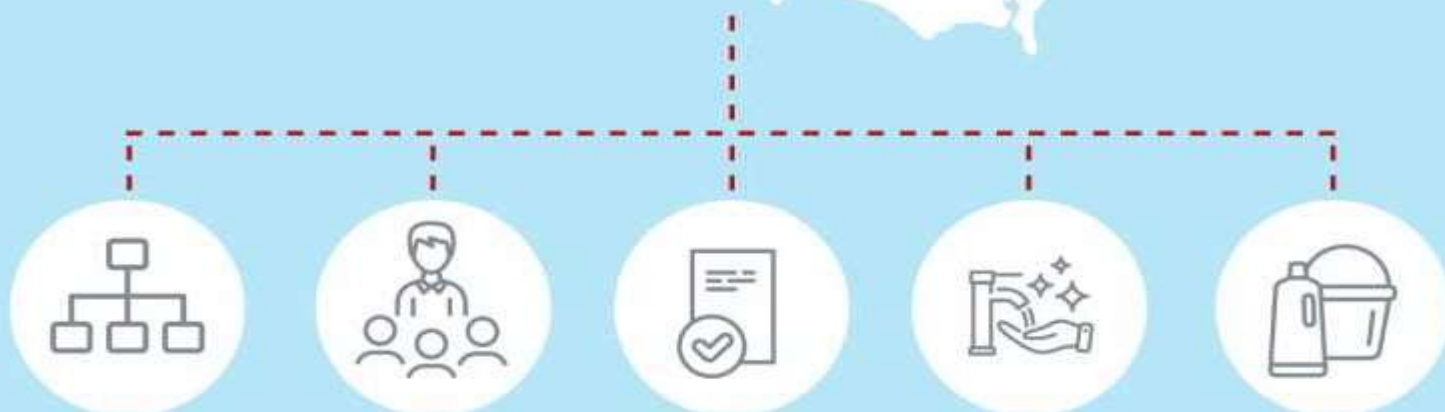


Kortlægning af kommunale infektionshygiejniske indsatser i Danmark

STATENS
SERUM
INSTITUT



Organisering af hygiejnen i
kommunerne 2024



Udgiver: Central Enhed for Infektionshygiejne

Ansvarlig institution: Statens Serum Institut

Design: Statens Serum Institut

Copyright: Statens Serum Institut

Version: 1

Versionsdato: 20251002

Format: PDF

Kortlægning af kommunale infektionshygiejneindsatser i Danmark, 2024 medfinansieret af Joint Action – Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections (JAMRAI 2). EU-JAMRAI 2 modtager funding fra European Union's EU4Health Programme som del af grant agreement n°101127787.



**Funded by
the European Union**

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Health and Digital Executive Agency (HADEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them

Resumé

Denne rapport belyser, i hvor høj grad de danske kommuner i 2024 følger anbefalinger om at implementere hygiejneindsatser, som kan bidrage til at hindre udbredelse af smitsomme sygdomme og antibiotikaresistente bakterier.

Mere end 75% af landets kommuner har nu etableret en hygiejneorganisation. Det er en positiv udvikling i forhold til 2020, hvor tallet var 62%. Det fremgår endvidere af kommunernes besvarelser, at kommunerne finder at hygiejneorganisationen bidrager til effektiv kompetenceudvikling, understøtter samarbejdet på tværs af kommunens fagområder samt bidrager til brugbar oversættelse af de nationale infektionshygiejniske retningslinjer til lokale forhold.

Samtidig viser besvarelserne også, at enkelte kommuner har valgt at nedlægge en i forvejen etableret hygiejneorganisation. Besvarelserne viser, at især ledelsesopbakning er betydningsfuld for at kunne etablere en hygiejneorganisation.

Markant færre kommuner har i 2024 indgået en fælles-regional samarbejdsaftale i forhold til 2020. Som årsag angives en manglende klar faglig eller økonomisk begrundelse for at indgå en samarbejdsaftale.

Abstract

This report highlights to what extent the Danish municipalities in 2024 are following national recommendations to implement hygiene initiatives that can help prevent the spread of infectious diseases and antibiotic-resistant bacteria.

More than 75% of the country's municipalities have now established a hygiene organization. This is a positive development compared to 2020, when the figure was 62%. It is also clear from the municipalities' responses that the municipalities find the hygiene organization contributes to effective competence development, supports cooperation across the municipality's professional areas and contributes to a useful translation of the national infection hygiene guidelines to local conditions.

At the same time, the responses also show that some municipalities have chosen to close down an already established hygiene organization. The responses show that management support in particular is important for establishing a hygiene organization.

Significantly fewer municipalities have entered into a joint-regional cooperation agreement in 2024 compared to 2020. The reason given is a lack of clear professional or economic justification for entering into a cooperation agreement.

Forord

Denne rapport er udarbejdet af Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI), Statens Serum institut. Rapporten præsenterer resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen besvaret af de danske kommuner i perioden juni 2024 til september 2024. Spørgeskemaundersøgelsen er en gentagelse af kortlægning af kommunale infektionshygiejniske indsatser i Danmark, som blev udført i 2020 af CEI.

I perioden juni 2024 til september 2024 udførte CEI en spørgeskemaundersøgelse om kommunernes organisering og implementering af infektionshygiejne i Danmark. Rapporten tager udgangspunkt i sammenfatningen fra rapporten "Kortlægningen af kommunale hygiejneindsatser i Danmark" fra 2021. Denne rapport beskriver 2024 resultaterne og sammenligner de resultater, som er blevet fremhævet i sammenfatningen i 2021. Alle resultaterne fra 2024 bliver ikke medtaget i denne rapport. Denne rapport fokuserer ændringerne i kommunernes organisering af det infektionshygiejniske område fra 2020 til 2024.

Kortlægningen er udarbejdet af Ulisa Jeyaratnam cand.scient. i Global Sundhed, akademisk medarbejder, SSI; Jette Holt, cand.pæd.pæd., ph.d., hygiejnesygeplejerske, SSI; Anne-Katrine Rosenkrantz De Lasson cand.scient. Folkesundhedsvidenskab, akademisk medarbejder, SSI; Asja Kunøe, ph.d., afdelingslæge, SSI; Brian Kristensen, ph.d., sektionsleder, overlæge, SSI.

Oktober 2025 København.

Brian Kristensen
Sektionsleder, overlæge
Central Enhed for Infektionshygiejne
Statens Serum Institut, SSI

Indhold

Begrebsafklaring.....	5
Formål og introduktion	7
Design	8
Udsendelse af spørgeskema og dataindsamling	8
Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	9
Baggrundsoplysninger	9
Respondenter	9
Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation.....	10
Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet	12
Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer	15
Evaluering af egen hygiejneindsats.....	16
Sammenligning af kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark i 2020 og 2024	16
Etablering af formel hygiejneorganisation	18
Kommuner med etableret hygiejneorganisation	18
Kommuner uden etableret hygiejneorganisation.....	19
Formel fælles-regional samarbejdsaftale	19
Hygiejnekoordinatorer	20
Undervisning af hygiejnekoordinatorer.....	20
Kommunalt samarbejde.....	21
Evaluering af hygiejneindsatser	21
Diskussion.....	22
Etablering af en formel hygiejneorganisation.....	22
Fælles-regional samarbejdsaftale	23
Hygiejnekoordinatorer	24
Netværksbaseret samarbejde og erfaringsudveksling	24
Evalueringsindsatser	25
Perspektivering	25
Politisk og ledelsesmæssigt fokus.....	25
Status på implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne	26
Svagheder og styrker	26
Konklusion	27
Referencer	29

Begrebsafklaring

Fælles-regional samarbejdsaftale: En samlet betegnelse for en formel fællesregional samarbejdsaftale med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) om infektionshygiejnisk rådgivning. En fælles-regional samarbejdsaftale kan eksempelvis indeholde aftaler om rådgivning, undervisning og auditering, og kan eventuelt tage afsæt i sundhedsaftalerne.

Hygiejneindsats: En samlet betegnelse for det kommunale arbejde på det infektionshygiejniske område, der har til formål at forebygge udbredelsen af smitsomme sygdomme, resistente mikroorganismer og infektioner generelt i hele organisationen.

Hygiejneansvarlig: Kommunens udvalgte ansvarlige på det infektionshygiejniske område, som har den hygiejnefaglige rolle i forhold til de øvrige medlemmer af kommunens koordinationsudvalg. Den hygiejneansvarlige kan være en hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedskonsulent eller anden person med særlige kompetencer til at varetage kommunens infektionshygiejniske indsats.

HALT-projektet: Et europæisk prævalensprojekt om dataopsamling vedrørende sundhedssektorerhvervede infektioner og opgørelse af forbruget af antibiotika (antibiotika-audit) på plejehjem. HALT 4 (Healthcare Associated Infections in European Long term Care Facilities 4) (SSI 2024), forestås af The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)¹ og blev udført i 2023.

