



Temadag - 5. maj 2014

At (gen)indsætte de generelle infektionshygiejniske retningslinjer ind i vor tids praksis – en fælles udfordring

8.30 - 9.00	Kaffe, te og brød inden mødets start
9.00 - 9.15	Velkommen og programmet for dagen. Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI
9.15 - 10.00	Forebyggelse af smitsomme sygdomme. Om myndighedernes tiltag for at reducere sygelighed og dødelighed - 1750 til i dag. Signild Vallgård, professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
10.00 - 10.30	Fra diagnoserelaterede til procedurerelaterede retningslinjer til? Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI
10.30 - 10.45	Borddebat og kaffe <i>Hvad skal vi lære af historien i det fornyede fokus på de generelle infektionshygiejniske retningslinjer?</i>
10.45 - 11.00	Resultat af spørgeskemaundersøgelsen og effekten af værnemidler Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI
11.00 - 11.30	Brugen af plastforklæde- et udviklingsområde! Mette Detlefsen, Hygiejnesygeplejerske, OUH Odense Universitetshospital
11.30 - 12.15	Borddebat og frokost <i>Forudsætninger hos personale og i de fysiske rammer - er de på plads for en øget efterlevelse af de procedurerelaterede retningslinjer?</i>
12.15 - 13.00	Fra observationer af praksis til implementering til evaluering - hvordan taler vi om det? Srikant Sarangi, professor, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet/ Betina Verwohlt, ekstern lektor, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
13.00 - 13.30	Fornyet fokus på de generelle infektionshygiejniske retningslinjer gav synligt resultat! Anette Schouv Kjeldsen, Centerchef, MHH, Aarhus Universitetshospital
13.30 - 14.00	Borddebat og kaffe <i>Hvilke muligheder har vi for observation og tilbagemelding?</i>
14.00 - 14.30	At initiere forandring - en ledelsesopgave! Bettina Lundgren, centerdirektør, Diagnostisk Center, Rigshospitalet
14.30 - 15.00	Nøglepersoners udfordringer i det infektionshygiejniske arbejde Sussie Berg Mathiesen, hygiejnesygeplejerske, Region Sjælland
15.00 - 15.30	Fælles debat <i>Hvordan kommer vi videre - nationale og lokale opgaver?</i> Opsamling - perspektivering Jette Holt, hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd, Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI



AT GEN-INDSÆTTE DE GENERELLE INFEKTIONSHYGIENISKE RETNINGSLINJER.....

Hygiejnesygeplejerske, cand pæd.pæd

Jette Holt

Central Enhed for Infektionshygiejne

Statens Serum Institut

Tlf. 32683752

jho@ssi.dk

Afholdt 05.maj 2014

5 MAY 2014 ARE YOU READY TO PREVENT THE SPREAD OF ANTIMICROBIAL RESISTANT GERMS?



- **SAVE LIVES: Clean Your Hands** campaign - 'No action today; no cure tomorrow – make the WHO 5 Moments for Hand Hygiene part of protecting your patients from resistant germs'

most common bacteria causing health-care associated infections (HAIs) are:

- **MRSA** Methicillin resistant *Staphylococcus aureus*
- **VRE** Vancomycin resistant *Enterococci* spp.
- **ESBL** Extended-spectrum beta (β)-lactamase gram-negative organisms
- **CRE** Carbapenems resistant *Enterobacteriaceae*
- **MRAB** Multi-resistant *Acinetobacter baumannii*

The emergence of resistance in these microorganisms has mainly been caused by an inappropriate use of antibiotics in general and use of broad spectrum antibiotics in particular. In addition the spread of MDROs in health-care settings is common and occurs mostly via health-care workers' (HCWs) contaminated hands, contaminated items/equipment and environment often leading to outbreaks and serious infections especially in critically ill patients. Therefore, implementation of standard precautions for all patients all the time is key to preventing spread of all microorganisms and MDROs in particular. Hand hygiene performance according to recommendations (2) is the most important measure among standard precautions.

- ❖ Byder nok ikke på meget ny evidens ☹️
- ❖ Men på forhåbentlig på masser af refleksion over, hvorfor retningslinjerne ser ud, som de gør?
 - Hvordan kan det være, at de tolkes, som de gør?
- ❖ Og hvis vi skal hælde denne gamle vin om på nye flasker, hvordan gør vi det så, og hvordan skal flasken se ud?
- ❖ Eller måske skal vi hælde ny vin på gamle flasker? ???
- ❖ Indlæggene er ment som indspark – borddebatten til at generere mulige fremtidige løsningsforslag/strategier



DET VI SKAL SE PÅ... OG UDFORDRE!

- ❖ Hvad der er den bærende logik for den enkelte/gruppen/organisationen i forhold til infektionshygiejniske retningslinjer dvs
 - Hvad er den meningsgivende sammenhæng i de forestillinger, forståelsesrammer og holdninger – der før og pt er fremherskende i offentligheden og dermed i sundhedsvæsenet og dets medarbejdere

Og ikke mindst - hvordan benævner og taler vi om det?

- ❖ ..Sygehusvæsen til sundhedsvæsen
- ❖ ..Forebyggelse til (antibiotika-)behandling til forebyggelse
- ❖ ..Profylaktisk antibiotikabehandling til forebyggelse af antibiotikaresistens
- ❖ ..Risikogrupper til risikoadfærd til risikoprocedurer til
- ❖ ..Synligt snavs til usynligt snavs
- ❖ ..Omsorg til patientsikkerhed
- ❖ ..Selvledelse til monitorering, kontrol og audit af adfærd

Historiebevidsthed

- ❖ den faglige betegnelse for den form for bevidsthed, der vedrører historie som levet liv og dermed som en levende og virksom proces.
- ❖ **Mennesker bliver både formet af og er selv med til at forme historisk-socialle processer, og de kan derfor siges at være såvel historieskabte som historieskabende.**
- ❖ At have historiebevidsthed vedrører det forhold, at mennesker bærer tiden og dermed det historiske i sig, og begrebet vedrører, hvordan såvel det fortidige som det fremtidige er nærværende og virksomt i det nutidige.

Gads Historieleksikon, 2009,

- ❖ Det vil sige – vi gør i infektionshygiejnen, som vores tradition, kultur, viden og erfaring siger os...
- ❖ I er historien i dag – I skaber fremtidens historie!

Velkommen !



Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet



Forebyggelse af smitsomme sygdomme

Om myndighedernes tiltag for at reducere sygelighed og dødelighed 1750 til i dag

Signild Vallgård
Afdeling for Sundhedstjenesteforskning
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet



Arr holdt d. 5. maj 2014

Tre spørgsmål

- Magtens legitimering. Med hvilke begrundelser søgte myndighederne at forbedre befolkningens sundhed?
- Viden og magt. Identifikation af problemer og deres årsager.
- Hvilke styringsteknologier blev taget i anvendelse?



Magtudøvelsesteknikker

- Overvågning
- Opdragelse
- Oplysning
- Tvang
- Omgivelser



Fire perioder

- 1750 - Stor og arbejdsdygtig befolkning
- 1840 - Arbejdsdygtig og selvforsørgende befolkning
- 1920 - Befolkningens størrelse og kvalitet
- 1970 - En rask og tilfreds befolkning



Før 1750

- Mål at sikre herskerens magt
- Territorium og skatteydere
- Karantæne og epidemibekæmpelse



Medicinsk politi 1750 - 1840

- Mål at sikre statens styrke. Statsfornuften
- En *stor, rask og flittig befolkning* midlet til en stærk stat.



“Det er ikke Guld og Sølv der beriger et Land,
men Arbejde og Mennesker.”

F.C. Lütken “Om Mennesker Formereelse” i Oeconomiske
tanker 1756



Viden om befolkningen som forudsætning for styring

- Folketællinger 1769, 1787, 1801, 1834, 1840 o.s.v. til 1970
- Indberetninger fra fysici til Sundhedscollegiet om sygdomme: “alt hvad der angaaer den offentlige Sundhedspleje.”



Problemer

- Smitsomme sygdomme, kopper, kønssygdomme mv.
- Børnedødelighed
- Dovenskab

Afholdt d. 5. maj 2014



Årsager

- Smitte, dårlige fødevarer, uvidenhed, mobilitet

Afholdt d. 5. maj 2014



Tiltag

- Professionalisering, læger og jordemødre
- Forhindring af smittespredning, behandling, vaccination, isolation og karantæne
- Overvågning af miljøet
- Oplysning



Fattigvæsenets funktionærer skulle

“giøre dem [de syge] opmærksomme paa hvormeget Sundhed og Styrke beroer paa veltillavet Føde , samt Orden og Renlighed, Tarvelighed og Arbejdsomhed, og hvormeget derimod Svaghed og Sygdom foranlediges af slet Føde, Uorden, Skidenhed, Dovenskab samt stærk Brændevins- og Kaffedrik.”

Plan for Fattigvæsenet i København, 1799, paragraf 99



“levnedsmidlerne have tilbørlig Beskaffenhed; at Byen, saavidt muligt, er forsynet med godt Vand; at Salget af skadelige Fødemidler og fordærvede Kornvarer ei tillades (..); at andre Drikkevarer, saasom Øl, Brændeviin og Viin, ei ere af skadelig Beskaffenhed for Sundheden, og at den Renlighed, hvis Mangel kunde have skadelig Indflydelse paa Sundheden i Almindelighed, vedligeholdes.”

Instrux for Distriktschirurgerne i Danmark
4. marts 1818



Omgivelseshygiejne og opdragelse 1840 - 1920

Rask befolkning

De offentlige udgifter til fattighjælp skulle nedbringes

Hjælp til selvhjælp



Problemer

Smitsomme sygdomme

Årsager

Smitte fra vand, kloaker, mad og andre mennesker samt adfærd herunder usædelighed



Viden

- Medicinske topografier
- Det kongelige medicinske Selskabs statistiske Komité
- Dødsårsager (i byerne)
- Indberetninger om smitsomme sygdomme



Tiltag

- Omgivelseshygiejne:
Rent vand, kloakker, fødevarekontrol,
boliglove, skadelige næringsveje,
begravelsesvæsen
- Lov mod børnearbejde
- Sundhedsvedtægter
- Oplysning



Smitsomme sygdomme

- Meldepligt, overvågning
- (Tvangs)behandling og opdragelse:
epidemisygehuse, tuberkulosesanatorier
- Isolation
- Vaccination (tvungen for kopper)
- Oplysning



Der skal oplyses om hvad “sund og ren luft, godt Vand, renlige Omgivelser, gode Boliger og en vis bekvemmelighed kan give, hvorved ikke blot den legemlige, men ogsaa den aandelige Sundhed og Sædeligheden kan udvikles.”

E. Hornemann, 1850



Modstand

Borgerrepræsentationen “ansaae det for at være af Vigtighed, at der ikke lægges større Baand paa Industrien end fornødent, ..” 1848

Ministeriet mod kloakplanerne fordi de ville “medføre høist betydelige Bekostninger og derhos paadrage Byens Grundeiere ikke faa Ubehageligheder og Byrder” 1854



Overvågningsmedicin 1920-70

- Velfærdsstaten
- Staten som den gode hyrde:
overvåge – våge over
- Ønsket om at skabe det gode liv og
ønsket om at styrke staten, slægten,
om at forbedre befolkningens størrelse
og kvalitet.



Problemer

- Lave fødselstal
- Befolkningens degeneration
- Adfærd
- Smitte, især tuberkulose
- Boliger
- Arbejds miljø



Viden

- Overvågning, helbredscontroller
- Sygdomsundersøgelser
- Epidemiologi
- Udvidet medicinalstatistisk, gradvist mindre om hygiejne og mere om behandling



Tiltag

- Forbedringer i bolig- og arbejdsmiljø
- Kontrol med drikkevand, kloakker, næringsmidler
- Eugeniske midler
- Overvågning, helbredsundersøgelser
- Tuberkuloseundersøgelser
- Nye vaccinationer og behandling af smitsomme sygdomme
- Oplysning og propaganda



Borgerdyd

Undersøgelse var “en frivillig Sag i et frit Land. I Danmark er vi ikke Tilhængere af Tvang - tværtimod har det altid været Skik her i Landet, at enhver handler under personligt Ansvar. Men vi er nødt til at gøre Dem klart, at De paatager Dem et personligt Ansvar ved ikke at lade Dem undersøge - at Ansvar ikke alene over for Dem selv, Deres Familie og Omgangskreds, men ogsaa over for Deres By og Deres Land. Selv om de Synes, at De dermed skal bringe et personligt Offer, bør De alligevel opfylde den Borgerpligt, det er at møde op til Undersøgelse.”

Husstandsomdelt pjece fra 1946



Helbredscontroller – opdragelse, vaccinationer m.v.

- Lov om indførelse af sundhedsplejersker, 1937
- Lov om Svangerskabshygienje, 1945
- Lov om Lægeundersøgelser af Børn, 1946
- Lov om Skolelæger, 1946 (tvungen deltagelse)



Adfærd og omgivelser 1970 - 1999

- Mål at begrænse de offentlige udgifter,
- at forbedre Danmarks internationale placering og
- at skabe gode liv



Viden

- Overvågning af sundhedstilstanden
- Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SIF)
- Forskning om årsager til sygdom og død
- Forskning om forebyggelsesmetoder



Virkemidler – stort set de samme som tidligere

- Kontrol med mad, vand m.v.
- Helbredsundersøgelser og screening
- Vaccinationer
- Oplysningskampagner
- Individuel påvirkning



Lovgivning

- Lov om kønssygdomme blev afskaffet i 1988
- Lov om smitsomme sygdomme muliggør stadig tvangsbehandling, tvangsvaccination mv.



To strategier over for smitsomme sygdomme

Tuberkulose

- Tvang
- Registrering

HIV/AIDS

- Frivillighed
- Anonymitet
- Undgå stigma for bedre resultat

I Sverige havde man den modsatte politik



Kontinuitet og forandring

- Mange forebyggelsesmetoder er de samme: omgivelseshygiejne, vaccinationer, oplysning
- Behandling af allerede smittede, fra omsorg og tvang til omsorg og sjældent tvang



Etiske konflikter

- Hvornår skal skadesprincippet gælde?

Proportionalitet mellem den skade der påføres andre og begrænsningen af den smittedes frihed

- Stigma skal den undgås eller bruges?





RETNINGSLINJER TIL FOREBYGGELSE AF SMITTE.....

