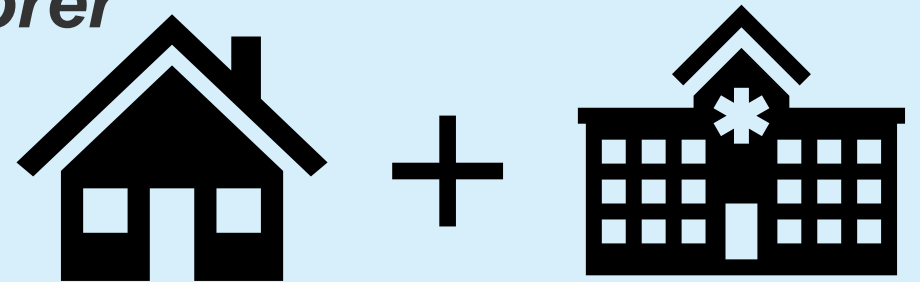


~~Hospital at home vs. Home at hospital~~

Én patient/borger – flere kontekster

Infektionshygiejne på tværs af sektorer



Hvem er vi

**Specialister i infektionshygiejne (kommune og hospital)
Ingen (0%) erfaring med den nye sundhedsreformen ...
endnu**

- **Sussie Marie Skov**
- Hygiejnesygeplejerske i Sundhedsforvaltningen i Københavns kommune
- Tidligere hygiejnesygeplejerske på
 - Sjællands Universitetshospital, Køge
 - Rigshospitalet
- **Rikke B Nielsen**
- Specialuddannet hygiejnesygeplejerske
- Arbejder på Rigshospitalet, Diagnostisk center
- Tidligere klinisk sygeplejespecialist på afdelingen for infektion medicin



Hvorfor en sundhedsreform?

- Demografi – flere ældre, færre unge – flere opgaver flyttes ud i hjemmene
- Geografisk ulighed - bedre fordeling af læger og sundhedsressourcer
- Sammenhæng – regioner og kommuner i et tæt og forpligtende samarbejde



Hvorfor dette oplæg

Hvordan sikrer vi ensartet høj infektionshygiejnisk standard, når behandling foregår på tværs af sektorer og i forskellige rammer?

- Opgaver flytter sig
- Ansvar flytter sig
- Miljøer ændre sig

Vores fokus:

- Infektionshygiejnen skal følge patienten – og gerne være et skridt foran
- Vi står med en opgave, som fortsat er under udvikling

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København

*Københavns Kommune varetager ca. 10 % af ældreplejen i Danmark
Der er ca. 10.000 ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen*

Plejhjem

- 44 plejhjem med 3400 beboere

Hjemmepleje/Sygepleje

- 5 hjemmeplejeenheder
- 15 sygeplejeklinikker

Rehabilitering, Akutpleje og Lindring*

- 161 senge

Neurorehabilitering*

- 45 senge + ambulante forløb

Akutteamet*

Øvrige enheder

Bydækkende sundhedstilbud*

- Center for Børn og Unges Sundhed
- Center for Diabetes og Hjertesygdomme
- Center for Kræft og Sundhed
- Center for Mental Sundhed
- Center for Lungesygdomme

Genoptræningscentre

Voksentandplejen

Hjælpemiddelcentralen



Rigshospitalet – nøgletal 2025

<https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/Sider/noegletal.aspx>



- Ca. 13.900 ansatte
- Omkring 320.000 unikke patienter/ år
- Ca. 42.000 behandlingsforløb fordelt i 50 specialafdelinger



- De to matrikler er normeret til ca. 1000 senge
- 81.662 patienter indlægges/ år
- I alt 275.087 sengedage
- Gennemsnitlig liggetid på 3,9 dage



- Ca. 1.300.000 ambulante kontakter
- Ca. 400.000 virtuelle kontakter



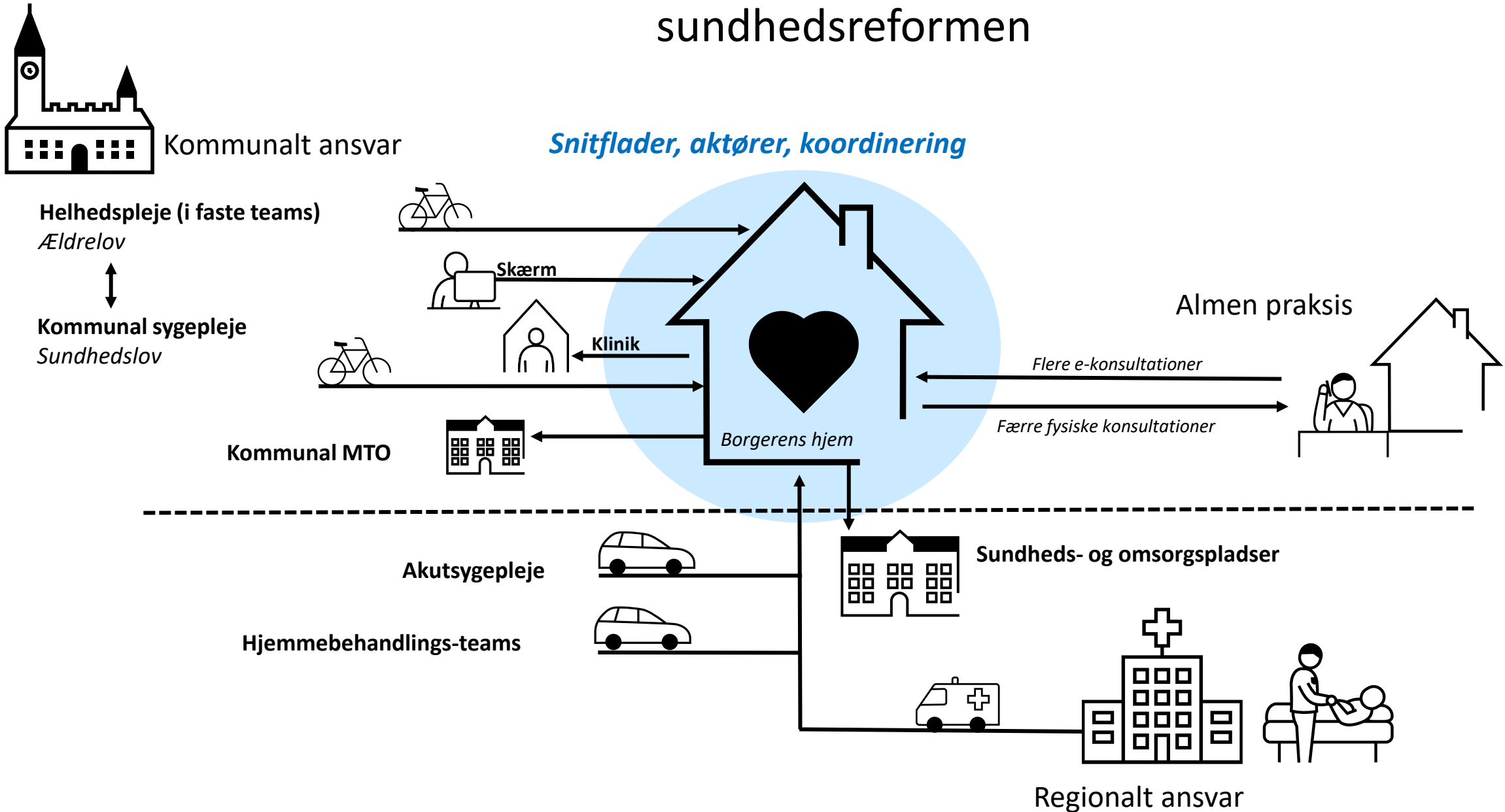
Status - opgaveflytning og ansvar (maj 2026)

