

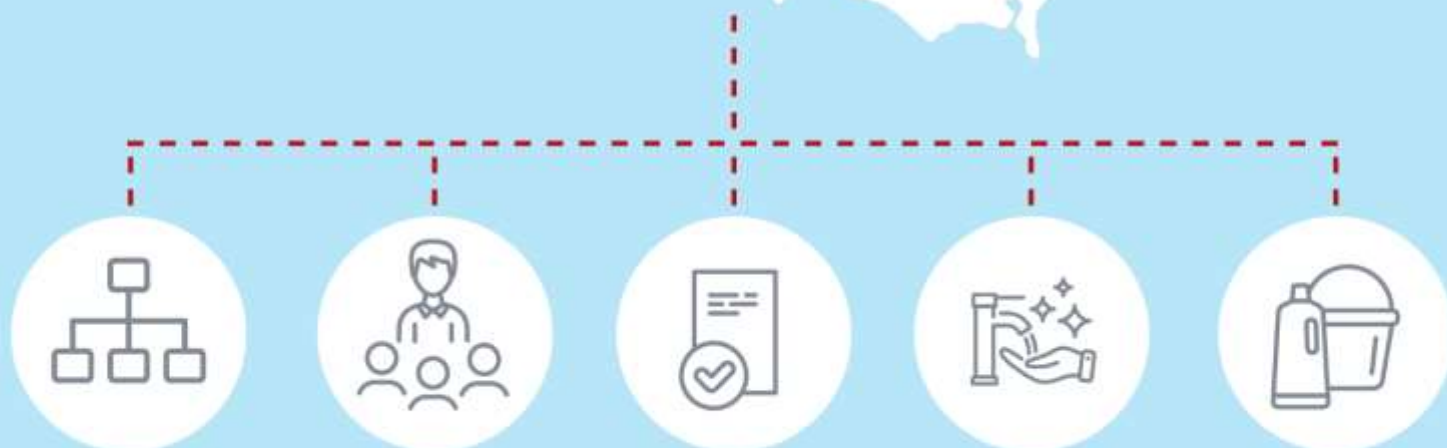
Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark

STATENS
SERUM
INSTITUT



Organisering af hygiejnen i kommunerne

2020



Udgiver: Central Enhed for Infektionshygiejne
Ansvarlig institution: Statens Serum Institut
Design: Statens Serum Institut
Copyright: Statens Serum Institut
Version: 1
Versionsdato: 20210331
Format: PDF

Forord

Covid-19 - pandemien har understreget vigtigheden af en forebyggende hygiejneindsats i kommunerne, der skal implementeres på tværs af sektorer. En sådan hygiejneindsats vil også fremover kunne forebygge smittespredning i fx institutioner eller i hjemmeplejen herunder med antibiotika resistente mikroorganismer, der forventes at udgøre en stigende trussel for vores folkesundhed.

Denne rapport præsenterer resultaterne af Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark i 2020 med et særligt fokus på kommunernes organisering og implementering af hygiejneindsatser til forebyggelse og håndtering af sygdomsfremkaldende og resistente mikroorganismer, som kan forårsage smitsomme sygdomme i kommunerne. Kortlægningen er foranlediget af covid-19 og foretaget med henblik på at klarlægge kommunernes hygiejneindsats. Rapporten kan anvendes som et opslagsværk, der kan styrke viden om kommunernes indsats med forebyggelse på hygiejneområdet og implementering af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens (SST's) Forebyggelsespakke om Hygiejne. Endvidere kan rapporten bidrage med ny viden om, hvorvidt der er en sammenhæng mellem kommunernes hygiejneorganisering og infektions-relaterede sygdomsmål (covid-19 tilfælde og sygefravær blandt folkeskoleelever).

Rapporten er baseret på alle 98 kommuners besvarelser af et spørgeskema, som blev distribueret i november 2020. Disse besvarelser er sammenholdt med nationale registerdata og Statens Serum Instituts (SSI's) overvågning af covid-19 tilfælde i 2020. Kommunerne får tilsendt egne besvarelser af spørgeskemaet og kan derved sammenligne egen hygiejneindsats med den nationale, der præsenteres dels i denne rapport og i et resumé, som vedlægges rapporten.

Først i rapporten præsenteres en sammenfatning af formål, resultater af spørgeskemaundersøgelsen og supplerende analyser, perspektivering, styrker og svagheder, konklusion og anbefalinger. Dernæst introduceres læseren for problemstillingen om spredning af smitte med sygdomsfremkaldende og resistente mikroorganismer blandt folkeskoleelever og plejehjemsbeboere, samt SST's centrale anbefalinger i Forebyggelsespakke om Hygiejne. Efterfølgende beskrives rapportens formål, anvendte metoder, resultater af spørgeskemaundersøgelsen og supplerende analyser, referencer og bilag inkl. spørgeskemaark, supplerende tabeller og figurer, samt begrebsafklaring.

Rapporten er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af Louise Scheel Hjorth Thomsen, cand.scient. i Global Sundhed, akademisk medarbejder, SSI; Jette Holt, cand.pæd.pæd.,

ph.d., hygiejnesygeplejerske, SSI; Asja Kunøe, ph.d., afdelingslæge, SSI; Jens Kjølsest Møller, dr.med., klinisk professor, overlæge, Vejle Sygehus; Sarah Kristine Nørgaard, ph.d., statistiker, SSI; Brian Kristensen, ph.d., sektionsleder, overlæge, SSI.

Kortlægningen er gennemført af Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI) ved SSI. Spørgeskemaet er udviklet i dialog med SST, Eva Michelle Burchard, specialkonsulent, Center for Forebyggelse i praksis, Kommunernes Landsorganisation (KL); Jørn Kjølsest Møller, lektor, Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv/Erhvervsøkonomi/ Innovation, Roskilde Universitet; Gitte Ankersen, sundhedskonsulent, Stevns Kommune; Bettina Slott, specialuddannet hygiejnesygeplejerske, Gentofte Kommune; Anita Schlippe Rasmussen, specialuddannet hygiejnesygeplejerske, Frederikssund Kommune; Pernille Brodthagen Thomsen, sundhedsfaglig udviklingskoordinator, Slagelse Kommune. Projektet er finansieret af Sundheds- og Ældreministeret.

En særlig tak skal rettes til alle kommunerne, der har taget sig tid til at besvare spørgeskemaet og herigennem har bidraget med værdifuld viden om arbejdet med hygiejneindsatser i landets kommuner.

København, marts 2021.

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

Tyra Grove Krause
Faglig direktør
Infektionsberedskab
Statens Serum Institut, SSI

Indhold

1. Sammenfatning	9
1.1 Formålet med rapporten	9
1.2 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	9
1.2.1 Baggrundsoplysninger	9
1.2.2 Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation	9
1.2.3 Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet	10
1.2.4 Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik	10
1.2.5 Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer	11
1.2.6 Evaluering af egen hygiejneindsats	11
1.3 Resultater fra supplerende analyser	11
1.3.1 Demografi	11
1.3.2 Covid-19 tilfælde	12
Alle borgere	12
Plejhjemsbeboere	12
1.3.3 Sygefravær blandt folkeskoleelever	12
1.4 Perspektivering af rapportens resultater	13
1.4.1 Status på implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne	13
1.4.2 Faktorer der påvirker implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne	13
1.4.3 Sammenhæng mellem hygiejneorganisering og infektions-relaterede sygdomsmål Covid-19 tilfælde	15
Sygefravær blandt folkeskoleelever	16
1.5 Rapportens styrker og svagheder	16
1.6 Konklusion	18
1.7 Anbefalinger	19
2. Introduktion	20
2.1 Problemstilling vedrørende spredning af smitte med sygdomsfremkaldende og resistente mikroorganismer	20
2.1.1 Sygefravær og infektioner blandt elever i folkeskolen	21
2.1.2 Infektioner blandt plejhjemsbeboere	22
2.2 Implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne	23
2.2.1 Etablering af hygiejneorganisationer	23
2.2.2 Hygiejnekompetencer	24
2.2.3 Samarbejde mellem region og kommune	25

2.2.4 Hygiejnepolitik	26
2.2.5 Implementering af infektionshygiejniske retningslinjer	27
2.2.6 Monitorering og indikatorer	27
3. Formål	29
4. Metode	30
4.1 Spørgeskemaudvikling	30
4.1.1 Inddragelse af interessenter	30
4.1.2 Validering	31
4.2 Udsendelse af spørgeskema og dataindsamling	31
4.2.1 Besvarelsesgrad	32
4.3 Analyser af data fra spørgeskemaundersøgelsen	32
4.3.1 Kvalitative analyser	32
4.3.2 Kvantitative analyser	32
4.4 Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering	33
4.4.1 Mål for hygiejneorganisering	33
4.4.2 Infektions-relaterede sygdomsmål og demografi	33
4.4.3 Anvendte statistiske metoder	34
Deskriptiv statistik	35
Kort beskrivelse af den anvendte deskriptive statistik:	35
Udvidet statistik	35
Kort beskrivelse af de anvendte statistiske test:	35
5. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	37
5.1 Baggrundsoplysninger	37
5.1.1 Stillingsbetegnelse og anciennitet	37
5.2 Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation	38
5.2.1 Kommuner som har etableret en hygiejneorganisation	38
Fagområder i kommunens hygiejneorganisation	39
Hygiejneorganisationens rolle	40
5.2.2 Kommuner uden en etableret hygiejneorganisation	41
Kommuner som planlægger at etablere en hygiejneorganisation	42
Kommuner som ikke planlægger at etablere en hygiejneorganisation	43
5.3 Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet	43
5.3.1 Koordinationsudvalg	44
Kommuner som havde nedsat et koordinationsudvalg	44
Hygiejneansvarlige i koordinationsudvalget	45
Kommuner som planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg	46
Kommuner som ikke planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg	46

5.3.2 Hygiejnekoordinatorer	47
Kommuner som har udvalgt hygiejnekoordinatorer	47
Sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer	48
Ikke-sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer	48
Undervisning i infektionshygiejne til hygiejnekoordinatorer	49
Kommuner som tilbyder hygiejnekoordinatorer undervisning	49
Kommuner som ikke tilbyder hygiejnekoordinatorer undervisning	51
Kommuner som planlægger at udvælge hygiejnekoordinatorer	52
Kommuner som ikke planlægger at udvælge hygiejnekoordinatorer	52
5.3.3 Fælles-regional samarbejdsaftale	53
Kommuner med en fælles-regional samarbejdsaftale	53
Kommuner uden en fælles-regional samarbejdsaftale	54
5.3.4 Samarbejde mellem kommuner	55
Kommuner som samarbejder med andre kommuner	56
Kommuner som ikke samarbejder med andre kommuner	56
5.4 Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik	57
5.4.1 Kommuner som har vedtaget en hygiejnepolitik	58
5.4.2 Kommuner som planlægger at vedtage en hygiejnepolitik	60
5.4.3 Kommuner som ikke planlægger at vedtage en hygiejnepolitik	61
5.5 Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer	61
5.5.1 Anvendelse af medier	62
5.5.2 Nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR)	63
5.5.3 Lokale infektionshygiejniske retningslinjer	64
5.6 Evaluering af egen hygiejneindsats	65
5.6.1 Evalueringsmetoder	65
5.6.2 Hyppighed af evaluering	66
Kommuner som aldrig evaluerer	67
5.6.3 Forsknings- og udviklingsprojekter på hygiejneområdet	67
5.6.4 Forhold som kan styrke hygiejneindsatsen	68
Kommuner som har etableret en hygiejneorganisation	68
Kommuner som ikke har etableret en hygiejneorganisation	69
6. Resultater fra supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering	70
6.1 Etableret formel hygiejneorganisation	70
6.1.1 Demografi	70
Kommunestørrelse	70
Regionale tilhørsforhold	71
6.1.2 Kumulativ covid-19 incidens blandt borgere	71

6.1.3 Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt borgere	72
6.1.4 Kumulativ covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere	74
6.1.5 Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt plejehjemsbeboere	75
6.1.6 Sygefravær blandt folkeskoleelever	77
6.2 Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet	79
6.2.1 Kumuleret covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere	80
6.3 Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungdomsområdet	80
6.3.1 Sygefravær blandt folkeskoleelever	81
6.4 Netværk mellem kommuner og regioner	82
6.4.1 Sygefravær blandt folkeskoleelever	83
7. Referencer	85
8. Bilag	88
8.1 Spørgeskemaark	88
8.2 Supplerende tabeller og figurer med resultater	129
8.2.1 Supplerende figurer	129
8.2.2 Supplerende tabeller	146
8.3 Begrebsafklaring	152

1. Sammenfatning

1.1 Formålet med rapporten

Denne rapport har til formål at styrke viden om organisering og implementering af hygiejneindsatser i de danske kommuner i lyset af den aktuelle covid-19 pandemi. Ud fra en spørgeskemaundersøgelse ønskes det at undersøge, i hvor høj grad kommunerne har efterlevet SST's anbefalinger om etablering af en kommunal hygiejneorganisation og øvrige centrale anbefalinger. Endvidere sammenstiller rapporten kommunernes organisering af hygiejneindsatsen i forhold til kommunestørrelse, forekomst af covid-19 blandt kommunens borgere herunder plejehjemsbeboere, samt sygefravær blandt folkeskolelever. Endelig ønskes at identificere faktorer, som bør styrkes for at understøtte, at flere kommuner får etableret en hygiejneorganisation og dermed en styrket forebyggende hygiejneindsats.

1.2 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

1.2.1 Baggrundsoplysninger

- Alle 98 danske kommuner har ultimo 2020 *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.

1.2.2 Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation

- Over halvdelen (61 kommuner) af alle 98 kommuner har *etableret en hygiejneorganisation*, hvoraf 16 har etableret hygiejneorganisationen inden for de sidste 12 måneder.
- Næsten alle kommuner med en etableret hygiejneorganisation angiver, at de er meget eller delvis enige i, at hygiejneorganisationen bidrager til brugbar oversættelse af Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) til lokale forhold (57 kommuner), at de har effektive kommunikationsveje, der sikrer vidensdeling fra det strategiske ledelsesniveau til det udøvende driftsniveau (55 kommuner), samt at de understøtter samarbejde på tværs af kommunernes fagområder (55 kommuner).
- Mere end en tredjedel af kommunerne (36 kommuner) har *ikke etableret en hygiejneorganisation*. Heraf planlægger 31 kommuner at etablere en hygiejneorganisation.
- Størstedelen af alle 98 kommuner, uanset om de har etableret en hygiejneorganisation eller ej, *prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet* inden for ældreområdet (86

kommuner) og børne- og ungeområdet (børne- og ungeområdet) bestående af dagtilbud og skoler mv. (62 kommuner) på kommunens udøvende niveau.

- Der er en stor variation i måden hygiejneområdet er organiseret på, herunder hvilke *fagområder der prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet* kommunerne imellem.

1.2.3 Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet

- Under halvdelen (41 kommuner) af alle 98 kommuner har nedsat et *koordinationsudvalg* på kommunens strategiske niveau, som næsten altid består af ledere (40 kommuner) og i mindre grad af udvalgte hygiejneansvarlige (27 kommuner).
- De udvalgte *hygiejneansvarlige* har ofte en sygeplejefaglig baggrund (22 kommuner). I fire kommuner har den hygiejneansvarlige en formel videreuddannelse inden for infektionshygiejne.
- *Hygiejnekoordinatorer* på kommunens udøvende niveau er udpeget i hovedparten af kommunerne (70 kommuner). Hygiejnekoordinatorerne er næsten altid (68 kommuner) personer med en sundhedsfaglig baggrund (primært sygeplejersker og sundhedsplejersker). Hygiejnekoordinatorer med en ikke-sundhedsfaglig baggrund (lærere, pædagoger, serviceassistenter, akademikere mv.) er udpeget i 31 kommuner.
- Blandt de 70 kommuner, som har udvalgt hygiejnekoordinatorer, angiver 44 kommuner, at de har afholdt *undervisning om infektionshygiejne* til hygiejnekoordinatorerne inden for de foregående 12 måneder. Heraf angiver størstedelen (34 kommuner), at undervisningen er tilrettelagt af regionens infektionshygiejniske enheder og næsten alle (40 kommuner) vurderer, at undervisningen er tilrettelagt i henhold til SSI's NIR om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område.
- Blandt de 28 kommuner som ikke har udpeget hygiejnekoordinatorer, angiver halvdelen (13 kommuner), at dette forhold ikke var prioriteret af kommunens ledere og/eller politikere.
- Hovedparten (79 kommuner) af alle 98 kommuner har indgået en *fælles-regional samarbejdsaftale* med regionernes infektionshygiejniske enheder om infektionshygiejnisk rådgivning, heraf har 15 kommuner som supplement til den fælles-regionale samarbejdsaftale tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen.
- Under halvdelen (40 kommuner) af alle 98 kommuner har etableret et samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet.

1.2.4 Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik

- Størstedelen (78 kommuner) af alle 98 kommuner har ikke vedtaget en *hygiejnepolitik*.

- De 20 kommuner som har vedtaget en hygiejnepolitik, angiver bl.a. at hygiejnepolitikken bliver anvendt til forebyggelse og håndtering af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme.

1.2.5 Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer

- Næsten alle 98 kommuner svarer, at de er meget eller delvis enige i, at anbefalingerne i *NIR om generelle forholdsregler i sundhedssektoren* bliver efterlevet i forbindelse med "anvendelse af personlige værnemidler" (96 kommuner), "udførelse af håndhygiejne" (95 kommuner) og "opbevaring af værnemidler, tøj og linned, rent udstyr og rene hjælpemidler" (92 kommuner).
- Størstedelen (87 kommuner) af alle 98 kommuner har formuleret *lokale infektionshygiejniske retningslinjer* i henholdsvis hjemmeplejen og på plejecentre, mens mindre end halvdelen (38 kommuner) af alle kommuner har formuleret retningslinjer for folkeskolen.

1.2.6 Evaluering af egen hygiejneindsats

- Hovedparten af alle 98 kommuner er meget eller delvis enige i, at de *evaluerer* deres hygiejneindsats fortrinsvis ved at registrere sygefravær (76 kommuner) samt udbrud af smitsomme sygdomme (73 kommuner) i kommunale institutioner.
- Kun 11 kommuner angiver, at de har deltaget i en systematisk landsdækkende undersøgelse af antallet af sundhedssektorerhvervede infektioner på plejehjem (HALT-projektet, se kapitel 8.3 *Begrebsafklaring*).
- Kommunerne angiver, at *forhold som vil styrke hygiejneindsatsen* i kommunen bl.a. inkluderer et politisk- og ledelsesmæssigt fokus på hygiejne i alle dele af organisationen, udarbejdelse af en hygiejnepolitik, nedsættelse af et koordinationsudvalg og udvælgelse af hygiejneansvarlige, kompetenceudvikling af hygiejneansvarlige og hygiejnekoordinatorer, øget netværksbaseret samarbejde og erfaringsudveksling internt i kommunen og med regionen, systematisk dataindsamling og evaluering af hygiejneindsatsen.

1.3 Resultater fra supplerende analyser

1.3.1 Demografi

- Der synes ikke at være en sammenhæng (Chi-test: $p=0.80$) mellem *kommunernes størrelse* (antal borgere) og deres angivelser af, hvorvidt de har etableret en hygiejneorganisation eller ej.

- Der ses en statistisk signifikant sammenhæng (Fisher's exact test: $p=0.01$) mellem kommunernes *regionale tilhørsforhold* og deres angivelser af, hvorvidt de har etableret en hygiejneorganisation eller ej. Hovedparten af kommunerne i Region Syddanmark (19 kommuner, 86 %) og Region Nordjylland (ni kommuner, 82 %) har etableret en hygiejneorganisation, mens dette kun er tilfældet for under halvdelen (seks kommuner, 35 %) i Region Sjælland.