Hygiejnesygeplejerske, cand pæd.pæd

Jette Holt

Central Enhed for Infektionshygiejne

Statens Serum Institut

Tlf. 32683752

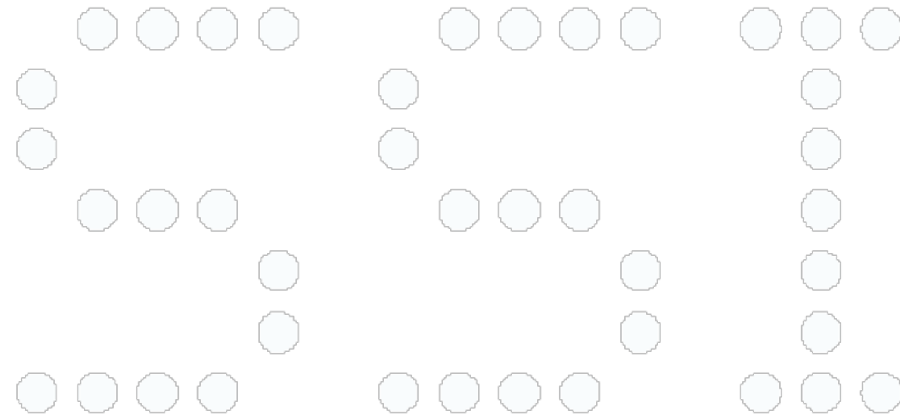
jho@ssi.dk

Afholdt d. 15. maj 2014

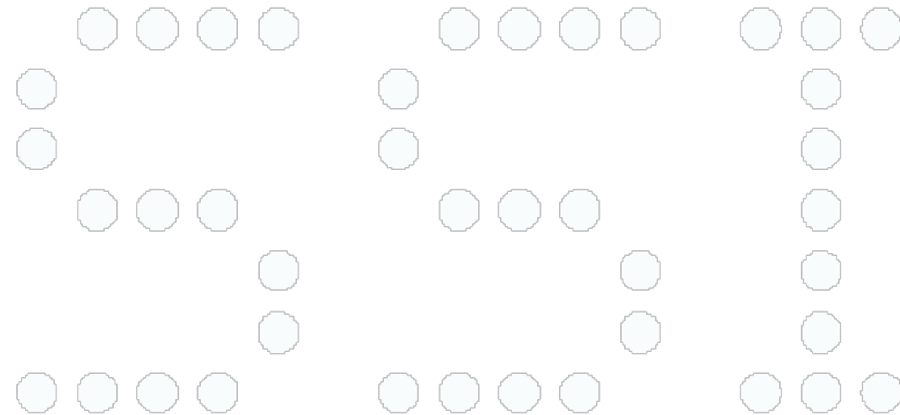


- ❖ In general, health care personnel in or outside hospitals who have contact with patients, body fluids, or specimens have a higher risk of acquiring or transmitting infections than do other health care personnel who have only brief casual contact with patients and their environment (e.g., beds, furniture, bathrooms, food trays, medical equipment).
- ❖ *Guideline for Infection Control in Hospital Personnel, 1983 CDC*

Knyttet til det synlige og den længerevarende udsættelse både på sygehuset og udenfor



- ❖ Diagnosebaserede retningslinjer
 - Smitte fra patient til personale
 - TB, hepatitis B, polio
 - Tydelige sygdomstegn og diagnostik
 - Infektion
- ❖ Så kom hiv...
 - Ingen tydelig sygdomstegn eller diagnostik
 - Ingen diagnose.....
 - Smittebærer
 - Paradigmeskift - i flere tempi



- Alle der var i kontakt med patienter eller kropsvæsker med synligt blod
 - Beskyttelse af hud og slimhinder
 - Maske, briller, handsker ved kontakt eller risiko for stænk og sprøjt
 - Forebyggelse af stik og skæreheld ved håndtering af skarpt, spidst og skærende udstyr
- Også kaldet Barrier Precautions

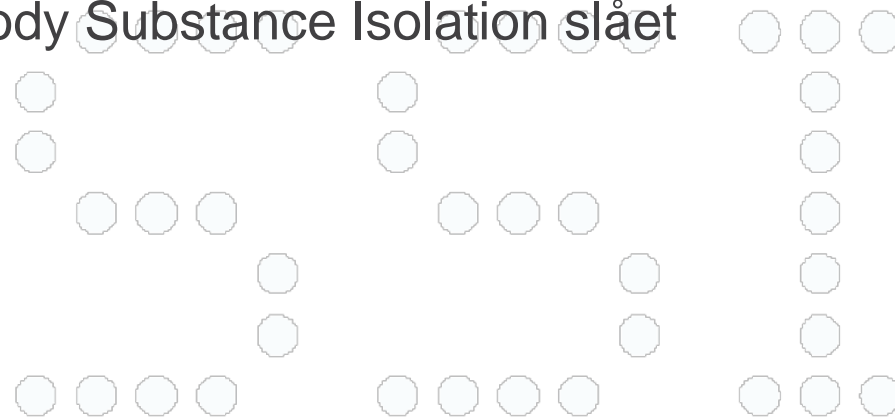
Knyttet til det synlige blod i det synlige materiale – uanset længde af udsættelse – uanset diagnose

- Men hvad så med alt det andet?
 - Næseflod, tårer, sved, opkast, opspyt og spyt

- ❖ Håndtering af alle andre kropsvæsker, som ikke indeholder blod
- ❖ Inkluderer nu også luftbåren smitte
- ❖ Overtræk og åndedrætsværn tilføjes værnemidler
- ❖ Isolering sker på baggrund af diagnosen

Knyttet til det usynlige? Blod i det synlige materiale OG det usynlige (luftbåren) - uanset længde af udsættelse – uanset diagnose

- ❖ 1996 blev Universal Precautions og Body Substance Isolation slået sammen til **Standard Precautions**



Standard Precautions

Gælder for alle patienter uanset diagnose, placering i sundhedsvæsenet og for alle personalegrupper uanset hvilken sundhedsfaglig ydelse de leverer i sundhedssektoren CDC

1. Håndhygiene
2. Anvendelse af værnemidler som handsker, overtræk, masker afhængig af den forventede udsættelse
3. Sikre injektions principper
4. Sikker håndtering af potentielt forurenede udstyr eller overflader i patientens omgivelser
5. *Respiratory hygiene and cough etiquette (2003/2007)*

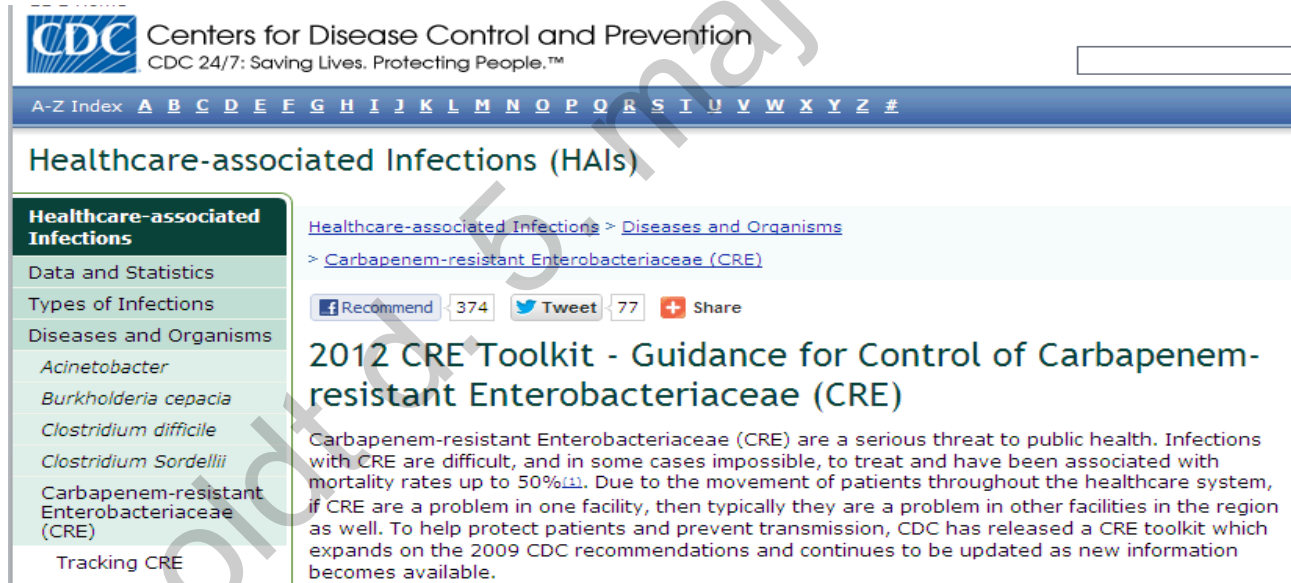
OG

Transmissionbased precautions

Contact, Droplet, Airborne

Knyttet til det synlige og usynlige blod i det synlige materiale OG det usynlige (luftbåren) - uanset længde af udsættelse og **uanset diagnose** OG kriterier for isolation, når udsættelse for kontakt/luftbåren

1. [Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006](#)
2. *Isolations precautions 2007*
3. [Guidance for Control of Infections with Carbapenem-Resistant or Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae in Acute Care Facilities 2009](#)
4. 2012:



CDC Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People.™

A-Z Index [A](#) [B](#) [C](#) [D](#) [E](#) [F](#) [G](#) [H](#) [I](#) [J](#) [K](#) [L](#) [M](#) [N](#) [O](#) [P](#) [Q](#) [R](#) [S](#) [T](#) [U](#) [V](#) [W](#) [X](#) [Y](#) [Z](#) <#>

Healthcare-associated Infections (HAIs)

Healthcare-associated Infections

- Data and Statistics
- Types of Infections
- Diseases and Organisms
 - Acinetobacter*
 - Burkholderia cepacia*
 - Clostridium difficile*
 - Clostridium Sordellii*
 - Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)
 - Tracking CRE

[Healthcare-associated Infections](#) > [Diseases and Organisms](#)
> [Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae \(CRE\)](#)

[Recommend](#) { 374 } [Tweet](#) { 77 } [Share](#)

2012 CRE Toolkit - Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)

Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) are a serious threat to public health. Infections with CRE are difficult, and in some cases impossible, to treat and have been associated with mortality rates up to 50%⁽¹⁾. Due to the movement of patients throughout the healthcare system, if CRE are a problem in one facility, then typically they are a problem in other facilities in the region as well. To help protect patients and prevent transmission, CDC has released a CRE toolkit which expands on the 2009 CDC recommendations and continues to be updated as new information becomes available.

*Toolkit henviser til SP og TBP men også risikogrupper og screening...og miljøet fik en rolle
.... Og så blev diagnosen igen styrende...*

2.2.2 Generelle infektionshygiejniske retningslinjer over alt i sundhedsvæsenet

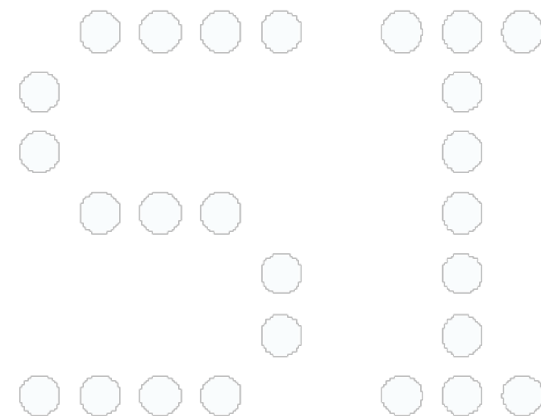
Princippet i forebyggelse af smitteoverførsel bygger på at indarbejde procedurer, der forebygger enhver form for kontakt med blod, væv og vævsvæsker, idet man ikke altid har kendskab til en konkret smitterisiko. Forebyggelsen er således ikke diagnoserelateret, hvilket indebærer, at arbejdet tilrettelægges således, at hud- eller slimhindekontakt med alt potentielt smittefarligt materiale undgås. Ud fra et praktisk, sygehushygiejnisk synspunkt er det u hensigtsmæssigt at adskille blodbåren smitte fra anden smitte. Det er derfor mest hensigtsmæssigt, at de procedurerelaterede retningslinjer udformes, så de forebygger al slags kontaktsmitte.

Generelle infektionshygiejniske retningslinjer bygger på at sikre arbejdsrutiner i situationer, som kan indebære en smittefare. Der skal tages tekniske og organisatoriske forholdsregler, som kan forebygge uheld samt bruges personlige værne-midler.

Hvor der er risiko for kontakt med blod-forurenedede kanyler, knive og andre spidse og skarpe genstande, skal der træffes forholdsregler, der effektivt forebygger stik- og skæreuheld ved stikfaste beholdere til kanyler o.l. (Se bilag 5.2).

Der henvises i øvrigt til hjemmesiden hos Central Enhed for Infektionshygiejne på Statens Serum Institut:

- <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer>, fx
- *Råd og anvisninger om isolation og forholdsregler ved pleje af personer med smitsomme sygdomme*

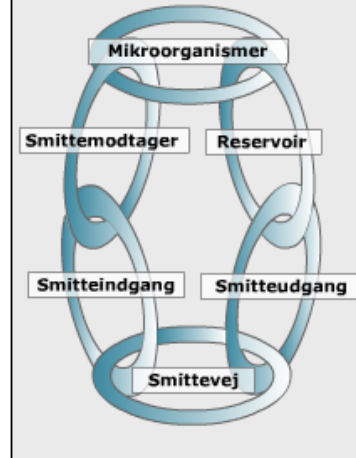


GENERELLE INFEKTIONSHYGIENISKE RETNINGSLINJER HAR FOKUS PÅ.....

Har fokus på smittevejen uden diagnose

• Tilrettelæggelse af arbejdet

- Fjerne udsættelsen
- Begrænse udsættelsen
- Beskytte mod udsættelsen
 - Værnemidler – handsker, forklæde, overtræk, maske, åndedrætsværn, beskyttelsesbriller



Risikoprocedurer

- Risiko for kontakt med organisk materiale, der kan indeholde mikroorganismer
- Risiko for stænk og sprøjt med organisk materiale, der kan indeholde mikroorganismer
- Risiko for stik og skære uheld med organisk materiale, der kan indeholde mikroorganismer

Har fokus på smittevejen...

❖ Kontaktsmitte og dråbesmitte (der ikke kan håndteres med generelle infektionshygiejniske tiltag)

- Store sår
- Ptt der ikke kan kooperere i smitteforebyggelse
- Influenza
- Gastroenteritter

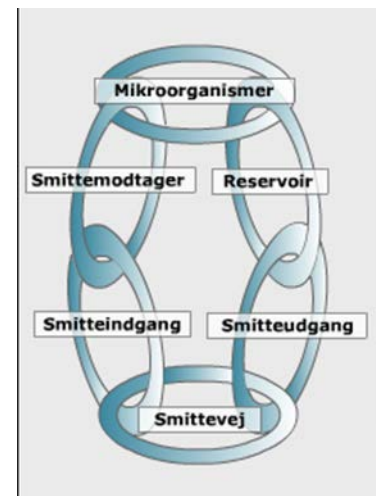
❖ Luftbåren smitte med dråbekerner

- Mæslinger, norovirus, pandemisk influenza, variceller

Og på agens

❖ Diagnostik....

- Ukendt agens/ukendt smittevej
- Resistens-/virulensproblematik



NATIONALE
INFEKTIONSHYGIENISKE
RETNINGSLINJER

STATENS
SERUM
INSTITUT



OM BEHANDLING AF PATIENTER MED
SMITTSOME SYGDOMME, HERUNDER ISOLATION

- Sundhedsstyrelsen og AT: *Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte 1992*
- AT: *AIDS og forebyggelse af HIV-infektion. Arbejdstilsynets anvisning 4.9.1.1 juni 1988/ At-vejledning C.0.14 December 2004 Erstatte At-anvisning nr. 4.9.1.1 af juni 1988*
- AT: **Udsættelse for bakterier, svampe og andre mikroorganismer** At-vejledning C.0.18 September 2006. Erstatte At-vejledning D.2.6, At-meddelelse 3.02.7, At-meddelelse 4.04.21 og At-cirkulæreskrivelse 2/1991
- Sundhedsstyrelsens **Vejledning om HIV og Hepatitis B og C virus 2013**
- Udgangspunkt for alle Råd og anvisninger infektionshygiejniske standarder og Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer



The screenshot shows the website for Statens Serum Institut. The navigation bar includes 'Aktuelt', 'Sundhedsdata og -it', 'Smitteberedskab', 'Diagnostik', 'Vaccination', 'Forskning', and 'Produkter'. The main content area is titled 'Generelle infektionshygiejniske retningslinjer' and includes a description of the guidelines, a list of contact information for the Central Unit for Infection Hygiene, and a list of related documents.