Københavns Kommune (KK), via Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) skal varetage driften af:

1. Sundheds- og omsorgspladserne
 2. Den specialiserede rehabilitering
 3. Dele af den specialiserede genoptræning
 4. Den patientrettede forebyggelse
- Driften af sundhedsopgaver evalueres efter to år, men parametrene er ukendte
 - Finansierings- og myndighedsansvaret for de fire sundhedsopgaver overgår til regionen i januar 2027

Driften og finansiering af Akutteamet* overgår 100% til regionen

Organiseringen af det nære sundhedsvæsen efter sundhedsreformen

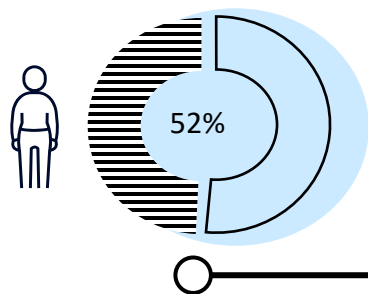


Sundhedsstyrelsens bud på den kommunale sygeplejes hovedopgaver efter den nye sundhedsreform

- Den kommunale sygepleje forventes at kunne **planlægge** og **lede** sygepleje, at **formidle** og **udvikle** sygepleje
- Kommunerne skal levere kommunal sygepleje – inklusiv **fagområdespecifik sygepleje** (fx basal palliation, kompliceret sårbehandling, intravenøs behandling, demens)
- Den kommunale sygepleje forventes at kunne **håndtere behov** hos borgere ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom
- Varetage borgere med **langvarige, sammensatte** og **komplekse** behov

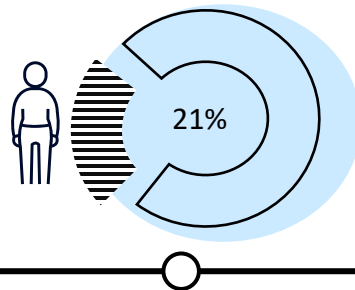
Det betyder, at den kommunale sygepleje får en endnu vigtigere rolle i koordinering, relations arbejde, sundhedspædagogik, forebyggelse, understøttelse af egenomsorg og reduktion af ulighed i sundhed

Sygeplejeforløb i dag



Forløb under 4 uger

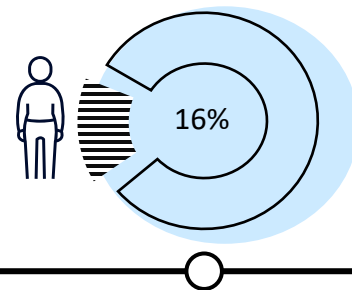
Ukomplicerede forløb, hvor borgeren får hjælp til praktisk hjælp/personlig pleje og har behov for sygepleje i en kort periode



Forløb på 5-12 uger

Ukomplicerede forløb, hvor borgere får sygepleje og hurtigt rehabiliteres eller afsluttes.

Lidt under halvdelen af borgerne har behov for praktisk hjælp/personlig pleje.