1.3.2 Covid-19 tilfælde

Alle borgere

- Det kan på de foreliggende data ikke med sikkerhed udledes, hvorvidt der generelt for alle borgere er en sammenhæng mellem *kumulativ covid-19 incidens* i kommuner med en etableret hygiejneorganisation sammenlignet med kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation (Wilcoxon rank sum test: $p=0.156$).
- Der er kun minimal forskel i antal dage med hensyn til, hvor hurtigt kommuner *opnår et incidens-niveau på 50 eller 100 covid-19 tilfælde* blandt alle borgere uanset om kommunen har etableret en hygiejneorganisation eller ej.
- Dog synes der at være en tendens til, at kommuner med en etableret hygiejneorganisation senere *opnår et incidens-niveau på 200 covid-19 tilfælde* blandt alle borgere i forhold til kommuner uden etableret hygiejneorganisation. Den mediane forskel i antal dage er 68,5.

Plejhjemsbeboere

- Der synes at være en tydelig tendens til en lavere *kumulativ covid-19 incidens* blandt plejhjemsbeboere i kommuner med en etableret hygiejneorganisation sammenlignet med kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation. Denne tendens er dog ikke statistisk signifikant (Wilcoxon rank sum test: $p=0.056$).
- Analyserne antyder endvidere, at kommuner med en etableret hygiejneorganisation senere *opnår et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde* blandt plejehjembeboere i forhold til kommuner uden etableret hygiejneorganisation. Den mediane forskel i antal dage er 54,0.

1.3.3 Sygefravær blandt folkeskoleelever

- Der synes ikke at være en forskel (Kruskal-Wallis rank sum test: $p=0.22$) mellem det gennemsnitlige sygefravær blandt folkeskoleelever i indskolingen, mellemtrinnet og udskolingen i skoleåret 2018/2019 i kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation, som har eksisteret i minimum et år.

- Der ses en klar tendens til en lavere gennemsnitlig sygefraværsprocent blandt folkeskoleelever i indskolingen (Kruskal-Wallis rank sum test: $p < 0,01$) og mellemtrinet (Kruskal-Wallis rank sum test: $p = 0,02$) for de kommuner, som har tilkendegivet, at de prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på kommunens udøvende niveau sammenlignet med kommuner, der ikke prioriterer dette.
- Der ses en klar tendens til en lavere gennemsnitlig sygefraværsprocent blandt folkeskoleelever i indskolingen (Kruskal-Wallis rank sum test: $p < 0,01$) for de kommuner, som har tilkendegivet, at de har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning sammenlignet med kommuner, der ikke har indgået en sådan aftale.

1.4 Perspektivering af rapportens resultater

1.4.1 Status på implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen beskriver i hvor høj grad og hvordan centrale anbefalinger i Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018), er blevet organiseret og implementeret i kommunerne. Af resultaterne ses bl.a., at mindre end halvdelen (45 kommuner) af alle 98 kommuner havde en etableret hygiejneorganisation, da covid-19 pandemien startede. Under covid-19 pandemien er antallet af kommuner med en etableret hygiejneorganisation øget til i alt 62 kommuner (63 %).

En tidligere rapport om kommunernes forebyggelsesindsats i 2017 baseret på data fra 95 kommuner viste, at 58 % af kommunerne havde etableret en tværgående organisering specifikt for det infektionshygiejniske område, hvilket procentvis var flere sammenlignet med 2013 (36 %) og 2015 (49 %) (Sølvhøj, Cloos, Jarlstrup, Holmberg (2017)). Ved at sammenligne med resultaterne af Kortlægningen af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020, ses derfor en stigning i antallet af etablerede hygiejneorganisationer fra 2013 til 2020.

1.4.2 Faktorer der påvirker implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne

På baggrund af resultaterne af denne rapportes spørgeskemaundersøgelse identificeres en række faktorer, som *styrker* kommunernes muligheder for at implementere de centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018).

Resultaterne viser, at nogle kommuner oplever, at covid-19 pandemien har tydeliggjort *behovet* for etablering af en hygiejneorganisation på tværs af kommunens fagområder på såvel det strategiske som det udøvende niveau. Ligeledes fremhæves vigtigheden af at have et *politisk- og ledelsesmæssig* fokus på hygiejneområdet. På ældreområdet samt børne- og

ungeområdet ses en stor organisatorisk bevidsthed om infektionshygiejne og dermed prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet i de kommuner, som har etableret en hygiejneorganisation på kommunens strategiske og udøvende niveau. Dette underbygges af en aktuel publikation fra Hygiejne i Ældreplejen (SST, 2021), udarbejdet på baggrund af interviews med 16 medarbejdere i 14 forskellige kommuner, og udvalgte kommunale erfaringer før og under covid-19 pandemien. Sammenfattende peger disse 16 interviews på, at det er afgørende, at der er ledelsesmæssig opmærksomhed i driftsenheder og på det strategiske niveau, hvis hygiejneindsatsen skal lykkes.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser endvidere, at flere kommuner ikke har vedtaget en *hygiejnepolitik* og/eller nedsat et *koordinationsudvalg* på kommunens strategiske niveau. Samtidig ønsker kommunerne at ansætte *specialuddannede hygiejnesygeplejersker*. Disse faktorer fremmer en struktureret hygiejneorganisationen, og er af betydning for at kunne etablere transparente beslutningsveje, fastholde et kontinuerligt fokus på hygiejne, opnå fastsatte mål, samt tilvejebringe effektive måder at evaluere kommunernes hygiejneindsatser. Dette understøttes af Hygiejne i Ældreplejen (SST, 2021), som betoner vigtigheden af, at en kommunal tovholder, for eksempel en hygiejnesygeplejerske er til rådighed, hvis man vil sikre udvikling af kommunens hygiejneindsats.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at *hygiejnekoordinatorer* er tilstede i de fleste kommuner, og derved kan understøtte arbejdet med infektionshygiejne på kommunens udøvende niveau. Herunder at det er vigtigt at vedligeholde og udvikle *kompetencer* inden for infektionshygiejne, hvorfor det er nødvendigt at styrke undervisningstilbud til hygiejnekoordinatorer.

Samtidig er det betydningsfuldt, at kommunerne indgår i *regionale og kommunale netværk* for at understøtte en effektiv hygiejneindsats. I denne rapport fremgår det, at størstedelen af kommunerne vurderer, at de har en indgået en fælles-regional samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning, hvilket kun var tilfældet for lidt over halvdelen i 2013 (Friis-Holmberg et al, 2013). Det er positivt, at et stigende antal kommuner anser det, som relevant at indgå en fælles-regional samarbejdsaftale, hvorved kommunerne får adgang til relevant fagekspertise om infektionshygiejne. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen i denne rapport viser dog, at det kun er 37 kommuner, som indgår i samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet bl.a. i form af videndeling om infektionshygiejne, undervisning i infektionshygiejne til medarbejdere og konkrete fælles hygiejnetiltag. Denne form for samarbejde bør styrkes, da der kan være ressourcemæssige gevinster herved, idet det må formodes, at der ofte er samme slags lokale problemstillinger.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen identificeres følgende faktorer, som *hæmmer* kommunernes muligheder for at implementere de centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018):

- Manglende kontinuerlig *opbakning* fra kommunens ledere og politikere
- Manglende infektionshygiejniske *kompetencer* og inspiration, herunder manglende ansættelse af hygiejneansvarlige
- Manglende erkendelse af, at der er et *behov* for kontinuerlig forebyggelse inden for hygiejneområdet, herunder et behov for nedsættelse af et koordinationsudvalg, vedtagelse af en hygiejnepolitik, samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet, samt udvælgelse af hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau.

En afdækning af implementeringen af forebyggelsespakkerne (KL og Center for Forebyggelse i praksis, 2016) viste, at forebyggelsespakkerne havde givet legitimitet til de tværgående forebyggelsesopgaver, men at kommunerne også betragtede følgende forhold som vigtige for at *fremme* en succesfuld implementering:

- *Tværgående organisering* sikrer koordinering og fremmer dialogen om fælles mål
- *Politisk opbakning* er en forudsætning for, at alle forvaltninger leverer på de ønskede mål
- *Ledelsesopbakning* skaber retning og hjælp til at håndtere udfordringer
- *Koordinatorer* med de rette kompetencer driver processen fremad
- Tidlig inddragelse af medarbejderne og sikring af rette *kompetencer* er centralt for processen
- Personlige relationer og *netværk* mellem kommuner har givet overblik og fremmet samarbejdet
- Implementering handler i høj grad om at bruge eksisterende ressourcer bedst muligt.

Det skal bemærkes, at SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne ikke var en del af Kommunernes Landsforening's (KL) afdækning i 2016 (KL og Center for Forebyggelse i praksis, 2016). Alligevel understøtter ovenstående punkter resultaterne af Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020 (Jakobsen, Nielsen Sølvhøj, Holmberg, 2020).

1.4.3 Sammenhæng mellem hygiejneorganisering og infektions-relaterede sygdomsmål

Covid-19 tilfælde

I en tidligere epidemiologisk overvågningsrapport med fokus på plejehjem (SSI, april 2020) fremgik det af SSI's rapport, at der var mange bekræftede covid-19-tilfælde blandt plejehjemsbeboere. Positivprocenten var dermed generelt højere blandt plejehjemsbeboere end for gennemsnittet af alle testede i Danmark.

Resultaterne af Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark viser, at kommuner med en *etableret hygiejneorganisation* i højere grad formår at reagere på den initiale spredning af covid-19 blandt borgere i 2020. Dog synes der at være end tendens til, at kommuner med en etableret hygiejneorganisation opnår et incidens-niveau på 200 covid-19 tilfælde blandt 100.000 borgere 68,5 mediane dage senere i forhold til kommuner uden etableret hygiejneorganisation.

På samme måde ses der en lignende tendens i den kumulerede incidens blandt plejehjemsbeboere i 2020, hvor kommuner med en etableret hygiejneorganisation opnår et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde blandt 100.000 plejehjemsbeboere, 55 mediane dage senere i forhold til kommuner uden etableret hygiejneorganisation.

Sygefravær blandt folkeskoleelever

Rapportens resultater viser, at der ikke synes at være en forskel mellem det gennemsnitlige sygefravær blandt folkeskoleelever i indskolingen, mellemtrinnet og udskolingen i skoleåret 2018/2019 i kommuner med og uden en *etableret hygiejneorganisation*, som har eksisteret i minimum et år. Dog ses en klar tendens til en lavere gennemsnitlig sygefraværsprocent blandt folkeskoleelever i indskolingen og mellemtrinnet for de kommuner, som har tilkendegivet, at de *prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet* på kommunens udøvende niveau sammenlignet med kommuner, der ikke prioriterer det. Yderligere ses en klar tendens til en lavere gennemsnitlig sygefraværsprocent blandt folkeskoleelever i indskolingen for de kommuner, som har tilkendegivet, at de har indgået en *fælles-regional samarbejdsaftale* om infektionshygiejnisk rådgivning sammenlignet med kommuner, der ikke har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale.

Sammenfattende understreger resultaterne et behov for at styrke kommunernes etablering af en hygiejneorganisation, prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet, samt indgåelse af fælles-regionale samarbejdsaftaler om infektionshygiejnisk rådgivning. Derfor er det bl.a. ønskeligt at styrke samarbejdet mellem de infektionshygiejniske enheder og kommunerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvor kun henholdsvis seks kommuner (35 %) og 17 kommuner (59 %) har etableret en hygiejneorganisation.

1.5 Rapportens styrker og svagheder

En af *styrkerne* ved Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark 2020 er spørgeskemaundersøgelsens besvarelsesprocent på 100 %, samt en høj validitet, idet:

- De stillede spørgsmål er formuleret med udgangspunkt i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018), som er alment kendt i kommunerne
- Samarbejdspartnere og flere kommunale aktører har 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 faciliteret af KL
- Kommuner som ikke havde besvaret spørgeskemaet inden for to hverdage modtog påmindelsesmails hver anden eller tredje dag, samt blev tilbudt at gennemføre spørgeskemaet elektronisk så vel som manuelt og telefonisk
- Kommunerne havde et stort og øget fokus på hygiejne grundet covid-19 pandemien.

Respondenterne angiver, at de kender til kommunens hygiejneindsats, og i flere tilfælde er der mere end én person, som har bidraget til besvarelsen af spørgeskemaet. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen vurderes derfor at være repræsentativ for kommunens hygiejneindsats på tidspunktet for besvarelsen.

Endvidere er det en styrke at rapporten inkluderer supplerende statistiske analyser, hvor udvalgte mål for hygiejneorganisering baseret på data spørgeskemaundersøgelsen sammenlignes med infektions-relaterede sygdomsmål på kommuneniveau baseret på danske registerdata. Det ses som en stor styrke, at rapporten har kunne drage nytte af den unikke mulighed for at linke disse data.

En af *svaghederne* ved kortlægningen er, at respondenterne har mange forskellige uddannelsesmæssige baggrunde og stillingsbetegnelser, samt at de har forskellige niveauer af anciennitet på hygiejneområdet i kommunens organisation. Det er muligvis en potentiel svaghed ved undersøgelsen, at spørgeskemaundersøgelsen fortrinsvis er baseret på udsagn og afkrydsninger.

I analyserne indgår som nævnt kommuner, hvis organisering af det infektionshygiejniske arbejde er etableret inden for det sidste år, foranlediget af covid-19. I analyserne vedrørende sammenhængen mellem sygefravær blandt folkeskolelever i skoleåret 2018/2019, og hvorvidt kommunerne har etableret en hygiejneorganisation eller ej, er der taget højde for denne parameter. Dog har vi ved analyser af sammenhængen mellem covid-19 tilfælde, og hvorvidt kommunerne har etableret en hygiejneorganisation eller ej, ikke taget højde for om resultatet påvirkes af, hvor længe hygiejneorganisationen har eksisteret.

Det havde været ønskeligt om mere komplekse sammenhænge mellem mål for hygiejneorganisering fra spørgeskemaundersøgelsen og de eksternt indhentede infektionsrelaterede sygdomsmål på kommuneniveau var blevet undersøgt. Sådanne yderligere undersøgelser kunne med fordel have inddraget multivariate analyser, hvor flere samtidige faktoreres indflydelse på infektionsrelaterede sygdomsmål var blevet belyst. Dette blev ikke tidsmæssigt muligt, men kunne overvejes i en eventuel efterfølgende bearbejdning af data indhentet til denne rapport.

1.6 Konklusion

Kortlægningen af de kommunale hygiejneindsatser viser, at 62 af Danmarks kommuner har etableret en hygiejneorganisation, mens 36 kommuner endnu ikke har etableret en hygiejneorganisation. Mange kommuner har dog en hygiejneindsats uden at have en etableret hygiejneorganisation. Etablering af en formel, tværgående og ledelsesforankret hygiejneorganisation giver imidlertid langt bedre muligheder for at udøve forebyggende infektionshygiejnisk arbejde, som ikke alene er udløst af akutte behov. En etableret hygiejneorganisation vil kunne sikre et kontinuerligt fokus på at løse kommunale infektionshygiejniske udfordringer, men ikke mindst at kunne reagere optimalt på periodiske udfordringer som for eksempel covid-19, og sæsonbetonet influenza og maveinfektioner. Kommuner med en hygiejneorganisation inddrager i højere grad en række forskellige fagområder i deres arbejde med hygiejne – både på det strategiske og udøvende niveau. Især inden for børne- og ungeområdet samt ældreområdet ses en større grad af prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet hos kommuner med en etableret hygiejneorganisation.

Supplerende analyser viser en klar tendens til et lavere gennemsnitlig sygefravær i procent blandt folkeskoleelever på indskolings- og mellemtrinnet i de kommuner, som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet sammenlignet med de kommuner, der ikke prioriterer det. Samtidig ses en klar tendens til et lavere gennemsnitligt sygefravær i procent blandt folkeskoleelever i indskolingen i de kommuner, som har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale om infektionshygiejnisk rådgivning med regionernes infektionshygiejniske enheder sammenlignet med de kommuner, som ikke har indgået dette.

Endvidere synes rapporten at pege på en tendens til, at der går længere tid inden et specifikt incidens-niveau blandt alle borgere og plejehjemsbeboere opnås i kommuner med en etableret hygiejneorganisation sammenlignet med kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation. Samtidig ses en tendens til, at der er en lavere kumuleret covid-19

incidens blandt plejehjemsbeboere i kommuner med en etableret hygiejneorganisation sammenlignet med kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation.

1.7 anbefalinger

På baggrund af denne rapport fremsættes følgende anbefalinger til kommunale aktører og sundhedsmyndigheder med henblik på at forebygge spredning af sygdomsfremkaldende og herunder resistente mikroorganismer i kommunale institutioner og i samfundet generelt. Infektionsforebyggende tiltag vil samtidig have betydning for behovet for anvendelse af antibiotika og dermed reducere risikoen for udvikling af antibiotikaresistens. Det anbefales:

- At alle kommuner snarest etablerer en formel, tværgående og ledelsesforankret hygiejneorganisation med hygiejneansvarlige med specialkompetencer, som kontinuerligt kan understøtte den kommunale hygiejneindsats 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 alle kommuner sikrer en kontinuerlig prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet særligt inden for børne- og ungeområdet og ældreområdet tilpasset kommunens demografi, både på kommunens strategiske og udøvende niveau.
- 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 hygiejneindsatser styrkes og underbygges, eksempelvis ved at deltage i HALT-projektet, hvorved et struktureret og sammenligneligt kvantitativt billede giver en status for infektioner på plejehjem.

2. Introduktion

2.1 Problemstilling vedrørende spredning af smitte med sygdomsfremkaldende og resistente mikroorganismer

Smitsomme sygdomme (infektioner) kan forekomme hyppigere og være mere alvorlige hos borgere, der er særligt sårbare, f.eks. børn, ældre, kronisk syge og rekonvalescenter¹ (SST, 2018). Utilstrækkelige infektionshygiejniske indsatser på såvel det organisatoriske som det udøvende praktiske plan, kan bidrage til spredning af såvel sygdomsfremkaldende som resistente mikroorganismer. Dette kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte borger, særligt borgere der i forvejen er syge og svækkede. Ligeledes belastes samfundet i form af sygefravær og tabt arbejdsevne, samt udgifter til behandling og pleje (SST, 2018).

Der er et stort forebyggelsespotentiale ved at forhindre spredning af sygdomsfremkaldende og resistente mikroorganismer som kan forårsage smitsomme sygdomme, både på samfundsplan, på individplan og specifikt i forhold til risikogrupper. I denne sammenhæng tales der om at smitte kan ske i henholdsvis sundhedsvæsenet og dets tilknyttede institutioner, i forbindelse med professionel behandling, pleje, genoptræning og lignende (sundhedssektorerhvervet infektion) og i samfundet som f.eks. på arbejdspladser, skoler og i hjemmet (samfundserhvervet infektion). En løbende, fokuseret forebyggelse af spredning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer vil endvidere kunne nedsætte behovet for antibiotikabehandling, hvilket er nyttigt i forhold til at forebygge udvikling af sygdomsfremkaldende mikroorganismers resistens over for antibiotika (SST, 2018, SUM, 2017).

De sidste mange års omlægning og udvikling i sundhedsvæsenet med såvel en øget ambulant aktivitet samt en accelereret behandlingsstrategi har medført, at der flyttes stadig flere og nye pleje- og behandlingsopgaver fra hospitalerne og ud til varetagelse i kommunerne, hvilket bl.a. kræver en styrket infektionshygiejnisk indsats i kommunerne (Cole, 2007, VIVE, 2020). Målet med en styrket infektionshygiejnisk indsats er at sikre et sammenhængende behandlings-, pleje- eller genoptræningsforløb men også at sikre, at der er lighed i sundhed. Uanset om borgeren/patienten befinder sig i sundhedsvæsenet eller i kommunalt regi er det vigtigt, at forebyggelse af sundhedssektor- og samfundserhvervede infektioner er i fokus. Derfor er det afgørende, at det forebyggende infektionshygiejniske aspekt konsekvent tænkes ind i udviklingen af såvel det nære og sammenhængende sundhedsvæsen som i kommunens øvrige

¹ Patienter som genvinder helbred og kræfter efter sygdom eller operation.

institutioner, så en ensartet infektionshygiejnisk standard sikres (SST, 2018). Det er i denne sammenhæng vigtigt at medtænke betydningen af organiseringen af infektionshygiejnen på hospitaler og kommunale institutioner, når den infektionshygiejniske risikovurdering skal fastlægges. Her tænkes på uddannelsesniveau, fysiske rammer og overvågning af infektioner. Herunder hvilken indsats der skal såvel planlægges, tilrettelægges, udføres og evalueres. Her skal fremhæves viden om, at spredningen af sygdomsfremkaldende mikroorganismer og årsagen til udvikling af smitsomme sygdomme og infektioner sker via samme smitteveje, uanset om man er på et hospital eller i eget hjem.