Hygiejnekoordinatorer: En samlet betegnelse for koordinatore, kontaktpersoner og nøglepersoner på det infektionshygiejniske område på det *udøvende niveau*. Hygiejnekoordinatorer er medarbejdere i kommunens forskellige fagområder, som er formelt udvalgt af organisationen, og som har særlige kompetencer med henblik på at varetage den infektionshygiejniske indsats og arbejde systematisk med denne i egne rammer. I *hygiejneorganisationen* refererer hygiejnekoordinatorerne til den udvalgte *hygiejneansvarlige* og kan hente rådgivning hos denne.

¹ The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er et EU-agentur, der har til formål at styrke Europas forsvar mod smitsomme sygdomme herunder sundhedssektorerhvervede infektioner på hospitaler og plejehjem
<https://www.ecdc.europa.eu/en/about-ecdc>

Hygiejneorganisation: En samlet betegnelse for en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret organisering, som er specifik for kommunens infektionshygiejniske indsatsområde.

Hygiejnepolitik: En samlet betegnelse for en formel vision og målsætning for det infektionshygiejniske område, som kan indgå som en del af kommunens sundhedspolitik.

Koordinationsudvalg: En samlet betegnelse for hygiejne-koordinationsudvalg og – styregruppe på det infektionshygiejniske område på det *strategiske niveau*. Koordinationsudvalgets opgave at understøtte arbejdet mellem de fagområder i kommunen, der har med det infektionshygiejniske område at gøre, og at have kontakt til almen praksis. Koordinationsudvalget kan eventuelt have ansvaret for at udarbejde kommunens *hygiejnepolitik* og for at tilrettelægge lokale infektionshygiejniske indsatser.

Lokale infektionshygiejniske retningslinjer: En samlet betegnelse for kommunalt udarbejdede retningslinjer eller instrukser for infektionshygiejne til kommunens skoler, institutioner, plejecentre og botilbud m.m.

Sundhedsaftale: Sundhedsaftaler er politiske aftaler, der udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis.

Sundhedsklynger: Et formaliseret samarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis som er etableret omkring de 21 akuthospitaler. Sundhedsklyngerne skal samarbejde om de borgere/patienter, som kommuner, almen praksis og hospitaler er fælles om (Ældre medicinske borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykiske lidelser). (KL,2024)

Formål og introduktion

Denne rapport har til formål at følge og dokumentere udviklingen og sammenhængskraften, hvad angår det formaliserede infektionshygiejniske arbejde i kommunerne. Dette er af vigtighed for fremtidig planlægning, implementering og evaluering af forebyggelsestiltag i forhold til forebyggelse og håndtering af spredning af sygdomsfremkaldende og/eller resistente mikroorganismer i et sammenhængende sundhedsvæsen. Rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse sendt til kommunerne vedrørende deres infektionshygiejniske arbejde. Ud fra spørgeskemaundersøgelsen ønskes det at undersøge i hvor høj grad kommunerne efterlever Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger om etablering af en kommunal hygiejneorganisation (SST 2018), og i hvilken udtrækning kommunerne har været i stand til at imødekomme de konklusioner Statens Serum Institut (SSI) udgav i 2021 i rapporten "Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020" (SSI 2021). I rapporten fra 2021 blev resultaterne præsenteret fra kortlægningen af kommunale hygiejneindsatser i Danmark i 2020 med særligt fokus på kommunernes organisering og implementering af infektionshygiejniske indsatser til forebyggelse og håndtering af spredning af sygdomsfremkaldende, herunder antibiotikaresistente mikroorganismer. Kortlægningen var foranlediget af covid-19 pandemien og foretaget med henblik på at kortlægge kommunernes infektionshygiejniske indsats. I denne rapport vil der sammenlignes med resultaterne kortlægningens rapport fra 2021, for at belyse og beskrive de ændringer i organiseringen af det nuværende kommunale arbejde med infektionshygiejnisk forebyggelse.

SSI's konklusioner fra 2021 har som mål kontinuerligt at understøtte forebyggelse af spredning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer (herunder antibiotikaresistente mikroorganismer) i kommunale institutioner og i samfundet generelt gennem en formaliseret og strukturel organisering af det infektionshygiejniske arbejde.

Konklusionerne fra rapporten i 2021 var:

- At alle kommuner snarest etablerer en formel, tværgående og ledelsesforankret **hygiejneorganisation** med hygiejneansvarlige medarbejdere med specialkompetencer, som kontinuerligt kan understøtte den kommunale infektionshygiejniske indsats på såvel det strategiske som det udøvende niveau.
- At der indgås en formel **fælles-regional samarbejdsaftale** med de infektionshygiejniske enheder på regionernes hospitaler om infektionshygiejnisk rådgivning minimum på basisniveau.

- At der i kommunerne udpeges **hygiejnekoordinatorer**, som repræsenterer alle fagområder, samt at hygiejnekoordinatorerne uddannes og gives kontinuerlig adgang til videre kompetenceudvikling.
- At kommunerne indgår i et **netværksbaseret samarbejde** og erfaringsudveksling med relevante infektionshygiejniske samarbejdspartnere.
- At der på **politisk og ledelsesmæssigt niveau** kontinuerligt sættes fokus på at definere en kommunal hygiejnepolitik og en synlig infektionshygiejnisk organisationsstruktur.
- At kommunernes **evaluering af egne infektionshygiejniske indsatser** styrkes og underbygges, eksempelvis ved at deltage i HALT-projektet (se begrebsafklaring), hvorved et struktureret og sammenligneligt kvantitativt billede giver en status for infektioner på plejehjem.

Rapporten har således også til formål at understrege vigtigheden af, at man i kommunalt regi prioriterer det infektionshygiejniske område. I en nyere udgivelse fra WHO fremhæves det, at investering i infektionshygiejne og forebyggelse vil kræve en brøkdel af de omkostninger som ses nødvendige for at minimere antimikrobiel resistens (WHO,2025).

Design

Kortlægningen af kommunernes infektionshygiejniske indsats er baseret på viden indsamlet via en spørgeskemaundersøgelse. De indhentede svar er både af kvantitativ og kvalitativ art.

I perioden 1. august til 19. november 2020 udviklede Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI) et spørgeskema i dialog med udvalgte interessenter. Spørgeskemaet blev udviklet til den første rapport om kortlægning af kommunale infektionshygiejniske indsatser fra 2021. Spørgsmål vedrørende covid-19 er blevet taget ud af spørgeskemaundersøgelsen i den indeværende kortlægning af kommunale infektionshygiejniske indsatser. De resterende spørgsmål er de samme, som blev udviklet i 2020. De er justeret til at kunne sammenlignes med resultaterne fra 2020. Spørgeskemaet kan læses i sin fulde længde på CEIs hjemmeside.

Udsendelse af spørgeskema og dataindsamling

Dataindsamling i nuværende spørgeskemaundersøgelse foregik mellem den 1. juni og den 1. september 2024. En invitationsmail med link til det elektroniske spørgeskema blev udsendt til kommunernes hovedpostkasse, og derfra distribueret videre til målgruppen. Målgruppen er defineret som: "Kommunernes øverste ansvarlige på hygiejneområdet (eksempelvis hygiejnesygeplejersker, sundhedsplejersker, sundhedskonsulenter eller lignende), som indgår i kommunens udvikling på hygiejneområdet".

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Baggrundsoplysninger

I alt har 96 af 98 danske kommuner medio 2024 besvaret spørgeskemaet og tilkendegivet, at besvarelsen er foretaget af personer med kendskab til kommunens organisering af hygiejneindsatser på henholdsvis, det strategiske ledelsesniveau og det udøvende driftsniveau. Én kommune har ikke besvaret spørgeskemaundersøgelsen, og én kommune har angivet ikke at kende til kommunens organisering af hygiejneindsatser, hvorfor kommunerne er udgået.

Respondenter

I følgende afsnit beskrives hvem, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen på vegne af kommunerne.