The screenshot shows the website for Arbejdstilsynet. The navigation bar includes 'Tilsyn', 'Regler', 'APV', 'Arbejds miljøer', 'Brancher', 'Selvbetjening', 'Statistik', and 'Om Arbejds'. The main content area is titled 'Udsættelse for bakterier, svampe og andre mikroorganismer' and includes a list of related documents and a description of the guidelines.

VEJLEDNING OM FOREBYGGELSE AF SPREDNING AF MRSA

2012

Stigende forekomst af vancomycin-resistente enterokokker

23. april 2014

Vancomycin er primær behandling ved alvorlige infektioner med antibiotikaresistente enterokokker. I 2012 og 2013 er der set en stigende forekomst af infektioner med vancomycin-resistente enterokokker på hospitaler i flere regioner.

nerelle temaer > Clostridium difficile



Tema om Clostridium difficile

Clostridium difficile (CD) er en bakterie, der kan findes naturligt i tarmen hos nogle mennesker. Den kan desuden give diaré hos patienter på hospitaler og plejehjem, især når patienten er behandlet med antibiotika. Der er indført skærpet overvågning af den særligt aggressive type, Clostridium difficile PCR ribotype 027

Bakterien Clostridium difficile har den sporer. Sporer er et dvalestadium, hvor overleve længe i omgivelserne. Bakteriesporer kan derfor spredes via efter kontakt med forurenede omgivelser, levedygtige bakterier, der kan fremk

NATIONALE
INFEKTIONSHYGIENISKE
RETNINGSLINJER



Clostridium difficile 027



OH BEHANDLING AF PATIENTER MED
SHITSOVNE SYGDOMME, HERUNDER ISOLATION

10. 4. 2014

Infektionshygiejniske retningslinjer for ESBL

ESBL (extended spectrum -lactamase)-producerende
Enterobacteriaceae

Vejledning om forebyggelse mod SARS (Svær Akut Respiratorisk Syndrom)

Til landets embedslæger

5. Særlige problemer/sygdomme

5.1 Forholdsregler imod spredning af multiresistente mikroorganis

- MRSA: hudkontakt
- C.diff : miljøet som reservoir
- Fra synligt organisk materiale til
- Usynligt ? Materiale
- Fra infektion til kolonisation

Knyttet til det synlige materiale OG det usynlige (luftbåren) - uanset længde af udsættelse og **uanset diagnose** OG kriterier for isolation, når udsættelse for kontakt/luftbåren
Samt hudkontakt og kontakt med miljøet

❖ Infektionshygiejne er en se-(lugte,føle-)teknologi

- Tegn og symptomer på sygdom, diagnostik
- Tegn på mikroorganismer/organisk materiale
 - ATP, Glitterbug...
- Når vi ser risikoen – så handler vi..
 - Udstedelse af retningslinjer
 - Planlægger
 - Brug af værnemidler



- Men se-teknologien er usikker...og man bliver hjemmeblind...
- Smitten sker, før diagnosen er sat...
- Og det usynlige organiske materiale er udfordringen



AT SE RISIKOEN...OG PLANLÆGGE, TILRETTELÆGGE OG UDFØRE OMSORGSFULDT OG PATIENTSIKERT



❖ Globalt lav.....

”Vi ved det godt, men de der værnemidler - altså.....”

❖ Tid!

❖ Glemsomhed

❖ Tilgængelighed

❖ U-(M)uligt at arbejde med..og at have på

- Udseende

- Påvirkning af forhold mellem patient og sundhedspersonale

❖ Uvidenhed/Erfaring med smitte og nødvendigheden af at følge retningslinjer

❖ Ledelsesopbakning/sikkerhedskultur/uddannelse

❖ At se risikoen...

❖ *Gammon, Morgan-Samuel& Gould, 2007,*

❖ *Oliveira, Cardoso, Mascarenhas 2009*

❖ *Efstathiou et al, 2011*



UDFORDRINGEN LIGGER I PLANLÆGNINGEN AF FOREBYGGELSE AF SPREDNING AF DET U-DIAGNOSTICEREDE OG DET U-SYNLIGE

- Smitte sker usynligt – dvs ingen sikker erfaringsdannelse
- Patienten indlægges Diagnosen stilles endeligt Patienten udskrives



- Generelle infektionshygiejniske retningslinjer har sin funktion fra indlæggelse til udskrivelse
 - Alle er potentielt smittede/koloniserede
 - » Inkubationstid, ”vindue”, smitsomhed
 - Alle kan blive smittet – sprede smitte
 - » Uanset resistens eller virulensmønster
- Supplerende infektionshygiejniske retningslinjer har sin funktion fra diagnosen stilles til udskrivelse
 - Isolationsregime – hvordan og hvor længe?
 - Valg af desinfektionsmiddel

Communication interventions to improve adherence to infection control precautions: a randomised crossover trial

Mei-Sing Ong^{1*}, Farah Magrabi¹, Jeffrey Post^{2,3}, Sarah Morris⁴, Johanna Westbrook⁵, Wayne Wobcke⁶, Ross Calcroft⁷ and Enrico Coiera¹

Abstract

Background: Ineffective communication of infection control requirements during transitions of care is a potential cause of non-compliance with infection control precautions by healthcare personnel. In this study, interventions to enhance communication during inpatient transfers between wards and radiology were implemented, in the attempt to improve adherence to precautions during transfers.

Methods: Two interventions were implemented, comprising (i) a pre-transfer checklist used by radiology porters to confirm a patient's infectious status; (ii) a coloured cue to highlight written infectious status information in the transfer form. The effectiveness of the interventions in promoting adherence to standard precautions by radiology porters when transporting infectious patients was evaluated using a randomised crossover trial at a teaching hospital in Australia.

Results: 300 transfers were observed over a period of 4 months. Compliance with infection control precautions in the intervention groups was significantly improved relative to the control group ($p < 0.01$). Adherence rate in the control group was 38%. Applying the coloured cue resulted in a compliance rate of 73%. The pre-transfer checklist intervention achieved a comparable compliance rate of 71%. When both interventions were applied, a compliance rate of 74% was attained. Acceptability of the coloured cue was high, but adherence to the checklist was low (40%).

Conclusions: Simple measures to enhance communication through the provision of a checklist and the use a coloured cue brought about significant improvement in compliance with infection control precautions by transport personnel during inpatient transfers. The study underscores the importance of effective communication in ensuring compliance with infection control precautions during transitions of care.

- Hvad kan vi lære af historien i det fornyede fokus på de generelle infektionshygiejniske retningslinjer?
- Fx
 - Hvordan reagerer vi på nye mikroorganismer? "Man dør da ikke af infektioner?!"
 - Hvordan og hvor skal vi udøve vores magt?
 - Hvordan betragter vi befolkningen/personalet/patienterne?
 - Hvilken risikovurdering skal vi anlægge? Og hvad skal de se?
 - Hvordan sikrer vi fravær af diskrimination/stigmatisering?
 - Hvilken vægt har forebyggelsen har idag?
 - Renlighed – hygiejne – infektionshygiejne-?
 - Hvad virkede før – hvad kan virke i dag? Oplysning? Pligt? Ansvar?
 - Hvad skal styres nationalt og hvad skal styres lokalt?
 - ?

Afholdt d. 15. maj 2014

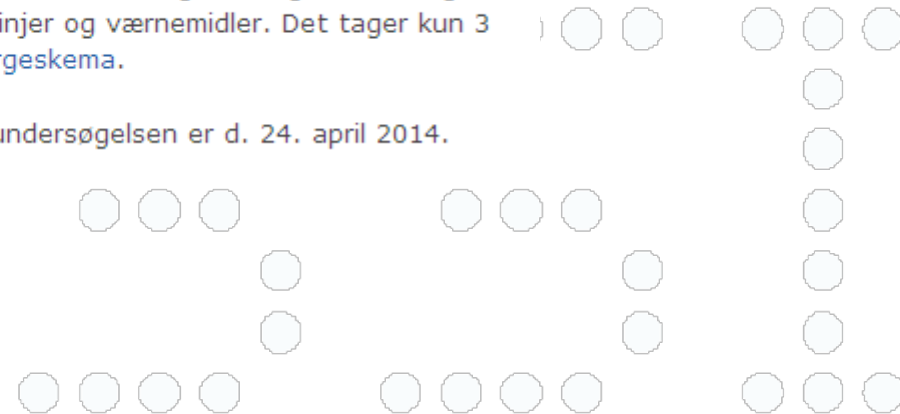




RESULTAT AF SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN EFFEKTEN AF VÆRNEMIDLER

Indbyd dine kollegar til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen og test din egen viden om de generelle hygiejniske retningslinjer og værnemidler. Det tager kun 3 minutter at udfylde dette [elektroniske spørgeskema](#).

Sidste frist for besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen er d. 24. april 2014.



Hvilke faggrupper deltog?

- 1057 (69%)
 - 79 (5%)
 - 102 (7%)
 - 26 (2%)
 - 11 (0,7%)
 - 255 (17%)
 - I alt 1542
- Sygeplejerske
 - Læge
 - Social og sundhedsassistent
 - Fysioterapeut
 - Ergoterapeut
 - Andet



• 0-5 år	• 15%
• 6-10	• 15%
• 11-15	• 14%
• 16-20	• 11%
• 21 –	• 44%
• Ønsker ikke at oplyse	• 0,6%



Hvad forstår du ved "Generelle infektionshygiejniske retningslinjer"? (1 svar)

- 5%
 - Et sæt retningslinjer der anvendes ved pleje, behandling og træning af alle patienter med en smitsom sygdom
- 3%
 - Et sæt retningslinjer der anvendes ved pleje, behandling og træning af alle patienter, som er bærere af (koloniseret med) en smitsom sygdom.
- 92%
 - Et sæt retningslinjer der anvendes ved pleje, behandling og træning af alle patienter uanset diagnose
- 0,8%
 - Ved ikke
- I alt 1539

Hvad forstår du ved "Supplerende infektionshygiejniske retningslinjer"? (1 svar)

- ❖ 3% ❖ Et sæt retningslinjer, der anvendes specielt ved pleje, behandling og træning af alle patienter med en smitsom sygdom
- ❖ 18% ❖ Et sæt retningslinjer, der anvendes som supplement til de Generelle infektionshygiejniske retningslinjer ved pleje, behandling og træning af alle patienter med en smitsom sygdom
- ❖ 1 % ❖ Et sæt retningslinjer der anvendes ved pleje, behandling og træning af alle patienter som er bærere af (koloniseret med) en smitsom sygdom
- ❖ 74% ❖ Et sæt retningslinjer, der anvendes som supplement til de Generelle infektionshygiejniske retningslinjer ved pleje, behandling og træning af alle patienter med en smitsom sygdom eller som er bærere af (koloniseret med) en smitsom sygdom
- ❖ 4% ❖ Ved ikke
- ❖ I alt 1538

NATIONALE
INFEKTIONSHYGIENISKE
RETNINGSLINJER

STATENS
SERUM
INSTITUT 



OM BEHANDLING AF PATIENTER MED
SMITSOMME SYGDOMME, HERUNDER ISOLATION

Hvad forstår du ved et værnemiddel? (1 svar)

- 25% • Udstyr der beskytter personalet mod smitte fra patienten
- 0,1% • Udstyr der beskytter patienten mod smitte fra personalet
- 74% • Udstyr der beskytter såvel patient som personale mod smitte
- 0,9% • Ved ikke
- I alt 1541



Hvilke(t) af nedenstående mener du er et værnemiddel? (flere svar)

• 97 %

• Handsker

• 95%

• Maske

• 93%

• Overtrækskittel

• 82%

• Visir

• 80%

• Plastforklæde

• 77%

• Briller

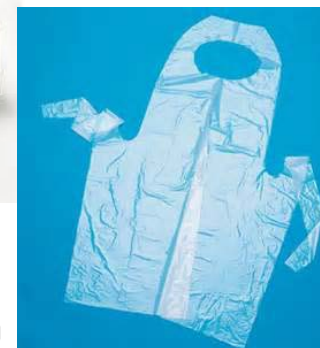
• 63%

• Åndedrætsværn

• 1%

• Ved ikke

• I alt 1542



Hvornår anvendes værnemidler? (flere svar)

- ❖ 69% ❖ Ved patienter med en smitsom sygdom eller som er bærere af (koloniseret med) en smitsom sygdom
- ❖ 63% ❖ Ved enhver risiko for kontakt med organisk materiale fra patienten uanset diagnose
- ❖ 54% ❖ Ved enhver risiko for kontakt med forurenede udstyr eller omgivelser
- ❖ 66% ❖ Ved enhver risiko for stænk og sprøjt med organisk materiale fra omgivelser eller patienten uanset diagnose
- ❖ 0,6% ❖ Ved ikke
- ❖ I alt 1538



Hvor ofte anvender du følgende værnemidler ved risiko for kontakt med eller risiko for *Stænk & Sprøjt* med organisk materiale?

	Altid	Oftest	Sjældent	aldrig	ved ikke
∴ <u>Handsker</u> (1538)	68% 95	27%	2%	0,9%	2%
∴ <u>Plastforklæde</u> (1529)	23% 59	36%	28%	7%	6%
∴ <i>Maske</i> (1539)	29% 57	28%	28%	0,8%	7%
∴ <i>Briller</i> (1533)	21% 42	21%	31%	20%	8%
∴ <i>Visir</i> (1537)	14% 39	25%	30%	29%	9%

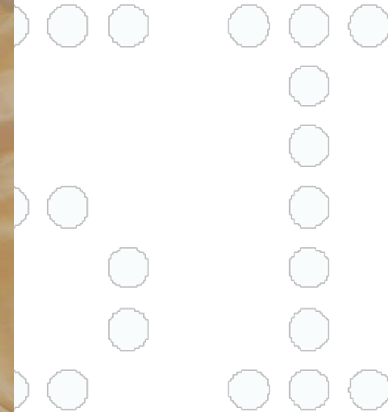


MEN HANDSKER SKAL BRUGES KORREKT ELLERS OVERFØRER DE OGSÅ

The effect of glove material upon the transfer of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to and from a gloved hand

More, Dunnill, Wilson 2013,

- Bacterial transfer significantly increased and was similar to and from all glove types.
- Disposable glove type can affect cross-contamination rates among patient, health care worker, and environment. Nonetheless, choice of glove should be considered less important than the correct use of gloves and proper hand hygiene





Plastförkläde har >95% skyddseffekt



Överföring av *S. aureus* från/till patientsä

- med ren arbetsdräkt dagl 16 av 61 ggr
- med plastförkläde 1 av 112 ggr
relative risk 29 (CI
4-216) dvs 96,5% effekt