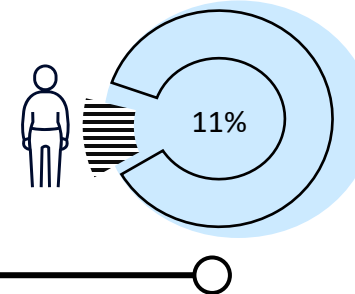


Forløb på 13 uger - 12 måneder

Mere komplekse forløb, hvor borgere har behov for sygepleje i en længere periode

Mere end halvdelen af borgerne har behov for praktisk hjælp/personlig pleje

De mest ustabile forløb
Flest indlæggelser

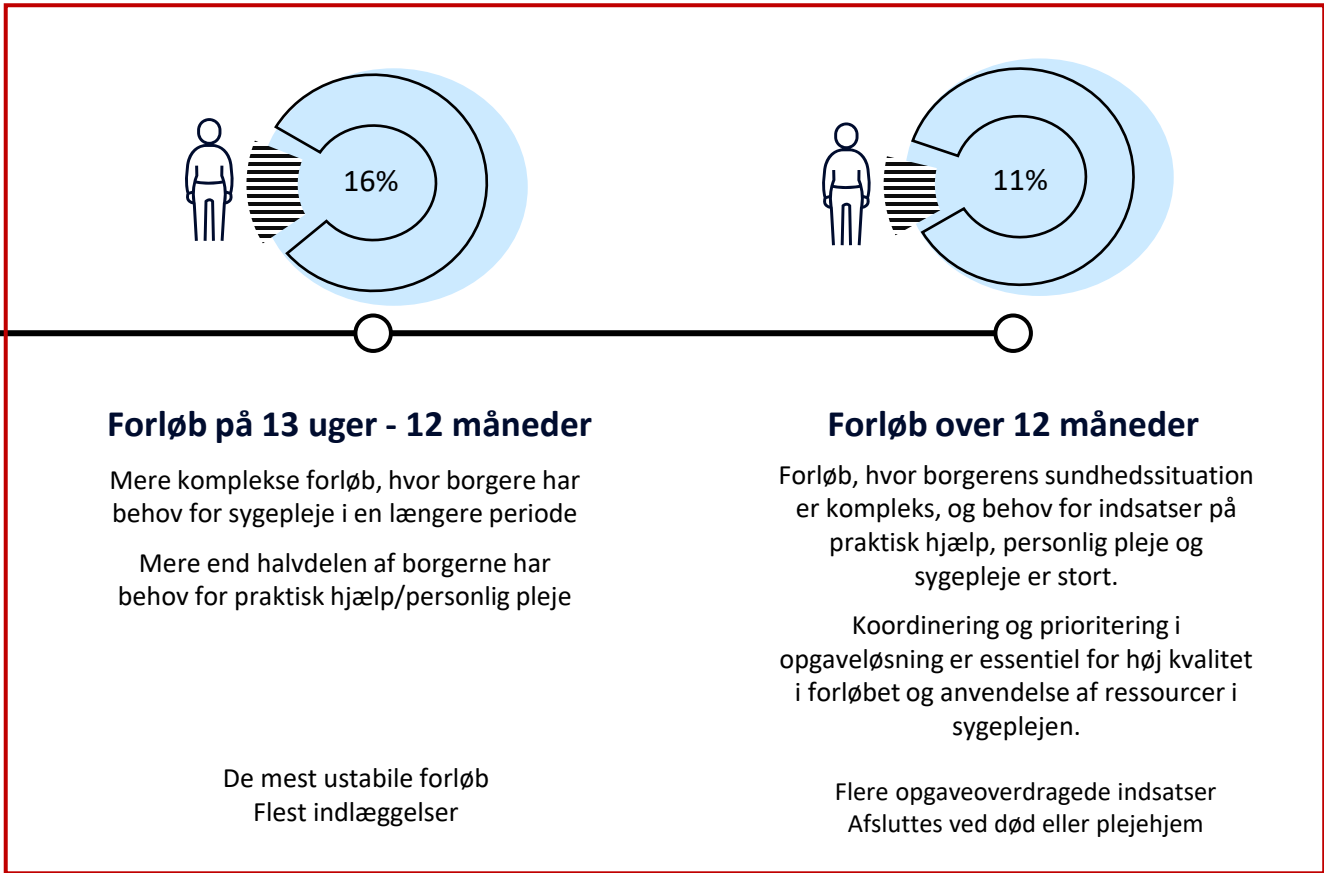


Forløb over 12 måneder

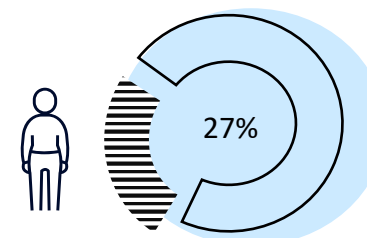
Forløb, hvor borgerens sundhedssituation er kompleks, og behov for indsatser på praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje er stort.

Koordinering og prioritering i opgaveløsning er essentiel for høj kvalitet i forløbet og anvendelse af ressourcer i sygeplejen.

Flere opgaveoverdragede indsatser
Afsluttes ved død eller plejehjem



Jo længere forløb, jo flere sygeplejeindsatser og mere sandsynligt at borgeren har hjemmehjælp og flere timer til hjemmehjælp



27 % af borgerne driver størstedelen af kompleksiteten
Den brændende platform

Erfaringer fra ~~Hospital~~ at home

Pilotprojekt: Indlæggelser fra plejehjem – senere afprøvelse af hjemmeindlæggelser på plejehjem

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, to plejecentre i Københavns Kommune, Center for Sundhed og Center for IT & Medicoteknologi, Region Hovedstaden.

Formål: At opnå indsigt i, hvad der er vigtigt organisatorisk, patientsikkerhedsmæssigt, sundhedsfagligt og IT-mæssigt for at kunne *hjemmeindlægge plejhjemsbeboere*.

Periode: November 2024- april 2025.

Borgere med tilstandsforværring blev kørt til Ældremodtagelsen mhp. på undersøgelse + behandlings-plan og retur igen til plejehjemmet. Udvides senere til hurtigere hjemsendelse ved hospitalsindlæggelse.

Patienter: 49 patientforløb, 40 patienter, i alt **3*** konkrete patienter deltog (daglig virtuel stuegang som foregik i samarbejde med akutteamet (tovholder) + personale på plejehjemmet.

Evaluering:

- Hjemmeindlæggelser opleves *meningsfulde* og *værdifulde* for både patienter, pårørende og sundhedspersonale
- Hjemmeindlæggelser kan gennemføres *patientsikkert* og *fagligt ansvarligt* forudsat
 - Tydelige visitationskrav
 - Adgang til tværsektorielle dokumentsystemer
 - Relevant teknologi
 - Et velfungerende samarbejde mellem hospital, Udkørende Akutteam og plejehjem

Essentiel barriere

- Minus sygeplejerskebemanding om natten på plejehjem
- Visitationen var tidskrævende og begrænset til hverdage
- "Ikke-cpr. mærket" medicin, væske og ilt til akut brug på plejehjem må ikke opbevares
- Manglende tekniske løsninger mhp. tværsektoriel deling af journaloplysninger uden dobbeltdokumentation

Erfaringer fra ~~Hospital at home~~

Thea Kølsten Fischer

Forskningschef og ledende overlæge, Nordsjællands Hospital



INTERNATIONAL EVIDENS
HJEMMEHOSPITALITET LØSER PATIENTERS FYSISKE OG MENTALE HELBRED &
ER UDGIFTSBESPARENDE I EN AMERIKANSK KONTEKST.



HAD MED EN DANMARK

Ældste patient er 86 år gammel



Tilfredshed hos både hjemmeindlagte patienter og de pårørende

Nordsjællands Hospital
Forskningsafdelingen



INFLUENZER – VIDENSCENTER FOR HJEMMEINDLÆGGELSER



Hospital at Home



Resultater/oplevelser

- Patienterne vil gerne hjem!
- Patienterne instrueres til hygiejnisk adfærd
- Muligt at lave "rene zoner" i hjemmet
- Øget fysisk aktivitet
- dødelighed
- Ingen observerede infektioner

Fordele ved ~~Hospital~~ at home

Bedre borgeroplevelse og tryghed

- Borgeren forbliver i kendte omgivelser, tæt på familie og netværk
- Mindre oplevelse af isolation og "institutionalisering"
- Mere fleksibel hverdag, fordi borger ikke er bundet til en seng/stue
- Måske en større fordel for borgere med begrænset mobilitet eller lang transportvej til hospitalet

Styrket rehabilitering og funktionsevne

- Træning og pleje foregår i vante daglige rammer
- Mindre risiko for inaktivitetsrelateret funktionstab

Reduceret risiko for hospitalsrelaterede problemer

- Mindre risiko for delir/konfusion hos særligt ældre, fordi de ikke flyttes
- Færre "hospitalsrelaterede" infektioner (med fx resistente mikroorganismer)
- Mindre påvirkning af døgnrytme og søvn pga. støj/lys/aktivitet på hospitalets afdeling