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af covid-19 pandemien, og den spredning af SARS-CoV-2 der er set i kommunale institutioner og i eget hjem understreger ovennævnte forhold. I rapporten analyseres, hvorvidt der kan ses en forskel på, om kommunerne vurderer, at de har implementeret følgende tre centrale anbefalinger fra Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018):

- Etablering af en formel, tværgående og ledelsesforankret hygiejneorganisation.
- Lokale retningslinjer for hygiejne på kommunens skoler, institutioner, plejecentre, botilbud mv.
- Indgåelse af samarbejdsaftaler med regionernes infektionshygiejniske enheder om infektionshygiejnisk rådgivning.

Implementeringsgraden af disse tre anbefalinger (benævnt som "mål for hygiejneorganisering") sammenlignes i denne rapport med sygefravær blandt folkeskoleelever og covid-19 smitte (benævnt som "infektions-relaterede mål") og kommunernes demografi. Se kapitel 6. *Resultater fra supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering.*

2.1.1 Sygefravær og infektioner blandt elever i folkeskolen

Data fra Børne- og undervisningsministeriet viser, at elever i de danske folkeskoler² i gennemsnit havde ca. seks dages sygefravær/barn, svarende til 3 % sygefravær i løbet af skoleåret 2018/2019 (Børne- og undervisningsministeriet, 2020). Sygefraværet udgjorde ca. halvdelen af elevernes samlede skolefravær og har ligget stabilt i en årrække.

En undersøgelse blandt danske folkeskoleelever har vist, at luftvejsinfektioner (eksempelvis forkølelse, ondt i halsen/halsbetændelse, ondt i ørerne/mellemørebetændelse, øjenbetændelse, bihulebetændelse, lungebetændelse, bronkitis eller influenza) er den hyppigste årsag til skoleelevers sygefravær. Et interventionsprojekt viser, at skoleelevers

² Folkeskolens specialskoler er ikke inkluderet.

sygefravær nedsættes markant ved en simpel håndhygiejne-intervention. Interventionen bestod i teoretisk og praktisk undervisning i korrekt udført håndvask, samt indførelsen af obligatorisk håndvask i skoletiden før første lektion, før frokost og før eleverne gik hjem eller ophold i skolefritidsordning. I løbet af interventionsperioden på tre måneder blev det vurderet, at hver elev sparede samfundet for 1.323 kr. på grund af færre "barnets første sygedage" blandt forældrene (Nandrup-Bus, 2009), hvilket således også er et økonomisk incitament for at nedbringe folkeskoleelevers sygefravær.

Udbrud med smitsomme sygdomme og resistente mikroorganismer ses også blandt raske skolebørn og ungdom. I 2019 sås udbrud med methicillin-resistent *Staphylococcus aureus* (MRSA), på to efterskoler (11 elever) (SSI, 2020 juni). Et større fnatudbrud på efterskoler i 2017 fik SST til at henvise til den kommunale sundhedstjeneste med henblik på rådgivning for at bremse udbruddet (SST, 2019). Opgørelser pr. november 2020 viser, at 14% af landets skoler og efterskoler har oplevet et muligt covid-19-udbrud, siden skolestarten i august (SSI, 2020 november).

2.1.2 Infektioner blandt plejehjemsbeboere

En dansk undersøgelse (HALT 3) (SSI, 2019) omfattende 95 plejehjem og i alt 3.346 beboere har vist, at forekomsten af infektioner og antibiotikaforbrug har et betydeligt omfang blandt plejehjemsbeboere. Undersøgelsen har således afdækket en samlet forekomst af infektioner på 6,8%, at 10,5% af plejehjemsbeboerne fik antibiotika og i alt 6,8% var i profylaktisk antibiotikabehandling. Spredning af multiresistente bakterier som methicillin-resistent *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Clostridium difficile*, vancomycinresistente enterokokker (VRE) samt Extended Spectrum Beta-Lactamase producerende tarmbakterier (ESBL) har i flere tilfælde fundet sted på plejehjem og andre institutioner og understreget vigtigheden af et løbende fokus på infektionshygiejne, rationel brug af antibiotika hos plejehjemsbeboere samt en systematisk forebyggelse af infektioner på plejehjem (SST, 2018).

Som følge af covid-19 pandemien og det samtidige fokus på forebyggende infektionshygiejniske retningslinjer blev denne afdækning af den hygiejniske organisering af infektionshygiejnen i kommunerne iværksat. Covid-19 skyldes en infektion i luftvejene med en ny coronavirus (SARS-CoV-2). De fleste der smittes vil få milde forkølelses- eller influenzalignende symptomer, men nogle kan blive alvorligt syge med eksempelvis lungebetændelse (SSI, 2021). SST vurderer, at plejehjemsbeboere er i øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb med covid-19 baseret på en kombination af høj alder, typisk en eller flere kroniske sygdomme samt nedsat funktions- og aktivitetsniveau (SST, 2020). Der er således udarbejdet specifikke anvisninger på, hvordan det kommunale beredskab skal være klar til at håndtere udbrud af smitte med covid-19 i kommunen (STPS, 2020, SST, 2020).

I SST's vejledning om forebyggelse af smitte med covid-19 på plejehjem mv. fremgår, at den kommunale hygiejneindsats er af central betydning i forhold til at forebygge smittespredning af covid-19 blandt medarbejdere, borgere og pårørende i øget risiko. Det anbefales i vejledningen, at alle kommuner etablerer en hygiejneorganisation, som kan rådgive bredt i kommunen om forebyggelse af smitte og håndtering af tilfælde, hvor der er konstateret covid-19 (SST, 2020).

2.2 Implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne

Inden for det infektionshygiejniske område har det historisk været anset som "best practice" at organisere hygiejne og forebyggelse af spredning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer ved etablering af en hygiejneorganisation, udarbejdelse af retningslinjer, udnævnelse af ansvarlige fagpersoner, overvågning af infektioner og ved at sikre en tilbagemelding og undervisning af relevante aktører (Haley et al, 1985, WHO, 2019). Disse punkter kan genfindes i Forebyggelsespakken om Hygiejne, som er en af 11 forebyggelsespakker med konkrete anbefalinger, som SST udsendte i 2012. Formålet med forebyggelsespakkerne er, at forbedre folkesundheden og reducere ulighed i sundhed. Forebyggelsespakkerne skal således bidrage til, at kommunerne på et kvalificeret grundlag kan prioritere forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. Alle forebyggelsespakker tager udgangspunkt i den aktuelt bedste viden baseret på videnskabelige undersøgelser udvalgt via systematisk litteratursøgning i internationale databaser, ekspertskøn og praksisbaserede erfaringer. Denne kortlægning tager udgangspunkt i Forebyggelsespakken om hygiejne, som senest er revideret i 2018.

Nedenfor uddybes baggrunden for de centrale anbefalinger i Forebyggelsespakken om Hygiejne (SST, 2018).

2.2.1 Etablering af hygiejneorganisationer

Samarbejde på tværs af kommunens fagområder er et vigtigt fundament for de kommunale hygiejneindsatser. SST anbefaler derfor, at kommunen etablerer en tværgående hygiejneorganisation (SST, 2018). I 2013 angav 36 % af kommunerne at have en sådan tværgående organisering for det infektionshygiejniske område (Friis-Holmberg et al, 2013).

Et kvalitativt studie fra 2014 viste, at kommunerne i Region Hovedstaden fandt arbejdet med hygiejne yderst vigtigt, ikke mindst i forhold til fremtidige udfordringer med multiresistente bakterier og komplicerede plejeopgaver (Mogensen, 2014). Studiet viste, at kommunerne arbejdede med udvikling af en hygiejneorganisation på forskellig vis. Der fandtes således store forskelle mellem kommunerne i niveauet af organisering. Studiet identificerede følgende

motiverende faktorer for at løfte kommunens hygiejneindsats; en ledelsesforankret hygiejneorganisation samt tilstedeværelse af personer med særlig interesse for hygiejne ("ildsjæle"). Barrierer for arbejde med hygiejne i kommunal organisation omfattede, at kommunen opfattes som en stor og uoverskuelig organisation, og kulturelle og organisatoriske forskelle i forhold til de forskellige fagområder, eksempelvis ældreområdet, handicapområdet og børne-/ungeområdet.

Sammenhængen mellem kommunens demografi og prioritering af ressourcer og indsatsområder er også vist af bl.a. VIVE at have en betydning for det forebyggende arbejde. Her påpeges det, at kommunernes velstand, geografi og befolkningssammensætning er udslagsgivende for kommunernes meget varierende udgifter på folkeskole- og ældreområdet samt 17 andre kommunale udgiftsområder (VIVE, 2021).

Videre ses det infektionshygiejniske arbejde at være i tæt samspil med andre ikke-sundhedsfaglige områder som f.eks. den daglige rengøring. Rengøringsindsatsen har således i 2020 været opprioriteret i kommunerne i forbindelse med covid-19, og 39 procent af kommunerne siger klart ja til, at der vil ske en fortsat opprioritering af rengøringen i 2021 i forhold til tiden før covid-19 pandemien (Arbejderen, 2020).

I denne kortlægning fremgår hvilke fagområder, der er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisationen, og hvor længe hygiejneorganisationen har eksisteret. Se kapitel 5.2 *Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation*.

2.2.2 Hygiejnekompetencer

SST anbefaler, at kommunen har adgang til hygiejnekompetencer svarende til en special- eller diplomuddannet hygiejnesygeplejerske eller lignende uddannelse, som besidder specifik faglighed, kommunikationsfærdigheder og værktøjer til at navigere i et komplekst tværfagligt samarbejde (SST, 2018).

Et kvalitativt studie (Mogensen, 2014) viste, at kommunerne i Region Hovedstaden ligeledes fandt det vigtigt, at der i hygiejneorganisationen var relevant og opdateret viden og kompetencer tilstede, f.eks. i form af en specialuddannet hygiejnesygeplejerske, eller en anden sygeplejerske, der havde hygiejne som primæropgave.

På det udøvende niveau er det vigtigt, at der er tilstrækkelig viden om infektionshygiejne. Den infektionshygiejniske viden og adfærd blandt medarbejdere kan være mangelfuld blandt andet fordi medarbejdere ikke har været på kursus med infektionshygiejnisk indhold. Herved vil medarbejdere kun vanskeligt være i stand til at identificere en infektionshygiejnisk risiko og dermed danne sig et fagligt skøn over relevante såvel forebyggende som korrigerende

handlinger (Andersen, 2011). Eksempelvis har 19 % af social- og sundhedspersonalet ikke nogen relevant uddannelse, og dette tal har været stigende siden 2017 (VPT, 2020). Omvendt angiver kommuner selv, at medarbejdere i hjemmeplejen (67 %) og i plejecentre (70 %) i høj grad har den nødvendige viden og kompetencer sammenlignet med medarbejdere i institutioner som folkeskoler (16 %), botilbud (27 %) og dagtilbud (39 %) (Friis-Holmberg et al, 2013).

Et manglende fokus på forebyggende infektionshygiejne kan bidrage til infektioner og uhensigtsmæssig behandling (Andersen, 2011). Det er vist, at man med de rette faglige kompetencer i form af infektionshygiejnisk viden om årsager til infektioner og deres forebyggelse kan iværksætte en kombineret indsats. F.eks. kan en fokuseret indsats i form af indførelse af infektionshygiejniske regimer i kombination med en ændret behandlingsstrategi forebygge urinvejsinfektioner og reducere forekomsten til nul (Bøgelund Hansen et al, 2019, Komiteen for Sundhedsoplysning, 2019).

Vigtigheden af kontinuerligt at vedligeholde hygiejnekompetencerne på det udøvende niveau rækker også ud til borgernes kompetencer. En evalueringsrapport fremfører således, at børn i den aktuelle kommune bliver undervist i hygiejne allerede i daginstitutionerne, men at der ikke er en systematisk opfølgning, når barnet når skolealderen. Derved kan gode håndhygiejnevener, indlært i børnehavealderen, gå tabt, hvis hygiejneundervisningen ikke følges op gennem indskoling, mellemtrin og udskoling (Hygiejnenetværket, 2019).

Planlægningen af en forebyggende infektionshygiejnisk indsats kræver såvel den rette normering som et uddannet og flerfagligt samarbejde og med de fornødne kompetencer og kontinuerlige ressourcer. I denne kortlægning fremgår, hvilke kompetencer hygiejneorganisationen besidder, herunder om der er nedsat et koordinationsudvalg på hygiejneområdet og hvem der sidder i udvalget, om det er udvalgt hygiejnekoordinatorer og hvem disse er, samt om hygiejnekoordinatorerne har fået tilbudt undervisning i infektionshygiejne inden for de seneste 12 måneder. Det søges endvidere at kortlægge såvel fremmende som hæmmende faktorer i organiseringen af det infektionshygiejniske arbejde i henhold til ovenstående. Se kapitel 5.3 *Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet*.

2.2.3 Samarbejde mellem region og kommune

SST anbefaler, at kommuner indgår en samarbejdsaftale med regionens infektionshygiejniske enheder på regionens hospitaler, om infektionshygiejnisk rådgivning og bistand for at understøtte en sammenhængende forebyggende indsats på tværs af kommuner og en videndeling mellem kommuner og regioner (SST, 2018).

Det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand er undersøgt i et Master of Public Healtharbejde (Bloch, 2012). Studiet bekræftede, at der er et stort behov for et tæt samarbejde mellem hospitaler og kommuner inden for det infektionshygiejniske område, og at der fortsat er en indsats at gøre, hvor specielt det at få sat fokus på hygiejnen kan være et indsatsområde. Studiet peger også på, at en mere udbredt viden på alle niveauer i organisationerne om infektionshygiejne som indsatsområde, kan være med til at forebygge infektioner i sundhedsvæsenet.

Mogensen (2014) viste, at kommunerne i Region Hovedstaden alle oplevede, at *sundhedsaftaler og netværksmøder med områdehospitalerne* var meget motiverende for arbejdet med hygiejne i deres kommune. Det, at der var lavet aftaler, og at SST stod som afsender, betød, at kommunerne opfattede det som en klar forventning om, at der skulle arbejdes med infektionshygiejne.

I denne kortlægning fremgår, hvorvidt kommunerne har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale med regionens infektionshygiejniske enheder om infektionshygiejnisk rådgivning. Endvidere afdækkes om kommunerne har tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen. Yderligere belyses om kommunerne samarbejder og videndeler med andre kommuner på hygiejneområdet og i så fald på hvilke punkter. Se kapitel 5.3 *Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet*.

2.2.4 Hygiejnepolitik

SST (SST, 2018) anbefaler, at en hygiejnepolitik som minimum omfatter organiseringen af infektionshygiejnen i kommunen med en beskrivelse af følgende elementer:

- Samarbejdsrelationer
- Overordnede mål og ansvarsfordeling
- Prioriterede indsatsområder
- Henvisning til generelle infektionshygiejniske retningslinjer
- Forebyggelse og håndtering af spredning af resistente eller særligt alvorlige og sygdomsfremkaldende mikroorganismer
- Kompetenceudvikling og formidling af politikken i kommunen.

Hygiejnepolitikken kan eksempelvis udformes på skoleområdet i samarbejde med den Kommunale Sundhedstjeneste, som også tilbyder skolerne regelmæssige hygiejnetilsyn. En dansk undersøgelse (Nandrup-Bus, 2009) opfordrer eksempelvis til, at en hygiejnepolitik inkluderer fast undervisning af elever i hygiejne, indførsel af obligatorisk håndhygiejne i skoletiden, vedligehold af landets mange gamle folkeskolars toiletforhold samt opsætning af et

tilstrækkeligt antal toiletter og håndvaske for at nedbringe antallet af skoleelever, som "holder sig" i skoletiden.

I denne kortlægning fremgår, hvorvidt kommunerne har vedtaget en formel hygiejnepolitik, og i så fald om indholdet og anvendelsen af hygiejnepolitikkerne lever op til SST's anbefalinger jf. Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018). Se kapitel 5.4 *Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik*.

2.2.5 Implementering af infektionshygiejniske retningslinjer

I Forebyggelsespakken om Hygiejne (SST, 2018) fremgår, at hjemmepleje, plejecentre, botilbud mv. anbefales at arbejde efter SSI's generelle infektionshygiejniske retningslinjer (SSI, 2017). Ligeledes anbefales, at kommunen, udarbejder lokale retningslinjer for hygiejne på kommunens institutioner i et samarbejde mellem ledelser, teknisk servicepersonale, arbejdsmiljørepræsentanter og andre relevante parter i kommunen (SST, 2018). Disse retningslinjer kan bruges som værktøj i forhold til at sikre den forebyggende hygiejniske indsats, herunder at sikre den nødvendige viden hos medarbejderne om smitteveje, hånd- og uniformshygiejne, daglig fokuseret rengøring og generelle infektionshygiejniske retningslinjer (SST, 2018).

Tidligere er det vist, at implementering af kliniske retningslinjer kan ske via nedsættelse af en styre- og /eller projektgruppe og involvering af forskellige ledelses- og organisatoriske niveauer (Bindesbøl Holm Johansen, Tjørnhøj-Thomsen og Hulvej Rod, 2014).

I denne kortlægning belyses, hvorvidt kommunernes medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer, samt hvorvidt der er formuleret lokale infektionshygiejniske retningslinjer i de kommunale institutioner. Se kapitel 5.5 *Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer*.

2.2.6 Monitorering og indikatorer

For at sikre implementering af de centrale anbefalinger i Forebyggelsespakken om Hygiejne (SST, 2018) er monitorering og dokumentation væsentlige forhold. Ifølge SST kan hygiejneorganisationen eksempelvis med fordel udføre egenkontroller og audits i de kommunale institutioner, samt registrere sygefravær og udbrud af smitsomme sygdomme i kommunale institutioner (SST, 2018). En sådan monitorering har været tilbudt fra SSI til kommunale plejehjem som tidligere nævnt i form af en prævalensundersøgelse/audit – den såkaldte HALT overvågning, som giver et øjebliksbillede af forekomsten af infektioner og forbrug af antibiotika på danske plejehjem. Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) er et andet

eksempel på en ekstern auditering, når de inddrager bl.a. håndhygiejne som målepunkt på deres tilsyn på plejehjem og plejecentre (STPS, december 2020). STPS konkluderer i 2019 og 2020, at der er brug for større opmærksomhed på hygiejne på det sundhedsfaglige område (STPS, 2019, STPS, december 2020).

I denne kortlægning belyses, hvordan og hvor ofte kommunerne evaluerer deres hygiejneindsats. Yderligere kortlægges hvilke forhold kommunerne vurderer kan styrke hygiejneindsatsen i deres kommune, afhængigt af om de har en etableret hygiejneorganisering eller ej. Se kapitel 5.6 *Evaluering af egen hygiejneindsats*.

3. Formål

Det overordnede formål med kortlægningen af de kommunale hygiejneindsatser er, at understøtte og styrke hygiejneindsatsen i kommunerne, imellem kommuner og imellem kommuner og regioner.