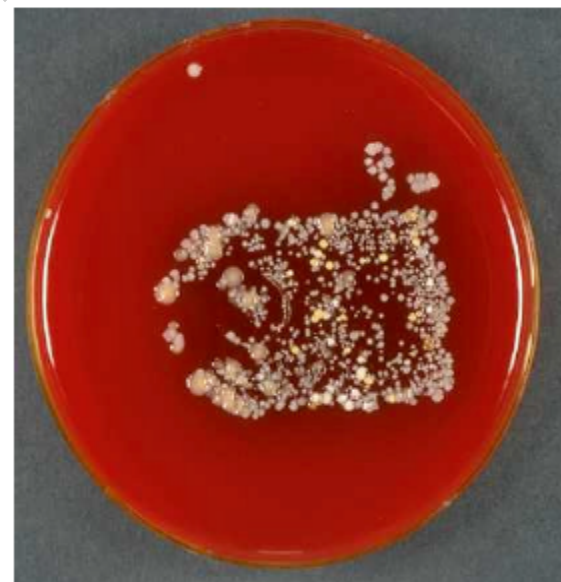
$p = 0,0000004$

Lidwell OM et al. J Appl Bact 1974;37:649-656

arbetsdräkten

- utan skyddsrock 100 000 cfu/mL
- med skyddsrock 2 000-9 000

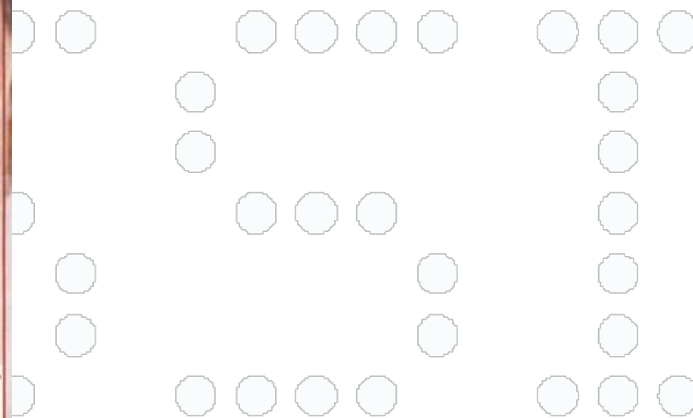
Hambraeus A
J Hyg (Camb)
1973;71:799-814



- The attack rate of HCWs who were rescuing severe SARS patients without any PPE was 61.5 % (16/26)
- It seemed the more the protective measures were used, the higher the protective effect was ($P < 0.001$), and could reach 100 % if mask, gown, gloves, goggles, footwear, “hand-washing and disinfecting” were all used at the same time
- *Yin WW et al 2004*



Afholdt



MEN DE SKAL TILPASSES OG TAGES KORREKT AF OG PÅ



Afholdt 15. maj 2014

- Generelle hygiejniske retningslinjer og værnemidler har en effekt
- Kendt af....
- Brugt af...
- Men plads til forbedring...
- Synet styrer
- Anvendes ved risiko for kontakt....
 - synligt – usynligt?



Hvor ofte udfører du håndhygiejne....

❖ Før kontakt med patient og omgivelser? (1531)

<u>Altid</u>	<u>Oftest</u>	<u>Sjældent</u>	<u>aldrig</u>	<u>ved ikke</u>
68% 98	28%	3%	0,7%	1%

❖ Efter kontakt med patient og omgivelser? (1536)

87% 99	12%	0,5%	0,3%	0,7%
---------------	-----	------	------	------

❖ Efter brug af handsker? (1536)

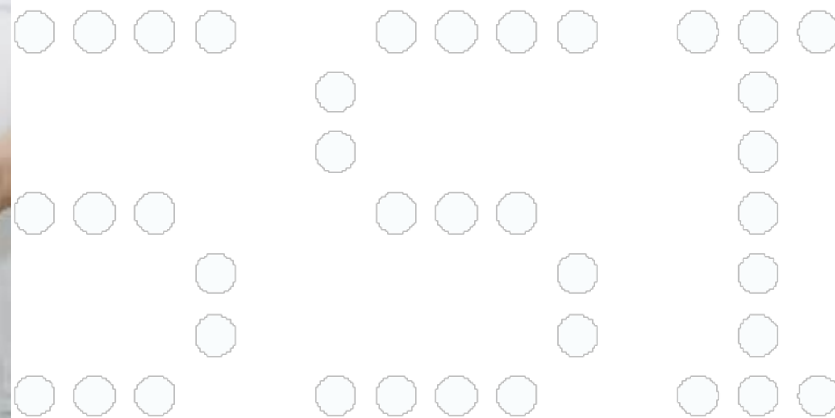
67% 94	27%	4%	0,7%	1,6%
---------------	-----	----	------	------



Afholdt d. 15. maj 2014

Hvor ofte udfører du hånddesinfektion....

	Altid	Oftest)	Sjældent	aldrig	ved ikke
• Ved synligt rene og tørre hænder?(1531)	31% 62	31%	3%	0,6%	2%
• Efter håndvask?(1533)	44% 82	38%	16%	1%	0,4%

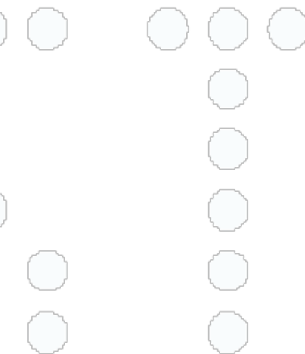
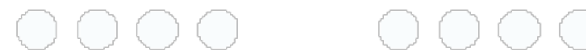


<u>Altid</u>	<u>Oftest</u>	<u>Sjældent</u>	<u>aldrig</u>	<u>ved ikke</u>	
92%	98	6%	1%	0,7%	0,4%

- Ved synligt forurenede eller våde hænder?
(1530)



Afholdt d. 5. maj 2014



Brugen af plastforklæde – et udviklingsområde!

Mette Detlefsen, Hygiejnesygeplejerske



Projektarbejde



NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

- Projektarbete i Smittskydd/Vårdhygien ved NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Gøteborg, Sverige, forår 2011

- Titel

Anvendelse af plastforklæde blandt personalet i et sengeafsnit
– et område med forbedringsmuligheder

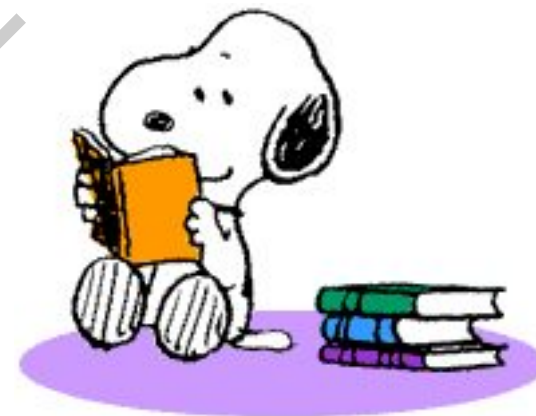
Projektarbejdet - Formål

- At afdække personalets overvejelser om tilvalg eller fravalg af plastforklæde, når de står i en konkret plejesituation på en hospitalsafdeling

Afholdt d. 5. maj 2014

Projektarbejdet - Metode

- Litteratursøgning to delte
 - Baggrundslitteratur
 - Adfærd
- Kvalitativ undersøgelse
 - Mindre observationsstudie
 - Pilotprojekt med tre semistrukturerede interview



Litteratursøgning - Baggrundslitteratur

- Til hele undersøgelsen er inddraget generelle infektionshygiejniske retningslinjer og artikler i forhold til uniform og uniformsbeskyttelse
- Der er inkluderet artikler over studier
 - der fremfører, at uniformer forurenes i løbet af en arbejdsdag
 - der viser, hvordan smittespredning kan forebygges

5

Litteratursøgning - Adfærd

- Uspecifik søgning PubMed, Cochrane, Cinahl, Google Scholar:
 - personale adfærd, infektionshygiejne (anvendelse af forklæde ikke velbelyst)
- Efterfølgende specifik søgning PubMed, Cochrane, Cinahl:
 - infection control, guideline adherence, health personnel, health care workers og behavior
- I Google Scholar med de danske termer

Litteratursøgning - Teoretisk referenceramme

- Personalets adfærdsmæssige tilgang til efterlevelse af retningslinjer
 - Både Aaron Antonovsky's salutogenetiske teori om "oplevelse af sammenhæng" og Icek Ajzen's "Theory of Planned Behavior" kan bidrage til en øget faglig indsigt ved, at teorierne
 - dels beskriver den enkeltes oplevelse af sammenhængs betydning for motivation
 - dels har til hensigt at forklare menneskers adfærd

Resultater - Observationsstudie

- Situationer
 - Sengebåd, nedre toilette, brusebåd, hjælp ved toiletbesøg, hjælp ved toiletbesøg hos patienter med diarré, situationer med opkastning, skift af forbindelse og rens af sår, sengeredning (uden skift af sengetøj), afgang af sengetøj
- Anvendt forklæde/antal situationer
 - Blev endvidere opgjort i procent
- Efterlevelsen var høj - observerede situationer få, da mange selvhjulpne

Resultater - Interview

- Anvendelse af forklæde
 - Indarbejdet rutine
 - Svært altid at huske at anvende, da det er nyt at skulle anvende det
 - Vil være nyttigt for dem at drøfte hvorvidt de anvender forklæde i de rigtige situationer – fx. forbindingsskifte afhængig af hvor på kroppen
 - Vurderer hvorvidt de skal anvende forklæde
 - Ved brusebad altid / kun når patient diarré
 - Mobilisering af sengeliggende, da det ikke kan undgås at berøre seng og udstyr
 - Af den opfattelse, at det er legitimt til tider at undlade at anvende det

Resultater - Interview

- Anvendelse af forklæde
 - Af den opfattelse, at det er legitimt til tider at undlade at anvende det
 - Ingen patient eller pårørende, verbalt eller non-verbalt, har givet udtryk for afstandtagen til anvendelse af forklæde
 - Udtaler at hun til tider undlader at anvende forklæde
 - *"... tror mere, at det er os, nej mig, som plejepersonale, der tror, at patienterne synes, at det er et problem"*.
 - Anvendelse af forklæde vil øges hvis man ved hvad man kan spare økonomisk ved at anvende forklæde til afbrydelse af smitteveje hhv. i sengeafdelingen og i hele sundhedsvæsenet

Resultater - Interview

- Smitterisiko

- Væsentlig grund for anvendelse af forklædet er at forebygge smitte mellem patienter. Fx ved skift af forbindelse ved sengeliggende:
 - *"... man er jo tæt på patienten, når man står ind til sengen. Og selv om man har lagt rent på sengen, så er det ikke sikkert, at det er lige efter."*
- Forebygge at tage noget med hjem
- Naturligt at vurdere så de anvender forklæde når det er relevant og ikke hele tiden
- Udtrykker tvivl om hvorvidt kolleger er opmærksomme på at forebygge forurening af uniform, fx ved at holde tingene ud fra kroppen
- Ønsker opslag og intern kampagne

Analyse af holdninger til anvendelse af forklæde

- At de bruger det – men at det er svært at huske at bruge det
 - Minder hinanden om det, ved sidemandsoplæring af nyt personale/elever/studerende
- Opmærksomme på rollemodel væsentlig for anvendelse
- Stor betydning af forklædet er synligt og tilgængeligt hvor det skal bruges, så huskes det lettere, og det:
 - *”... tager kun et splitsekund at få på”.*
- Tidsmæssigt besparende at anvende det og den fortsatte anvendelse et år efter skyldes at:
 - *”... det er dybt uinteressant at passe isolerede stuer”.*
- Implementering lettes af udbrud

Diskussion af fund

- Patienternes sikkerhed er stor motivationsfaktor og det var her fokus lå – ikke personalets egen sikkerhed som det fremhæves i studie
- Ønsker teoretisk undervisning, dialog, strategier for indsatsområder i deres afsnit – efterspørger viden
- Fortsat anvendelse af forklæde – erfaring at ”det” virkede
- Ikke vidende om at forklæde var en del af de generelle forholdsregler

13

Diskussion af fund

- Legitimt at fravælge – ikke den teoretiske viden der er styrende for adfærden, men forventning om hvordan patienter oplever adfærden
 - det giver spl. mening at fravælge = dette er styrende for adfærden
- Epidemiologi, mikrobiologi og det økonomiske aspekt
 - Multidimensionale interventionsstrategier med inddragelse af adfærdsteorier og erfaringer
- Bevidste om at de er rollemodeller

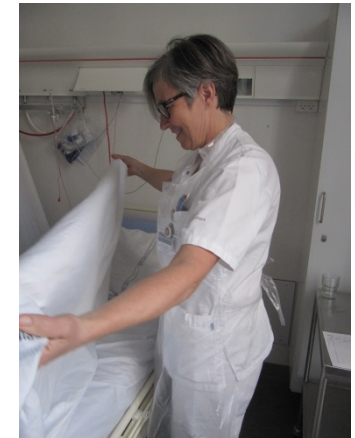
14

Opsummering

- Undersøgelsen viser, at der er flere faktorer, der har betydning for anvendelse af forklæde:
 - den enkeltes personlige mening om anvendelse
 - rollemodeller
 - erfaring for effekt af anvendelse, hvor den enkelte har en oplevelse af sammenhæng ved anvendelse
 - viden om indhold af retningslinjerne
 - formål med retningslinjerne inklusive hvilke konsekvenser, det kan give ikke at følge dem
- Viser endvidere at personalet kommer med forslag til interventioner for øget viden om brug

Opsummering

- Hvornår skal plastforklæde bruges - i hvilke situationer?
- Hvordan fremmes brugen af plastforklæde?
- ...



Tak for opmærksomheden!



Afholdt d. 5. maj 2014

- ❖ Forudsætninger hos personale og i de fysiske rammer – er de på plads for en øget efterlevelse af generelle infektionshygiejniske retningslinjer?

Fx

- ❖ Er værnemidler tilgængelige?
- ❖ Er viden om arbejdstilrettelæggelse tilstrækkelig?
 - Kan man skille rent fra urent?
- ❖ Har uddannelse fokus på tilrettelæggelse af procedurer?
- ❖ Når personalet svarer *Altid* – er det så de korrekte situationer?
 - Hvad med den usynlige forurening?
 - Skal vi have værnemidler på hver gang vi nærmer os ptt og hans omgivelser?
 - Er det varigheden af opgaven – mængden af synligt organisk materiale eller...der afgør brugen af værnemidler?



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

**COMMUNICATIVE HYGIENE:
DESCRIPTION – OBSERVATION – REFLECTION**

SRIKANT SARANGI

Aalborg University, Denmark

PRELIMINARIES

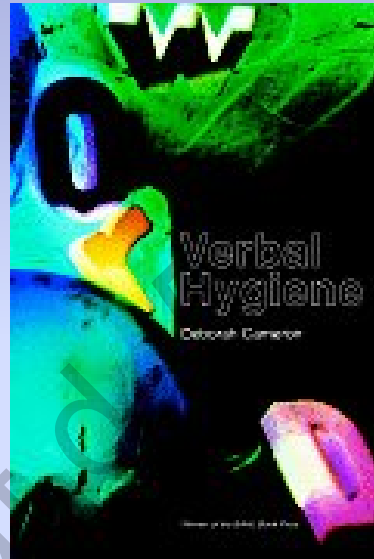
- The newly established **Danish Institute of Humanities and Medicine/Health (DIHM)** <http://www.communication.aau.dk/research/dihmh> is a collaborative venture between the Faculties of Humanities and Medicine at Aalborg University.
 - DIHM is committed to pursuing a responsive, forward-looking research agenda by means of problem-oriented intervention studies; hospital-based communication is part of the broad agenda.
 - It aims to consolidate the existing networks of researchers and research centres in healthcare at Aalborg and expand within Denmark and the Nordic region.
-

PRELIMINARIES

- The ethos of poor communication (among healthcare professionals and among healthcare providers and patients) is perceived as a common problem and is often linked to occurrence of (avoidable) adverse events.
 - The connection between interprofessional communication and patient safety (as in handovers/handoffs) is crucial to the efficacy of today's healthcare system (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations 2005).
 - Towards '**communicative hygiene**' – extending the notions of '**verbal hygiene**' and '**communication hygiene**'
-

VERBAL HYGIENE

- Deborah Cameron's (1995) book titled Verbal Hygiene



- In this book Cameron examines popular attitudes towards language as well as the practices by which people attempt to regulate language use.
-

VERBAL HYGIENE

- Cameron offers a series of case-studies dealing with verbal hygiene: the regulation of 'style' by editors, the teaching of English grammar in schools, the movements for and against so-called 'politically-correct' language and the recent explosion of advice to women on how they can speak more effectively.