Potentiel systemgevinst ved god organisering

- Reduktion i genindlæggelser, komplikationer og funktionstab
- Mindre pres på sengekapacitet, så der kan fokuseres på de mest komplekse/kritiske syge patienter



Ulemper og risici ved ~~Hospital at home~~

For borger/pårørende

- Ulighed – hos borgere med dårlige boligforhold eller lav sundheds-/digitalkompetence
- Manglende "privatliv/ frirum", da hjemmet forvandles til en arbejdsplads
- Borger og pårørende får et medansvar i behandling, hvilket kan skabe utryghed
- Pårørende kan opleve sig belastet/ følelsesmæssig presset ved "langvarige sygeforløb"

For de "sundhedsprofessionelle"

- Gæst i borgers hjem
- Uens hygiejniveau hos borgerne, kæledyr?
- Hjemmet kan ikke på samme måde inddeles i "rene og urene zoner"
- Mange aktører i hjemmet- risiko for krydssmitte
- Håndhygiejnefaciliteter?
- Opbevaring/håndtering af medicinsk udstyr, hjælpemidler, værnemidler etc.
- Tværsektorielle dokumentationssystemer/digital understøttelse?
- Afklaring af ansvar/grænser
- Arbejds miljø

Rigshospitalet



- De to matrikler er normeret til ca. 1000 senge
- I alt 275.087 sengedage
- Gennemsnitlig liggetid på 3,9 dage

- 1.368.304 ambulante kontakter
- Heraf er ca. 400.000 virtuelle kontakter

Udviklingen på Hospitalet



Hospitalernes kerneopgave i sundhedsreformen 2027

- Mere ambulante aktivitet → kortere/ færre indlæggelser
- Specialiseret behandling
- Understøtte kommuner og almen praksis i patientforløb

Konsekvens:

- Flere forløb uden indlæggelse
- Sygeplejefagligt akutteam skal iværksætte behandling ude hos borgeren

Tabel 1 Indlagte og ambulante somatiske patienter på sygehuse, 2009-2018, antal i 1.000

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nye nøgletal										
Indlagte patienter ¹	566	566	550	536	530	540	531	524	523	519
Indlæggelser ¹	815	817	797	779	773	788	771	760	759	754
Ambulante patienter ²	2.446	2.470	2.487	2.498	2.545	2.663	2.709	2.745	2.775	2.794
Ambulante ophold ²	10.865	11.363	11.803	12.285	12.970	13.851	14.365	14.629	14.980	15.209
Tidligere off. nøgletal										
Indlagte patienter ³	673	686	681	676	674	680	677	674	669	
Indlæggelser ³	1.114	1.144	1.142	1.131	1.129	1.143	1.126	1.117	1.099	
Ambulante patienter ⁴	2.407	2.432	2.445	2.455	2.484	2.618	2.654	2.686	2.705	
Ambulante ophold ⁴	10.035	10.438	11.117	11.504	12.018	12.862	13.278	13.474	13.720	

Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: I de tidligere offentliggjorte nøgletal er afgrænset til offentligt finansierede patienter med dansk bopæl. I nye nøgletal er indgået alle patienter med dansk bopæl, dvs. opgørelsen inkluderer også privat- og forsikringsbetalte patienter på private sygehuse. Dette har dog kun mindre betydning ift. sammenligning af de to metoder.

1: Baseret på sygehusophold på 12 timer eller derover.

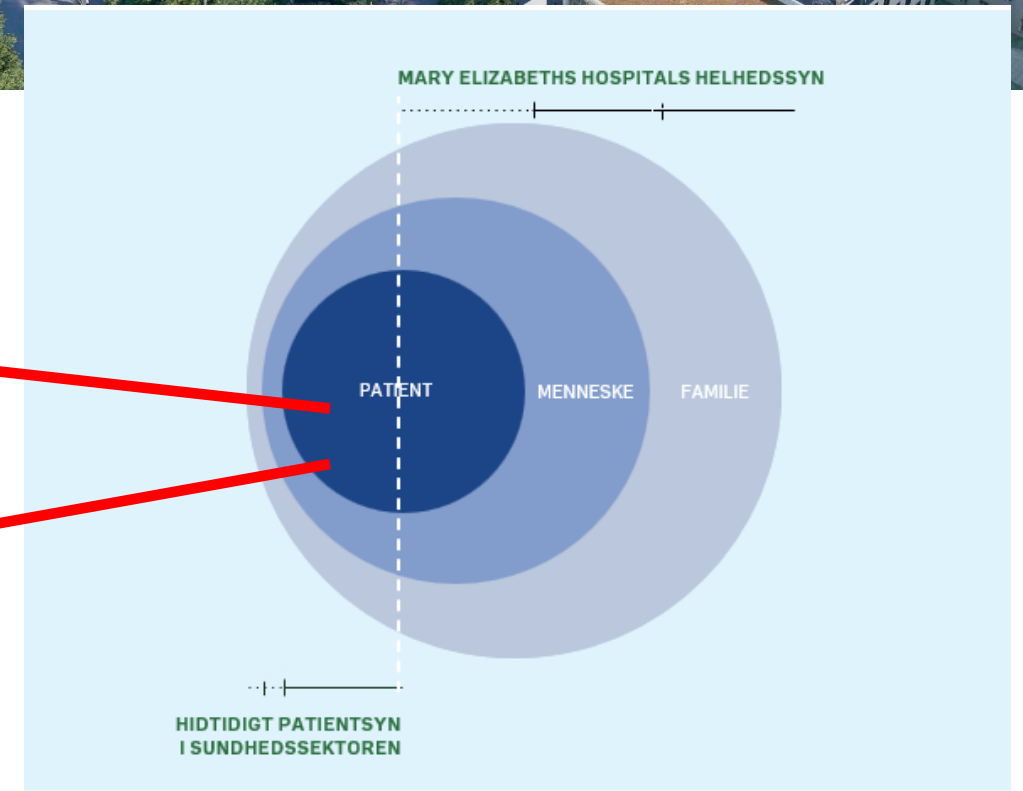
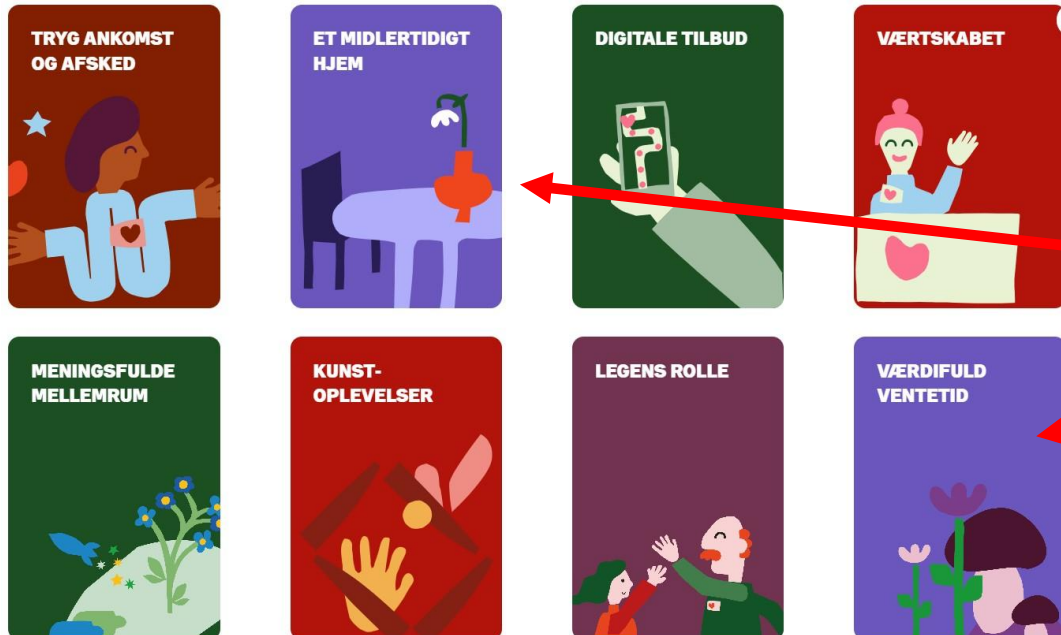
2: Baseret på sygehusophold på under 12 timer. Disse omfatter også fysiske sygehuskontakter registreret som "ambulante besøg". Stort set alle disse "ambulante besøg" vurderes at være under 12 timer. Hvis en patient har haft flere af disse på samme dag, tælles kun et af dem i opgørelsen. Der henvises i øvrigt til SUU alm. del bilag 373 af 20. juni 2018, "Orientering om ny indlæggelsesdefinition".