Tabel 1: Stillingsbetegnelser på respondenter af spørgeskemaundersøgelse (n=96)

Hvad er din stillingsbetegnelse	Respondenter	
Konsulent (fx sundhedskonsulent, udviklingskonsulent, kvalitetskonsulent eller servicekonsulent)	35	37%
Koordinator (fx hygiejnekoordinator)	6	6%
Leder	14	15%
Læge	1	1%
Social- og sundhedsassistent	0	0%
Social- og sundhedshjælper	0	0%
Sundhedsplejerske	2	2%
Sygeplejerske (fx udviklingssygeplejerske eller hygiejnesygeplejerske)	29	30%
Tandlæge	0	0%
Tandpleje	0	0%
Andet (angiv her)	9	9%

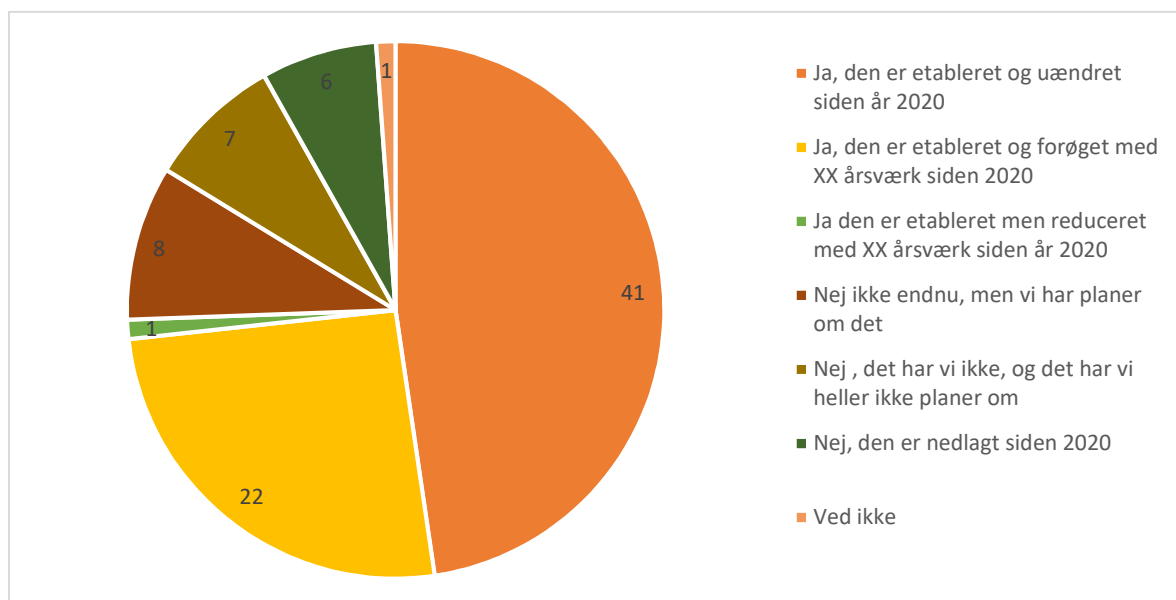
De resterende respondenter, som angav "Andet", svarede; Leder for den sygeplejerske som skal varetage hygiejneområdet, hygiejneansvarlig sundhedskonsulent, hygiejnesygeplejerske, koordinerende sygeplejerske i hygiejneorganisationen, sundhedsfaglig specialist, leder af klinisk faglig koordination, risikomanager og sundhedsfaglig konsulent, hygiejne konsulent og sygeplejerske (med hygiejne konsulent opgaver).

Der gøres opmærksom på, at besvarelsernes karakter og præcisering kan divergere alt efter svarafgiverens uddannelsesmæssige baggrund og position.

Eablering og opbygning af en hygiejneorganisation

I følgende afsnit beskrives det om kommunerne har etableret en hygiejneorganisation. Se definitionen af "hygiejneorganisation" i begrebsafklaringen.

Figur 1: Er der etableret en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation i jeres kommune? (n=96)

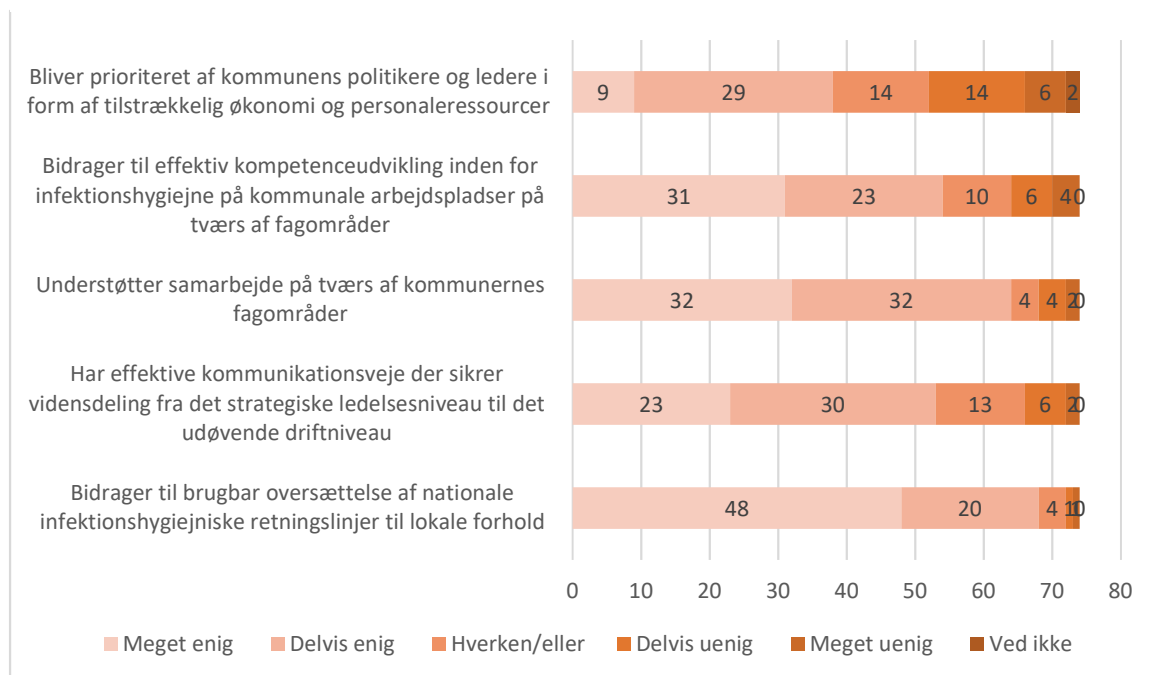


- I alt har 74 (77%) af 96 kommuner etableret en hygiejneorganisation. Heraf havde 50 (68%) kommuner en hygiejneorganisation, som var ældre end 3 år, 21 (28%) kommuner har etableret hygiejneorganisationen indenfor de sidste 3 år, og 3 (4%) kommuner har svaret, at de har etableret en hygiejneorganisation indenfor de sidste 12 måneder fra spørgeskemaet blev besvaret (2023/2024).
- Af de 74 kommuner, med en etableret hygiejneorganisation, svarer:
 - 22 (30%) kommuner med en etableret hygiejneorganisation, at de har forøget ressourcerne til det infektionshygiejniske arbejde siden 2020.
 - 11 (15%) kommuner med en etableret hygiejneorganisation, at de har reduceret ressourcer til det infektionshygiejniske arbejde siden 2020.
- I alt har 21 (22%) af 96 kommuner ikke etableret en hygiejneorganisation.
- Af de 21 kommuner, uden en etableret hygiejneorganisation, svarer:
 - 8 (38 %) kommuner, at de planlægger at etablere en hygiejneorganisation
 - 7 (33%) kommuner, at de ikke har planer om at etablere en hygiejneorganisation
 - 6 (29%) kommuner, at de har nedlagt deres hygiejneorganisation siden 2020.

- 1 (1%) af 96 kommuner ved ikke om de har en hygiejneorganisation.

Kommunerne blev spurgt om i hvilken udstrækning, de er enig i nedstående udsagn om kommunens hygiejneorganisation.

Figur 2: I hvilken udstrækning er kommunen enig i følgende udsagn om hygiejneorganisation i jeres kommune (n=74)



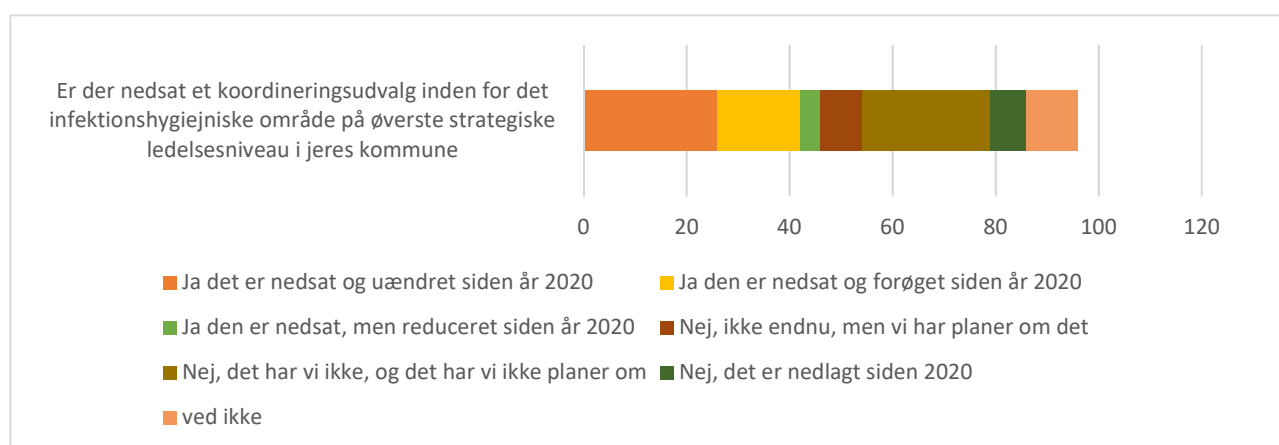
- 74 kommuner med en hygiejneorganisation, har givet følgende svar:
 - 68 af 74 (92%) kommuner angiver, at de er meget eller delvis enig i, at hygiejneorganisationen bidrager til brugbar oversættelse af Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) til lokale forhold.
 - 53 af 74 (72%) kommuner, angiver, at de er meget eller delvis enige i, at de har effektive kommunikationsveje, der sikrer vidensdeling fra det strategiske ledelsesniveau til det udøvende driftsniveau.
 - 64 af 74 (86%) kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at hygiejneorganisationen understøtter samarbejde på tværs af kommunernes fagområder.
 - 54 af 74 (73%) kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at hygiejneorganisationen bidrager til effektiv kompetenceudvikling inden for infektionshygiejne på kommunale arbejdspladser på tværs af fagområder.
 - 38 af 74 (51%) kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at hygiejneorganisation prioriteres af kommunens politikere og ledere i form af

tilstrækkelig økonomi og personale ressourcer. 20 af 74 (27%) kommuner afgiver derimod de er delvis eller meget uenige med det udsagn.

Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet

Her beskrives kommunernes kompetencer og samarbejdsaftaler på det infektionshygiejniske område, herunder spørgsmål vedrørende koordinationsudvalg, hygiejnekoordinatorer, fælles-regionale samarbejdsaftaler og samarbejdsaftaler med andre kommuner.

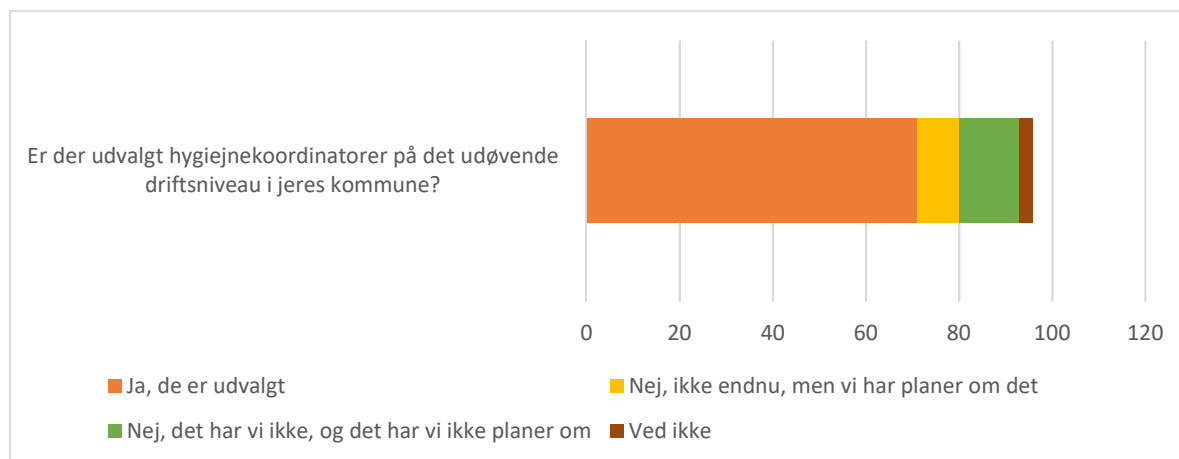
Figur 3: Er der nedsat et koordineringsudvalg inden for det infektionshygiejniske område på øverste strategiske ledelsesniveau i jeres kommune (n=96)



- I alt har 46 (48%) af 96 kommuner nedsat et koordineringsudvalg på kommunens strategiske niveau.
 - Kommunerne svarer, at koordinationsudvalget består af (kan angive flere):
 - hygiejneansvarlige (38/46), ledere (39/46), medarbejder(e) som repræsenterer fagområder (14/46), repræsentant(er) for hygiejnekoordinatorer fra det udøvende driftsniveau (6/46) og andet (11/46).
- I 40 (87%) af 46 kommuner har de udvalgte hygiejneansvarlige, som er medlem af koordineringsudvalget en sygeplejefaglig baggrund.

- I 20 (43%) af 46 kommuner har den hygiejneansvarlige, som er medlem af koordineringsudvalget en formel videreuddannelse inden for infektionshygiejne.

Figur 4: Er der udvalgt hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=96)



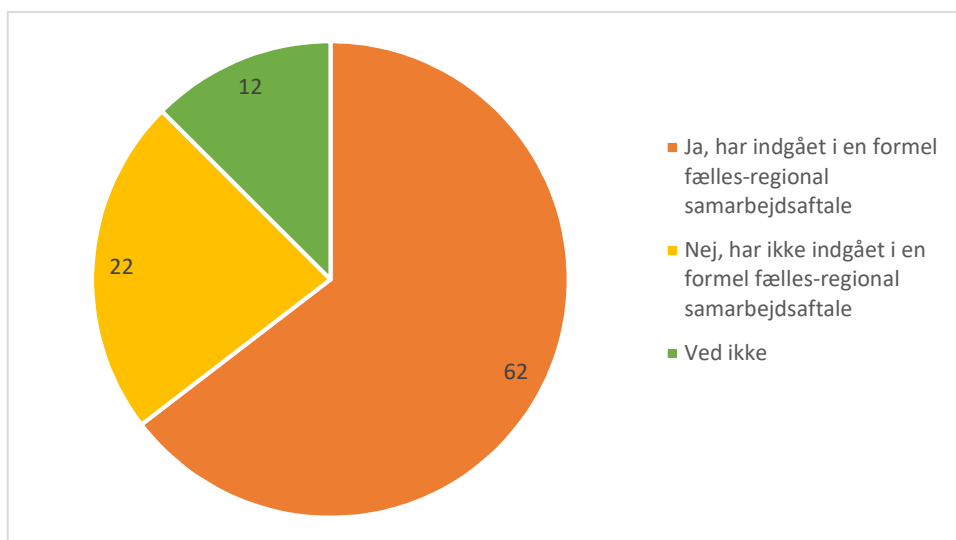
- I 71 (74%) af 96 kommuner har kommunens udøvende niveau udpeget hygiejnekoordinatorer.
(Kommuner kan have mere end én hygiejnekoordinator):
 - I 71 (74%) af 96 kommuner har hygiejnekoordinatorer en sundhedsfaglig baggrund (primært sygeplejersker og sundhedsplejersker)
 - I 32 (33%) af 96 kommuner har hygiejnekoordinatorer en ikke-sundhedsfaglig baggrund (lærere, pædagoger, serviceassistenter, akademikere mv.)

Kommuner, som har angivet, at de har hygiejnekoordinatorer, er blevet udspurgt, om der tilbydes undervisning til hygiejnekoordinatorer.

- 51 (72%) af 71 kommuner med hygiejnekoordinatorer angiver, at de har afholdt undervisning om infektionshygiejne til hygiejnekoordinatorer inden for de foregående 12 måneder.
 - 29 (57%) af 51 kommuner angiver, at undervisningen er tilrettelagt af koordinationsudvalgets sundhedsperson(er) med særlig kompetencer for at varetage det infektionshygiejniske område.
 - 49 (96%) af 51 kommuner angiver, at undervisningen er tilrettelagt i henhold til CEI's "NIR-nøglepersoner/kontaktpersoner /koordinatorer i infektionshygiejne inden for sundhedssektoren" (SSI,2019).

- 22 (23%) af 96 kommuner har angivet, at de ikke har udvalgt hygiejnekoordinatorer.
 - 4 (18%) ud af de 22 kommuner angiver, at de er ved eller skal have udpeget hygiejnekoordinatorer.
- I alt har 62 (65%) af 96 kommuner har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale (Figur 5).
- 7 (11%) af disse 62 kommuner har som supplement til den fællesregionale samarbejdsaftale tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen.
- 65 (68%) af 96 kommuner har etableret et samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet.