COMMUNICATION HYGIENE

- COMMUNICATION HYGIENE – simply put, it is making yourself easy and pleasant to contact.



Example: Sally is delighted with her new boyfriend! He has excellent communication hygiene because he calls if he needs to arrive late, answers text messages within a few hours and after each date tells her that he would like to see her again.

COMMUNICATIVE HYGIENE

- **'Communicative hygiene'** to include two broad components:
 1. How is hygiene practised? What is the nature of communication regarding hygienic/unhygienic practices? Are the messages articulated clearly?
 2. How do various key players (healthcare professionals, policy makers, administrators and patients and the public more generally) communicate their attitudes towards hygiene?

1. How is hygiene practised? What is the nature of communication regarding hygienic/unhygienic practices? Are the messages articulated clearly?

- These questions require designing observational studies, including ethnographic fieldwork of everyday practice; documents analysis focusing on textual, multimodal dimensions of communication and their potential uptake (how actions and agencies are explicitly/implicitly formulated).

COMMUNICATIVE HYGIENE

- **The content and relationship levels of communication:** 'any communication implies a commitment and thereby defines the relationship'. (Watzlawick, Beavin and Jackson 1967: 51)
 - [...] relationships are only rarely defined deliberately or with full awareness... the more spontaneous and **"healthy"** a relationship, the more the relationship aspect of communication recedes into the background. Conversely, **"sick"** relationships are characterised by a constant struggle about the nature of the relationship, with the content aspect of communication becoming less and less important. (p.52)
-

WASTE MANAGEMENT

- The everyday practice of communicative hygiene
- Waste (mis)management is a paramount problem.
- Consider an example



STOP

WASTE MANAGEMENT: The Role of Every Employee

Waste management includes the proper handling and disposal of waste materials. To meet federal guidelines designed to keep the environment safe, Yale-New Haven Hospital must adhere to specific requirements for the disposal of red bag, pharmaceutical and confidential waste. These must be transported differently and stored separately from regular garbage. They are also more expensive to dispose of than everyday trash, so it's important to place only the required items into the various containers, bins and bags.

You play an essential role in the success of our waste management program. Please become familiar with this information and follow these regulatory guidelines for proper waste management.

Blue Recycling Bins

- Plastics (Example: sterile and non-sterile water bottles, clean basins)
- Metal (Example: soda and soup cans, aluminum foil)
- Glass
- Nonconfidential Paper (Example: newspapers, magazines, folders)

No food items or material with food residue should be placed in these bins. Also, no Styrofoam, gloves or plastic films. Recyclable material needs to be clean.

Confidential Paper Bins

- All paper that contains protected health information, confidential employee or confidential business-related material

Black Bins - Hazardous Pharmaceutical

- Medications and IV bags that are labeled "Hazardous Pharmaceutical Waste" or "Dispose in Black Bin" (pooled with Pyma machine)
- If a medication comes to the floor in a plastic bag labeled "Hazardous Pharmaceutical Waste," it should be placed back into that bag, sealed and placed in the black bin for disposal.

Red Bags

- Items that are saturated with blood or wound draining and/or other body fluids, such as blood components, cerebrospinal, pleural, peritoneal and pericardial fluids, semen and vaginal secretions
- Any container with bulk blood or body fluids
- Bloody suction canisters
- Hemovac, Jilview or wound drains
- Blood transfusion tubing and bag
- Chest tubes

Make sure there is no dripping of medical waste while transporting red bags to the dirty utility room. Use smaller red bags to contain and transport medical waste from point of generation (patient room or bedside) to a centralized red bag container. ***Feces, urine, vomit, sputum, sweat and tears are not disposed of in red bags unless there are visible signs of blood.**

White Bins - Nonhazardous Pharmaceutical

- All general medications, except narcotics and those medications found in a plastic bag labeled "Non-hazardous Pharmaceutical Waste."
- Non-hazardous medications found within IV bags. If a large amount of liquid is present, place in a secondary, sealable bag before disposing of it in a white bin, to prevent leaking.

Clear Bags

Use clear or regular trash bags to dispose of items not dripping or saturated with blood and/or body fluids, including:

- Dressings
- Gloves
- Droplets
- Disposable gowns
- IV bags
- Paper towels
- Food waste and packaging
- Sterile wrappers
- Diapers
- Foley catheters and Foley bags with no visible blood
- Feces, urine, vomit, sputum, sweat and tears with no visible signs of blood

Sharps Containers

- Needles
- Disposable instruments
- Syringes with or without a needle
- Guide wires
- Scalpel blades
- Lancets
- Skin staples
- Broken or unbroken glass contaminated with blood or body fluid
- Trocars

Blue Bags - Linen

Use blue plastic bags for all linen. Linen should not be thrown away, as it can be laundered.

Yellow Bins

Chemo waste requires separate handling. Yellow bins should be used for chemo disposed with no residue.

YALE-NEW HAVEN HOSPITAL

Counting on You

By properly disposing of waste, you're helping to keep our patients, fellow employees and environment safe. If you have questions about our waste management program, please contact Bob Frankel, director of Environmental Services, at robert.frankel@ynh.org or visit www.ynh.org/sustainability.

WASHING HANDS

- How messages about communicative hygiene travel (constructing joint responsibility)



COMMUNICATIVE HYGIENE

- SARS study (Ibrahim 2004): how communication (information +/- advice) was achieved during the outbreak of SARS in 2003 – following two global health alerts issued by WHO (12th March & 15th March 2003).
 - Study sites: Government web-based communication in China, Singapore and Canada
 - How messages (information vs. advice; generic vs. specific) were targeted at low risk vs. high risk populations in culture-sensitive ways.
-

Advice for the Low Risk Group (Generic)

Wash Your Hands

- Regularly and thoroughly with soap and water
 - Before and after preparing food
 - After going to the toilet
 - Before and after eating
 - After blowing your nose
 - After coughing or sneezing.
-

COMMUNICATIVE HYGIENE

Advice for the Low Risk Group (Generic)

- An appeal to personal and social responsibilities

It is important to know the symptoms and risk factors of SARS, so you can minimize your risk.

Our society depends on everyone working together...The following precautions will help to..., not only you and your family but also for others.

Table 1: Sub-categories of Advice
for the Low Risk Group

	China	Singapore	Canada	Total
Specific	0	12	2	14
Generic	9	16	2	27
Total lines	9	28	4	41

HEALTH SCARE & THE MASS MEDIA



HEALTH SCARE & THE MASS MEDIA

- Health scare: is it inaccurate/sensational reporting or is it a move towards prevention/spread of disease (e.g., bird flu, swine flu, foot and mouth)
- Packaging of information and advice (e.g., SARS [severe acute respiratory syndrome]; swine flu; MMR vaccine)
- Use of metaphors: invasion/war; pollution; economics; sports; religion; crime etc.
- Aspects of blame/responsibility/accountability

THE KILLER BUG

The killer bug: How the newspapers reported the spread of the killer bug (25 May 1994):

- Independent: Killer bug may become even more virulent
- Sun: CURSE OF THE KILLER VIRUS
New Mum is Victim Number 9 of deadly flesh bug
It devours in 1 hour flat
- Today: Horror Bug kills a new mum in hospital
- Guardian: Sixth killer bug death reported
Return of the killer bug
- Daily telegraph: Flesh-eating bug claims sixth victim after 'complete cure'
- Daily Mirror: Doc who discovered flesh-eating bug warns Britain: 'DITHER AND YOU DIE'
- Daily Express: Squad to Beat Killer Bug

[source: Gwyn 2002:112]

THE KILLER BUG

- The label itself 'killer bug'
- killer-victim relationship
- Nominal categorisation of victims (victim no. 9; sixth killer bug death)
- 'Squad' needed to tackle the 'killer bug'
- The futility of medical intervention (after 'complete cure')
- The moral crusade: 'curse of the killer bug'; 'dither and you die'

2. How do various key players (healthcare professionals, policy makers, administrators and patients and the public more generally) communicate their attitudes towards hygiene?

- These questions require study designs based on interviews, questionnaires, letters of complaints etc focusing on 'accounts analysis' (how excuses and justifications are offered vis-à-vis intentionality and responsibility).
 - From 'moral responsibility' to 'causal responsibility' – what one could do to avoid a future state of affairs (i.e. risk to patient safety).
-

CONCLUSION

- **The proceduralisation of the profession'** (Schön 1987: 227) – defined as 'attempts to reduce professional practice to a set of absolutely clear, precise, implementable procedures, coupled with controls designed to enforce them and eliminate surprise'.

COMMUNICATION BASED REFLECTIONS/REFLEXIVITY

- Disciplined description as the missing link between observation and reflection.
- Creating safety by strengthening clinician's capacity for reflexivity' (Iedema 2011)
- Creating transformative learning opportunities as part of the delivery of a video-based intervention (Collins and James 2011)

COMMUNICATION BASED REFLECTIONS/REFLEXIVITY

- Beyond awareness raising.
- Communication based research findings (regarding practice of hygiene and attitudes towards hygiene) to form an evidential basis for 'reflection in' and 'reflection on' practice – leading to 'reflexivity' and behaviour change.



Communicative hygiene in professional practice: Sociological perspectives on the taboo of hygiene communication

Presentation for the thematic day at SSI, May 5th 2014

Betina Verwohlt

Sociological perspectives on:

- The field of communication (hand hygiene)
- The method of communication

afholdt d. 5. maj 2014

The field of communication: The success of the hygiene revolution



Portrait of a woman was taken
while she was sneezing (1900)

The field of communication: The success of the hygiene revolution



Portrait of a woman was taken
while she was sneezing (1900)

Do we face other obstacles when communicating the hygiene message today?

The field of communication:

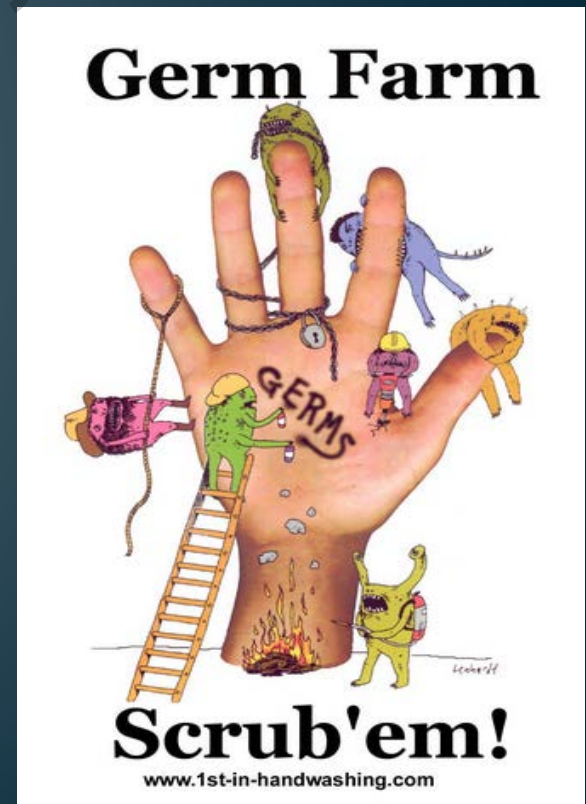
The profane world and new taboos

- In parallel to the hygiene revolution we have also witnessed a secularization of society → Change in taboos.
- Douglas: When the majority of the population no longer views themselves from a religious lens (ontology) it no longer makes sense to govern the spirit. The main area of government changes from the spirit to the body. Hence, bad hygiene becomes dangerous and taboo since it threatens the ideal of the clean and healthy body.

Type of perception	Holy	Profane
Perception of human beings	Consisting of body, mind and spirit	Consisting of body and mind
Pathology	Perceived as sin	Perceived as disease
Area of government	The spirit (salvation and the after-life)	The body (a long and healthy life)
Key professionals	Priests	Health professionals

The field of communication: Medical perception of the unclean

- Health is increasingly perceived as an ethical and moral obligation and the source from which personality and character is being measured.
- Being unhygienic is associated with being sloppy and messy, thus, there is a lot of symbolism associated with hygiene.



The method of communication: Guidelines

- "If uncleanness is matter of out of place, we must approach it through order" (Douglas 1966:41).

afholdt d. 5. maj 2017

The method of communication

- Neo liberal communication form: Addresses the rational citizen/health professional who is assumed to act better when he/she knows better.
- Does not account for any taboos in the area.



(De officielle kostråd, Fødevarestyrelsen)

The method of communication: Guidelines

- Guidelines; an example of neo liberal communication form.
- Guidelines are one tool but in order to communicate hygiene we must also address the social context (taboos, time pressure, placement of the guidelines etc.)



The method of communication:

Can we communicate hygiene in a better way?

- Can we articulate the taboo to lift it?
- Communicate from the 'general staff' as well as from the appointed 'key persons'?
- Include more explanation for each guideline?
- Show the potential problems instead of just telling about them?

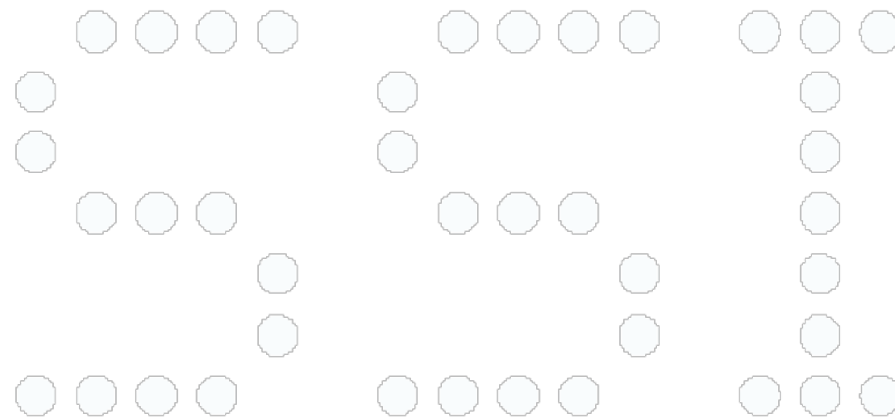


- Hvilke muligheder har vi for observation og tilbagemelding?

Fx

- Kan erfaringer med observation og tilbagemelding på håndhygiejne audit overføres til observation af tilrettelæggelse og brug af værnemidler?
- Hvordan taler vi om det – giver tilbagemelding – valg af ord..

Afholdt d. 5. maj 2014



At initierer forandring – en ledelsesopgave

”Generelle infektionshygiejniske retningslinjer -
Hvordan bliver vi bedre til det?”