3: Baseret på sygehusenes registrering af en fysisk sygehuskontakt som en indlæggelse.

4: Baseret på sygehusenes registrering af en fysisk sygehuskontakt som et ambulante ophold/besøg.

Nybyg og indretningstendens

- Patienten er i centrum – behandlingen er kernen
- Patienten er en del af en familie som er tæt involveret
- 8 indsatsområder skal skabe en meningsfuld hospitalsoplevelse:



Fremtidens hospitalsmiljøer



- Brugergrupper og designere ønsker at indrette **Udfordring** et midlertidigt hjem

- Trygge og sanselige omgivelser
- Bløde og varierende overflader
- Pårørende skal integreres

Infektionshygiejnisk anbefaling til overflader:

- Glatte, tætte og ikke-porøse
- Vaskbare og desinfektionsegne
- Modstandsdygtige over for slid og fugt
-

Konsekvens:

- Rengøring bliver kompleks og tidskrævende
- Risikoen for ophobning af snavs og mikroorganismer øges



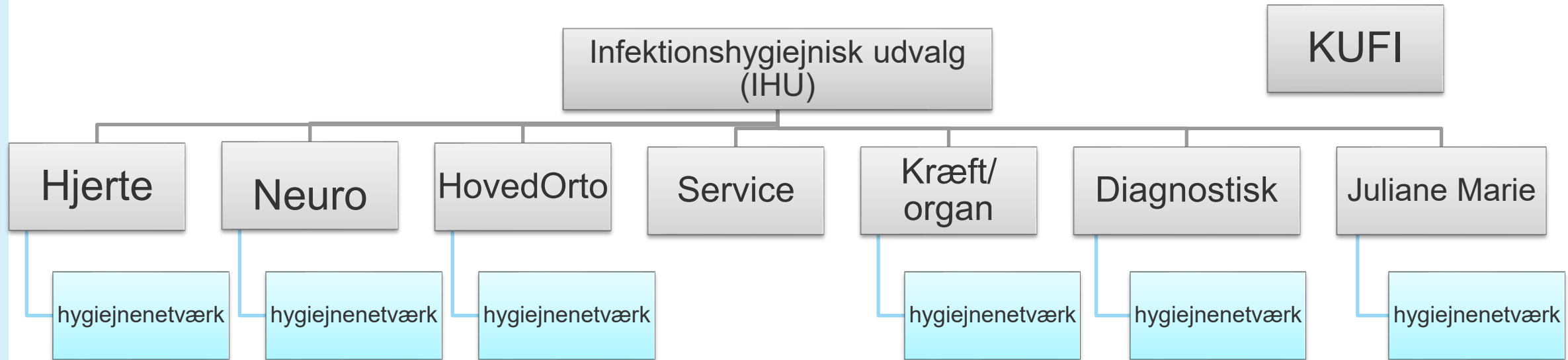
Nybyg af plejehjem

Nye plejehjem indrettes mhp. at hverdagen føles så tryk, værdig og meningsfuld som muligt, samtidigt med at borger har en indflydelse på egen hverdag.

Nyeste plejehjem i Københavns kommune er indrettet med gardiner, malerier, planter og rengøringsvenlige møbler i fællesrum. Der er adgang til håndhygiejnefaciliteter 😊