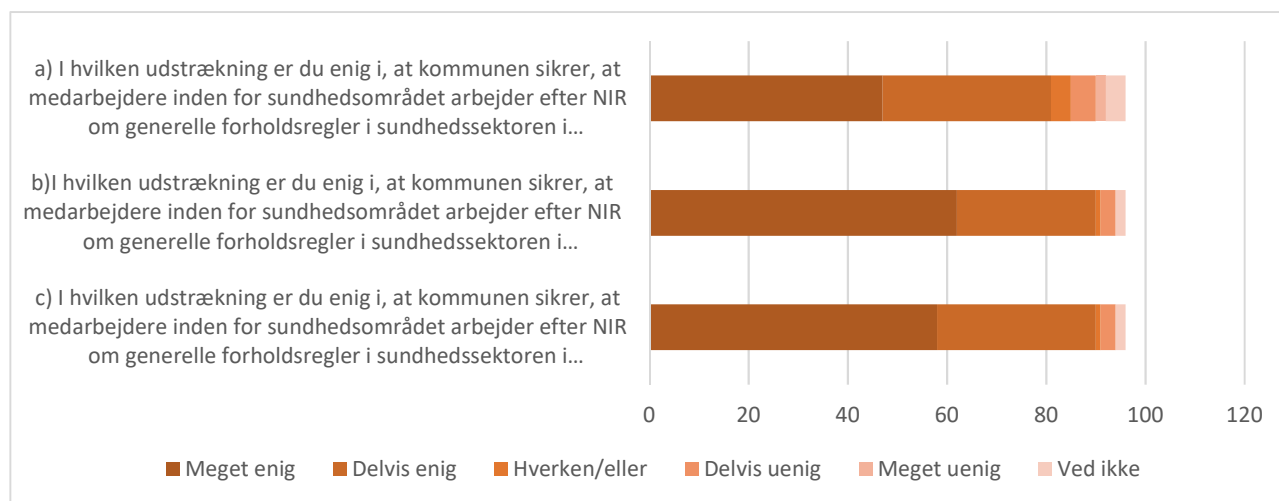
Figur 5: Har kommunen indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) on infektionshygiejnisk rådgivning? (n=96)



Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer

Kommunerne blev spurgt om, i hvilken udstrækning de er enige, i at kommunen sikrer, at medarbejderne inden for sundhedsområdet arbejder efter nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer.

Figur 6: I hvilken udstrækning er du enig i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter NIR om generelle forholdsregler i sundhedssektoren i forbindelse med varetagelsen af følgende opgaver (n=96)



- I 90 (94%) af 96 kommuner er svaret, at de er meget eller delvis enige i, at anbefalinger om generelle forholdsregler i sundhedssektoren bliver efterlevet i forbindelse med "anvendelse af personlige værnemidler". (figur 6 (a))
- I 90 (94%) af 96 kommuner er svaret, at de er meget eller delvis enige i, at anbefalingerne i NIR om generelle forholdsregler bliver efterlevet i forbindelse med "udførelse af håndhygiejne". (figur 6 (b))
- I 81 (84%) af 96 kommuner er svaret, at de er meget eller delvis enige i, at anbefalingerne i "NIR – Generelle forholdsregler for sundhedssektoren" (SSI 2017) bliver efterlevet i forbindelse med "opbevaring af værnemidler, tøj og linned, rent udstyr og rene hjælpemidler". (figur 6 (c))

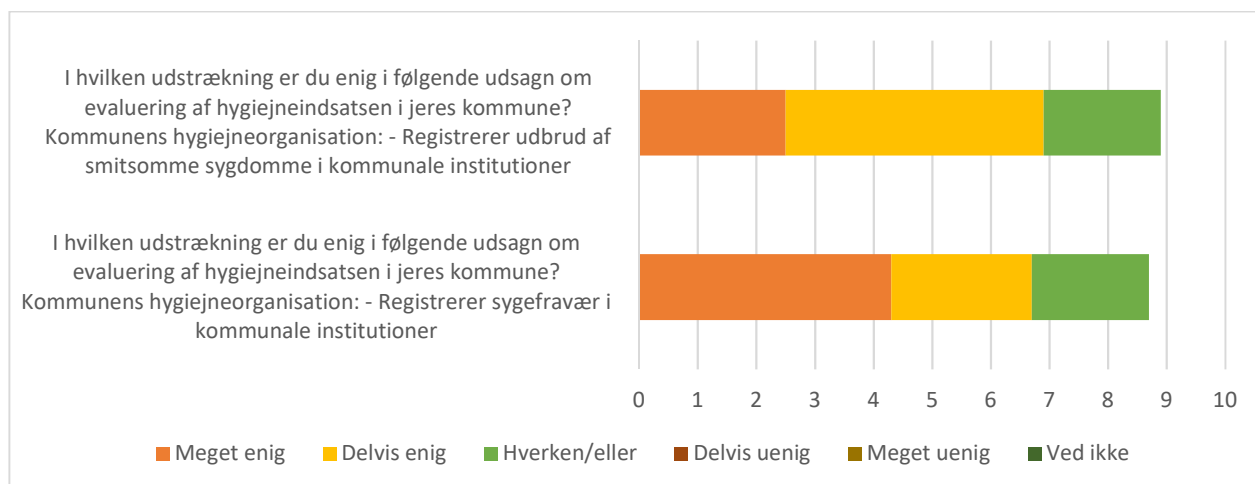
Kommunerne er også blevet spurgt om, hvorvidt de har udarbejdet lokale infektionshygiejniske retningslinjer.

- 81 (84%) af 96 kommuner angiver, at de har formuleret lokale retningslinjer i hjemmeplejen.
- 82 (85%) af 96 kommuner angiver, at de har formuleret lokale retningslinjer på plejecentre.

Evaluering af egen hygiejneindsats

Kommunerne blev spurgt om, i hvilken udstrækning, at de er enige i evalueringen af deres hygiejneindsats.

Figur 7: I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om evaluering af hygiejneindsatsen i jeres kommune? (n=96)



- 52 (54%) af 96 kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at de evaluerer deres hygiejneindsats ved at registre sygefravær i kommunale institutioner.
- 49 (51%) af 96 kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at de evaluerer deres hygiejneindsats ved registrering af udbrud af smitsomme sygdomme i kommunale institutioner.
- 41 (43%) af 96 kommuner angiver, at de har deltaget i den systematisk landsdækkende undersøgelse af antallet af sundhedssektorerhvervede infektion i plejehjem (HALT).

Sammenligning af kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark i 2020 og 2024

I følgende afsnit præsenteres en sammenligning af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen foretaget i 2020 med resultaterne fra 2024 beskrevet i denne rapport. Formålet er at skabe et overblik over udviklingen i perioden.

I 2020 besvarede alle 98 kommuner spørgeskemaundersøgelsen og tilkendegav, at besvarelsen er foretaget af personer med kendskab til kommunens organisering af

hygiejneindsatser på henholdsvis det strategiske ledelsesniveau og det udøvende driftsniveau. I 2024 har 96 kommuner besvaret spørgeskemaundersøgelsen og har tilkendegivet, at de alle har kendskab til kommunens organisering af de infektionshygiejniske indsatser.

Tabel 2: Sammenligning af resultater fra spørgeskemaundersøgelse fra 2020 og 2024

	Resultater fra 2020 (n=98)		Resultater fra 2024 (n=96)	
Etableret hygiejneorganisation	61	62%	74	77%
Ansæt hygiejnekoordinatorer	70	71%	71	74%
Etableret koordinationsudvalg	41	42%	46	48%
Undervisningsaktiviteter indenfor 12 måneder	44	63%	51	72%
Etableret samarbejde mellem kommuner	40	38%	65	68%
Fælles regional samarbejdsaftale	79	81%	62	65%
Specialaftale infektionshygiejniske enheder på regionens hospitaler	15	19%	7	11%
Evaluering af hygiejneindsatser ved måling af sygefravær	76	78%	52	54%
Evaluering af hygiejneindsatser ved måling af smitteudbrud	73	75%	49	51%
Evaluering af hygiejneindsatser ved deltagelse i HALT	11	11%	41	42%

Herunder et overblik over respondenternes stillingsbetegnelser i undersøgelsen fra 2020.

Tabel 3: Stillingsbetegnelse af respondenter i spørgeskemaundersøgelsen 2020 (n=98)

Hvad er din stillingsbetegnelse	Respondenter	
Konsulent (eksempelvis sundhedskonsulent, udviklingskonsulent, kvalitetskonsulent eller servicekonsulent)	32	33%
Koordinator (eksempelvis hygiejnekoordinator)	5	5%
Leder	28	29%
Læge	2	2%
Social- og sundhedsassistent	0	0%
Social- og sundhedshjælper	0	0%
Sundhedsplejerske	2	2%
Sygeplejerske (eksempelvis udviklingssygeplejerske eller hygiejnesygeplejerske)	18	18%
Tandlæge	0	0%
Tandpleje	0	0%
Andet (angiv her)	11	11%

Det kan ses ved at sammenligne tabel 1(side 9) og 3, at respondenterne har sammenlignelige profiler. Den store forskel er, at flere ledere har besvaret spørgeskemaundersøgelsen i 2020 sammenlignet med 2024. Samtidig har færre sygeplejersker besvaret spørgeskemaundersøgelsen i 2020 sammenlignet med 2024.

Etablering af formel hygiejneorganisation

Kommuner med etableret hygiejneorganisation

I 2020 havde 61 (62%) kommuner en etableret hygiejneorganisation, mens 74 (77%) kommuner har en etableret hygiejneorganisation.