Temamøde CEI
5 maj 2014

- Bettina Lundgren, centerdirektør, dr. med.
- Diagnostisk Center
- Rigshospitalet

Ledelses niveauer

- Politisk ledelse
- Top ledelse
- Klinik / afdeling / afsnit – ledelse
- Faglig ledelse



”Behandlingen skal være sikker for patienterne”

- **Kvalitetshandlingsplan 2010-2013**
- *”Hospitalserhvervede infektioner reduceres med 50 %”*

- 10% - 50% reduktion ved forebyggende tiltag
 - Besparelserne: 60-200 mio. kr. om året
i Region Hovedstaden

Nyt fra Task Force

- Halvering af infektioner

april 2014

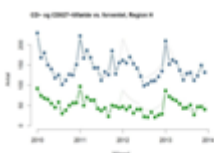
Nyt fra Task Force - Halvering af Infektioner formidler data og nyheder fra overvågning og indsatser til forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner i Region Hovedstaden



VAP i Region Hovedstaden 2013

Der var i alt 26 tilfælde af respiratorrelateret lungebetændelse (VAP) hos patienter på de intensive afdelinger i Region Hovedstaden i 2013 og alle afdelinger lever op til målsætningen om færre en 5 VAP pr. 1.000 respiratorordage.

[LÆS MERE HER](#) ➔



Clostridium difficile i Region Hovedstaden 2013

I 2013 var der i alt 1.939 nye patienter, der fik påvist tarmbakterien Clostridium difficile på hospitaler og hos praktiserende læger i Region Hovedstaden.

[LÆS MERE HER](#) ➔



Nye data - April 2014

Nye tilfælde af MRSA på hospitalerne og hos praktiserende læger frem til februar 2014 er opgjort. De månedlige data for tilfælde af Clostridium difficile og vancomycinresistent Enterococcus faecium frem til marts 2014 er opdateret. De intensive afdelinger på Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital og Gentofte Hospital har fået opdateret VAP-data for 1. kvartal 2014.

[LÆS MERE HER](#) ➔

- Nyhedsbrev
 - Nyheder
 - Indsatsområder
 - Datafortolkning
-
- **Hjemmeside:**
 - Data (hver måned)
 - Baggrund
 - Vidensdeling

Ja – hospitalserhvervede infektioner kan halveres

”Task-force” for halvering af hospitalserhvervede infektioner

- 5/10 afdelinger har halveret VAP
- Antallet af patienter med CD 027 er faldet med 77 % på Herlev Hospital
- Halvering af *Clostridium difficile* 027 på Bornholm hospital
- 28 procent færre patienter i Region Hovedstaden får *Clostridium difficile* 027

”Sæt det rigtige hold”

- **Task Force Steering committee:**

- Bettina Lundgren¹, Christian Østergaard Andersen², Jens Otto Jarløv³, Helle Krogh Johansen¹, Jan Utzon⁴, Monika Madsen⁴, Jacob Anhøj¹, Jenny Dahl Knudsen², Rie Mikkelsen², Christian von Plessen⁶, Annabel Krarup², Bente Olesen⁴

- **Bacteremia working group:**

- Christian Østergaard Andersen², Jenny Dahl Knudsen², Magnus Arpi⁴, Mette Pinholt⁴, Michael Tvede¹, Claus Moser¹, Ann Filippa Madsen⁴, Steen Rasmussen²

- **Ventilator associated pneumonia (VAP) working group:**

- Jakob Steen Andersen¹, Inger Gillesberg³, Morten Steensen¹, Asger Petersen⁵, Dorte Buhl⁴, Joakim Bay Simonsen¹

- **Central Venous Catheter (CVC)-related infection working group:**

- Jens Otto Jarløv⁴, Mette Østergaard⁶, Torben Callesen⁴, Jakob Steen Andersen¹, Leif Percival Andersen¹, Lisbeth Kyndi Bergen¹

- **Surgical Site Infection (SSI) working group:**

- Annabel Krarup², Ole Michael Nielsen¹, Nini Møller⁶, Anne-Marie Thye⁶

- **MRSA working group:**

- Henrik Westh², Ina Sleimann Petersen⁴, Heidi Meiniche², Mette Bartels², Kirsten Kristoffersen², Helle Neustrup¹, Steen Rasmussen²

- **Clostridium difficile working group:**

- Bente Olsen⁴, Michael Tvede¹, Jette Bangsborg², Søren Thorsen⁶, Anne Lester², Marie Stangerup⁵, Jette Nygaard Jensen⁴

- **Antibiotic consumption & bacterial resistance working group:**

- Jenny Dahl Knudsen², Magnus Arpi⁴, Stig Ejdrup Andersen⁵, Helle Krogh Johansen¹, Barbara Holzknacht⁴, Dennis Schrøder Hansen⁴, Jannik Helweg-Larsen¹, Jette Houliind⁸, Jonas Boel⁴, Thor Schmidt⁹, Jette Nygaard Jensen⁴

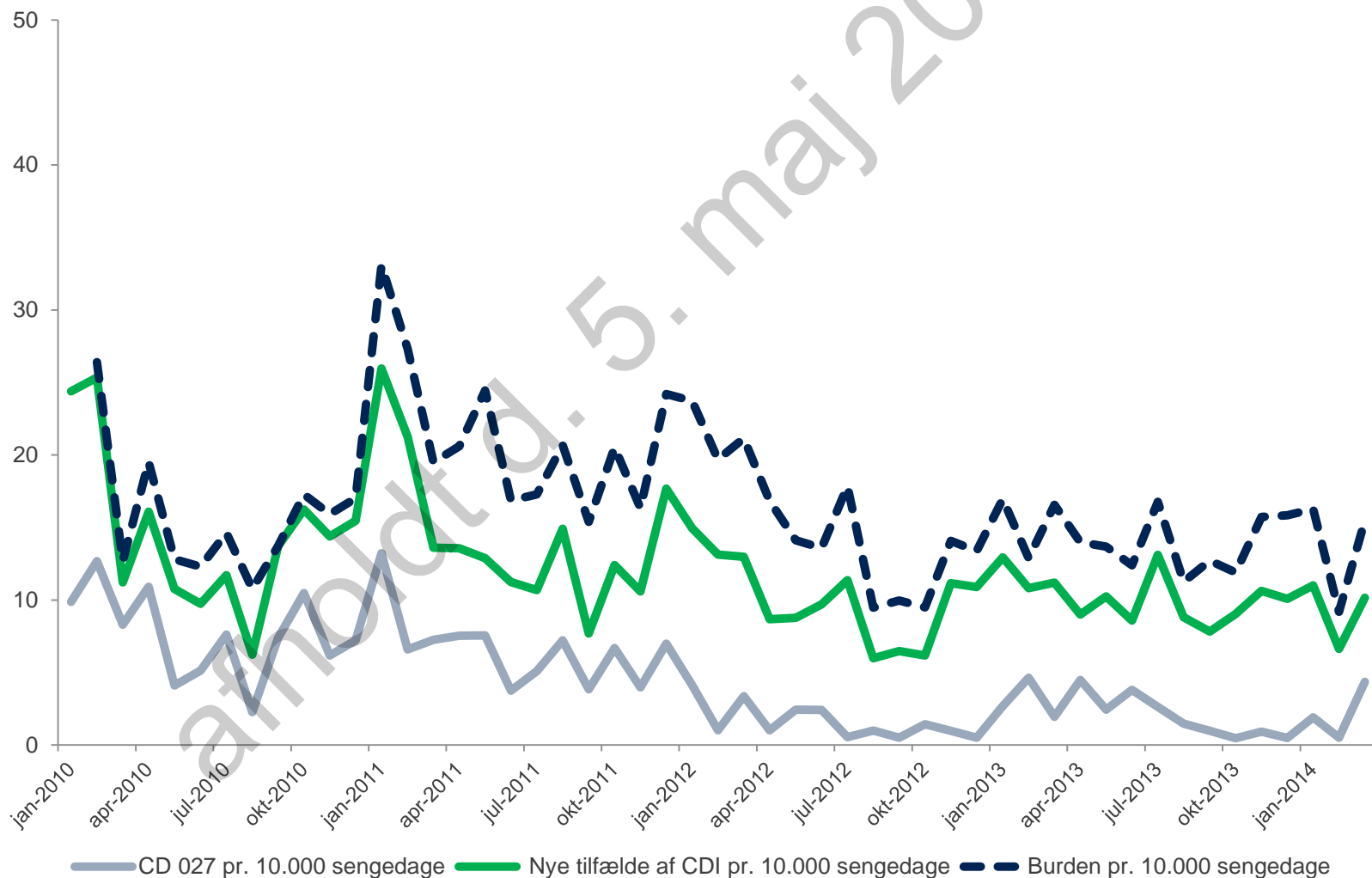
- **Urinary Tract Infection (UTI) working group:**

- Niels Frimodt-Møller², Jørgen Balslev Jørgensen⁷, Dina Cortes², Leif Percival Andersen¹, Helle Neustrup¹, Steen Rasmussen²

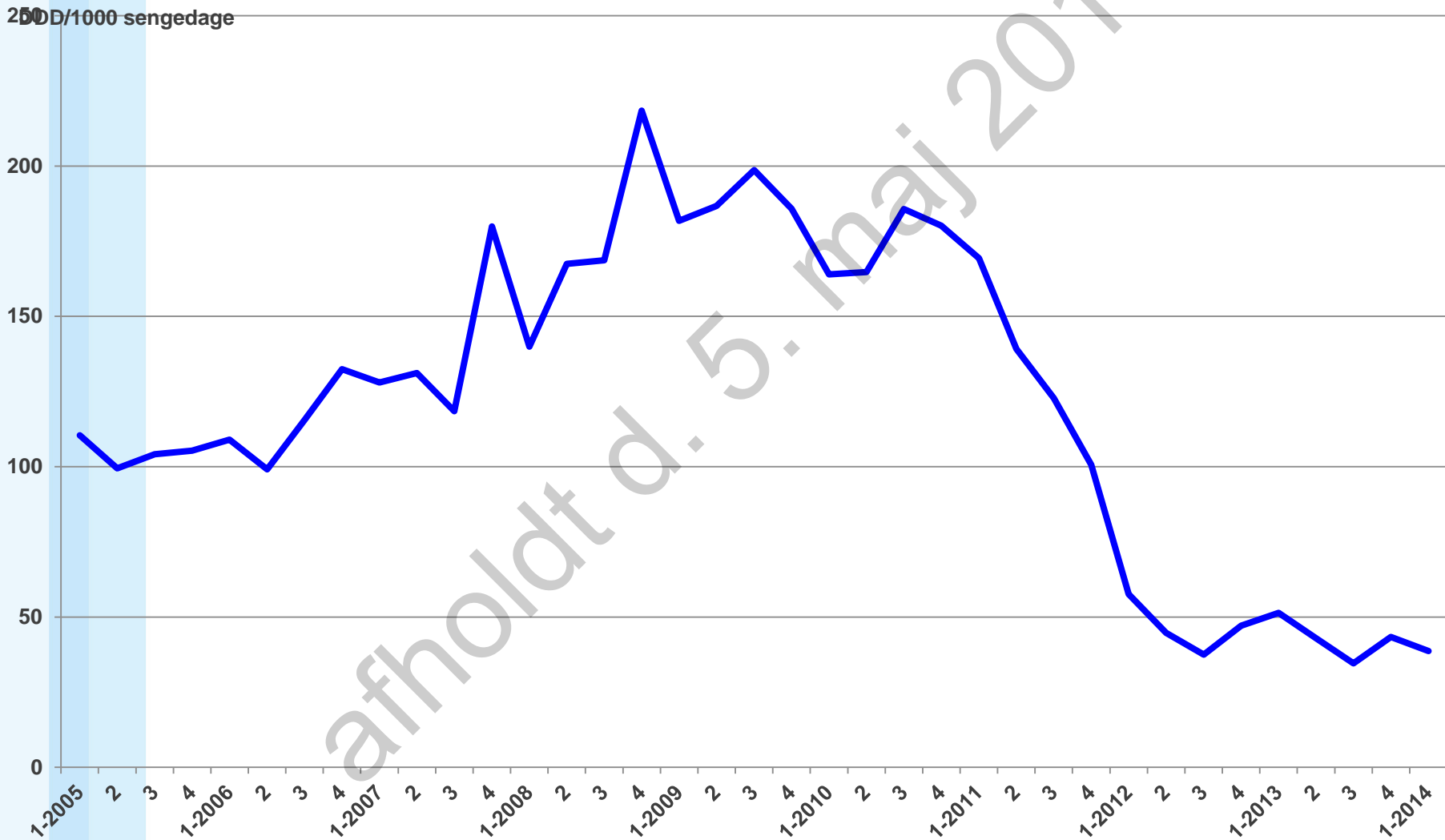
- **Hospitals in the Capital Region of Denmark:**

- 1. Rigshospitalet, 2. Hvidovre Hospital, 3. Herlev Hospital, 4. KPUK, 5. Bispebjerg Hospital, 6. Nordsjællands Hospital, 7. Gentofte Hospital, 8. Frederiksberg Hospital, 9. IMT

Nye tilfælde af *Clostridium difficile*, *Clostridium difficile* 027 og
Clostridium difficile-burden pr. 10.000 sengedage
Herlev Hospital



Cefalosporinforbrug på Herlev Hospital 2005-14 (jan)