Delmål:

- At beskrive i hvor høj grad og hvordan de udvalgte anbefalinger i Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018), er blevet organiseret og implementeret i danske kommuner
- At angive hvilke faktorer der synes at fremme eller hæmme danske kommuners muligheder for at planlægge og gennemføre centrale anbefalinger angivet i Forebyggelsespakke om Hygiejne baseret på besvarelse af spørgeskema
- At analysere hvorvidt etablering af en formel, tværgående og ledelsesforankret hygiejneorganisation har betydning for forebyggelse af spredning af smitsomme sygdomme i kommunens institutioner. Analysen tager udgangspunkt i demografiske data, sygefravær blandt folkeskoleelever, samlet covid-19 incidens i hele kommunen og samlet covid-19 incidens blandt beboere på plejehjem
- At formulere anbefalinger til SST, som kan bidrage til en målrettet borgerkampagne og undervisningstilbud, der understøtter de kommunale aktiviteter.

I denne rapport kortlægges kommunernes implementering af centrale anbefalinger i SST's Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018) baseret på en spørgeskemaundersøgelse. Supplerende analyser blev foretaget af sammenhængen mellem kommunernes *hygiejneorganisering* (baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen) og *infektions-relaterede sygdomsmål* (baseret på covid-19 smittetal samt sygefraværstatistikker for folkeskoleelever). Yderligere blev det også undersøgt, om der var en sammenhæng mellem hygiejneorganiseringen i kommunerne og kommunernes *demografi* (baseret på registerdata). Disse analyser forklares yderligere i kapitel 4.4 *Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering*.

4. Metode

Kortlægningen af kommunernes hygiejneindsats er baseret på viden indsamlet via en spørgeskemaundersøgelse suppleret med statistik vedrørende kommunistørrelser, kommunernes regionale tilhørsforhold, covid-19 incidenser og sygefraværstatistik blandt folkeskoleelever.

4.1 Spørgeskemaudvikling

I perioden 1. august til 19. november 2020 udviklede arbejdsgruppen et spørgeskema i dialog med udvalgte interessenter. Spørgeskemaet består overvejende af lukkede spørgsmål suppleret med åbne svarkategorier, der giver respondenter mulighed for at uddybe deres svar. I spørgeskemaet indgår endvidere enkelte åbne spørgsmål. Spørgeskemaet kan læses i sin fulde længde i kapitel 8.1 *Spørgeskemaark*.

Spørgeskemaet tager udgangspunkt i Forebyggelsespakke om Hygiejne (SST, 2018), samt rapporterne "Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats" (Friis-Holmberg T, Illemaan Christensen A, Zinckernagel L, Skytte Petersen L og Hulvej Rod M (2013), KL og Center for forebyggelse i praksis (2016), Sølvhøj IN, Cloos CØ, Jarlstrup NS, Holmberg T (2017), Jakobsen GS, Nielsen Sølvhøj I, Holmberg T (2020).

Forud for spørgeskemaundersøgelsen er indgået en databehandleraftale med Rambøll. Projektet er endvidere godkendt af SSI's juridiske afdeling.

4.1.1 Inddragelse af interessenter

Flere interessenter har været involveret i udvikling af spørgeskemaet. Arbejdsgruppen har sparret med Eva Michelle Burchard, Specialkonsulent ved Center for Forebyggelse i praksis, KL, samt besøgt Gentofte Kommunes hygiejneorganisation for at få indsigt i en konkret hygiejneorganisation. Arbejdsgruppen har været i løbende dialog med Jørn Kjølsøth Møller, lektor ved Roskilde Universitet, med henblik på sparring om spørgeskemakonstruktion, og validering af den endelige udgave.

For at skabe opmærksomhed om undersøgelsen i kommunerne og dermed sikre en høj svarprocent, er spørgeskemaundersøgelsen blevet promoveret på flere måder. Først og fremmest er undersøgelsen præsenteret på KL's temadage om organisering af den kommunale hygiejneindsat, målrettet ledere, konsulenter og kommunale nøglepersoner med ansvar for at implementere hygiejneindsatsen i kommunen, som blev afviklet i København, Odense og virtuelt i august 2020. I oktober 2020 har Tyra Grove Krause, faglig direktør ved SSI,

præsenteret undersøgelsen på et webinar afholdt af KL. Webinaret var målrettet ledelsesniveauet i kommunerne og satte fokus på, hvordan kommunerne bedst tilgår arbejdet med at sikre en stærk og vedblivende hygiejneorganisation. I oktober og november 2020 blev undersøgelsen yderligere omtalt i nyhedsbrevet "CEI-nyt", som udgives fra CEI med omkring 2000 læsere.

4.1.2 Validering

Spørgeskemaet er pilottestet elektronisk og telefonisk med respondenter fra fire forskellige kommuner, og der er taget højde for testkommunernes kommentarer i forbindelse med efterfølgende revidering af indholdet. Spørgeskemaet er opsat elektronisk i SurveyXact³ og afprøvet internt i CEI, primært med henblik på at rette eventuelle tekniske fejl og øge brugervenligheden af spørgeskemaet.

4.2 Udsendelse af spørgeskema og dataindsamling

Selve dataindsamlingen varede 14 dage, fra den 20. november til 4. december 2020. En invitationsmail med link til det elektroniske spørgeskema blev udsendt til kommunerne til kommunernes hovedpostkasse, og derfra bedt om at blive 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"*.

Enkelte kommuner bad efterfølgende om at få spørgeskemaet tilsendt som pdf/word-fil, da flere medarbejdere ville besvare spørgeskemaet i fællesskab og fremsende én samlet elektronisk besvarelse. Kun én kommune udfyldte spørgeskemaet manuelt i pdf-format. Kommuner der i første omgang ikke havde besvaret spørgeskemaet, fik tilbudt at gennemføre spørgeskemaet telefonisk, hvilket to kommuner takkede ja til.

Under dataindsamlingen, blev der sideløbende udsendt personlige mails med oplysning om undersøgelsen til medlemmer af det Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker⁴, som er kommunalt ansat, samt deltagerne ved KL's temadage i august 2020. Samtidig har der løbende været dialog med respondenterne omkring undersøgelsen, og i alt 3 påmindelser blev sendt til de kommuner, som manglede at gennemføre besvarelsen.

³ Surveyxact er et værktøj til gennemførelse af spørgeundersøgelser (<https://www.surveyxact.dk/>)

⁴ Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker (FSFH <https://dsr.dk/fs/fs36>)

4.2.1 Besvarelsesgrad

Respondenter fra alle 98 kommuner har gennemført spørgeskemaundersøgelsen. Dermed er besvarelsesgraden 100 procent. Alle respondenter giver ligeledes samtykke til at deltage i spørgeskemaet (*Spørgsmål 1*) og bekræfter, at de har kendskab til deres kommunes hygiejneindsats (*Spørgsmål 2*).

4.3 Analyser af data fra spørgeskemaundersøgelsen

Baseret på kommunernes besvarelser af spørgeskemaundersøgelsen, blev foretaget kvalitativ og kvantitativ analyse af de kommunale hygiejneindsatser i Danmark. Se det fulde spørgeskemaark i bilaget bagerst i rapporten (*8.1 Spørgeskemaark*).

4.3.1 Kvalitative analyser

Baseret på dataudtræk fra SurveyXact er kvalitative udsagn opsummeret i rapporten. Kvalitative data er fremkommet gennem fritekst i spørgeskemaet under svarmulighederne "Andet (skriv her)", og følgende to åbne spørgsmål:

- "Beskriv eventuelt kort igangværende eller afsluttede forsknings- og udviklingsprojekter på hygiejneområdet i jeres kommune" (*Spørgsmål 19*).
- "Hvis du kunne vælge frit, hvilke tre forhold vurderer du så ville styrke hygiejneindsatsen i jeres kommune? Angiv dem her" (*Spørgsmål 20*).

De kvalitative udsagn er blevet gennemgået af rapportens forfattere, der således har identificeret nøgleord og foreløbige temaer. I det efterfølgende gennemsyn af de kvalitative udsagn og det kvantitative datamateriale, har der vist sig mønstre, som fortæller noget om baggrunden for at have eller ikke have organiseret hygiejneområdet i kommunerne. Kodningen af besvarelser i *Spørgsmål 20* resulterede i tematikker, som er blevet kategoriseret i centrale temaer.

4.3.2 Kvantitative analyser

SurveyXact (Rambøll Management Consulting) er anvendt til at behandle data fra spørgeskemaet og lave grafiske fremstillinger.

4.4 Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering

Supplerende analyser blev foretaget af sammenhængen mellem *mål for hygiejneorganisering* (baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen) og *infektions-relaterede sygdomsmål* (baseret på covid-19 smittetal samt sygefraværstatistikker for folkeskoleelever). Yderligere blev det også undersøgt om, der var en sammenhæng mellem hygiejneorganiseringen i kommunerne og kommunernes *demografi* (baseret på registerdata).

4.4.1 Mål for hygiejneorganisering

For at vurdere betydningen af kommunernes organisatoriske rammer inden for hygiejneområdet på det strategiske og udøvende niveau, blev følgende fire *mål for hygiejneorganisering* undersøgt:

- Om der er etableret en formel tværgående og ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation på det strategiske niveau (*Spørgsmål 6*).
- Om kommunerne prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for *børne- og ungeområdet* på kommunens udøvende niveau (*Spørgsmål 6.3 del 2 og Spørgsmål 6.7 del 3*).
- Om kommunerne prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for *ældreområdet* på kommunens udøvende niveau (*Spørgsmål 6.3 del 9 og Spørgsmål 6.7 del 10*).
- Om kommunerne har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) om infektionshygiejnisk rådgivning (*Spørgsmål 10*).

4.4.2 Infektions-relaterede sygdomsmål og demografi

Analyserne blev suppleret med følgende data for at vurdere om der var en sammenhæng mellem kommunernes hygiejneorganiseringen og fem *infektions-relaterede sygdomsmål* (variabelnavnet er angivet i kursiv og datakilden i parentes):

- *Sygefravær blandt folkeskoleelever*: Det gennemsnitlige procentvise sygefravær⁵ i folkeskolen for henholdsvis elever i indskoling (0.-3. klassetrin), mellemtrinnet (4.-6.

⁵ Værdien er beregnet som et gennemsnit af de enkelte elevers sygefravær i procent pr. år. Det betyder, at hver elev vægter lige meget i beregningen. Hvis en elev skifter skole i løbet af skoleåret, indgår elevens fravær oplysninger.

klassetrin) og udkolingen (7.-9. klassetrin) for hver kommune i skoleåret 2018/2019 (Undervisningsministeriet Børne og Undervisningsministeriet 2020)

- *Kumulativ covid-19 incidens blandt borgere*: Den kumulative covid-19 incidens pr. 100.000 borgere⁶ inddelt efter kommune for perioden den 26. februar til 19. november 2020⁷ (SSI). Det samlede antal borgere er defineret som det totale antal borgere for hver kommune pr. 1. kvartal 2020 (Danmarks Statistik 2020).
- *Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt borgere*: Antal dage fra den 1. marts 2020 til et incidens-niveau på henholdsvis 50, 100 og 200 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere inddelt efter kommune (SSI). Det samlede antal borgere er defineret som det totale antal borgere for hver kommune pr. 1. kvartal 2020 (Danmarks Statistik 2020).
- *Kumulativ covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere*: Det samlede antal bekræftede daglige nye covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere⁸ for hver kommune for perioden uge 11-47 (den 9. marts til 22. november) 2020 (SSI løbende)
- *Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt plejehjemsbeboere*: Antal dage fra den 1. marts 2020 til et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere⁸ inddelt efter kommune (SSI løbende)

Derudover er også undersøgt om, der var en sammenhæng mellem hygiejneorganiseringen i kommunerne og følgende variable, som belyser kommunernes *demografi* (variabelnavnet er angivet i kursiv og datakilden i parentes) vedrørende kommunernes demografi:

- *Kommunestørrelse*: Det totale antal borgere for hver kommune pr. 1. kvartal 2020 fordelt på 4 grupper: 1 = <20000 borgere, 2 = 20000-59999 borgere, 3 = 60000-100000 borgere, 4 = >100000 borgere (Danmarks Statistik 2020)
- *Regionalt tilhørsforhold*: Regionsnavn for hver kommune (Danmarks Statistik 2020).

4.4.3 Anvendte statistiske metoder

Microsoft Excel blev anvendt til dataoprensning og statistikprogrammet R version 4.0.4 (2021-02-15) blev brugt til at foretage de supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering. De supplerende analyser er beskrevet i afsnittene "deskriptiv statistik" og "udvidet statistik" nedenfor.

⁶ Hjemløse, turister og personer der endnu ikke har fået opholdstilladelse, er ikke inkluderet pga. manglende folkeregisteradresse.

⁷ Perioden fra 1. registrerede covid-19 tilfælde på i Danmark til datoen før distribution af spørgeskemaundersøgelsen.

⁸ Det samlede antal plejehjemsbeboere⁸ er defineret som plejehjemsbeboere der har boet i kommunen i løbet af 2020 for hver kommune. Inkluderer plejehjemsbeboere som er døde, stadig bor der eller er flyttet videre. Data bliver trukket ud ved at koble adresseinformation på testede personer og påviste covid-19-tilfælde med plejehjemsadresser (SSI, 2020).

Deskriptiv statistik

Deskriptiv statistik er anvendt til at beskrive fordelingen af variablene (svarene i spørgeskemaet samt covid-19 incidenser samt sygefravær i folkeskolen). Den deskriptive statistik er i nogle tilfælde også stratificeret for en anden variable, som f.eks. om kommunen har en etableret hygiejneorganisation. Derudover er fordelingen af variablene også illustreret ved hjælp af boxplots og histogrammer.

Kort beskrivelse af den anvendte deskriptive statistik:

- Minimum: Den laveste værdi
- Maksimum: Den højeste værdi
- 1. kvartil (25 %): Den værdi som 25 % af alle observationerne er mindre end.
- Median: Den midterste værdi ved rangordning fra laveste til største værdi.
- Gennemsnit: Gennemsnittet af variablen.
- 3. kvartil (75 %): Den værdi som 75 % af alle observationerne er mindre end.
- Interquartile range (IQR): Det interkvartile område angivet som 1. kvartil til 3. kvartil hvor de midterste 50% af observationerne ligger.

Udvidet statistik

Chi-squared test er brugt til at teste sammenhængen mellem katagoriske variable. Hvis grupperne var meget små, er Fisher's exact test anvendt. Endvidere er Kruskal-Wallis rank sum test brugt til at analysere om, der var forskel i fordelingen af elevsygefravær i forhold til de fire mål for hygiejneorganisering. Wilcoxon rank sum test er anvendt til at analysere sammenhængen mellem de fire mål for hygiejneorganisering og kumuleret covid-19 incidenser. Antal dage til et bestemt incidens-niveau er illustreret grafisk ved hjælp af Kaplan Meier kurver og testet med log rank sum test. Derudover er kommunerne inddelt i to grupper ud fra om de relativt hurtigt eller sent opnåede det ønskede incidens-niveau. Disse grupper blev også undersøgt i forhold til kommunernes størrelse (antal borgere) og regionale tilhørsforhold.

Kort beskrivelse af de anvendte statistiske test:

- *Chi-squared (χ^2) test*: Denne test bruges til at undersøge sammenhængen mellem to katagoriske variable og den vurderer sandsynligheden for at de observerede frekvenser kommer fra den samme fordeling. Forudsætningerne for at anvende en χ^2 -test er, at der er et passende antal tællinger i alle grupper (ofte flere end fem).
- *Fishers test*: Denne test bruges i stedet for χ^2 -testen når frekvenserne er meget små.
- *Wilcoxon rank sum test*: Denne test er en ikke-parametrisk test baseret på rang. Den anvendes, når sammenhængen mellem en numerisk ikke-normalfordelt variabel og en

katagorisk variable med to niveauer ønskes undersøgt. Der testes for om observationerne i de to niveauer for den katagoriske variabel kommer fra samme fordeling.

- *Kruskal-Wallis rank sum test*: Denne test er også en ikke-parametrisk test baseret på rang. Den anvendes, når sammenhængen mellem en numerisk ikke-normalfordelt variabel og en katagorisk variable med mere end to niveauer ønskes undersøgt.
- *Log-rank test*: Denne test er en ikke-parametrisk test, som sammenligner tidsforløbet for et outcome mellem grupper.

Resultaterne af de supplerende analyser fremgår af afsnit 5. *Resultater fra supplerende analyser af kommunernes organisatoriske rammer.*

5. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

I dette afsnit præsenteres de kvantitative og kvalitative resultater af spørgeskemaundersøgelsen. Resultaterne omfatter 6 forskellige emner:

1. Baggrundsoplysninger
2. Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation
3. Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet
4. Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik
5. Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer
6. Evaluering af egen hygiejneindsats

Spørgeskemaet kan læses i sin fulde længde som bilag bagerst i rapporten (8.1 *Spørgeskemaark*), og der refereres løbende til de enkelte spørgsmål i spørgeskemaarket, som resultaterne bygger på. Supplerende tabeller og figurer er angivet "S" for supplerende og findes som bilag (8.2 *Tabeller og figurer med resultater*).

5.1 Baggrundsoplysninger

Det første emne i spørgeskemaet omhandler baggrundsoplysninger om de respondenter, som besvarede spørgeskemaet på vegne af den kommune, de er ansat i. I flere kommuner var der mere end én respondent, som lavede én samlet besvarelse af spørgeskemaet. I disse tilfælde er én respondent angivet som primær respondent, og vedkommendes stillingsbetegnelse og anciennitet vil indgå i resultaterne.

5.1.1 Stillingsbetegnelse og anciennitet

Respondenterne blev bedt om at angive deres stillingsbetegnelse (*Spørgsmål 3*). I alt 69 % af respondenterne har en stillingsbetegnelse som konsulent (f.eks. sundhedskonsulent, udviklingskonsulent, kvalitetskonsulent eller servicekonsulent) eller leder (f.eks. sundhedschef eller centerleder). 20 % har en stilling som sygeplejerske (f.eks. udviklingssygeplejerske eller hygiejnesygeplejerske), og i alt 11 % har en stilling som koordinatore (f.eks. hygiejnekoordinator), læger, sundhedsplejerske eller projektleder (*Figur S1*).

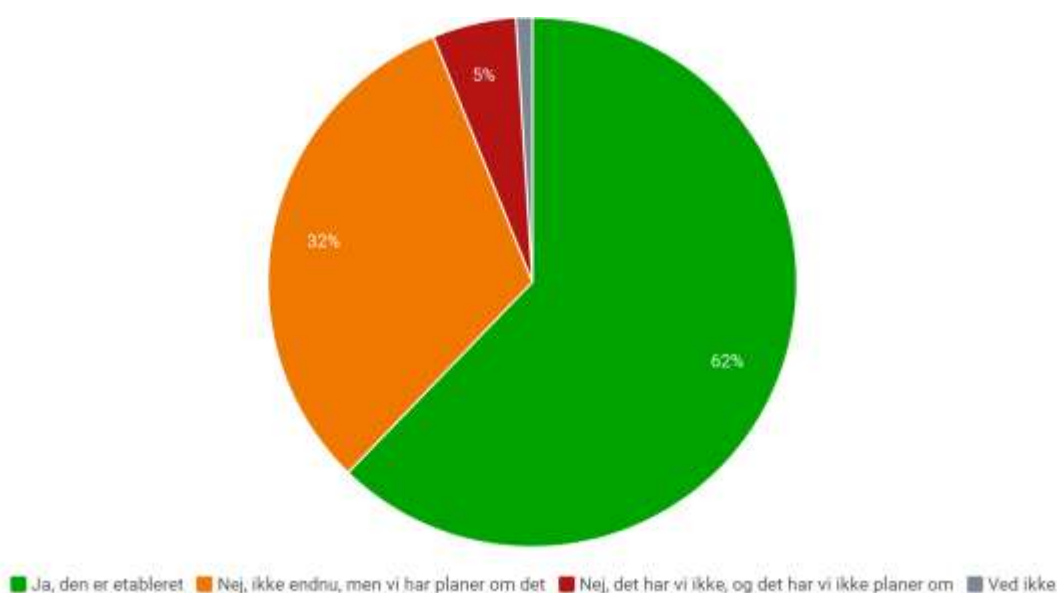
Respondenterne blev spurgt, hvor mange års anciennitet de havde på hygiejneområdet i deres kommunes organisation (*Spørgsmål 4*). Hertil svarer 21 %, at de har under et års anciennitet, 33 % har et til fem års anciennitet, 27 % har seks til ti års anciennitet, og 19 % har over ti års anciennitet (*Figur S2*).