I 2024 angiver 22 (23%) af 96 kommuner, at de siden 2020 har forøget ressourcerne til deres hygiejneorganisation. 18 kommuner angiver, at det skyldes ledelsesmæssig opbakning og otte kommuner angiver politisk opbakning, som årsag til forøgede ressourcer. Kommunerne fremhæver, at infektionshygiejne opfattes, som en integreret del af arbejdet, og ikke kun ses som en del af den personlige pleje.

I 2024 angiver 11 (11%) af 96 kommuner, at de siden 2020 har reduceret ressourcerne til deres hygiejneorganisation. To kommuner angiver mangel på politisk opbakning, og to andre kommuner angiver manglende ledelsesmæssig opbakning. Blandt de øvrige årsager, som fremhæves af kommunerne, nævnes det, at infektionshygiejnens plads i kommunen har ændret sig. Tre kommuner angiver, at (27%) ressourcerne der er afsat til infektionshygiejne er reduceret, men at infektionshygiejneområdet betragtes, som integreret i den eksisterende organisation. Endvidere nævnes, at der er foretaget en omprioritering efter covid-19 pandemien. Som led i omstrukturering har kommunerne fastlagt nye prioriteringsområder, hvorved fastholdelse af samme infektionshygiejniske niveau ikke prioriteres. Det fremgår af kommunernes besvarelser, at der var behov for en omprioritering efter covid-19 pandemien, som er tilpasset kommunernes lokale behov. Det kan aflæses fra fire kommuners besvarelser, at det har været svært at bevare det samme infektionshygiejniske niveau samtidig med andre prioriteter og besparelser.

Kommuner uden etableret hygiejneorganisation

I 2020 havde 37 (38%) kommuner ikke etableret en hygiejneorganisation, sammenlignet med 21 (22 %) kommuner i 2024. Blandt de 21 kommuner har seks nedlagt deres hygiejneorganisation siden 2020.

Kommunerne fremhæver, at årsagerne til at de ikke har en hygiejneorganisation bl.a. er, at de har en "organisation", men ikke efter den formelle struktur beskrevet af SST (SST,2018). To kommuner angiver, at de er i gang med at ansætte relevant fagpersonale, til at etablere en formel hygiejneorganisation. Endvidere fremhæver syv af kommunerne, at de ikke planlægger at etablere en hygiejneorganisation, fordi kommunen varetager det infektionshygiejniske felt på anden vis end gennem en formel hygiejneorganisation.

To kommuner som har nedlagt deres hygiejneorganisation angiver, at hygiejneorganisationen er blevet sparet væk og/eller at der ikke ses et behov for en formel organisering. Det fremhæves af én kommune, at det ikke ses som en "skal" opgave at have en formel hygiejneorganisation.

Formel fælles-regional samarbejdsaftale

I 2020 havde 79 (81%) af kommuner en fælles-regional samarbejdsaftale med regionernes infektionshygiejniske enheder, hvoraf 15 af dem havde tilkøbt en specialaftale, som supplement til den fælles-regionale samarbejdsaftale, mens 62 (64%) kommuner havde en fælles-regional samarbejdsaftale i 2024, hvoraf syv af dem har tilkøbt en specialaftale. Der ses en klar reduktion i antallet af kommuner med en fælles-regional samarbejdsaftale.

Kommunerne fremhæver flere årsager til, at de ikke har forlænget eller indgået en fælles-regional samarbejdsaftale. Heraf angiver fem kommuner, at de ikke har forhandlet en ny aftale med regionen siden den forhenværende aftale udløb. Det fremhæves også af fem kommuner, at samarbejdsaftalen er dyr sammenlignet med de ydelser, der inkluderes. De beskriver, at deres egne hygiejneansvarlige dækker behovet for rådgivning tilstrækkeligt, og/eller at de ikke finder, at regionen har de kompetencer, som kommunen har behov for. Særligt sætter to kommuner spørgsmålstegn ved, at ydelserne, som ydes i en fælles-regional samarbejdsaftale, ikke er ens på tværs af landet. Eksempelvis er der forskel på prisen for samme ydelse fra region til region.

Hygiejnekoordinatorer

I 2020 havde 70 (71%) kommuner udpeget hygiejnekoordinatorer, sammenlignet med 71 (74%) kommuner i 2024. Fra dette kan det ses, at antallet af kommuner med udpeget hygiejnekoordinatorer ikke har ændret sig.

I 2020 angav 68 (69%) kommuner, at ansatte hygiejnekoordinatorer havde en sundhedsfaglig baggrund, og 31 (31%) kommuner angav, at ansatte hygiejnekoordinatorer havde en ikke-sundhedsfaglig baggrund. En kommune kan have mere end én hygiejnekoordinator. I 2024 angav 71 (74%) kommuner, at ansatte hygiejnekoordinatorer havde en sundhedsfaglig baggrund, og 32 (33%) kommuner angav, at ansatte hygiejnekoordinatorer havde en ikke-sundhedsfaglig baggrund. Fordelingen af ansatte med en sundhedsfaglig og ikke-sundhedsfaglig uddannelse har ikke ændret sig væsentligt.

Undervisning af hygiejnekoordinatorer

I 2020 angav 44 (63%) af 70 kommuner, at de havde afholdt undervisning i infektionshygiejne inden for de 12 foregående måneder. Sammenligneligt angav 51 af 71 kommuner, at de har afholdt undervisning i infektionshygiejne inden for de 12 foregående måneder i 2024.

Samtidig nævner tre kommuner med en nyetableret hygiejneorganisation, at de planlægger at afholde undervisning.

En fortsat udfordring, for hvorvidt man i en kommune kan tilbyde undervisning, er mangel på ressourcer, som går igen på alle områder. Fem kommuner angiver, at de ikke har tilbudt undervisning inden for de sidste 12 måneder, fordi de mangler tid og ressourcer til at tilrettelægge og afvikle undervisning.

Kommunalt samarbejde

I 2020 angav 40 (41%) kommuner, at de samarbejder inden for det infektionshygiejniske felt, sammenlignet med 62 (65 %) kommuner i 2024. Her ses en klar stigning i antallet af kommuner, som samarbejder om infektionshygiejne.

Kommuner, som ikke har et formelt samarbejde med andre kommuner, angiver, at dette bl.a. er, fordi kommunen ikke ser et behov for et sådant formaliseret samarbejde på området, eller at der samarbejdes på andre måder, og at der derfor ikke ses et behov for at etablere et nyt samarbejde. Det fremgår også, at det kan skyldes forskellen på kommunernes størrelse, og at dette gør, at kommunen vurderer, at der ikke er behov for et samarbejde.

Evaluering af hygiejneindsatser

I 2020 evaluerede 76 (77%) kommuner deres hygiejneindsats ved at registrere sygefravær på kommunale institutioner, sammenlignet med 52 (54%) kommuner i 2024.

I 2020 evaluerede 73 (74%) kommuner deres hygiejneindsats ved at registrere udbrud af smitsomme sygdomme på kommunale institutioner, sammenlignet med 49 (51%) kommuner i 2024.

I 2020 deltog 11 (11%) i HALT-projektet, sammenlignet med 41 (43%) i 2024.

Ud fra resultaterne ses, at der er et fald i antallet af kommuner, som registrerer sygefravær på kommunale institutioner og i antallet af kommuner, som registrerer smitteudbrud på kommunale institutioner. Derimod har flere kommuner valgt at deltage i HALT-projektet sammenlignet med 2020.

Kommunerne anfører, at de også evaluerer deres hygiejneindsatser på andre måder end ved registrering af sygefravær, smitteudbrud eller gennem HALT. Der evalueres bl.a. ved udførelse af hygiejne-audits/tilsyn i kommunale institutioner, borgertilfredshedsundersøgelser og medarbejderstilfredshedsundersøgelser. Fem kommuner angiver, at de evaluerer deres hygiejneindsatser, men at det er efter behov og ikke systematisk. Det angives af én kommune, at der skal udarbejdes en ny evalueringsmodel efter reduktion af timer til hygiejneorganisationen.

Diskussion

I det følgende afsnit diskuteres resultaterne på baggrund af de konklusioner, der blev fremlagt i rapporten fra 2021. Diskussionen er på baggrund af ændringerne i resultaterne mellem 2020 og 2024, som forelagt i tidligere afsnit.

Etablering af en formel hygiejneorganisation

I den første rapport "Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark, 2020" anbefale det, at alle kommuner bør etablere en formel tværgående og ledelsesforankret hygiejneorganisation med hygiejneansvarlige med specialkompetencer, som kontinuerligt kan understøtte den kommunale infektionshygiejniske indsats på såvel det strategiske som udøvende niveau.

Siden 2020 ses en overordnet fremgang indenfor organisering af det infektionshygiejniske område. Ud fra sammenligningen af, om kommunerne har etableret en hygiejneorganisation og udviklingen siden 2020 kan man se, at kommunerne overvejende har valgt at etablere en formel hygiejneorganisation. Det ses en 15% fremgang, på trods af, at seks kommuner angiver, at de har nedlagt deres hygiejneorganisation siden 2020.