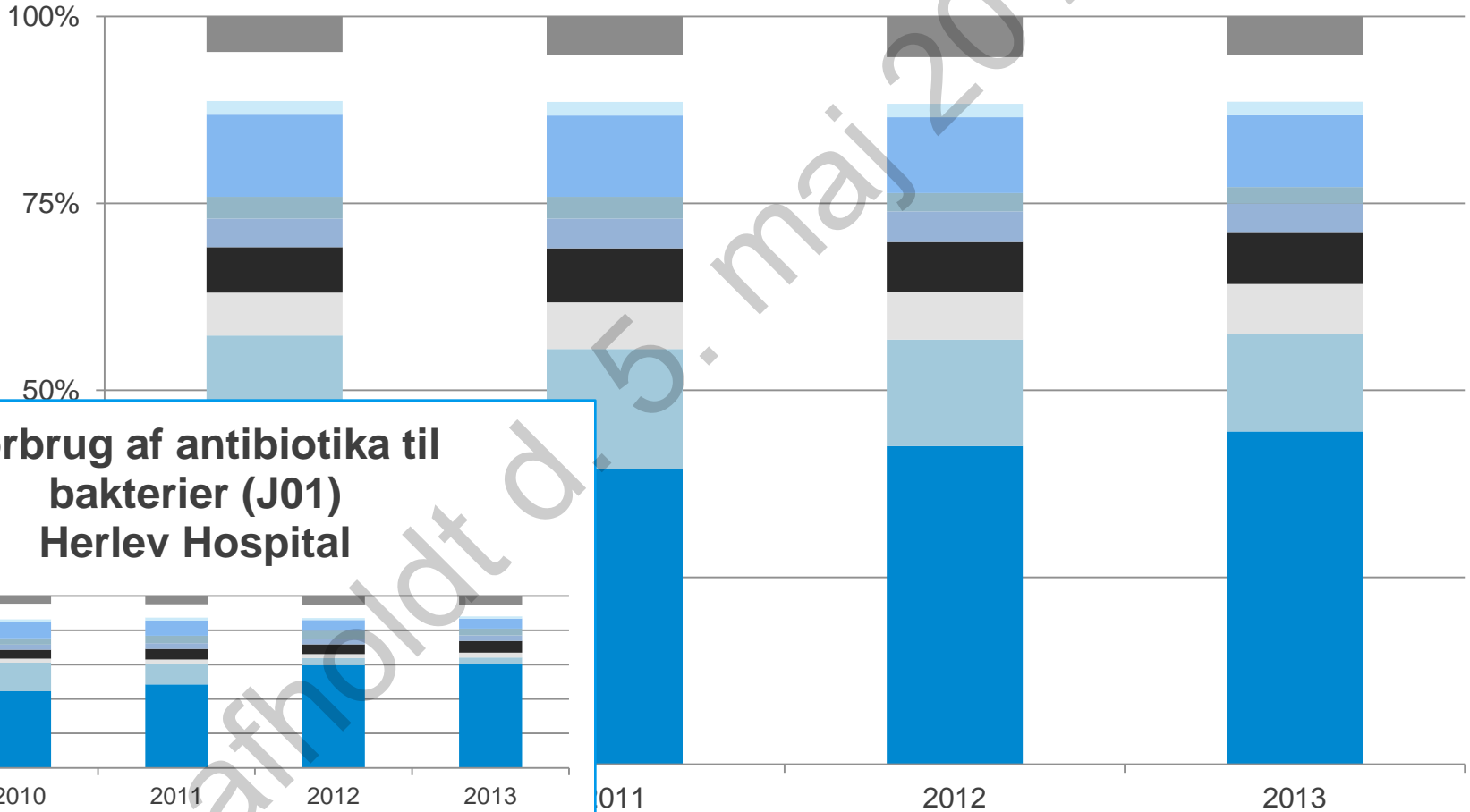




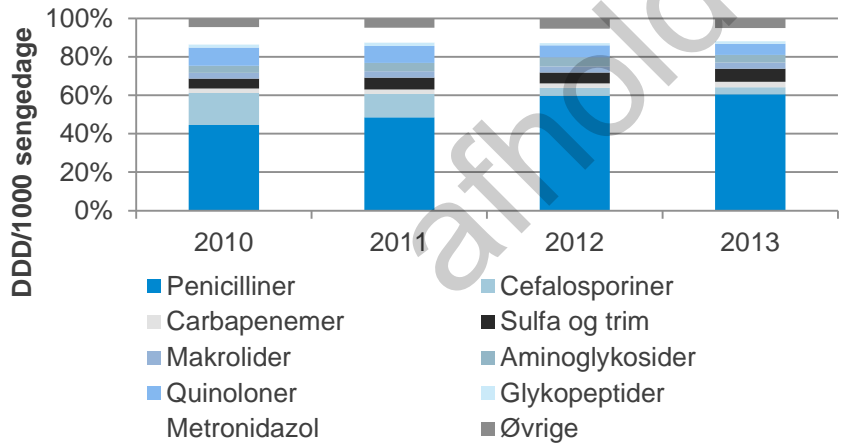
Rigshospitalet

"Task Force" Halvering af infektioner
Antibiotika og resistens

Forbrug af antibiotika til bakterier (J01) Region Hovedstaden



Forbrug af antibiotika til bakterier (J01) Herlev Hospital



Data: Magnus Arpi, Jens Otto Jarløv

**▼ Personaletilbud**

Nyheder og arrangementer

▼ Influenzavaccination

- ▶ Bestil en influenzaekspert
- ▶ Hvorfor bliver du vaccineret?
- ▶ Fakta om influenza vaccination
- ▶ Årets influenzaudbrud
- ▶ Rabatordninger og feriehuse
- ▶ Transport til arbejde
- ▶ Kultur
- ▶ Motion og hold
- ▶ BørneRiget

Personaletilbud > Influenzavaccination

GRATIS INFLUENZAVACCINATION**Beskyt dine patienter og dig selv****- få en gratis influenzavaccination**

Hvert år inden influenzasæsonen tilbyder Rigshospitalet gratis influenzavaccination til alle medarbejdere.

Hvis du er i tvivl, om du vil have en influenzavaccination, kan du få svar på dine spørgsmål på disse sider.

Mere information om gratis influenzavaccination 2014 kommer til efteråret.

MYTER OG SPØRGSMALE**Fakta om Influenzavaccination**

Har du spørgsmål om influenzavaccination kan du få svar her.

VOXPOP**Hvorfor bliver du vaccineret?**

"Jeg bliver vaccineret for at skåne vores mange immundefekte patienter".
Lars Kjeldsen, Klinikchef,
Hæmatologisk Klinik

**KONTAKT**

Rigshospitalets
influenzaudvalg v/ IHU

Telefon: 5-5762

**NYT FRA
INFLUENZAUDVALGET**

14/02/2014
Antallet af medarbejdere der er influenzavaccineret er steget markant i forhold til tidligere år

20/11/2013
Antallet af medarbejdere, der er influenzavaccineret er fordoblet

12/11/2013
Mere end 800 har besøgt influenzaboden - du kan stadig nå det

5/11/2013
Vaccinationsboden ved kantine er en succes (billeder)

4/11/2013
200 vaccinationer på første dag (billeder)

KVIKHJÆLP

Hjertestop » 5-2222
Livstruende blødninger 5-2037
Brand » 112 + 5-3322
Uro » 5-2411
Beredskab »

INFLUENZAVACCINATION**Har du fået
influenza-
vaccination i
2013?**

Ja

47%

Nej

53%

[See Dashboard »](#)Powered by **micropoll**

Free online surveys

Jeg bliver vaccineret hvert år, fordi jeg simpelthen ikke har tid til at blive syg.



Johnny Madelung
Chefradiograf
Radiologisk Klinik

Jeg omgås mange immundefekte patienter i min hverdag, som jeg ikke vil smitte. Derudover er jeg blevet 65 år og har derfor øget risiko ved en influenzavirus.



Peter Skinhøj
Klinikchef, professor, dr. med.
Klinik for Infektionsmedicin
og Reumatologi

Jeg bliver vaccineret mod influenza af to årsager. For det første fordi, jeg vil gøre mit for at skåne patienterne, mange af Rigshospitalets patienter er særligt modtagelige, så vi skal passe ekstra på især på intensivafdelingerne. Men vil også gerne selv undgå at blive syg.



Jan Bonde
Klinikchef, overlæge,
dr. med.
Intensiv Terapiklinikken

Som formand for Rigshospitalets infektionshygiejneudvalg bliver jeg selvfølgelig vaccineret mod influenza. Vi må som medarbejdere gøre, hvad vi kan for at forebygge, at vore patienter bliver smittet på hospitalet.



Bettina Lundgren
Centerdirektør
Diagnostisk Center

Vores patienter er alvorligt immundefekte, blandt andet på grund af den behandling de får. Vi har eksempler på patienter, som har fået influenza, og det kan altså have en dødelig udgang. Så jeg bliver vaccineret for at beskytte patienterne.



Lars Kjeldsen
Klinikchef, læge, dr. med.
Hæmatologisk Klinik

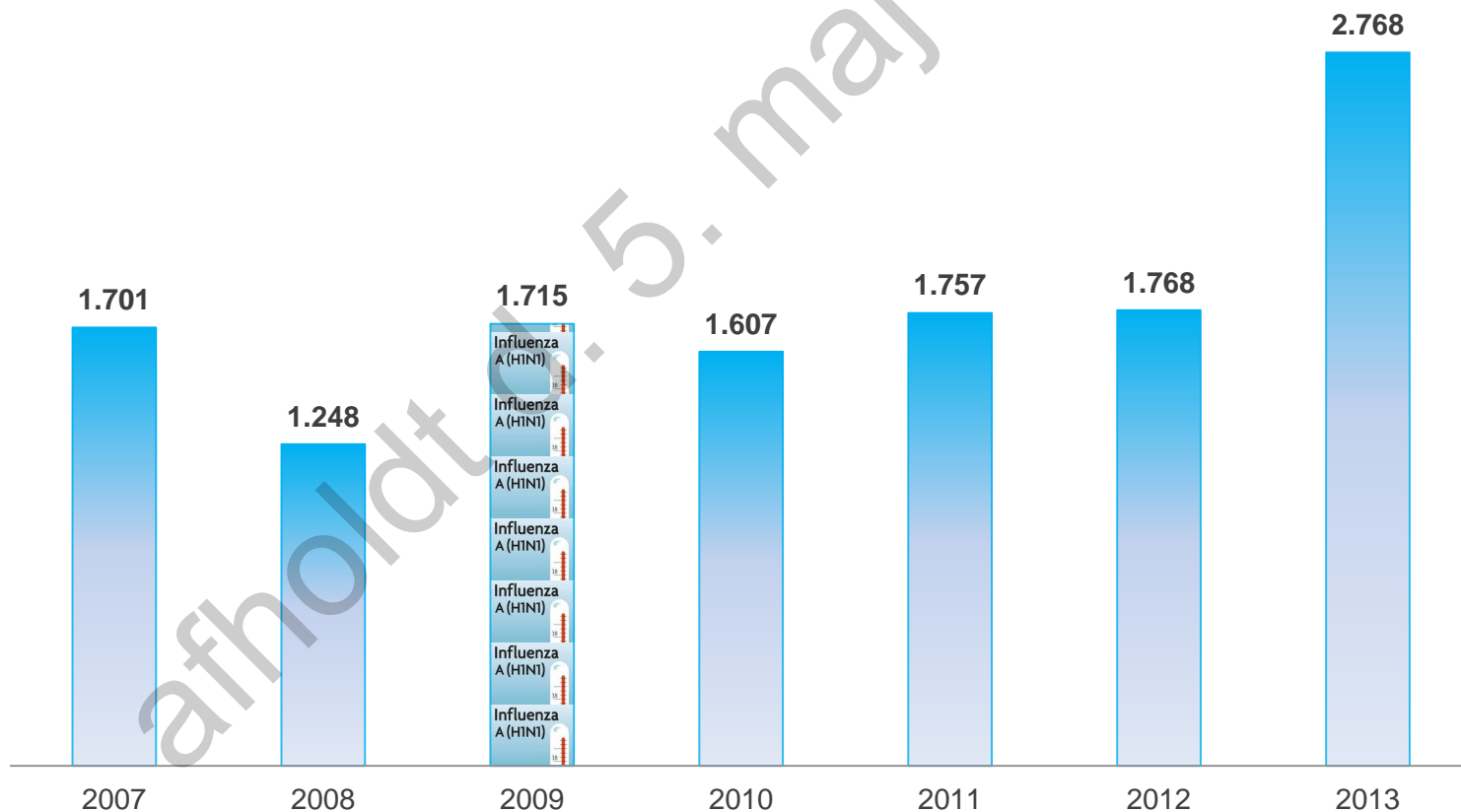
Jeg skal helt sikkert have influenzavaccination igen i år. Jeg blev vaccineret sidste år og havde – modsat en del andre – en sygdomsfri jul. Jeg blev også vaccineret mens jeg var gravid, og det gjorde mig tryk.



Camille Aulkjær Andersen
Kommunikationsmedarbejder
Kommunikationsafdelingen

Inflenzavaccinationskampagne 2013

Årligt forbrug af influenzavaccine (DDD) på
Rigshospitalet 2007-2013



At initierer forandring

- Faglig mening
- Synlige data
- Ledelse
- Prioritering
- Forbedrings kultur

STOP!
SMITTEN





Nøglepersoner i infektionshygiejne –implementering af infektionshygiejniske retningslinjer og udfordringer / Hygiejnesygeplejerske Sussie Berg Mathiesen

Region Sjælland





- Siden 2009 har sygehusledelserne i Region Sjælland i samråd med IHE indført nøglepersoner i infektionshygiejne (NP) svarende til ca **290 personer**
- Nøglepersonerne refererer til afdelingsledelsen i egen afdeling, og fungerer samtidigt som **bindeled** mellem IHE og afsnits- og afdelingsledelsen

Formål:

- Støtte ledelsessystemet med implementering, fastholdelse og løbende kvalitetsudvikling indenfor det infektionshygiejniske område.





- En kompetent og respekteret medarbejder med dokumenteret uddannelse, praktisk erfaring og interesse for infektionshygiejne
- Alle faggrupper
 - Fordele
 - Ulemper



Afholdt d. 5. maj 2014



- Uddannelsen til NP foregår i regionalt regi, og følger de nationale anbefalinger fra Statens Serum Institut
- I Region Sjælland varetages uddannelsen af IHE i samarbejde med Center for Uddannelse og Kompetence



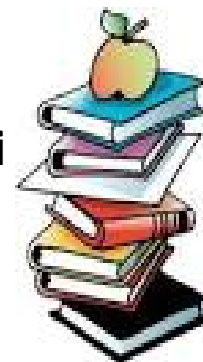
STATENS
SERUM
INSTITUT

The logo for Sundhedsstyrelsen, featuring a crown icon above the text "Sundhedsstyrelsen" in white on a black background.





- Tre dages problembaseret undervisning
 - NPs betydning i det infektionshygiejniske forebyggende arbejde
 - Gennemgang af funktionsbeskrivelse
 - Hygiejneorganisationens opbygning – deres rolle
 - Infektionshygiejne
 - Mikrobiologi
 - Infektionsepidemiologi
 - Overvågning og registrering - prævalens
 - Patientsikkerhed, DDKM, kommunikation, adfærdsteori





- Uddannelsen afsluttes med en teoretisk behandling af en infektionshygiejnisk problemstilling fra egen afdeling,
 - Fremlægges både skriftligt og mundtligt

Forløbet afsluttes med individuel bedømmelse, samt udstedelse af kompetencebevis

- Sigtet er, at nøglepersonen opnår viden og handlekompetence for selvstændigt at kunne indgå i komplekse infektionshygiejniske situationer, og mestre disse ud fra en fagprofessionel tilgang
- Ingen formaliseret efteruddannelse



- Mulighed for sparring med hygiejnesygeplejersken
- Understøttelse af NP ved at hygiejnesygeplejersken deltager i personalemøder, undervisning, audits etc.
- Netværksmøder 2 x årligt på regionens 8 matrikler
 - Møderne er af 2-3 timers varighed
 - Opdatering af viden drøftelse af aktuelle problemstillinger herunder implementering af de infektionshygiejniske retningslinjer, dialog om aktuelle udfordringer, undervisning
- Specialeopdelte temamøder på tværs i regionen fx endoskopiafsnit, intensivafsnit
- Understøttelse af NP netværk





Nøglepersoners udtalelser om deres funktion

Netværksmøder

Spørgeskemaundersøgelse på 3 sygehuse

Egen diplomopgave

Afholdt d. 15. maj 2014



- Rollemodeller
- Oplever sig som ressourcepersoner
- Glæde og stolthed forbundet med funktionen
- God opbakning fra både ledelse og kollegaer
- Glade for at samarbejde med kollegaer/kvalitetsmedarbejder i samme afdeling
- God kontakt med IHE
- Opbygning af interne netværk - sparring

Afholdt d. 16. maj 2014



- Manglende opbakning fra afdelingsledelse/ afsnitsledelse
- Mangler tid og rum til blandt andet mødeaktiviteter fx deltagelse i netværksmøder
- Mangler ledelsesmæssig og kollegial tilbagemelding på deres opgaver og funktion i afdelingen
- Der mangler tid i dagligdagen til at holde sig ajour med dokumentstyringssystemet - D4
- Manglende tid til at følge op på ændringer i infektionshygiejniske retningslinjer
- Hygiejnedage aflyses pga. travlhed i afdelingen eller nedprioriteres - venstrehåndsarbejde
- Skuffelse over at arbejdet ikke sidestilles med hvervet som fx arbejdsmiljø- eller tillidsrepræsentant = afsættelse af den fornødne tid