Organisering af infektionshygiejnen - Rigshospitalet



Regionalt hygiejnekoordinator kursus

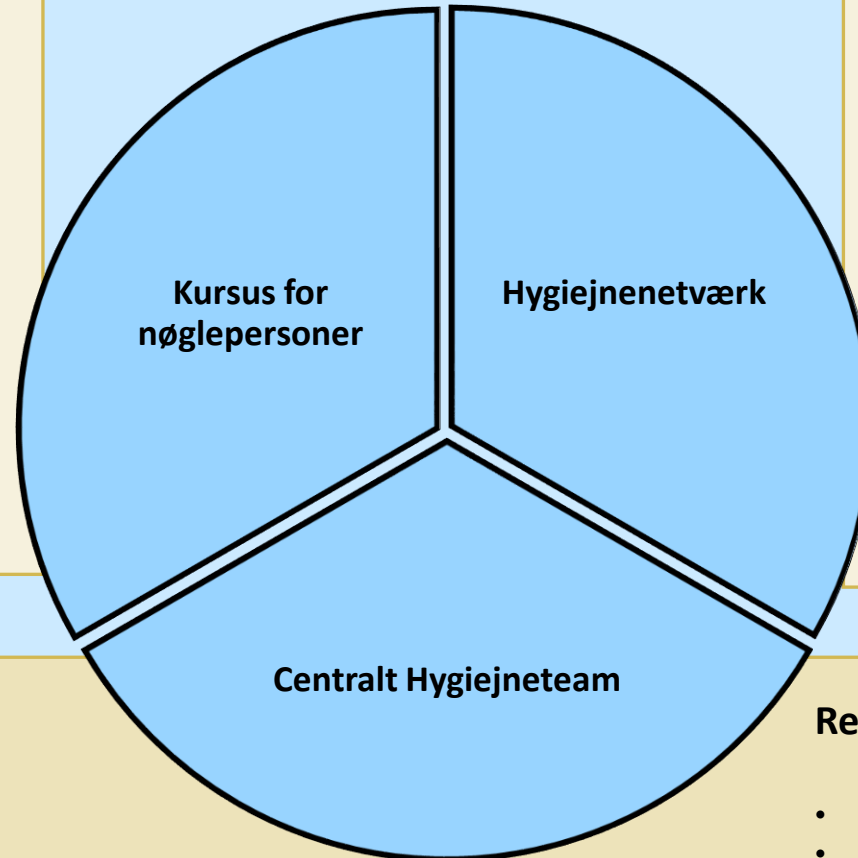
Målgruppe: hygiejnekoordinator/-nøgleperson/-kontaktperson i en **afdeling**, og har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse, er SOSU assistent eller læge.

Form og indhold: klasseundervisning (3 dage), opgaveskrivning (1 dag) og fremlæggelse for medkursister (1 dag).

Hygiejneorganisationens ressourcer i Københavns kommune

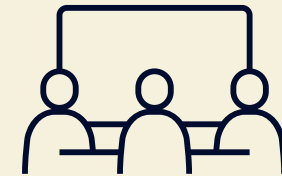
Kursus for hygiejnenøglepersoner

- Fire-dages kursus, 22 pladser
- Faggrupper og enhedstyper blandes på alle hold
- Kombination af teoretisk viden, refleksion og praktiske øvelser



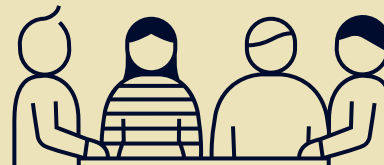
Tre hygiejnenetværk

- Plejehjem, midlertidige pladser og hjemmepleje/sygepleje
- Ledere af rengøring
- Bydækkende Enheder (terapeuter)



Faglig understøttelse

- Vejledninger, instrukser og actioncards
- Pædagogisk lærings- og refleksionsmateriale
- Audits og hygiejnegenngange
- Hygiejneuge/faglige kampagner
- Undervisning og sparring



Relationer og strategisk arbejde

- Tilgængelige for alle medarbejdere
- Decentrale understøttende aktiviteter lokalt på enhederne
- Hygiejneteamet arbejder med synlighed og dialog med ledere på alle niveauer

Digital platform - hospitalet

SUNDHEDS
PLATFORMEN

Samler patientens data

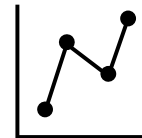
Understøtter planlægning af forløbet på tværs af hospitaler

Giver patienten adgang til prøvesvar, journal og digital kommunikation med sundhedspersonale

Digital infektionsovervågning

(MiBa, HAIBA og lokale data):

- Bakteriers resistens
- Antibiotikaforbrug
- Bakteriæmi
- Urinvejsinfektion
- Dyb infektion efter hofte- og knæoperation
- Tarminfektioner opstået under indlæggelse
- Apparatur og miljø, som kan udgøre en særlig smitterisiko



VIP systemet

- Tværregionale, -regionale og -lokale vejledninger

Vejledningerne er baseret på:

- Gældende dansk lovgivning
- Sundhedsstyrelsens vejledninger
- **Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR)**

- Infektionshygiejnisk Håndbog
- ORGANISATION
- PERSONALEFORHOLDSREGLER
- GENERELLE INFEKTIONSHYGIENISKE FORHOLDSREGLER
- SUPPLERENDE INFEKTIONSHYGIENISKE FORHOLDSREGLER OG ISOLATION
- OPERATIVE INDGREB OG SÅR
- FLEKSIBLE ENDOSKOPER
- FREMMEDEGEMER
- RESPIRATIONSTERAPI
- RENGØRING, DESINFEKTION OG STERILISATION
- FYSISKE RAMMER
- VAND
- INFORMATIONSMATERIALE OG SKILTE
- INTERNE IHE-DOKUMENTER

Den kommunale sygepleje*

Digital understøttelse (Intra)



Cura

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Center for Sundhed- og Rehabilitering

Hygiejne-vejledning

Opdateret maj 2026
Gældende til maj 2028

Hygiejnetelefon/-postkasse

Fysisk fremmøde på enheden

* Sygeplejeklinik eller borgers hjem

Action Card: MRSA – Plejehjem, MTO og MPO

Methicillin resistente Staphylococcus aureus

Infektion med MRSA
MRSA er stafylokokker, der er resistente (modstandsdygtige) overfor de antibiotika, man normalt bruger til at behandle en stafylokokinfektion.

Bærelsestilstand med MRSA
Man kan godt få en infektion med MRSA uden at være bærer af MRSA. For at aftale om en bærer, podes boreren fra næse, svælg, perineum og øvr. sår og fremmedlegemer (fx KAD, PEG-sonde). Har boreren fået antibiotisk behandling i forbindelse med en infektion, podes boreren tidligst syv dage efter endt antibiotisk behandling for ikke at få et falsk negativt svar. De fleste, der findes positive med MRSA, vil oftest være næse smittebærere. Dvs. at bakterien bæres i næse, svælg på huden og evt. perineum (mellemstødet) uden at give anledning til infektion. Raske smittebærere anbefales at blive behandlet med antibiotikakæbe i næsen og med bakteriedræbende kropsbæbe (enadikationsbehandling) dels af hensyn til borgers egen sundhed (forebygge risiko for infektioner), men også af hensyn til andre medmenneskers risiko.

Kronisk bærelsestilstand med MRSA
Borger tilbydes en 5-dages eradikationsbehandling. Hvis eradikationsbehandlingen mod forventning ikke virker/sår an kunne gentages, evt. forlænges til 10 dage og vil i enkelte tilfælde su antibiotika i tablettform.

Hvis det ikke er muligt at behandle boreren for MRSA, anses borger kronisk bærelsestilstand med MRSA.
Borger tilbydes kontrolpunding fra næse, svælg og perineum og ev. sår/fremmedlegemer hvert halve år mhp. spontan tab af MRSA, di fornyede af sig selv.