5.2 Etablering og opbygning af en hygiejneorganisation

I spørgeskemaets andet emne om etablering og opbygning af en hygiejneorganisation, blev alle 98 kommuner spurgt om, de har etableret en hygiejneorganisation (*Spørgsmål 6*). Se definition af "hygiejneorganisation" i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (8.3 *Begrebsafklaring*).

En hygiejneorganisation er etableret i 61 kommuner (62 %), 31 kommuner (32 %) angiver, at de planlægger at etablere en hygiejneorganisation, og fem kommuner (5 %) svarer, at de ikke planlægger at etablere en hygiejneorganisation. Én kommune angiver "ved ikke" (Figur 1).

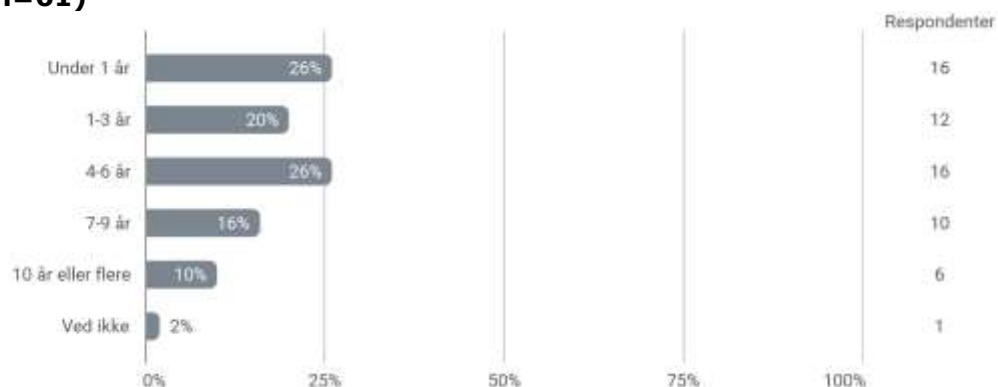
Figur 1: Spørgsmål 6. Er der etableret en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation i jeres kommune? (n=98)



5.2.1 Kommuner som har etableret en hygiejneorganisation

Blandt de 61 kommuner som jf. Figur 1 har etableret en formel hygiejneorganisation oplyser 16 (26 %), at hygiejneorganisationen har eksisteret mindre end et år (*Spørgsmål 6.1*). Seks kommuner (10 %) oplyser, at hygiejneorganisationen har eksisteret i mere end 10 år. Yderligere har 12 (20 %), 16 (26 %) og 10 (16 %) kommuners hygiejneorganisation eksisteret i henholdsvis 1-3 år, 4-6 år og 7-9 år. Én kommune svarer "ved ikke" (Figur 2).

Figur 2: Spørgsmål 6.1 I hvor mange år har der eksisteret en hygiejneorganisation i jeres kommune? (n=61)

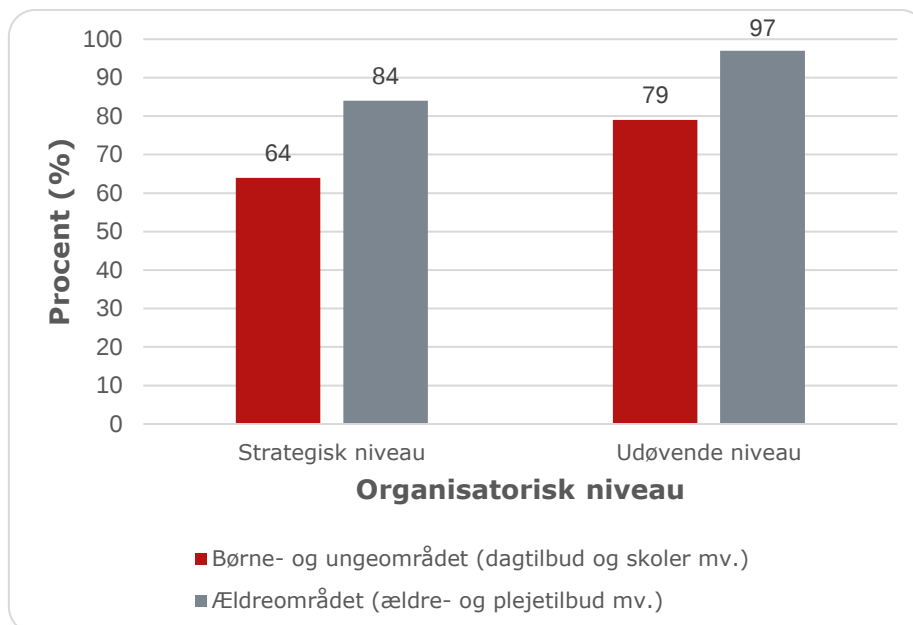


Fagområder i kommunens hygiejneorganisation

De 61 kommuner, som jf. Figur 1 har etableret en hygiejneorganisation blev spurgt hvilke fagområder, der er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på det strategiske niveau (*Spørgsmål 6.2*) og det udøvende niveau (*Spørgsmål 6.3*). Det var muligt at vælge flere svarmuligheder. Se definition af de to niveauer i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (8.3 *Begrebsafklaring*).

Blandt de 61 kommuner oplyses, at ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.) er repræsenteret på det strategiske og det udøvende niveau i henholdsvis 51 (84 %) og 59 (97 %) kommuner. Tilsvarende oplyses, at børne- og ungdomsområdet (dagtilbud og skoler mv.) er repræsenteret på det strategiske niveau henholdsvis det udøvende niveau i henholdsvis 39 (64 %) og 48 (79 %) kommuner (Figur 3).

Figur 3: Procentvis andel af kommunerne der angiver, at børne- og ungeområdet samt ældreområdet var repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation pr. organisatorisk niveau (n=61)



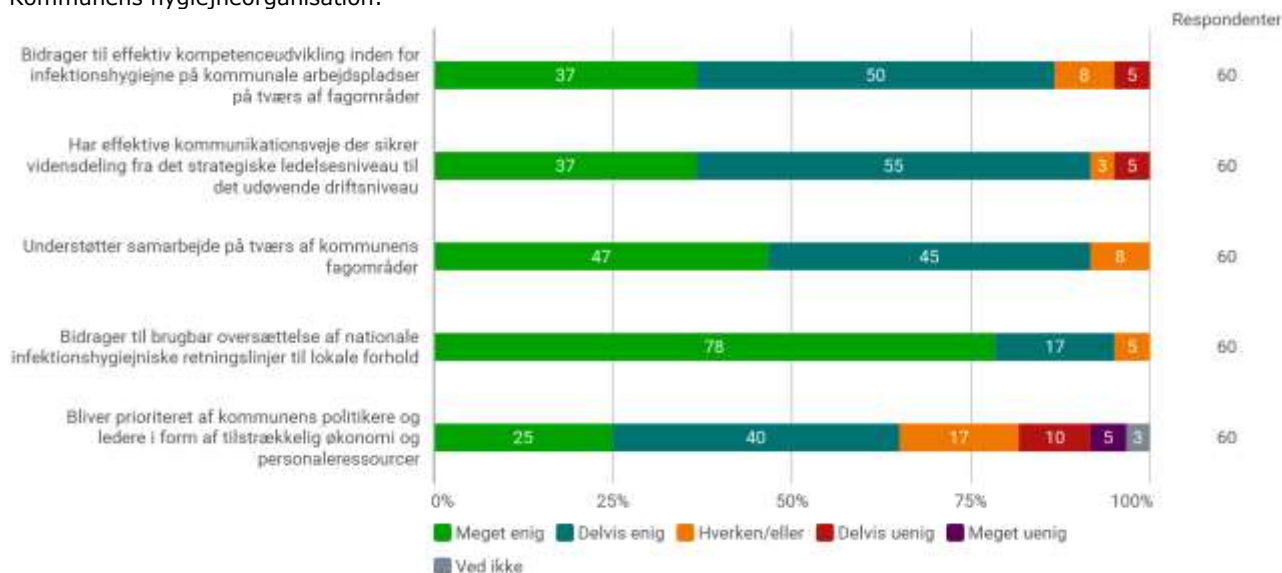
Hygiejneorganisationens rolle

De 60⁹ kommuner som jf. Figur 1 har etableret en hygiejneorganisation, blev bedt om at besvare, hvor enige de var i forskellige udsagn om deres hygiejneorganisation (*Spørgsmål 6.4*). I alt 57 kommuner (95 %) er meget eller delvis enige i, at kommunens hygiejneorganisation "bidrager til brugbar oversættelse af NIR til lokale forhold". Ligeledes er 55 kommuner (92 %) meget eller delvis enige i, at kommunens hygiejneorganisation henholdsvis "har effektive kommunikationsveje der sikrer videndeling fra det strategiske ledelsesniveau til det udøvende driftsniveau", samt "understøtter samarbejde på tværs af kommunernes fagområder". Til sammenligning er 39 kommuner (65 %) meget eller delvis enige i, at "kommunens hygiejneorganisation bliver prioriteret af kommunens politikere og ledere i form af tilstrækkelig økonomi og personaleressourcer" (Figur 4).

⁹ Én kommune som jf. Figur 1 har etableret en hygiejneorganisation, har ikke besvaret Spørgsmål 6.4 og data er ikke inkluderet.

Figur 4: Spørgsmål 6.4 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om hygiejneorganisationen i jeres kommune? (n=60)

Kommunens hygiejneorganisation:

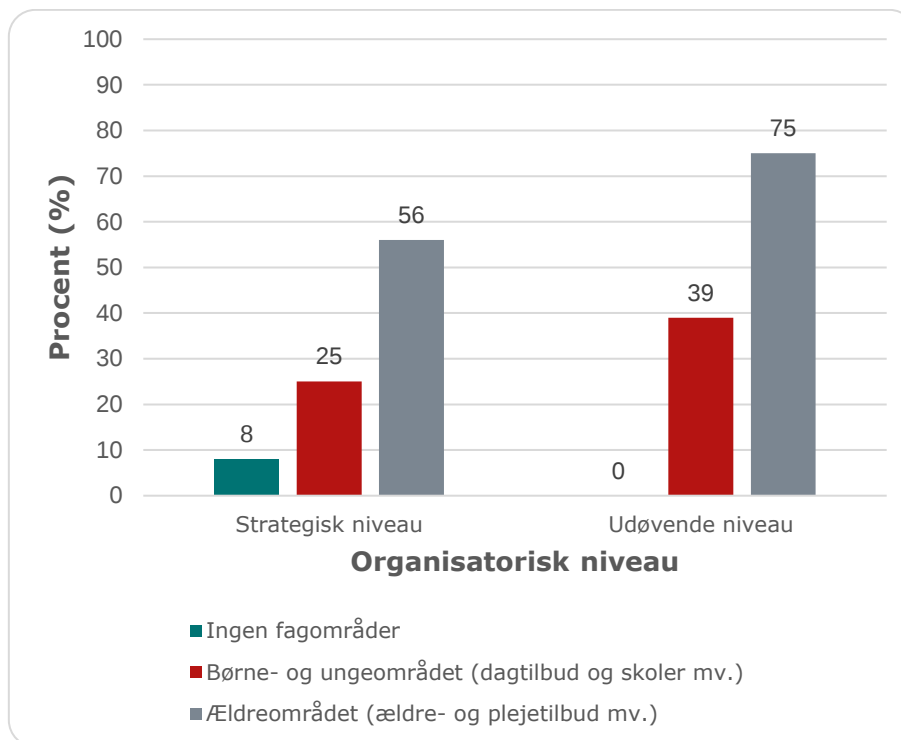


5.2.2 Kommuner uden en etableret hygiejneorganisation

De i alt 36 kommuner som jf. Figur 1 ikke har en hygiejneorganisation, blev bedt om at angive hvilke fagområder, der varetager forebyggelse på hygiejneområdet på henholdsvis kommunens strategiske- (*Spørgsmål 6.6*) og udøvende niveau (*Spørgsmål 6.7*). Se definition af de to niveauer i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (*8.3 Begrebsafklaring*). Kommunerne havde mulighed for at vælge flere svarmuligheder.

Blandt de 36 kommuner oplyses, at ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.) er repræsenteret på det strategiske- og udøvende niveau i henholdsvis 20 (56 %) og 27 (75 %) kommuner. Tilsvarende oplyses, at børne- og ungdomsområdet (dagtilbud og skoler mv.) er repræsenteret på det strategiske- og udøvende niveau i henholdsvis 9 (25 %) og 14 (39 %) kommuner. Tre kommuner (8 %) angiver, at de ikke har nogen fagområder, som varetager forebyggelse på hygiejneområdet på hverken det strategiske niveau eller på det udøvende niveau (Figur 5).

Figur 5: Procentvis andel af kommuner uden hygiejneorganisation (n=36), der angiver, at børne- og ungeområdet samt ældreområdet varetager forebyggelse på hygiejneområdet på organisatorisk niveau

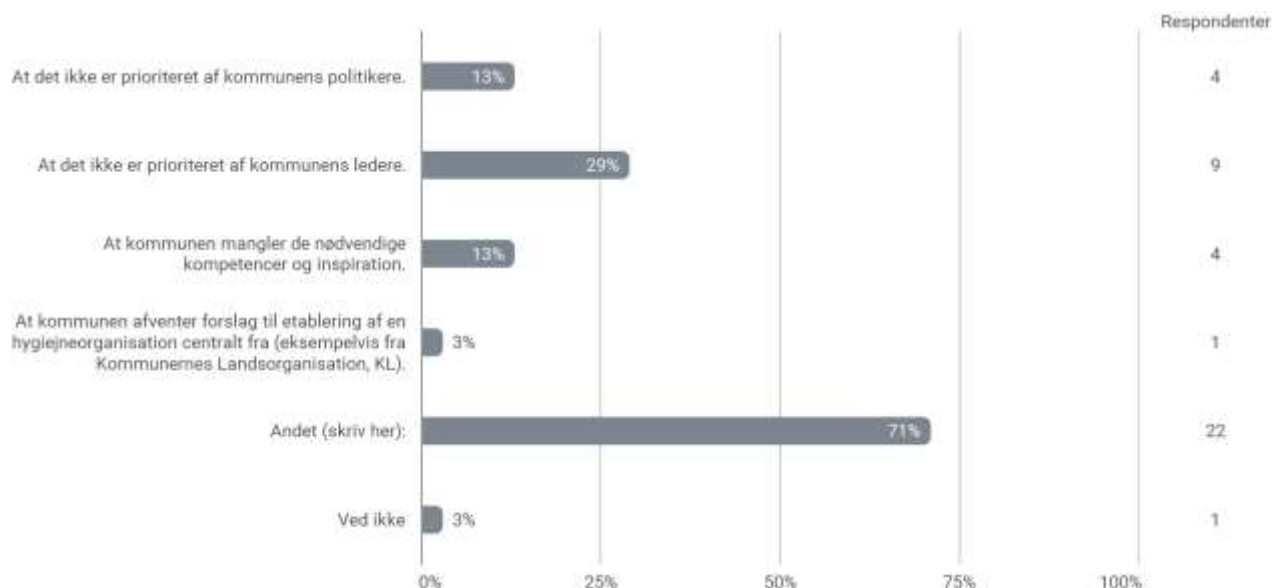


Kommuner som planlægger at etablere en hygiejneorganisation

De 31 kommuner som jf. Figur 1 planlægger at etablere en hygiejneorganisation, blev spurgt hvad de vurderer, som den væsentligste årsag til, at hygiejneorganisationen endnu ikke er etableret (*Spørgsmål 6.5*). Ni kommuner (29 %) angiver, "at det ikke er prioriteret af kommunens ledere", mens fire kommuner (13 %) angiver, at det henholdsvis "ikke bliver prioriteret af kommunens politikere", og "at kommunen mangler de nødvendige kompetencer og inspiration" (Figur 6).

Under svarmuligheden "andet" svarer 22 kommuner (71 %), at de bl.a. afventer ansættelsesstart af nye hygiejneansvarlige; at de er i proces med at finde den rette organisering, så hygiejneorganisationen bliver tilstrækkeligt tværgående; at der ikke har været en kontinuerlig ledelsesopbakning; at der har været ledelsesudskiftning; at der mangler ledelsesforankring (Figur 6).

Figur 6: Spørgsmål 6.5 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der endnu ikke er etableret en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation i jeres kommune? (n=31)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



Kommuner som ikke planlægger at etablere en hygiejneorganisation

De fem kommuner som jf. Figur 1 ikke havde etableret en hygiejneorganisation, og heller ikke planlagde at etablere en, blev adspurgt, hvad de vurderede som den væsentligste årsag dertil (Spørgsmål 6.8). Fire kommuner (80 %) angiver, at hygiejneområdet bliver betragtet som integreret i den eksisterende organisation. De resterende svarmuligheder, herunder "at hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde", "at det ikke er prioriteret af kommunens politikere" eller "at det ikke er prioriteret af kommunens ledere" blev ikke valgt af de fem kommuner (Figur S7).

Under svarmuligheden "andet" svarer tre kommuner (60 %) bl.a., at der hidtil ikke har været så stort et fokus på hygiejne, men at covid-19 pandemien har medført dette; at kommunen er blevet bevidst om fordelene ved en tværgående strategisk indsats; at deres lille størrelse gør, at de kan agere på tværs af kommunen uden at organisere sig til det (Figur S7).

5.3 Kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet

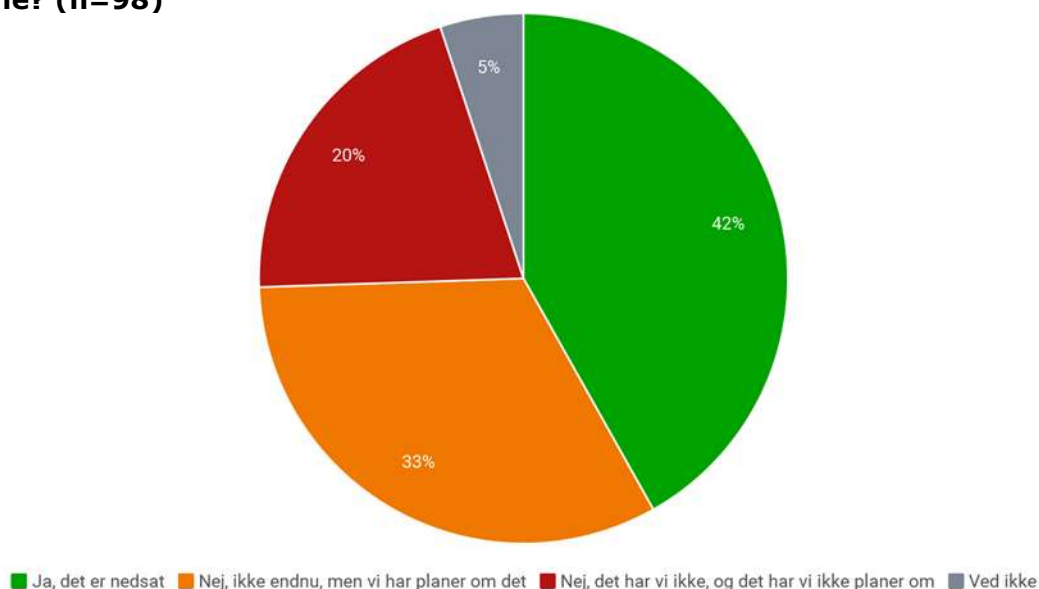
Det tredje emne i spørgeskemaarket omhandler kommunernes kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet, herunder spørgsmål vedrørende koordinationsudvalg,

hygiejnekoordinatorer, fælles-regionale samarbejdsaftaler og samarbejdsaftaler med andre kommuner. Se definitioner i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (8.3 Begrebsafklaring).

