende medarbetares deltagande vid utbildning också är en central parameter för att säkerställa en god vårdhygien varför vi uppfattar att det bör

ses över om detta per automatik kan styrkas genom att medarbetare tar del av utbildningar digitalt.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten genomfört en granskning av basala hygienrutiner. Granskningens syfte har varit att bedöma om regionstyrelsen har tillräcklig intern kontroll som säkerställer god vårdhygien i enlighet med lagar, beslut, mål och riktlinjer.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen **inte helt** har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer god vårdhygien.

Rekommendationer

Utifrån granskningens iakttagelser lämnas följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Se över uppdragsbeskrivning och ansvar för Vårdhygien för att säkerställa en ändamålsenlig styrning inom området.
- Utifrån uppdragsbeskrivning och ansvar för Vårdhygien överväga i vilka centrala forum Vårdhygien bör ha en representation för att säkerställa involvering i väsentliga processer.
- Säkerställa att månatliga mätningar av BHK sker i samtliga verksamheter och vårdhygien inklusive BHK utgör en stående punkt på APT (arbetsplatsträffar).
- Säkerställ att personal tar del av de utbildningar som är centrala för att ha kunskap om rutiner och vikten av följsamheten till dessa.
- Säkerställa att digitala lösningar används på önskvärt sätt för att följa centrala parametrar såsom följsamhet till BHK, resultat av vårdhygienska egenkontroller och personalens genomgång av utbildningar.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns det mål och riktlinjer som stödjer arbetet med efterlevnad, uppföljning och utveckling avseende en god hygienisk standard?	Ja Vår bedömning är att det finns mål avseende 100 procentig följsamhet till BHK och att målet är etablerat och att det råder en god kännedom om detta på verksamhetsnivå. Däremot noterar vi att målet i huvudsak finns i samband med mätningar och uppföljningar och inte på ett tydligt sätt finns formulerat i styrdokument som antagits på ledningsnivå. Vår bedömning är också att det finns rutiner och styrdokument för området vars aktualitet säkerställs genom Vårdhygien.	
2. Finns en organisation för att systematiskt arbeta med en god vårdhygien? (Centralt och lokalt)	Ja Vår bedömning är att det genom Vårdhygien och hygienombuden finns en organisation och funktioner för att systematiskt arbeta med god vårdhygien. Vår bedömning är att det finns en risk att organisationen begränsas i sin stödjande roll. Det bör övervägas hur det systematiska arbetet skulle stärkas av att tydligare knyta den vårdhygieniska expertisen till regionens linjestyrning.	
3. Säkerställs vårdpersonalens kompetens avseende vårdhygien?	Delvis Vår bedömning är att det finns utbildningar och utbildningstillfällen avseende vårdhygien och basala hygienrutiner samt särskilda utbildningar för att säkerställa att hygienombuden erhåller den kompetens som krävs för att utgöra avsett stöd i verksamheten. Vi bedömer dock att det inte framgår i vilken utsträckning som övriga medarbetare förväntas genomföra utbildningar på området. Granskningen visar också att det inte finns någon tydlig översikt för chefer där de på ett enkelt sätt kan se vilka	

medarbetare som genomgått dessa utbildningar.

Det finns blanketter som kan skrivas under av nyanställd personal och vikarier att i syfte att verifiera att de tagit del av utbildningar och rutiner under sin introduktion. Vår bedömning är att den inte alltid används.

4. Säkerställs tillgång till resurser och utrustning som krävs för en god vårdhygien?

Ja

Vår bedömning är att det generellt finns tillgång till material och skyddsutrustning i förråd och i nära anslutning till patient och vårdplats. Vår bedömning är att det kontinuerligt bör följas upp hur tillgång och tillgängligheten påverkar följsamhet till BHK och att det är väsentligt att säkerställa att det finns en god lagerhållning lokalt och centralt.



5. Finns det arbetssätt för att systematiskt uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien?

Nej

Vår bedömning är att det saknas ett systematiskt arbetssätt för att uppmärksamma risker avseende bristande vårdhygien inom regionens slutenvård och de verksamheter som omfattats av granskningen. Det finns en rutin i form av en checklista för årliga egenkontroller av vårdhygienisk standard på enhetsnivå, men vår bedömning är att kontroller inte sker och rapporteras på ett sådant sätt att detta kan användas för ett underlag i att identifiera generella eller specifika risker.



Vi noterar att det finns en ambition om att involvera vårdsäkerhetsenhetens team för vårdhygien i regionens centrala processer där vårdhygieniska frågor är centrala, men att målet inte uppnås då involvering sker sent eller enbart i fragmentariska delar. Vår uppfattning är också att avsaknaden av den expertis inom vårdhygien i centrala forum som kommenteras i

revisionsfråga 2 innebär att behovet av att systematiskt uppmärksamma risker inom området inte säkerställts på ledningsnivå.

Vi ser positivt på regionens medverkan vid de nationella forum som omfattar vårdhygien då det ger förutsättningar för att ta del av vad som sker inom området och vilka risker samt behov detta medför för Region Norrbotten. Vi ser också positiv på att Vårdhygien tillsammans med team för patientsäkerhet och team för smittskydd gemensamt identifierat behovet av åtgärder för att förbättra följsamheten till BHK och lyft detta i den samlade patientsäkerhetsberättelsen.

6. Finns det system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner?

Delvis

Vår bedömning är att det delvis finns fungerande system och processer för att övervaka och kontrollera efterlevnaden av hygienrutiner då det finns enhetliga metoder för månadsmätningar och, men att dessa inte sker i samtliga verksamheter på avsett sätt.



7. Sker uppföljning av kontroller avseende centrala parametrar för att säkerställa en god vårdhygien?

Delvis

Vår bedömning är att den checklista som används vid månatliga mätningar och vid samordnade mätningar som genomförs en gång per år (PPM-mätning) avseende följsamhet till BHK är en god grund för uppföljning och kontroller avseende centrala parametrar. Vi noterar dock att samtliga enheter inte mäter på avsett sätt samt att egenkontroller avseende vårdhygienisk standard inte sker enligt fastställd rutin. Vår bedömning är att det bör övervägas huruvida egenkontroller avseende vårdhygienisk standard skulle underlättas om det kunde ske digitalt och att värdet av kontroller skulle öka om det gick att aggregera resultatet på en övergripande nivå. Vår bedömning är att kontroller avseende medarbetares deltagande



vid utbildning också är en central parameter för att säkerställa en god vårdhygien varför vi uppfattar att det bör ses över om detta per automatik kan styrkas genom att medarbetare tar del av utbildningar digitalt.

2025-06-17

Kristian Damlin

Karin Magnusson

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Norrbottens revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan 2025-04-24. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.