Udvalgte af særligt om værnemidler.

Handling/information

- Opret smittekort i Cura ved fund af MRSA
- Nærmeste samarbejdspartnere (fx ergo, rengøring m.fl.) af MRSA
- Påretnede informeres efter aftale af borer

Ved oplysning om MRSA på særligt om borer

- Kontakt nærmeste smittekontrollant, hygiejneassistent, sygeplejerske eller infektionsrådgiver for at få hjælp til håndhygiejne og hånddesinfektion
- Hvis boreren er smittebærer, skal boreren informeres om smitte
- Fysisk kontakt og berøring af boreren skal undgås
- Følgende er vigtige:
 - Følg de generelle smittevejledninger
 - Følg de særlige smittevejledninger
 - Følg de særlige smittevejledninger
 - Følg de særlige smittevejledninger

Anvendelse af forfugtede klude til rengøring og desinfektion

Forfugtede klude	Hvornår	Indhold	Indvirkningstid og brug af handsker	Holdbarhed	Bortskaffelse
Engangsklude m. vand og sæbe	Anvendes ved rengøringsprocedurer: • Børgernes bolig • Rulle og ekspedienter - før og efter rengøring procedure • EIT apparater (linje), SAI-måler, støvsuger, grøntabeller • Kontaktlinsespånde som udføres ved rengøring • Rengøring af: Fx den hårde gulv, gulvplader, lyskåber, trykvesper PC, mus, tastatur, højttalere, højttalere, armbånd, bordkanten, vandhaner, toiletter	Klorblege med medicinsk ethanol 70-85% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C.	1 min. efter anbrud	1 måned efter anbrud	Kasseres som almindelig dagrenovation
Engangsklude m. klor	Desinfektion foretages efter rengøring: • Hvis udbyttet er forurenet med multiresistente mikroorganismer, og hvor almindelige desinfektionsmidler ikke er effektive, fx boreren, bør der anvendes et desinfektionsmiddel med klor. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger.	Ethanol 70-85% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C.	Procedure kan være relevantt at gentage	1 måned efter anbrud	Kasseres som almindelig dagrenovation

Mikroorganismer og infektionssygdomme (mistænkt eller bekræftet)

Sygdom og mikroorganismer	Smitteforvarende materiale	Smittevej	Ophold i rum
Covid-19 • SARS-CoV-2	Udåndningsluft	Drånesmitte	Borger forlader rum ved mindst 10 min. efter afslutning af egen bolig, indtil symptomerne har forsvundet	Handsker/Inhalator	Ethanol 70-85%
Influensa • Influenzavirus A, B eller C	Udåndningsluft	Drånesmitte	Borger forlader rum ved mindst 10 min. efter afslutning af egen bolig, indtil borer har været febril i 24 timer	Handsker/Inhalator	Ethanol 70-85%

ACTIONCARD - KONTAKTSMITTE

RENGØRING I PLEJEBOLIG	Ethanol	Klor
Orientering • Via leder eller E-lavlin		
Værnemidler Overtrækskittel og handsker • Anvend overtrækskittel under samtlige opgaver • Skift nitrilhandsker mellem hver ny rengøringsopgave		
Ansigtsværnemidler • Bæryt væjr eller mundbind og beskyttelsesbriller ved rengøring af toilet (pga. risiko for stønk og sprøjt til ansigt)		
Håndhygiejne Hånddesinfektion er altid førstvalg, når hænderne er rene og tørre. Udfør håndhygiejne: • Før påtagning af værnemidler • Mellem hver håndskift/ny opgave • Efter aftagning af værnemidler		
Udfør både håndskift og hånddesinfektion, hvis hænderne er våde/snavsede/hos borgere med diarré/opkast		
Rengøring Rengøring udføres inden desinfektion med: • Engangsklude (plejepersonale) • Flergangsklude (rengøringspersonale)		
Desinfektion Se E-tavle for desinfektionsmidler: • Ethanol (blå pakke) • Klor (turkisblå pakke)		
Værnemidler ved rengøring af badeværelse • Overtrækskittel og handsker • Ansigtsværnemidler (toilet)		
Værnemidler ved rengøring af køkken, stue og soveværelse • Overtrækskittel og handsker		

Anvendelse af forfugtede klude til rengøring og desinfektion

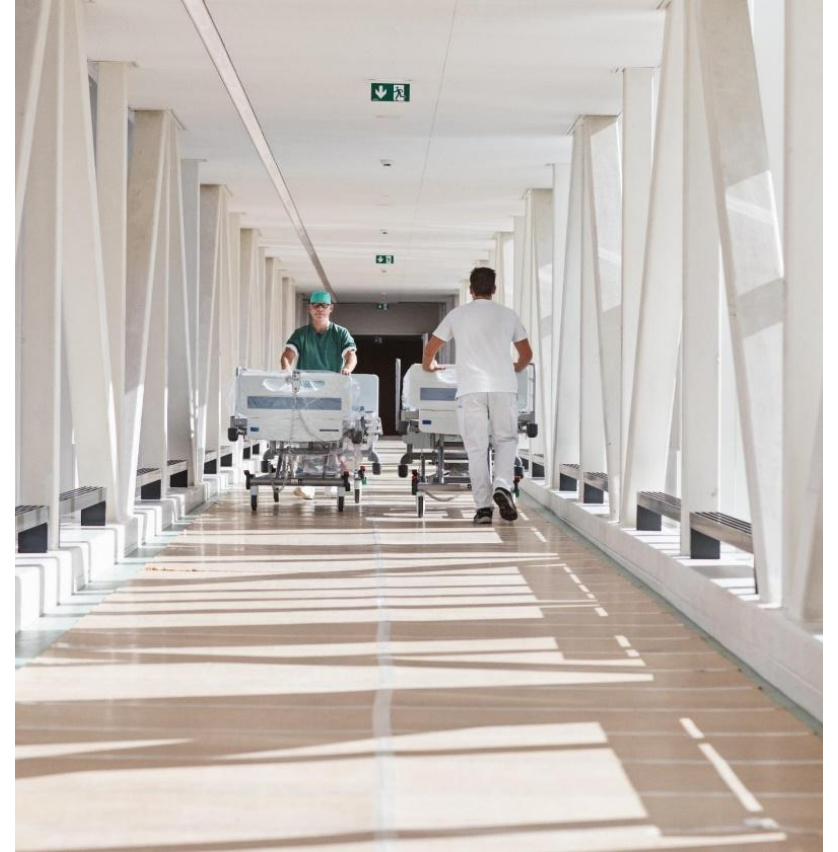
Forfugtede klude	Hvornår	Indhold	Indvirkningstid og brug af handsker	Holdbarhed	Bortskaffelse
Engangsklude m. vand og sæbe	Anvendes ved rengøringsprocedurer: • Børgernes bolig • Rulle og ekspedienter - før og efter rengøring procedure • EIT apparater (linje), SAI-måler, støvsuger, grøntabeller • Kontaktlinsespånde som udføres ved rengøring • Rengøring af: Fx den hårde gulv, gulvplader, lyskåber, trykvesper PC, mus, tastatur, højttalere, højttalere, armbånd, bordkanten, vandhaner, toiletter	Klorblege med medicinsk ethanol 70-85% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C.	1 min. efter anbrud	1 måned efter anbrud	Kasseres som almindelig dagrenovation
Engangsklude m. klor	Desinfektion foretages efter rengøring: • Hvis udbyttet er forurenet med multiresistente mikroorganismer, og hvor almindelige desinfektionsmidler ikke er effektive, fx boreren, bør der anvendes et desinfektionsmiddel med klor. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger. • Desinfektionsmidlet skal anvendes i henhold til producentens anvisninger.	Ethanol 70-85% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C. 0,5% i 5-10 min. ved 20-25°C.	Procedure kan være relevantt at gentage	1 måned efter anbrud	Kasseres som almindelig dagrenovation