5.3.1 Koordinationsudvalg

Alle 98 kommuner blev spurgt, hvorvidt de havde nedsat et koordinationsudvalg inden for det infektionshygiejniske område på strategiske niveau (*Spørgsmål 7*). I alt angiver 41 kommuner (42 %), at de har nedsat et koordinationsudvalg, 32 kommuner (33 %) at de planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg, samt 20 kommuner (20 %) at de ikke har nedsat et koordinationsudvalg, og heller ikke har planer om det. Fem kommuner (5 %) vidste ikke, hvorvidt de havde nedsat et koordinationsudvalg eller ej (Figur 7).

Figur 7: Spørgsmål 7. Er der nedsat et koordinationsudvalg inden for det infektionshygiejniske område på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=98)



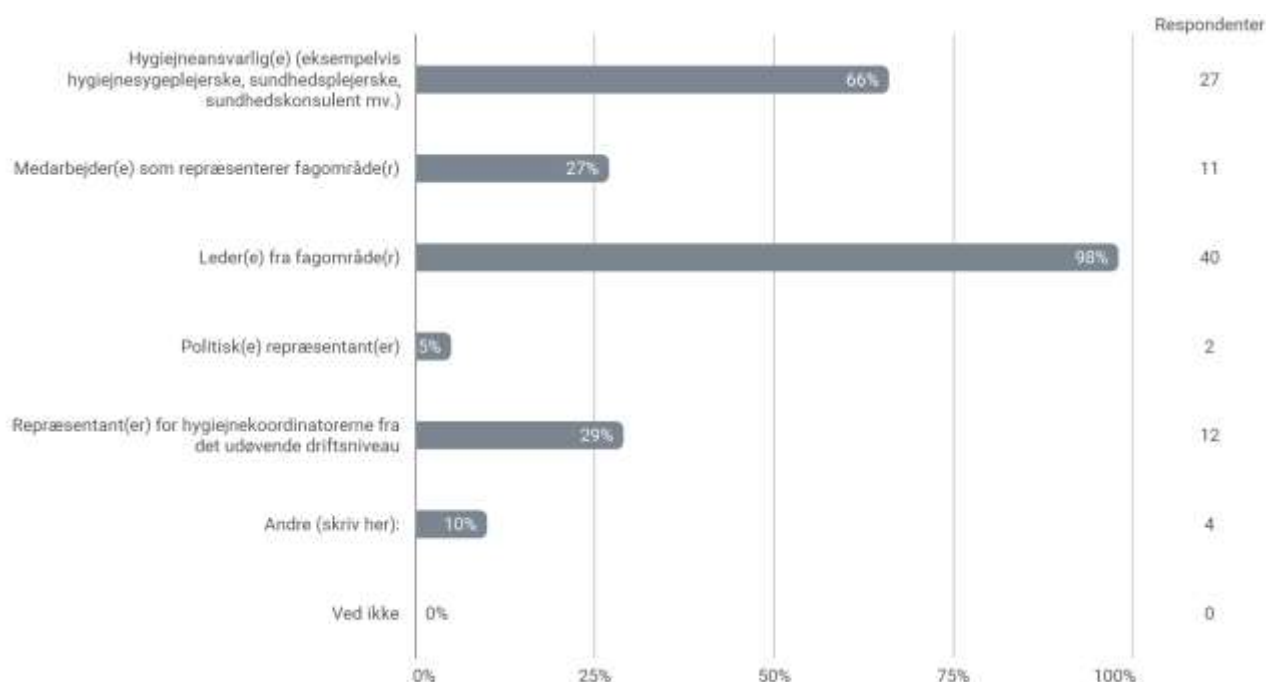
Kommuner som havde nedsat et koordinationsudvalg

De 41 kommuner som jf. Figur 7 svarer, at de har nedsat et koordinationsudvalg, blev spurgt hvilke medlemmer deres koordinationsudvalg er sammensat af (*Spørgsmål 7.1*).

40 kommuner (98 %) angiver, at koordinationsudvalget består af ledere, mens 27 kommuner (66 %) angiver, at der sidder hygiejneansvarlige i koordinationsudvalget. Til sammenligning angiver to kommuner (5 %), at koordinationsudvalget har deltagelse politiske repræsentanter. Under svarmuligheden "andre" svarer fire (10 %) af kommunerne bl.a., at den ansvarlige

direktør, en arbejdsmiljøkoordinator og en central tovholder er repræsenteret i kommunens koordinationsudvalg (Figur 8).

Figur 8: Spørgsmål 7.1 Hvem sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=41)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



Hygiejneansvarlige i koordinationsudvalget

Blandt de 27 kommuner der jf. Figur 8 angiver, at koordinationsudvalget består bl.a. af hygiejneansvarlige, angiver 11 kommuner (41 %), at de har fem eller flere udvalgte hygiejneansvarlige i deres koordinationsudvalg på hygiejneområdet på det strategiske niveau (Spørgsmål 7.2). Otte kommuner (30 %) angiver, at de har en enkelt hygiejneansvarlig i deres koordinationsudvalg, fire kommuner (15 %) svarer, at de har to hygiejneansvarlige, mens de resterende fire kommuner (14 %) angiver at have tre til fire hygiejneansvarlige (Figur S8).

Blandt de 27 kommuner med en hygiejneansvarlig i koordinationsudvalget oplyser 22 kommuner, at deres hygiejneansvarlige har en sygeplejefaglig baggrund. Yderligere angiver kommunerne, at deres hygiejneansvarlige har en baggrund som henholdsvis sundhedsplejerske (12 kommuner), ergoterapeut (fire kommuner), tandlæge (fire kommuner), fysioterapeut (tre kommuner), læge (to kommuner), social- og sundhedsassistent (én kommune) eller tandplejer (én kommune). Under svarmuligheden "andet" tilføjer 13 kommuner bl.a., at de hygiejneansvarlige havde en ikke-sundhedsfaglig uddannelse inden for

pædagogik, psykologi, administration, beskæftigelse, rengøring, HR og ernæring (*Figur S9*). Det var muligt at vælge flere svarmuligheder, hvis kommunerne vurderede, at der var flere hygiejneansvarlige, og at disse havde forskellige baggrunde (*Spørgsmål 7.3*).

Blandt de 27 kommuner oplyser seks kommuner (22 %), at de har én udvalgt hygiejneansvarlig i koordinationsudvalget, som har gennemført en formel videreuddannelse inden for infektionshygiejne. De resterende 21 kommuner (78 %) oplyser, at de ikke har nogen hygiejneansvarlige med en videreuddannelse inden for infektionshygiejne (*Spørgsmål 7.5*).

Fem kommuner oplyser, at den udvalgte hygiejneansvarliges videreuddannelse inkluderer henholdsvis en diplomuddannelse i infektionshygiejne på Nordiska Högskolan for Folkehälsovetenskap (NHV) i Göteborg (tre kommuner), en specialuddannelse for sygeplejersker i infektionshygiejne (hygiejnesygeplejerskeuddannelsen) i København (én kommune) og en svensk specialuddannelse (én kommune) (*Spørgsmål 7.4, Figur S10*).

Kommuner som planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg

De 32 kommuner som jf. Figur 7 planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg, blev spurgt hvad de vurderer, som den væsentligste årsag til at hygiejneorganisationen endnu ikke er etableret (*Spørgsmål 7.6*). Ti kommuner (31 %) angiver, at det ikke var prioriteret af kommunens ledere, syv kommuner (22 %) angiver, at det ikke blev prioriteret af kommunens politikere, mens to kommuner (6 %) angiver, at kommunen mangler de nødvendige kompetencer og inspiration (*Figur S11*).

Under svarmuligheden "andet", svarer 19 kommuner (59 %) bl.a., at hygiejne ikke har haft en strategisk tværgående bevågenhed før covid-19; at kommunen har været igennem en omorganisering; at hygiejnepolitikken ikke er på plads; at ledelsen har vurderet, at den nuværende organisering fungerer fint; at hygiejneområdet er integreret i den eksisterende organisation; at processen med at nedsætte et koordinationsudvalg er tidskrævende; at man kommunalt ikke har vurderet, at der var et "behov" for at nedsætte et koordinationsudvalg (*Figur S11*).

Kommuner som ikke planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg

De 20 kommuner som jf. Figur 7 ikke planlægger at nedsætte et koordinationsudvalg blev spurgt, hvad de vurderer som den væsentligste årsag hertil (*Spørgsmål 7.7*). 15 kommuner (75 %) vurderer, at årsagen er, at hygiejneområdet bliver betragtet som integreret i den eksisterende organisation. Yderligere vurderer fire kommuner (20 %), at det ikke er prioriteret af kommunens ledere, og én kommune (5 %) at det ikke er prioritet af kommunens politikere.

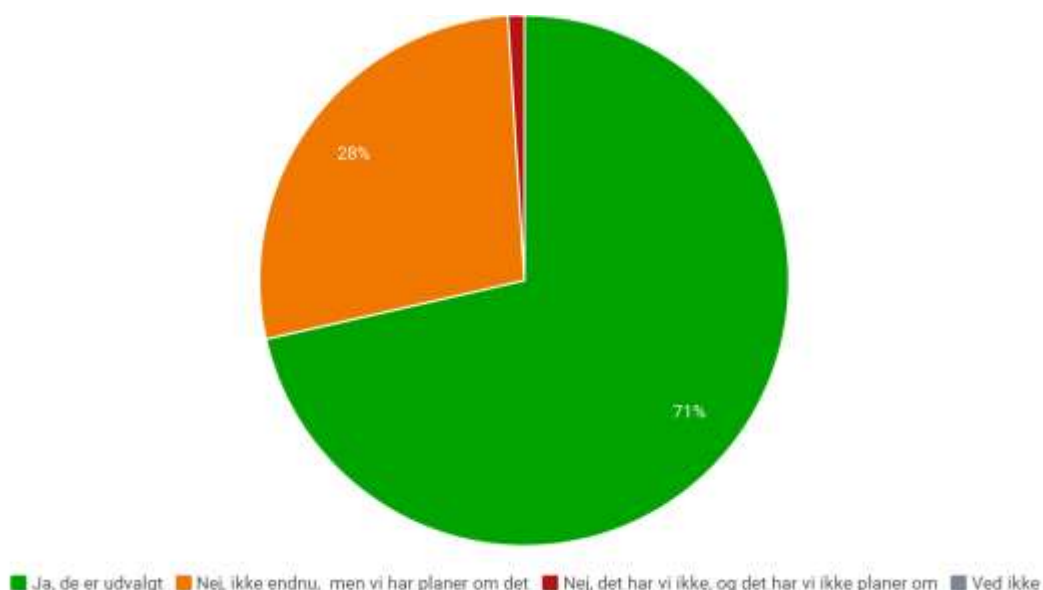
Tre kommuner (15 %) angiver "ved ikke". Ingen af kommunerne svarer, at hygiejneområdet ikke blev betragtet som et kommunalt indsatsområde (*Figur S12*).

Under svarmuligheden "andet", tilføjer seks kommuner (30 %) bl.a. at de ikke har planer om at nedsætte et koordinationsudvalg, enten fordi hygiejneområdet allerede blev drøftet i kommunens koncernledelse og i kommunens krisestabsledelse; at der er et velfungerende kommunalt lægeligt udvalg (KLU) som supplement til hygiejneorganisationen; at de i stedet opererer med et kvalitetsråd eller en tværgående hygiejnegruppe; at en lille kommunestørrelse gør, at de kan agere på tværs af kommunen uden en organisering på indsatsområdet (*Figur S12*).

5.3.2 Hygiejnekoordinatorer

Alle 98 kommuner blev spurgt om, der er udvalgt hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau i deres kommune (*Spørgsmål 8*). 70 kommuner (71 %) angiver, at de har udvalgt hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau, mens 27 kommuner (28 %) planlægger at udvælge hygiejnekoordinatorer og én kommune (1 %) ikke har planer om det (*Figur 10*).

Figur 10: Spørgsmål 8. Er der udvalgt hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=98)



Kommuner som har udvalgt hygiejnekoordinatorer

De 70 kommuner som jf. Figur 10 havde udvalgt hygiejnekoordinatorer blev spurgt, hvem der er udvalgt som hygiejnekoordinatorer (*Spørgsmål 8.1*). 68 kommuner (97 %) angiver, at deres hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau er sundhedsfaglige personer. Ligeledes

angiver 31 kommuner (44 %), at de har hygiejnekoordinatorer som er ikke-sundhedsfaglige personer (*Figur S13*).

Sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer

De 68 kommuner som jf. Figur 10 angiver, at de har udvalgt sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer, blev yderligere spurgt hvor mange sundhedsfaglige personer de har udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau (*Spørgsmål 8.2*). I gennemsnit vurderer kommunerne, at de har 13,8 (0-100) sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau.

De 68 kommuner blev yderligere spurgt, hvilke uddannelsesmæssige baggrunde de udvalgte sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer har (*Spørgsmål 8.3*). De største andele af kommunerne svarende til 63 (91 %) og 50 (72 %) kommuner angiver, at deres sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer, henholdsvis har en baggrund som sygeplejerske og sundhedsplejerske. Ligeledes angiver kommunerne at de sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer har en baggrund som social- og sundhedsassistent (32 kommuner, 46 %), fysioterapeut (18 kommuner, 26 %), social- og sundhedshjælper (15 kommuner, 22 %), ergoterapeut (11 kommuner, 16 %) og læge (fem kommuner, 7 %), laborant (én kommune, 1 %). Under svarmuligheden "andre", angiver 15 kommuner (22 %) bl.a. at de sundhedsprofessionelle hygiejneansvarlige har uddannelsesmæssige baggrunde inden for rengøring, arbejdsmiljø og socialpsykiatri (*Figur S14*).

Ikke-sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer

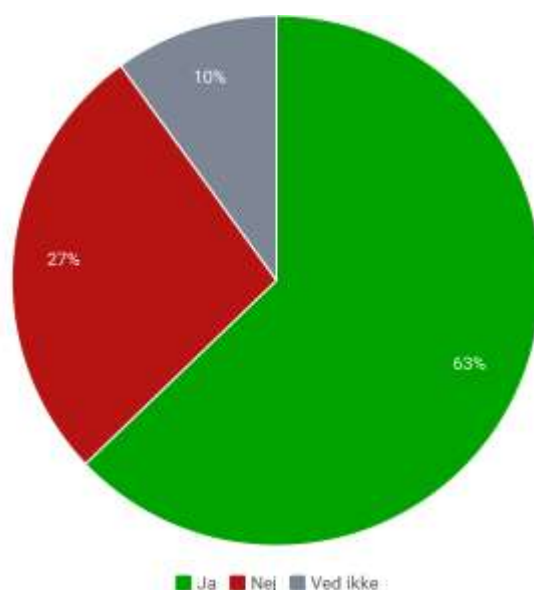
De 31 kommuner som jf. Figur 10 angiver, at de har udvalgt ikke-sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer, blev yderligere spurgt hvor mange ikke-sundhedsfaglige personer de har udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau (*Spørgsmål 8.4*). I gennemsnit vurderer de 31 kommuner, at de har 10,9 (0-75) ikke-sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau.

De 31 kommunerne blev yderligere spurgt, hvilke uddannelsesmæssige baggrunde de udvalgte ikke-sundhedsfaglige hygiejnekoordinatorer har (*Spørgsmål 8.5*). Spørgsmålet skulle besvares med fritekst. Kommunerne angiver, at de ikke-sundhedsuddannede hygiejnekoordinatorer har uddannelsesmæssige baggrunde som lærere, pædagoger, serviceassistenter, akademikere, administrativt personale, serviceledere, rengøringsledere, jurister, arbejdsmiljørepræsentanter, bygningskonstruktører, jobkonsulenter og sagsbehandlere.

Undervisning i infektionshygiejne til hygiejnekoordinatorer

De 70 kommuner som jf. Figur 10 har udvalgt hygiejnekoordinatorer, blev spurgt hvorvidt hygiejnekoordinatorerne har fået tilbudt at deltage i undervisning i infektionshygiejne inden for de seneste 12 måneder (*Spørgsmål 9*). 44 kommuner (63 %) svarer, at dette er tilfældet, 19 kommuner (27 %) svarer, at det ikke er tilfældet, mens syv kommuner (10 %) angiver "ved ikke" (Figur 11).

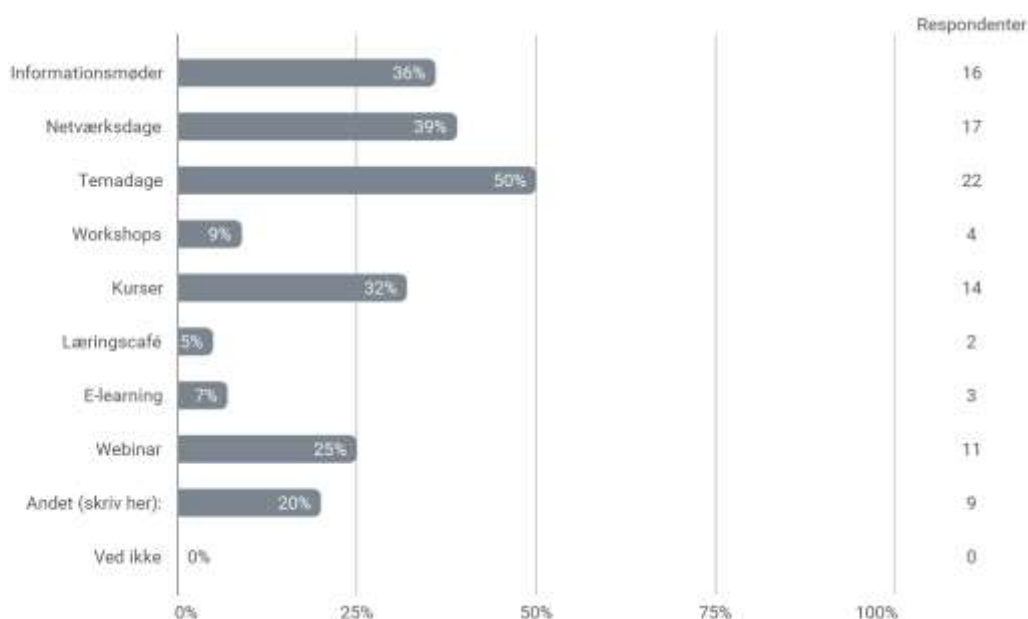
Figur 11: Spørgsmål 9. Har kommunens hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau fået tilbudt at deltage i undervisning i infektionshygiejne inden for de seneste 12 måneder? (n=70)

**Kommuner som tilbyder hygiejnekoordinatorer undervisning**

De 44 kommuner som jf. Figur 11 angiver, at de har tilbudt hygiejnekoordinatorerne at deltage i undervisning i infektionshygiejne inden for de seneste 12 måneder, blev spurgt hvilke former for undervisning i infektionshygiejne de vurderer, at kommunernes hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau, har fået tilbudt at deltage i inden for de seneste 12 måneder (*Spørgsmål 9.1*). Den største andel af kommunerne svarende til 22 kommuner (50 %) angiver, at undervisningen er blevet tilbudt i form af temadage, mens den mindste andel svarende til to kommuner (5 %) svarer læringscafé (Figur 12).

Under svarmuligheden "andet", svarer ni kommuner (20 %), bl.a., at møder efter marts 2020 er blevet aflyst; at der tidligere inden covid-19 pandemien også ville have været afholdt temadage; at der er blevet ERFA-gruppemøder online grundet covid-19 pandemien; at undervisning og kompetenceudvikling skal ses i lyset af, at kommunerne har et tæt og formaliseret samarbejde med regionens hygiejneorganisation (Figur 12).