På baggrund af besvarelserne kan man udlede, at der er flere årsager, der gør sig gældende, når kommunen vælger ikke at etablere en hygiejneorganisation. Bevæggrunde, som også har en indflydelse på hvordan ressourcerne fordeles til eksisterende hygiejneorganisationer.

Faktoren, som har den største indflydelse på en hygiejneorganisation er, om der er ledelses- og/eller politisk opbakning til infektionshygiejne. Det gælder, om der eksisterer en hygiejneorganisation, og hvordan den prioriteres til dagligt. Grundet covid-19 pandemien blev der sat fokus på infektionshygiejne i en periode.

Kommunernes besvarelser giver også indblik i, at kommunerne har flere driftsområder, som skal varetages samtidig. De er udfordret på manglende ressourcer og på at have flere prioritetsområder, som kræver midler. Behovet for en kontinuerlig infektionshygiejnisk indsats vurderes på det politiske- og ledelsesmæssige niveau op imod de øvrige driftsforpligtelser. Det er muligt, at svarene er et udtryk for kommunernes forskellige størrelser og demografiske udfordringer, hvilket ikke er blevet undersøgt i denne rapport, men også som et udtryk for prioritering af forholdet mellem nu-og-her opgaver og en langsigtet forebyggende indsats og at etablering af infektionshygiejne ikke er en "skal-opgave". Det er vigtigt at påpege, at det er hensigtsmæssigt, at kommunerne organiserer det infektionshygiejniske forebyggende arbejde på en sådan måde, så indsatsen kan op- og nedskaleres efter behov. Der registreres løbende udbrud af smitsomme sygdomme i samfundet og på kommunens institutioner, såsom RS-

virus, influenza, børnesår, fnat og maveinfektioner, hvor det er vigtigt, at kommunerne er i stand til at aktivere relevante fagpersoner på baggrund af smitteudviklingen.

En forsat fremgang kræver ledelses- og politisk opbakning og økonomisk prioritering. Det er vigtigt, at man i denne fortsatte prioritering har den faglige infektionshygiejniske støtte til at planlægge og tilrettelægge en organisering, som sikrer såvel den daglige indsats, men også har en struktureret plan for en opskalering af indsatsen i tilfælde af udbrud og epidemier i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Fælles-regional samarbejdsaftale

En anden konklusion fra den kommunale afdækningsrapport fra 2021 var, at kommunerne indgår i en formel fælles-regional samarbejdsaftale med de infektionshygiejniske enheder på regionernes hospitaler om infektionshygiejnisk rådgivning minimum på basisniveau.

Siden 2020 ses et markant fald af 17 % i antallet af kommuner med en fælles-regional samarbejdsaftale. På baggrund af besvarelserne tyder det på, at kommunerne enten ikke ser en klar faglig eller økonomisk begrundelse for at indgå en samarbejdsaftale, eller at de ikke har forhandlet en aftale med regionen.

Besvarelserne viser også, at forskellen i antal af samarbejdsaftaler på regionsbasis varierer fra næsten ingen aftaler til, at alle kommuner i en region har en aftale. Region Nordjylland har, som led i deres sundhedsaftale (fælles-regional samarbejdsaftale), en model, hvor regionens hygiejnesygeplejersker varetager kommunernes infektionshygiejniske opgaver i tæt samarbejde med kommunernes hygiejnesygeplejersker. På baggrund af kommunernes besvarelser, angives de regionelle forskelle særligt at skyldes pris og forventningsafstemning om ydelsens indhold.

Ud fra dette ser det ud til, at flere kommuner ikke finder udbyttet af en fælles aftale højt nok til at investere i det. Her er det vigtigt at understrege, at der kan være stort udbytte i at have en fælles-regional samarbejdsaftale, særligt med henblik på, hvordan sundhedsvæsenet udvikler sig fremover. En samarbejdsaftale har til opgave at styrke de generelle infektionshygiejniske indsatser på tværs af regioner og kommunerne, både på social- og sundhedsområdet, men også hos borgere og medarbejdere i andre kommunale forvaltningsområder. Udviklingen i pleje- og behandlingsregimerne har fokus på kortere indlæggelser med forsat sundhedsfaglig assistance til behandling og pleje i eget hjem og en større andel af ældre borgere, hvor kommunen skal varetage mere specialiserede funktioner både på plejehjem og i hjemmeplejen. (OECD 2021; KL 2024) En fælles regional-samarbejdsaftale kan understøtte at alle kommuner har adgang til faglig viden. Kommunerne

skal prioritere og planlægge deres indsatser på baggrund af en faglig vurdering; dertil har de brug for adgang til fagpersoner med relevant viden.

Meningen med en fælles regional-samarbejdsaftale er, at kommunerne har adgang til den relevante faglige viden, som kan bruges i beslutningstagningsprocessen og ved forventningsafstemning på ledelsesniveau.

Hygiejnekoordinatorer

I den kommunale afdækningsrapport fra 2021 konkluderes det også, at kommunerne bør udpege hygiejnekoordinatorer, som repræsenterer alle fagområder, samt at hygiejnekoordinatorerne uddannes og gives kontinuerlig adgang til videre kompetenceudvikling.

Der ses ikke en stor ændring i kommuner, som har udpeget hygiejnekoordinatorer i 2020 og 2024. Kommuner uden hygiejnekoordinatorer fremhæver som årsager til, at de ikke har hygiejnekoordinatorer, bl.a. at hygiejnekoordinatorernes opgaver varetages af andre strukturer, og deres hygiejneorganisation er nyetableret, og de har ikke nået til at udpege hygiejnekoordinatorer.

Det kan derfor formodes, at kommunerne med hygiejnekoordinatorer fortsat ser fordelene i at have nøglepersoner på det udøvende niveau, da de har valgt at bevare det.

Flere kommuner har angivet at tilbyde undervisning i 2024 sammenlignet med 2020. Kommuner angiver dog også, at de har udfordringer med at tilbyde og afvikle undervisning, fordi de mangler ressourcer. En udfordring ved dette er, at der er forskel på "uddannelsesniveauet" blandt hygiejnekoordinatorer på tværs af kommunerne, som kan føre til, at nogen kommuner kan yde bedre service til befolkningen i kommunen sammenlignet med andre. Dette understreger vigtigheden af, at kommunerne har ligelig adgang til ressourcerne til at sikre kompetenceudvikling hos deres fagpersoner.

Netværksbaseret samarbejde og erfaringsudveksling

I den kommunale afdækning fra 2021 konkluderes det, at kommunerne bør indgå i et netværksbaseret samarbejde og have erfaringsudveksling med relevante infektionshygiejniske samarbejdspartnere. En måde at gøre dette på er at indgå i et samarbejde om infektionshygiejne på tværs af kommunerne.

Sammenlignet med 2020 ses det, at flere kommuner er begyndt at samarbejde på det infektionshygiejniske område, særligt i forhold til vidensdeling. En udløsende faktor i dette kan være, at der siden den sidste rapport er opstået samarbejde via sundhedsklynger, hvilket har

kunnet give kommunerne bedre mulighed for at etablere et samarbejde på det infektionshygiejniske område.

Kommuner, som ikke har et "formaliseret" samarbejde angiver, at de vidensdeler igennem andre netværk, som kommunen er del af, eller at der tages ad hoc kontakt til andre kommuner ved faglige problemstillinger.

Det vil sige, at kommunerne i 2024 fokuserer mere på vidensdeling og netværksdannelse på tværs af kommuner på det infektionshygiejniske område.

Evalueringsindsatser

I den kommunale afdækningsrapport fra 2021 konkluderes det, at kommunernes evaluering af egne hygiejneindsatser skal styrkes og underbygges. Der blev bl.a. forslået, at kommunerne deltager i HALT-projektet.

Det ses, at siden 2020 registrerer færre kommuner sygefravær og smitteudbrud for at evaluere deres indsatser. Det passer med, at kommunerne har ændret prioriteringen siden covid-19 pandemien. En positiv udvikling er, at der er yderligere 30 kommuner, som har været del af HALT-projektet, som en del af at vurdere deres hygiejneindsats. Det viser, at kommunerne ser fordelene ved at have en struktureret og sammenlignelig metode til at evaluere deres hygiejneindsatser. Det anbefales forsat, at kommunerne registrerer sygefravær og sygdomsudbrud.

Overvågning, indsamling og udnyttelse af data er nøglen til at udnytte kommunale ressourcer bedst muligt for at kunne tilbyde stærkere og kvalitetssikrede kommunale serviceydelser. Data kan bidrage til at effektivisere og udvikle borgernære forebyggende løsninger inden for det infektionshygiejniske område – og kan bygge bro mellem forvaltninger, fagområder og personale, der møder borgerne i første linje.