*Humantbiologisk materiale: Fx sekretter/ekskreter, blod, sput, opkast, urin, afføring, ekskvalent, pus, sårbæret.

Anbefalinger for rengøring- og desinfektionsklude på plejehjem, MTO, Hygiejnetelefon, plejehjem og borgerens hjem m.v. ved brug af resistente mikroorganismer/infektionssygdomme. Center for Sundhed og Rehabilitering, ANS, Hygiejnetelefon i Laboratorierne. Opdateret september 2021. Opdateret april 2023. Ved spørgsmål eller brug for hjælp: Kontakt hygiejne@kksk.kk.dk eller Hygiejne hotline 3070 8004.



Overgangen mellem sektorer - men fælles behandlingsansvar



Digital sundhed – Hvorfor og hvad betyder det?

- **Hospital**

- Flere patienter(borgere) behandles i eget hjem/kommune
- Digital opfølgning via videokonference og hjemmemonitorering (PRO-data) bliver standard

- **Kommune**

- Tidligere udskrivelse
- Ansvar flyttes til det nære sundhedsvæsen
- Flere komplekse opgaver flyttes ud i hjem/kommunen

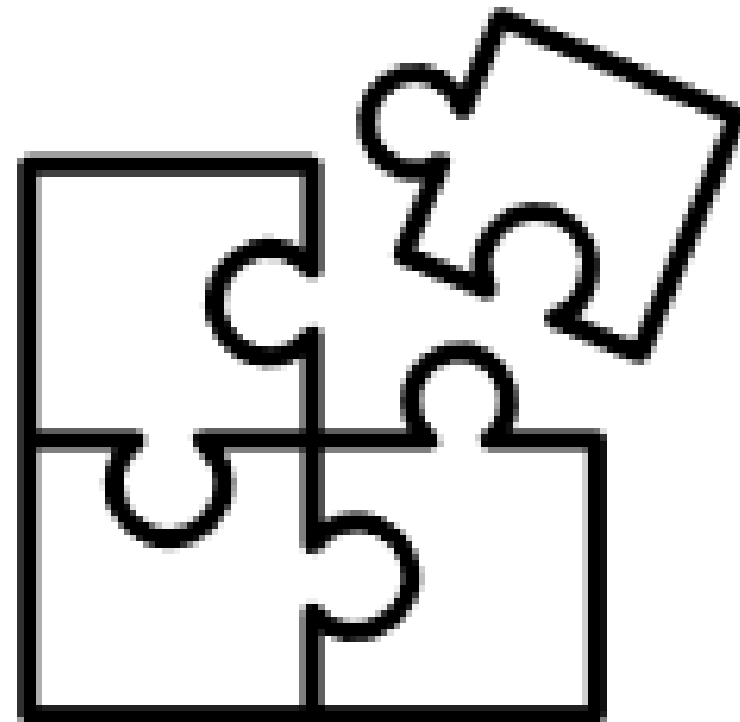
- **Sundhedsreformen 2027**

- Flere opgaver skal løses via hjemmebehandling, telemedicin og bedre datadeling på tværs af sektorer
- Arbejdsgange skal understøttes digitalt

Udfordringen – hvad kalder det på?

Forskellig:

- Organisering
 - Arbejdsgang og vilkår
- Risiko for utilsigtede hændelser øges



Det kræver fælles løsninger

- Fælles begreber og forståelse
- Fælles standarder → forudsætning for patientsikkerhed
- Klar forventningsafstemning

Samarbejde om infektionshygiejnen i praksis

- Hurtige og sikre kommunikationsveje (kommune/hospital)
- Fælles indsats for at infektionshygiejne tænkes ind i organisering, uddannelse og sektorernes praksis

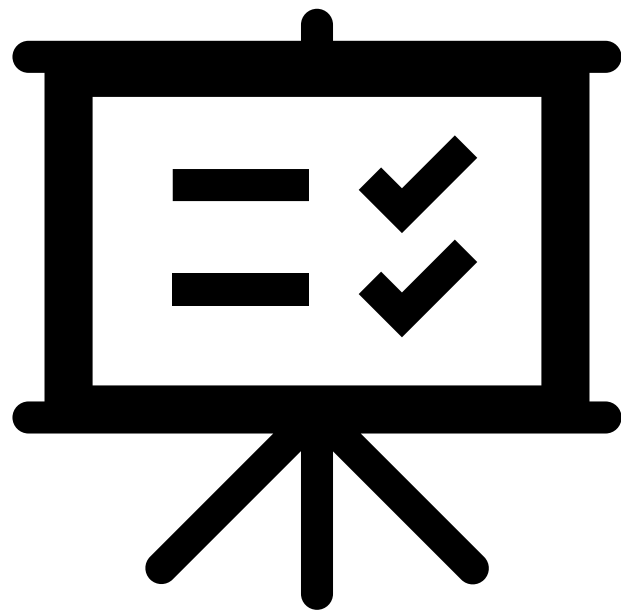
Relationer og kompetencer

Formålet

- Styrke samarbejdet mellem sektorerne
- Opbygge tillid og fælles forståelse mellem forskellige faggrupper

Det kan ske gennem:

- De nye sundhedsråd
- Et tværsektorielt hygiejnenetværk
- Et undervisningskoncept som favner sektorernes forskellige faggrupper
- Temadage



Tak