Figur 12: Spørgsmål 9.1 Hvilke(n) form(er) for undervisning i infektionshygiejne vurderer du, at kommunens hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau har fået tilbudt at deltage i inden for de seneste 12 måneder? (n=44)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



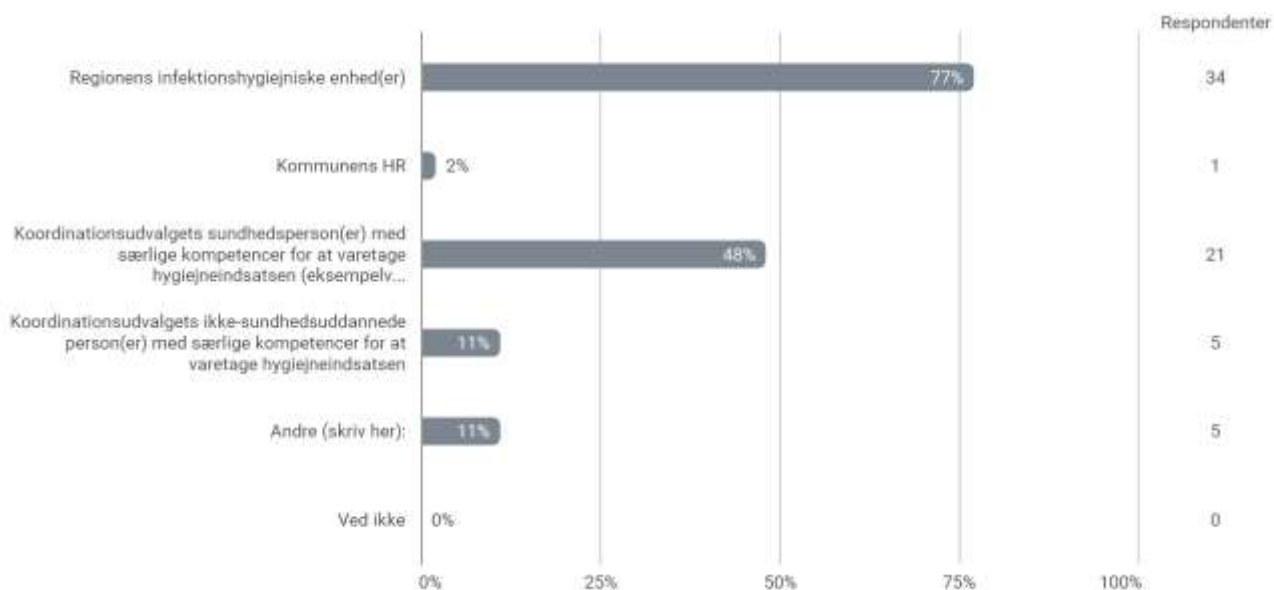
De 44 kommuner blev ligeledes spurgt, hvor hyppigt undervisningen er blevet afholdt (*Spørgsmål 9.2*). I alt 26 kommuner (60 %) angiver, at de har afholdt undervisning årligt eller halvårligt, 9 kommuner (20 %) har afholdt undervisning kvartalsvist, mens én kommune (2 %) har afholdt undervisning hver anden måned. To kommuner (5 %) angiver "ved ikke". Under svarmuligheden "andet" svarer seks kommuner (14 %), at der bl.a. bliver afholdt undervisning tre gange årligt i netværksgrupper; at covid-19 pandemien er årsagen til aflyst undervisning; at der er faste halvårlige temadage suppleret med løbende undervisning efter behov; at kurser bliver tilbudt ved udvælgelse af nye hygiejnekoordinatorer (*Figur S17*).

De 44 kommuner blev yderligere spurgt hvem der tilrettelægger undervisningen (*Spørgsmål 9.3*). Den største andel svarende til 34 kommuner (77 %) angiver, at det er regionens infektionshygiejniske enheder, som tilrettelægger undervisningen, mens den mindste andel svarende til én kommune (2 %) angiver, at kommunens HR tilrettelægger undervisningen (*Figur 13*).

Under svarmuligheden "andet" svarer fem kommuner (11 %), at hygiejekonsulenter/sundhedskonsulenter, sundhedsplejersker, teamledere, samt regionens klinisk mikrobiologiske afdeling tilrettelægger undervisningen om infektionshygiejne til

hygiejnekoordinatorerne. Én kommune tilføjer, at de indhenter råd og vejledning hos regionens hygiejnesygeplejerske jf. sundhedsaftalen, og tager udgangspunkt i SST's anbefalinger og SSI's NIR (Figur 13).

Figur 13: Spørgsmål 9.3 Hvem tilrettelægger undervisning om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=44)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



De 44 kommuner blev tilmed spurgt, hvorvidt de vurderer, at undervisningen om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne er tilrettelagt i henhold til de NIR om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område (*Spørgsmål 9.4*). 40 kommuner (91 %) vurderer, at undervisningen efterlever disse retningslinjer, mens to kommuner (5 %) vurderer, at de ikke gør. Yderligere to kommuner (5 %) angiver "ved ikke" (*Figur S18*).

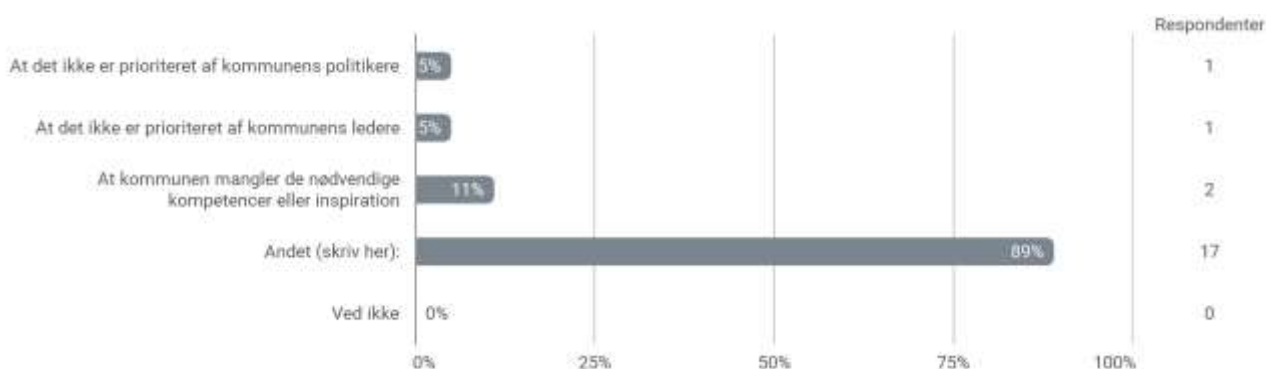
Kommuner som ikke tilbyder hygiejnekoordinatorer undervisning

De 19 kommuner som jf. Figur 11 angiver, at hygiejnekoordinatorerne ikke har fået tilbudt undervisning om infektionshygiejne til hygiejnekoordinatorerne inden for de seneste 12 måneder blev spurgt, hvad de vurderer som den væsentligste årsag dertil (*Spørgsmål 9.5*). To kommuner (11 %) angiver, at årsagen er, at kommunerne mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration, mens i alt to kommuner (10 %) angiver, at det ikke bliver prioriteret af kommunens politikere eller ledere.

Under svarmuligheden "andet" angiver 17 kommuner (89 %) bl.a., at kommunens hygiejneorganisation er nyetableret, hvorfor hygiejnekoordinatorerne først lige er blevet udvalgt og derfor ikke er blevet tilbudt undervisning inden for de seneste 12 måneder; at

organiseringen af kommunen ikke er fuldt ud etableret endnu; at opgaverne i forbindelse med covid-19 har været en forhindring; at kommunen mangler viden om muligheder; at det i 2020 ikke har været muligt at finde et egnet tilbud (Figur 14).

Figur 14: Spørgsmål 9.5 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at kommunens hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau ikke er blevet tilbudt undervisning om infektionshygiejne inden for de seneste 12 måneder? (n=19) (Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



Kommuner som planlægger at udvælge hygiejnekoordinatorer

De 27 kommuner som jf. Figur 10 angiver, at de endnu ikke har udvalgt hygiejnekoordinatorer, men har planer om det, blev yderligere adspurgt, hvad de vurderer som den væsentligste årsag dertil (*Spørgsmål 8.6*). Ni kommuner (33 %) angiver, at det ikke er prioriteret af kommunens ledere, fire kommuner (15 %) angiver, at det ikke er prioriteret af kommunens politikere, og to kommuner (7 %) angiver, at kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration (*Figur S15*).

Under svarmuligheden "andet" svarer 23 kommuner (85 %), bl.a. at de i kommunen er i gang med at udvælge hygiejnekoordinatorer; at der ikke har været systematisk fokus på at udvælge hygiejnekoordinatorer, og derfor er der ikke hygiejnekoordinatorer i hele organisationen, men spredt tilfældigt; at kommunen afventer, at hygiejneorganisationen vil træde i kraft; at det ikke vurderes nødvendigt, fordi det gældende system fungerer godt; at der ikke har været set et behov; at der mangler politisk opbakning; at der pt. er vakante stillinger og omstrukturering i gang (*Figur S15*).

Kommuner som ikke planlægger at udvælge hygiejnekoordinatorer

Den ene kommune som jf. Figur 10 angiver, at de ikke har udvalgt hygiejnekoordinatorer inden for det infektionshygiejniske område på det udøvende niveau, og heller ikke havde

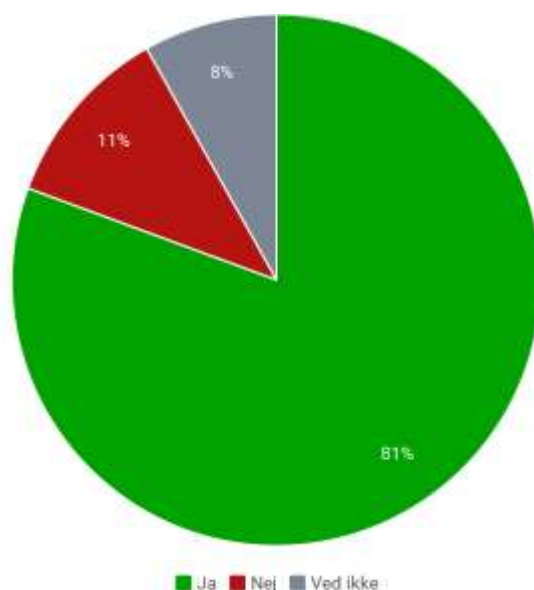
planer om det, angiver "ved ikke" til spørgsmålet om, hvad der var den væsentligste årsag til, at hygiejnekoordinatorerne ikke var udvalgt (*Figur S16*).

5.3.3 Fælles-regional samarbejdsaftale

Alle 98 kommuner blev spurgt om de havde indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale (*Spørgsmål 10*). Se definition på "fælles-regional samarbejdsaftale" i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (*8.3 Begrebsafklaring*).

79 kommuner (81 %) angiver, at de har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale, hvorimod 11 kommuner (11 %) angiver, at de ikke har indgået en sådan aftale, og otte kommuner (8 %) svarer "ved ikke" (*Figur 15*).

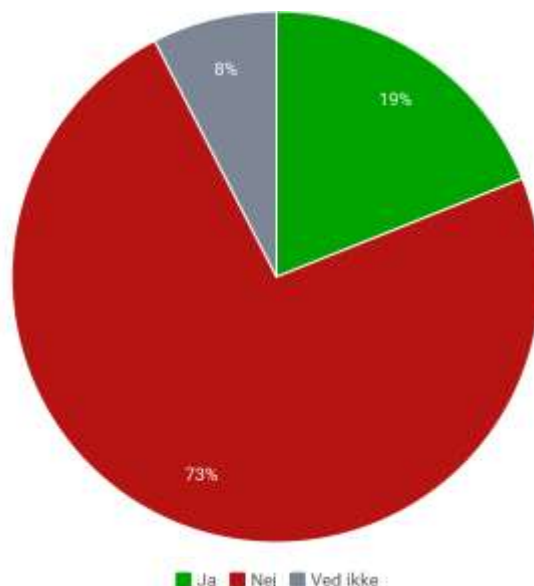
Figur 15: Spørgsmål 10. Har kommunen indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale med regionens infektionshygiejniske enhed(er) om infektionshygiejnisk rådgivning (kan eksempelvis indeholde aftale om rådgivning, undervisning og auditering) eventuelt med afsæt i sundhedsaftalerne? (n=98)



Kommuner med en fælles-regional samarbejdsaftale

De 79 kommuner som jf. *Figur 15* angiver, at de har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale, blev spurgt om de som supplement til samarbejdsaftalen har tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen. 58 kommuner (73 %) angiver, at de ikke har tilkøbt ekstra ydelser, mens 15 kommuner (19 %) har tilkøbt ydelserne (*Figur 16*).

Figur 16: Spørgsmål 10.1 Har jeres kommune, som supplement til den formelle fælles-regionale samarbejdsaftale med regionens infektionshygiejniske enhed(er) om infektionshygiejnisk rådgivning, tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen? (n=79)

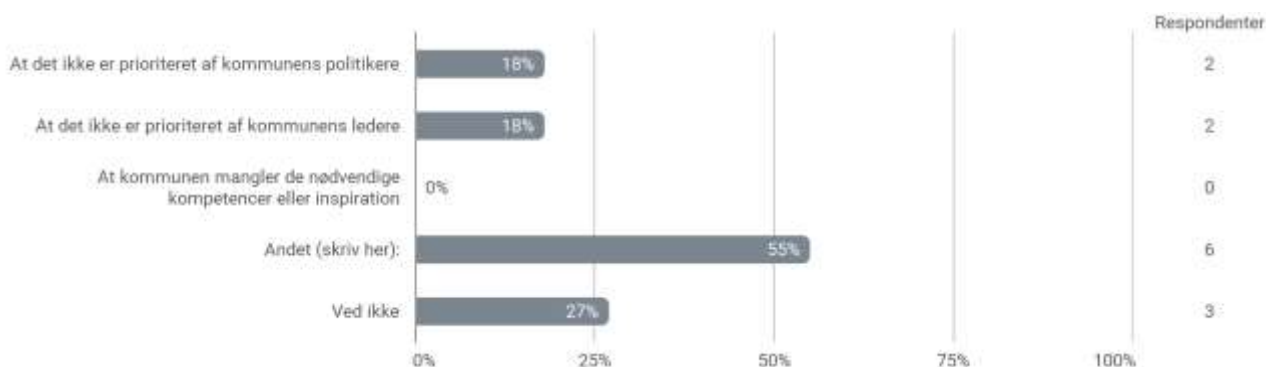


Kommuner uden en fælles-regional samarbejdsaftale

De 11 kommuner som jf. Figur 15 svarer, at de ikke har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale, blev spurgt, hvad de vurderer som den væsentligste årsag. Hertil svarer i alt fire kommuner (36 %), at det ikke er prioriteret af kommunens politikere og ledere, og tre kommuner (27 %) angiver "ved ikke" (Figur 17).

Under svarmuligheden "andet", svarer seks kommuner (55 %), at de bl.a. ikke er nået så langt i samarbejdet endnu; at det er en nyetableret gruppe; at tilbuddet endnu ikke er drøftet mellem region og kommuner; at der i forvejen er et stærkt netværk inden for infektionshygiejne og samarbejde med hospitalet, så derfor er der ikke et yderligere behov for sparring; at fokus på at indgå en formel fælles-regional samarbejdsaftale er forsvundet gennem de seneste to runder af nye sundhedsaftaler (Figur 17).

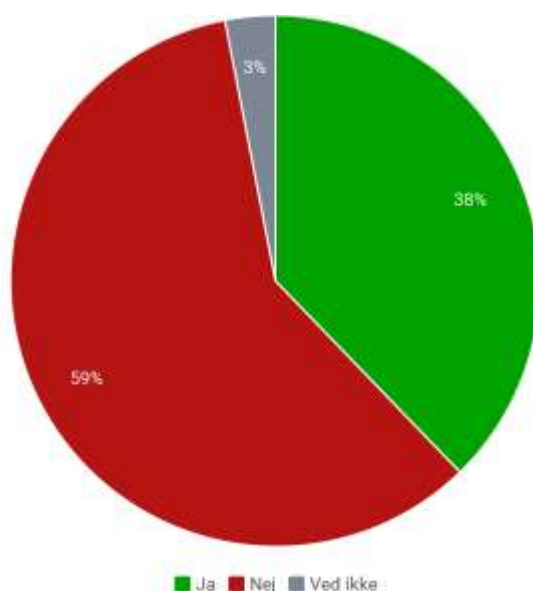
Figur 17: Spørgsmål 10.2 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale med regionens infektionshygiejniske enhed(er) om infektionshygiejnisk rådgivning (kan eksempelvis indeholde aftale om rådgivning, undervisning og auditering)? (n=11) (Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



5.3.4 Samarbejde mellem kommuner

Alle 98 kommuner blev spurgt, hvorvidt de samarbejder med andre kommuner på hygiejneområdet (*Spørgsmål 11*). 58 kommuner (59 %) angiver, at de ikke samarbejder med andre kommuner, mens 37 kommuner (38 %) angiver, at de gør (Figur 18).

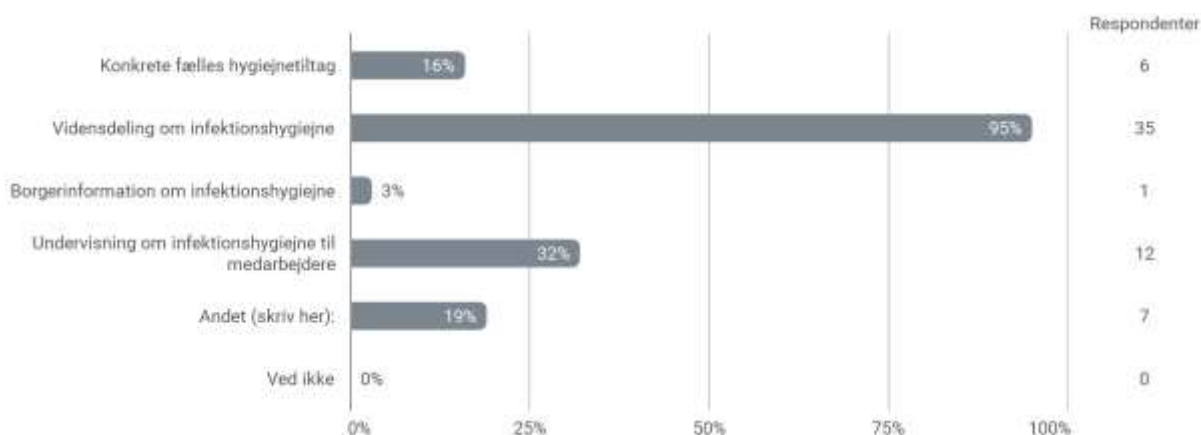
Figur 18: Spørgsmål 11. Samarbejder jeres kommune med andre kommuner på hygiejneområdet? (n=98)



Kommuner som samarbejder med andre kommuner

De 37 kommuner som jf. Figur 18 angiver, at de samarbejder med andre kommuner på hygiejneområdet blev spurgt om på, hvilke punkter de samarbejder (*Spørgsmål 11.1*). Næsten alle svarende til 35 kommuner (95 %) angiver, at de deler viden om infektionshygiejne (Figur 19). Under svarmuligheden "andet" svarer syv kommuner (19 %), at de bl.a. samarbejder i klyngekommunerne om udveksling af tiltag; at de deler instrukser; at de indgår i ERFA-grupper; at de sammen med hele regionens kommuner deltager i Fagligt Forum tilrettelagt af regionens MRSA-enhed (Figur 19).