Perspektivering

Politisk og ledelsesmæssigt fokus

I alt har 59 (61%) af 96 kommuner ikke en hygiejnepolitik i 2024. Nogle kommuner nævner, at de ikke har separate politikker for hvert fagområde, men at fx hygiejneområdet er indeholdt i kommunens overordnede sundhedspolitik- eller beredskabsplan. Det betyder, at de overvejelser, som ønskes iværksat med en hygiejnepolitik, bliver dækket på andre måder. Årsagen til, at det anbefales at have en hygiejnepolitik, er, at kommunen har en fælles forståelse for, hvad det infektionshygiejniske felt indebærer i kommunen. Det kan være en

bred ramme, som kan tilrettelægges efter kommunens behov. Et vigtigt element af en hygiejnepolitik er, at der kommer politisk- og ledelsesmæssig opmærksomhed på hygiejneområdet.

Status på implementering af centrale anbefalinger i SST's

Forebyggelsespakke om Hygiejne

Forebyggelsespakken om hygiejne er et vigtigt redskab for kommunerne. Kommunerne er forskelligt organiseret og er demografisk forskellige. Derfor vil der også være forskellige tilgange til, hvordan kommunerne organiserer deres hygiejneindsats. Rammesætningen for hvordan kommunernes hygiejneindsats bør se ud er beskrevet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for hygiejne (SST 2018). Deri fremgår bl.a. anbefalingerne om at have en hygiejneorganisation og at have samarbejdsaftaler mellem region og kommune, se nedenfor:

- Rammer for hygiejneindsatsen, fx etablering af en hygiejneorganisation, samarbejdsaftaler mellem kommune og region, lokale retningslinjer for hygiejne på kommunens skoler, institutioner, plejecentre, botilbud mv. samt adgang til rådgivning ved infektionsudbrud. (SST 2018)
- Information og undervisning om hygiejne, fx rådgivning om fysiske rammer i dagtilbud og skoler, undervisning af børn og unge i håndhygiejne samt information til borgerne om håndhygiejne, raskmelding mv. (SST 2018)

Flere kommuner efterspørger "vejledning" til at have ens ensartet opbygning af det infektionshygiejniske område. Udfordringen består i, at kommunerne skal have mulighed for at tilpasse sig lokale behov. Forebyggelsespakken bidrager med en overordnet ramme for organiseringen, men er stadig fleksibel nok til at det kan tilrettelægges efter den enkelte kommunens behov.

Svagheder og styrker

En af styrkerne ved kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark i 2024 er at spørgeskemaundersøgelsens besvarelsesprocent er 98%, samt en høj validitet, idet:

- De stillede spørgsmål er en gentagelse fra spørgeskemaundersøgelsen for kortlægningen af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020. Så alle kommunerne har besvaret dette spørgeskema en gang før.
 - De stillede spørgsmål er formuleret med udgangspunkt i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018), som er alment kendt i kommunerne.
 - Inden første runde af spørgeskemaundersøgelsen har samarbejdspartnere og flere kommunale aktører bidraget til at pilotteste spørgeskemaundersøgelsen.

- Spørgeskemaet har tilgået de officielle elektroniske hovedpostkasser i kommunerne, det vil sige, at mailhenvendelsen har fulgt den normale sagsgang.
- Spørgeskemaundersøgelsen blev promoveret via CEI's nyhedsbrev CEI-NYT, via henvendelse til kommunalt ansatte medlemmer af Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker og i forbindelse med forskellige relevante arrangementer.

Svaghederne ved undersøgelsen er:

- Respondenterne angiver, at de kender til kommunens hygiejneindsats, undtaget én kommune som udgik fra undersøgelsen. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen vurderes derfor at være repræsentativ for kommunens hygiejneindsats på tidspunktet for besvarelsen. Der gøres opmærksom på, at besvarelsernes karakter og præcisering kan divergere alt efter svarafgiverens uddannelsesmæssige baggrund og position. Nogle respondenter er ledere på forskellige niveauer, konsulenter med generelle ansvarsområder fx kvalitets- eller udviklingskonsulenter, hygiejnesygeplejersker mv.
- Ved at holde sig til spørgsmålene fra den første undersøgelse til at sikre sammenlignelighed, mangler der spørgsmål om de konkrete ressourcer som kommunerne har afsat til deres hygiejneorganisation. Derfor kan der ikke kommenteres hvor mange ressourcer, fx i form af løntimer, der er blevet brugt på infektionshygiejne.
- Det er en potentiel svaghed ved undersøgelsen, at den primært bygger på spørgeskemasvar i form af udsagn og afkrydsninger. Det kan indebære, at svarene afhænger af respondenternes subjektive holdning og tolkning af spørgsmålene. Svarmulighederne kan også være begrænsende, som fører til en reduktion af komplekse holdninger.

Konklusion

Kortlægningen af de kommunale hygiejneindsatser i 2024 viser en overordnet positiv udvikling siden 2020. Et flertal af kommunerne har etableret en hygiejneorganisation, hvilket vidner om et styrket fokus på infektionshygiejne. Om end det også ses, at der er en tilpasning i gang i henhold til opgaveløsning og ressourcer, som vurderes at afspejle den mangeartede indsats som kommunerne udfører.

Det fremstår også tydeligt, at ledelsesmæssig prioritering er afgørende for fremdrift på området. Kommuner hvor ledelsen har sat infektionshygiejne på dagsordenen har i højere grad opnået forbedringer.

Samtidig ses at samarbejde mellem regioner og kommuner er faldet, ved at færre kommuner har fælles-regionale samarbejdsaftaler siden 2020. Samarbejdet mellem regioner og kommuner i en fælles infektionshygiejnisk indsats spiller, efter covid-19, fortsat en afgørende rolle i udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen. Resultaterne peger på, at

kommunerne forsat prioriterer undervisning og kompetenceudvikling af hygiejnekoordinatorer, men mangel på ressourcer udfordrer ligheden af dette.

Deltagelse i HALT-projektet indikerer, at kommunerne har interesse for systematisk evaluering af deres hygiejneindsatser. Samtidig ses det, at færre kommuner anvender register-data (sygefravær og sygdomsudbrud). Det viser, at der er en ressourcemæssig udfordring. Det anbefales dog stærkt, at kommunerne indsamler data, idet dataindsamling vil gøre det lettere at prioritere og udvælge de indsatser, der er behov for. Det er vigtigt at kende formålet med de infektionshygiejniske indsatser, der udføres. Overvågning af sygefravær, infektioner på plejehjem og i institutioner er et godt udgangspunkt for at vurdere den daglige indsats og prioritere, hvilket beredskab der skal være på plads.

Samlet set viser kortlægningen, at der forsat er fokus på infektionshygiejne i kommunerne, men at der er behov for at styrke fagpersonerne, samarbejdet og den ledelsesmæssige opbakning. En skalerbar struktur er nødvendig for at kunne håndtere fremtidige udfordringer, og nytten af en robust hygiejneorganisation må ikke glemmes.

I forlængelse af sundhedsreformen fra 2024 forventes, at flere sundhedsopgaver foregår uden for sygehusene og tættere på borgerne. Her kan de gennemgåede punkter i denne afdækning bidrage til at understøtte kommunernes fokus på de nødvendige infektionshygiejniske indsatser i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Referencer

1. KL (Kommunernes landsforening) (2024) Hvad er sundhedsklynger?. Available at: [Hvad er sundhedsklynger? \(KL.dk\)](#)
2. KL (Kommunernes landsforening) (2024) Flere ældre skal have sygepleje i hjemmet efter indlæggelse. Available at: [Flere ældre skal have sygepleje i hjemmet efter indlæggelse \(kl.dk/momentum\)](#)
3. OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development)(2021) Health at a glance 2021: OECD indicators. OECD Publishing Available at: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
4. SSI (Statens Serum Institut (2017) Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer Generelle forholdsregler for sundhedssektoren. Available at: [Generelle forholdsregler for sundhedssektoren, 1. udgave 2017](#) (hygiejne.ssi.dk)
5. SSI (Statens Serum Institut (2019) Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer Nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for sundhedssektoren. Available at: [Nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for sundhedssektoren](#) (hygiejne.ssi.dk)
6. SSI (Statens Serum Institut) (2021) Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020. Available at: [Rapport om den kommunale hygiejneindsats 2021](#) (ssi.dk)
7. SSI (Statens Serum Institut) (2024) Overvågning af sundhedssektorerhvervede infektioner og forbrug af antibiotika på plejehjem HALT 4. Available at: [HALT 4-rapporten](#) (hygiejne.ssi.dk)
8. SST (Sundhedsstyrelsen) (2018) Forebyggelsespakke Hygiejne. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Forebyggelsespakke-Hygiejne> (sst.dk)
9. WHO (World Health Organization) (2025) The case for investment and action in infection prevention and control. Available at: <https://doi.org/10.2471/B09330>.