- Flere nøglepersoner har forladt deres post trods stort engagement
- NP mangler både faglig og økonomisk anerkendelse
- De kommer til kort overfor nogle personalegrupper ex.vis lægerne
- De bliver mødt af kollegaer der optræder afvisende eller nedladende overfor dem - manglende legalisering af deres rolle?
- Trods gentagne ønsker til MUS er det aldrig lykkes at forhandle tid eller rum hjem til funktionen
- Anerkendelse giver oplevelser " som når man roser børnenes tegninger"



- NP er vigtige medspillere i det infektionshygiejniske område
- Ledelsesmæssig opbakning = anerkendelse, tid, funktionen bliver velfungerende - gode rollemodeller
- Funktionen som nøgleperson i infektionshygiejne er ikke fuldt implementeret på sygehusene i Region Sjælland
 - Der er set gentagne brud på de generelle infektionshygiejniske retningslinjer trods massiv pædagogisk indsats
- Strukturelle problemstillinger
 - Uddannelsen er for komprimeret – de mangler pædagogiske værktøjer
 - Nøglepersoners faglige baggrund er en udfordring specielt i mødet med højere uddannede kollegaer – pædagogisk udfordring for IHE
 - Manglende ledelsesopbakning i nogle afdelinger
 - Infektionshygiejne nedprioriteres ved travlhed
 - 2 NP kan styrke funktionen, formidlingsmuligheder og gennemslagskraft

Følgende forslag er sendt til Forretningsudvalget for Infektionshygiejne



REGION
Sjælland



- Nøglepersoner skal forventningsafstemme funktionen som nøgleperson med nærmeste leder bl.a. vedr. tid til varetagelse af funktionen, foreslår at der afsættes ca. 2 timer om ugen i gennemsnit
 - Der skal afsættes tid til, at nøglepersoner kan deltage i netværksmøder 3 timer, 2 gange om året
 - Uddannelsen suppleres med en halvårlig regional opfølgingsdag, som tilrettelægges ud fra nøglepersonernes behov
 - Efteruddannelsen udbydes via Center for Uddannelse og Kompetence
-



Afholdt d. 5. maj 2014



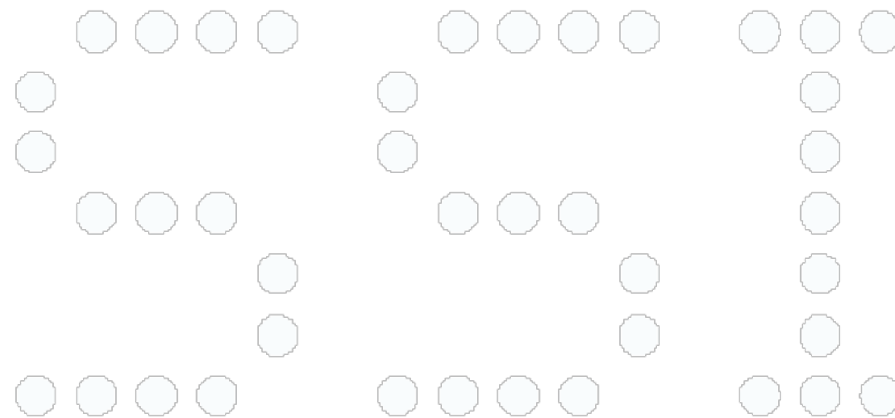
Afholdt d. 5. maj 2014

Tak for opmærksomheden 😊



FÆLLES DEBAT HVORDAN KOMMER VI VIDERE?

Afholdt d. 5. maj 2014



HVORDAN INDSÆTTER MAN EN GAMMEL TEKNOLOGI PÅ EN NY MÅDE?

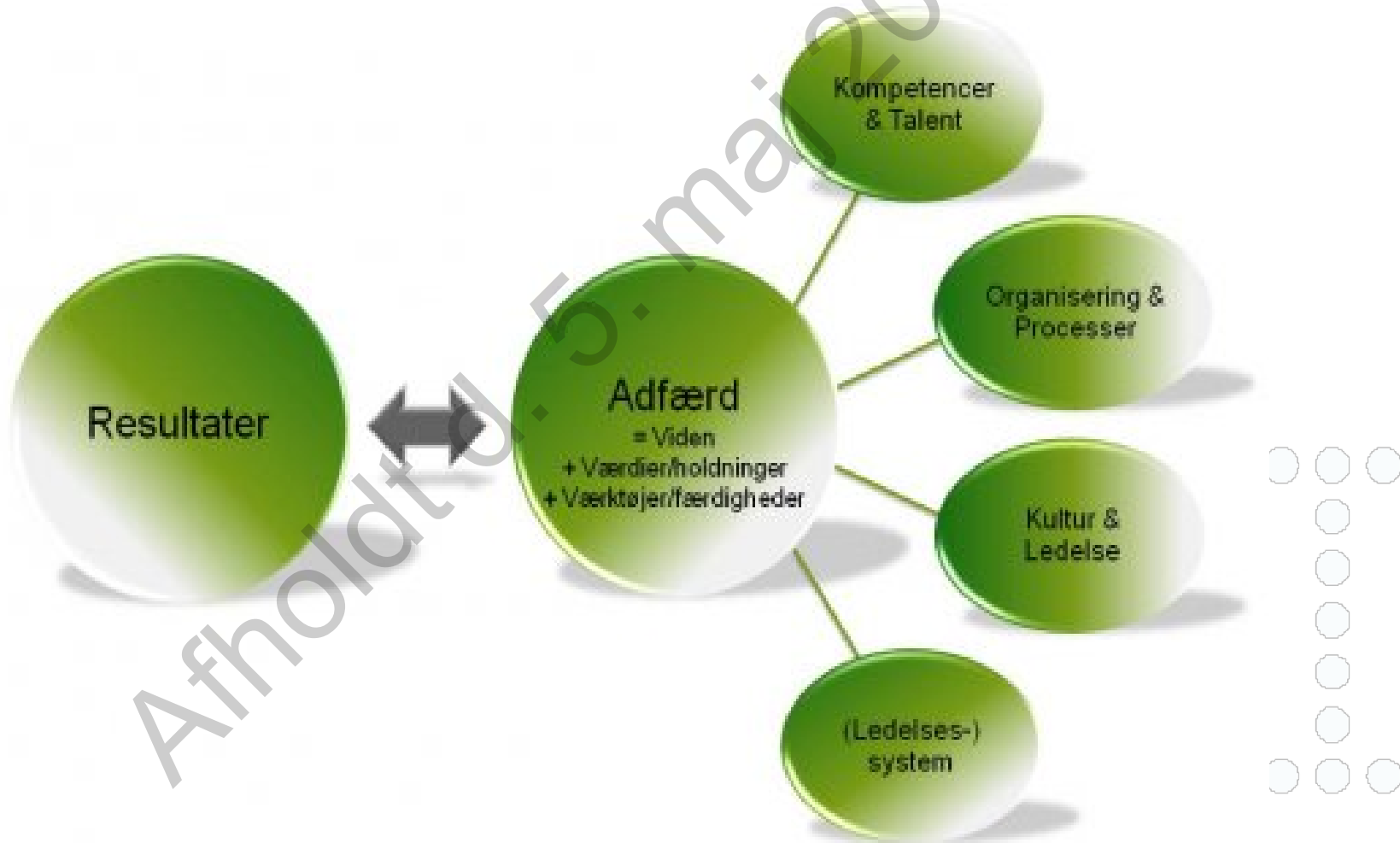
- Hvad skal/kan vi lære af historien?
- Hvilke forudsætninger har personalet for at efterleve de generelle infektionshygiejniske retningslinjer og brugen af værnemidler?
 - Risikovurdering
 - Planlægning
 - Udførelse
 - Værnemidler
- Hvordan bliver vi klogere på dette og hvordan
 - melder vi tilbage
 - underviser
 - implementere og
 - evaluerer?
- Opgaver på nationalt plan?
- Opgaver på lokalt plan?



The rural professional and his cowphone

HVAD PÅVIRKER ADFÆRD?

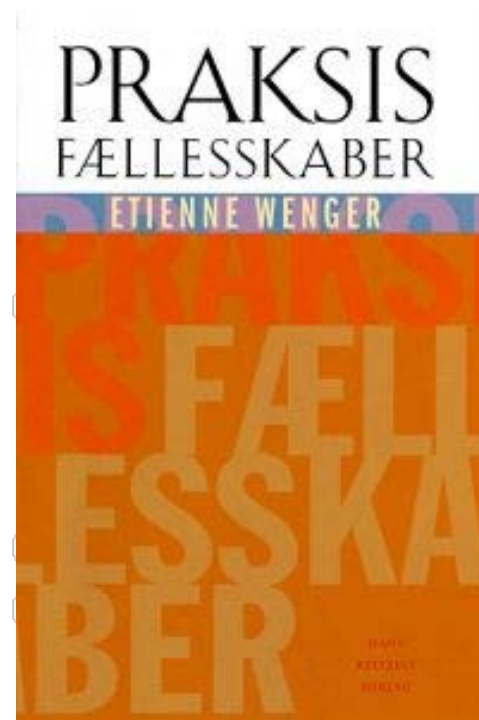
- Krydsfelt mellem naturvidenskab, psykolog og sociolog – og organisationsteori....



- Arenaen for læring og omlæring
- Ikke statiske – men under stadig forandring
- Deltagelse, genkendelse og tingsliggørelse
 - den sociale proces, hvor vi sammen oplever verdenen, og hvor vi forhandler mening

Kendetegnet ved tre dimensioner :

- Gensidigt engagement
- Fælles opgave/virksomhed
- Delt/fælles repertoire



Afholdt d. 5. maj 2014

❖ Gensidigt engagement

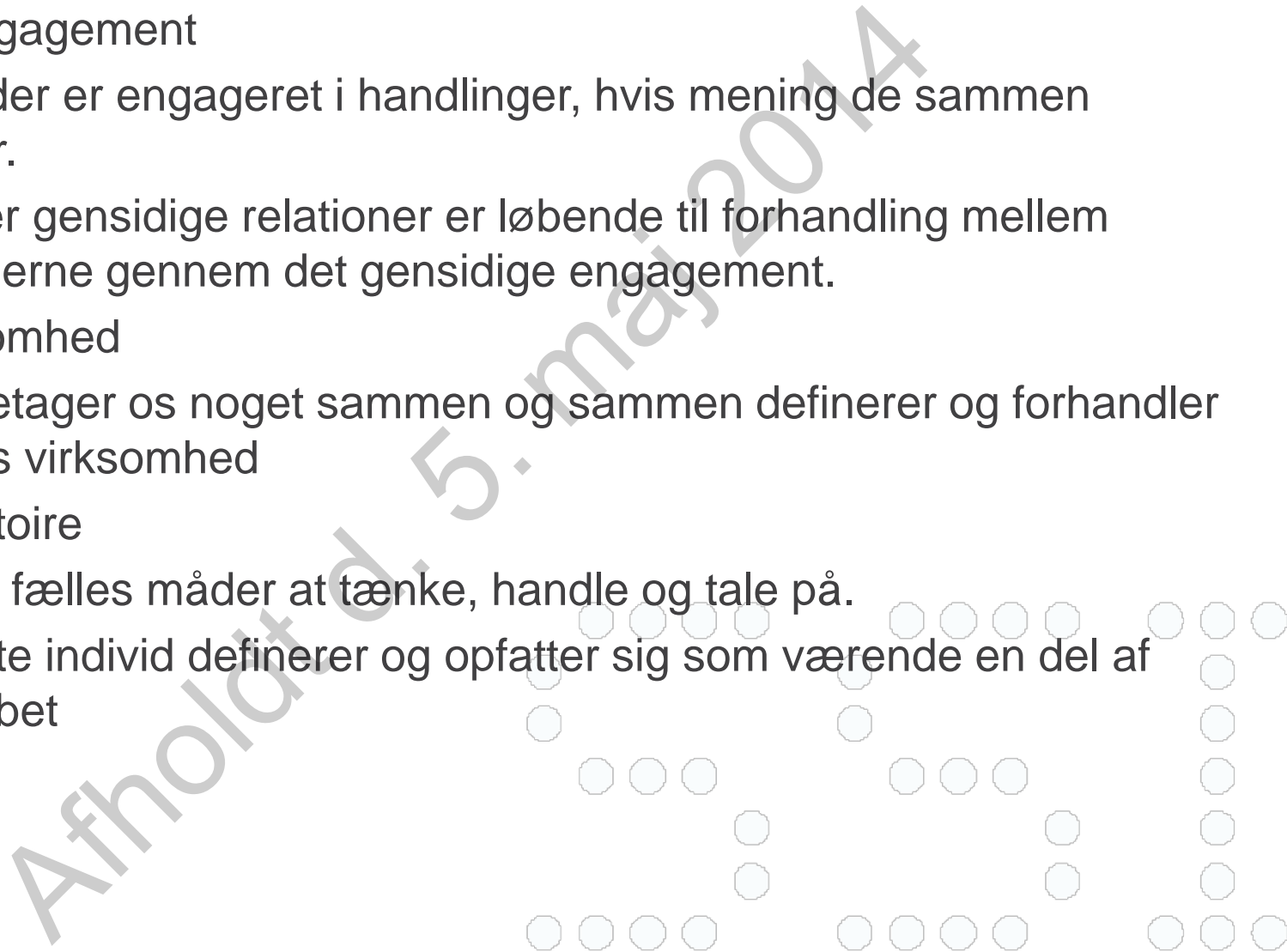
- når individer er engageret i handlinger, hvis mening de sammen forhandler.
- Roller eller gensidige relationer er løbende til forhandling mellem medlemmerne gennem det gensidige engagement.

❖ Fælles virksomhed

- Når vi foretager os noget sammen og sammen definerer og forhandler den fælles virksomhed

❖ Fælles repertoire

- Når vi har fælles måder at tænke, handle og tale på.
- Det enkelte individ definerer og opfatter sig som værende en del af fællesskabet



- ❖ Hvad skal der stå i Generelle infektionshygiejniske retningslinjer?
- ❖ Skal vi stadig stå på to ben – men med mange sko?
- ❖ Hvordan kommunikerer vi det synlige og usynlige ? ud?
 - Billeder, interaktivt, NIR, Twitter, ?
 - Information/advice/scare/disgust
 - Metaforer
- ❖ Hvordan skærper vi synet? Hvad skal de se?
 - personligt ansvar – fælles ansvar?
 - undskyldninger eller forklaringer?
- ❖ Tilrettelæggelse – lille vaskeprøve?
- ❖ Læren fra håndhygiejne – lavthængende frugter ?
- ❖ Hvilken holdning skal vi have til mennesker og smitteforebyggelse?
 - Praksis og retningslinjer – hvad skal styre? Klinisk skøn eller retningslinjer?
 - Hvordan initierer vi refleksion over praksis og muligheder for handling?

- ❖ Hvordan kommer vi videre – nationale og lokale opgaver?

Fx

- ❖ Kalder vi det fortsat GIR?
- ❖ CEI's site – finder man, hvad man har brug for her?
- ❖ NIR om GIR
- ❖ Interaktivt undervisningsprogram om GIR
 - Twitter
- ❖ Samarbejde m industrien om værnemidler
- ❖ Hvad kan uddannelsesinstitutionerne bidrage med?
- ❖ Hvornår skal værnemidler anvendes i forhold til GIR og usynlig forurening?

Afholdes 5. maj 2014



- Det gør kontrol og audit ikke...
- ”Vi ved det godt men....”
- Lyt til personalets oplevelse
- Udvikl det infektionshygiejniske praksisfællesskab