Figur 19: Spørgsmål 11.1 På hvilke punkter samarbejder jeres kommune med andre kommuner på hygiejneområdet? (n=37)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

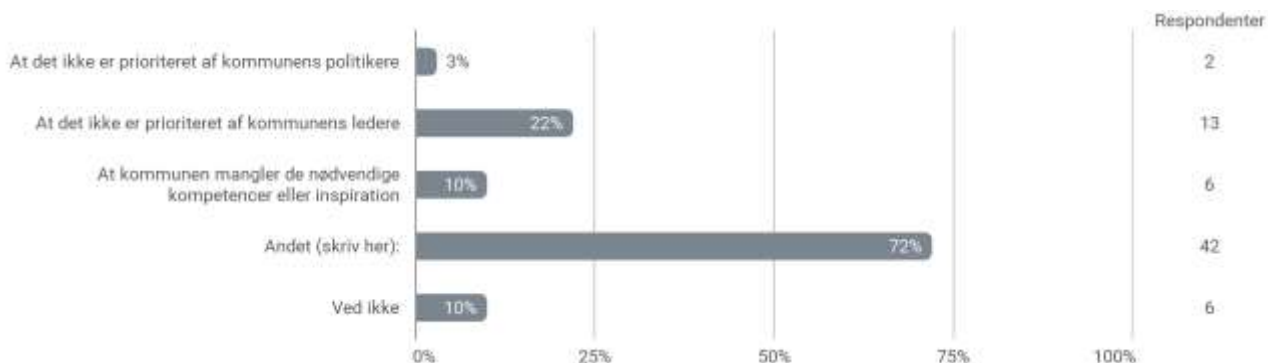


Kommuner som ikke samarbejder med andre kommuner

Blandt de 58 kommuner som jf. Figur 18 oplyser, at de ikke samarbejder med andre kommuner på hygiejneområdet, angiver den største andel svarende til 42 kommuner (72 %) under svarmuligheden "andet", at de væsentligste årsager inkluderer bl.a. geografiske afstande kommunerne imellem; at man ikke ser et behov; at det ikke giver mening eller har relevans; at det ikke er nødvendigt eller prioriteret; at man har oplevet et stort behov siden marts 2020, men har manglet overskud til at lave samarbejde og netværk; at kommunen får rådgivning og erfaringer fra andre kommuner gennem regionens infektionshygiejniske enhed; at kommunen selv ønsker at varetage området; at hygiejneorganiseringen er under etablering; at regionens hygiejnesygeplejersker varetager funktionen som formidler af gode ideer mellem kommunerne; at det har været vanskeligt at indgå i samarbejde med andre kommuner; at kommunen får det fornødne fra den fælles-regionale samarbejdsaftale.

Den mindste andel svarende til to kommuner (3 %) angiver, at det ikke er prioriteret af kommunens politikere (*Spørgsmål 11.2*, Figur 20).

Figur 20: Spørgsmål 11.2 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er indgået et samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet? (n=58) (Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

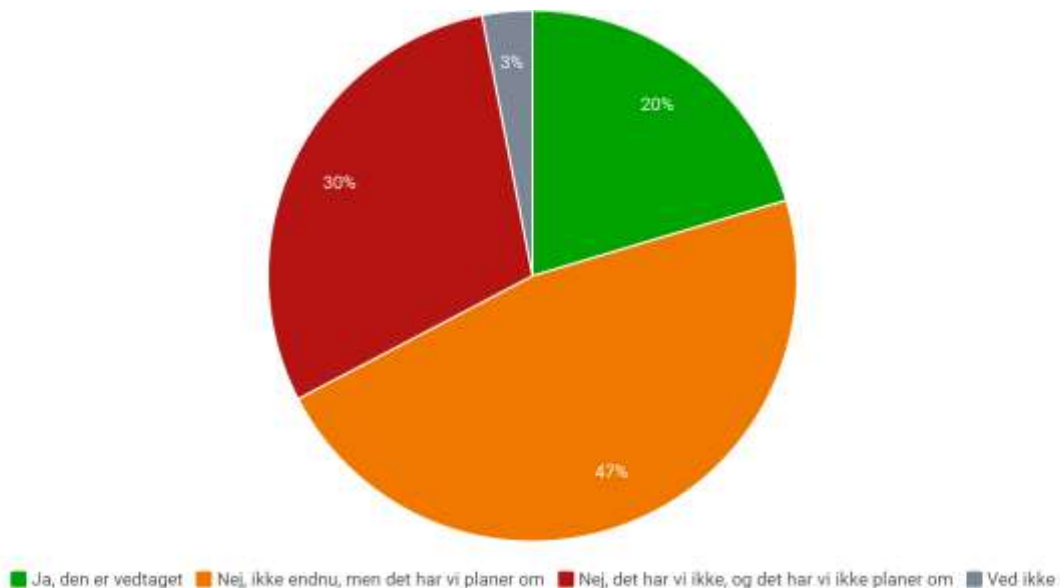


5.4 Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik

I spørgeskemaets fjerde emne om kommunernes hygiejnepolitik, blev alle 98 kommuner spurgt, om de har vedtaget en hygiejnepolitik (*Spørgsmål 12*). Se definition af "hygiejnepolitik" i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (*8.3 Begrebsafklaring*).

46 kommuner (47 %) angiver, at de planlægger at vedtage en hygiejnepolitik, men endnu ikke har gjort det, 29 kommuner (30 %) planlægger ikke at vedtage en hygiejnepolitik, og 20 kommuner (20 %) angiver, at den er vedtaget (Figur 21).

Figur 21: Spørgsmål 12. Har kommunen vedtaget en formel hygiejnepolitik? (n=98)



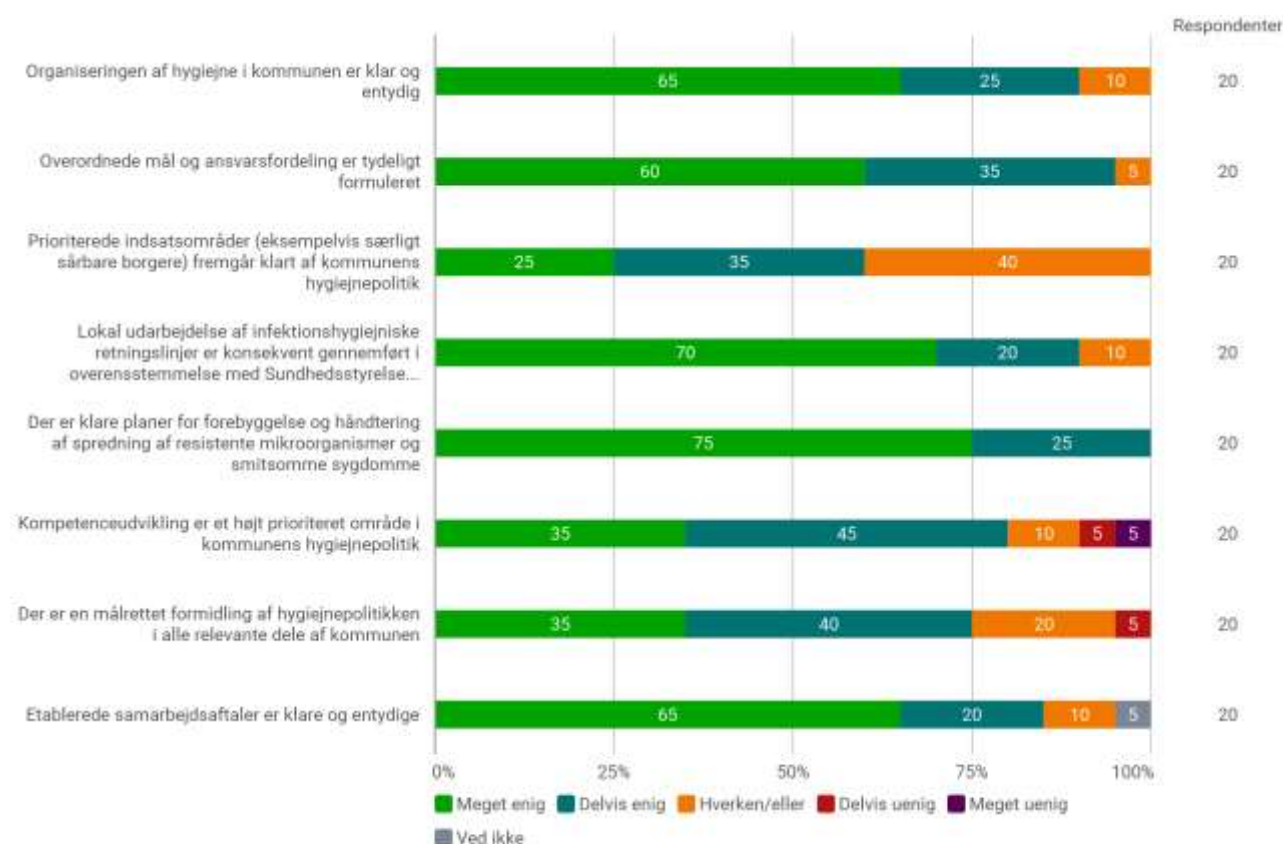
5.4.1 Kommuner som har vedtaget en hygiejnepolitik

De 20 kommuner som jf. Figur 21 angiver, at de har vedtaget en hygiejnepolitik, blev bedt om at besvare hvor enige de er i forskellige udsagn vedrørende indholdet i deres hygiejnepolitik (*Spørgsmål 12.1*) og anvendelsen af deres hygiejnepolitik (*Spørgsmål 12.2*).

Alle 20 kommuner er meget eller delvis enige i, at "der er klare planer for forebyggelse og håndtering af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme", og 95 % (19 kommuner) er meget eller delvis enige i at "overordnede mål og ansvarsfordeling er tydeligt formuleret". Kun 12 kommuner (60 %) er meget eller delvis enige i, at "prioriterede indsatsområder (eksempelvis særligt sårbare borgere) fremgår klart af kommunernes hygiejnepolitik" (Figur 22).

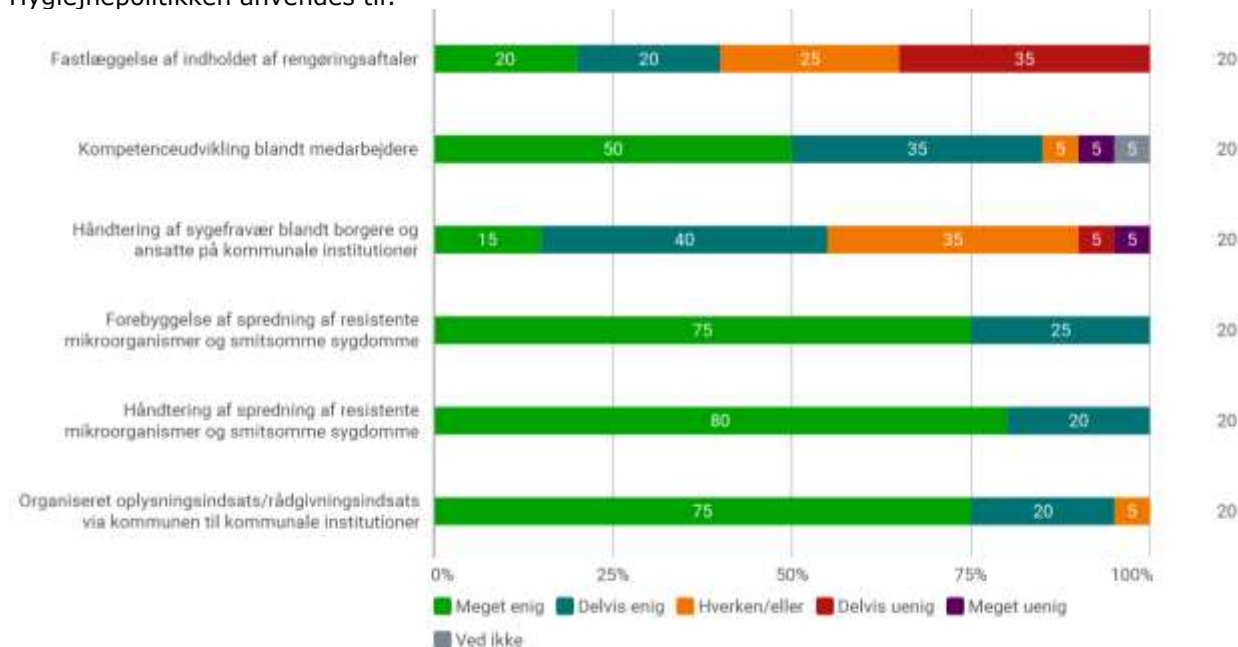
Ligeledes er alle 20 kommuner meget eller delvis enige i, at hygiejnepolitikken bliver anvendt til forebyggelse og håndtering af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme. Kun otte kommuner (40 %) er meget eller delvis enige i, at hygiejnepolitikken bliver anvendt til "fastlæggelse af indholdet af rengøringsaftaler" (Figur 23).

Figur 22: Spørgsmål 12.1 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om indholdet i hygiejnepolitikken i jeres kommune? (n=20)



Figur 23: 12.2 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om anvendelsen af hygiejnepolitikken i jeres kommune? (n=20).

Hygiejnepolitikken anvendes til:



5.4.2 Kommuner som planlægger at vedtage en hygiejnepolitik

De 46 kommuner som jf. Figur 21 planlægger at vedtage en hygiejnepolitik blev spurgt, hvad de vurderer, som den væsentligste årsag til, at kommunen endnu ikke har vedtaget en hygiejnepolitik (*Spørgsmål 12.3*).

11 kommuner (24 %) angiver, at det ikke er prioriteret af kommunens politikere, 11 kommuner (24 %) angiver, at det ikke er prioriteret af kommunens ledere, mens otte kommuner (17 %) angiver, at de mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration. Fire kommuner (9 %) angiver "ved ikke" (*Figur S19*).

Under svarmuligheden "andet" angiver 23 kommuner (50 %), at de bl.a. har udarbejdet en hygiejnestrategi, og afventer ansættelse af en hygiejnesygeplejerske, før en egentlig hygiejnepolitik udarbejdes; at kommunens ledere og politikere først har prioriteret hygiejnedagsordenen efter covid-19 pandemien; at der ikke tidligere har været behov for en hygiejnepolitik; at kommunen ikke har indsigt i en hygiejnepolitik's betydning som retningsgivende og kvalitetssikrende dokument; at der i stedet er udarbejdet en hygiejneplan; at det er tidskrævende (*Figur S19*).

5.4.3 Kommuner som ikke planlægger at vedtage en hygiejnepolitik

De 29 kommuner som jf. Figur 21 ikke planlægger at vedtage en hygiejnepolitik, blev spurgt hvad de vurderer, som den væsentligste årsag dertil (*Spørgsmål 12.4*).

20 kommuner (69 %) angiver, at hygiejneområdet bliver betragtet som integreret i den eksisterende organisation. Syv kommuner (24 %) angiver, at det ikke bliver prioriteret af kommunens ledere, fem kommuner (17 %) angiver, at det ikke bliver prioriteret af kommunens politikere, mens én kommune (3 %) angiver, at hygiejneområdet ikke bliver betragtet som et kommunalt indsatsområde (*Figur S20*).

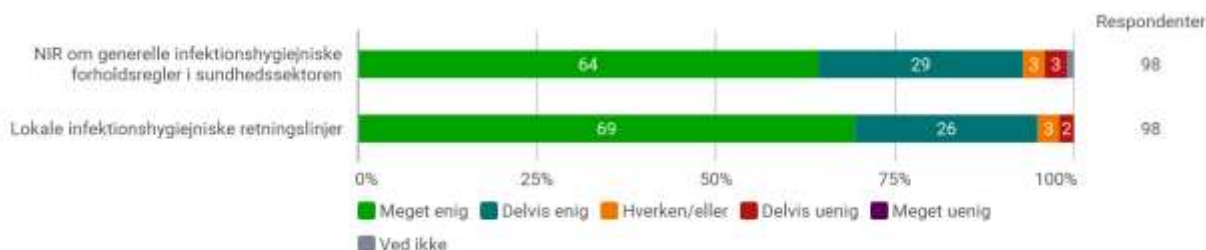
Under svarmuligheden "andet" svarer syv kommuner (24 %) bl.a., at en strategisk indsats vedtaget af en styregruppe kunne være mere nærværende og meningsfuld end en formel politik; at ressourcerne kunne anvendes bedre til undervisning og praksisnære tiltag; at de i stedet har en udmøntningsplan, som er forelagt det politiske niveau; at de har et rammenotat for deres hygiejnenetværk, der er godkendt af ledelsen, som indeholder de samme elementer som en hygiejnepolitik; at sundhedspolitikken er beskrevet i overordnet temaer, og at der kun er en hygiejnepolitik for dagtilbud; at hygiejneområdet ikke er behandlet i en selvstændig politik, men at området derimod er behandlet i en samlet arbejdsmiljø-, sundheds- og hygiejneplan (*Figur S20*).

5.5 Efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer

I spørgeskemaets femte emne blev alle 98 kommuner spurgt om, i hvilken udstrækning de er enige i, at kommunen sikrer, at medarbejderne inden for sundhedsområdet arbejder efter nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer (*Spørgsmål 13*). Se definition af "nationale (NIR) og lokale infektionshygiejniske retningslinjer" i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (*8.3 Begrebsafklaring*).

91 kommuner (93 %) er meget eller delvis enige i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter NIR om generelle infektionshygiejniske forholdsregler i sundhedssektoren. På samme vis er 93 kommuner (95 %) meget eller delvis enige i, at kommunen sikrer, at medarbejderne arbejder efter lokale infektionshygiejniske retningslinjer (*Figur 24*).

Figur 24: Spørgsmål 13. I hvilken udstrækning er du enig i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter følgende infektionshygiejniske retningslinjer? (n=98)



5.5.1 Anvendelse af medier

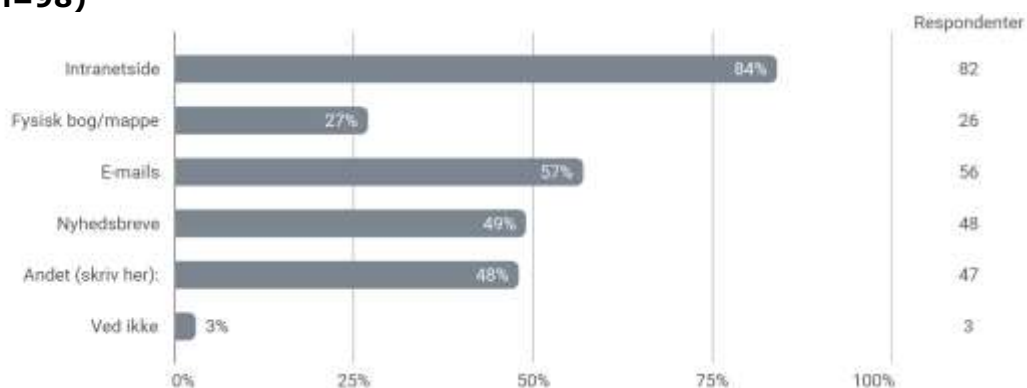
Alle 98 kommuner blev spurgt, hvilke medier de vurderer, at kommunen bruger til at sikre, at medarbejderne inden for sundhedsområdet arbejder efter infektionshygiejniske retningslinjer (*Spørgsmål 14*). Den største andel svarende til 82 kommuner (84 %) angiver, at kommunen anvender intranetsider, mens den mindste andel svarende til 26 kommuner (27 %) angiver, at de anvender en fysisk bog eller mappe (Figur 25).

Under svarmuligheden "andet" svarer 47 kommuner (48 %), at de bl.a. anvender følgende medier til at sikre, at medarbejdere inden for sundhedsområdet, arbejdede efter infektionshygiejniske retningslinjer (Figur 25):

- Elektroniske instrukser og vejledninger
- Løbende opdateret hygiejnehåndbog placeret på kommunens hjemmeside
- Lokale infektionshygiejniske instrukser på kommunens medarbejderportal, som kan tilgås af medarbejdere fra arbejdstelefon/computer
- Undervisning på e-læringsplatform og ved fysisk fremmøde
- Proceduresystemet VAR HealthCare med egen kommunal side
- KVAS database med alle procedurer, som kan tilgås alle steder i kommunen og på alle enheder
- Kvalitetssikringssystem
- Nexus omsorgssystem
- Instrukser som kan tilgås via app'en MyMedCards på iPad/smartphone
- Dokumenthåndteringssystemet D4
- Check skemaer og auditmateriale
- Hjemmeside
- Fysiske opslag, plakater og pjecer
- Hygiejneuge kampagner og systematiske fokusuger
- Lukket facebookgruppe for ansatte i kommunen
- Videoer på intranettet
- Lokale hygiejnenetværk og samarbejde med den regionale infektionshygiejniske afdeling

- Dagsordener og referat fra møder i hygiejneudvalget.

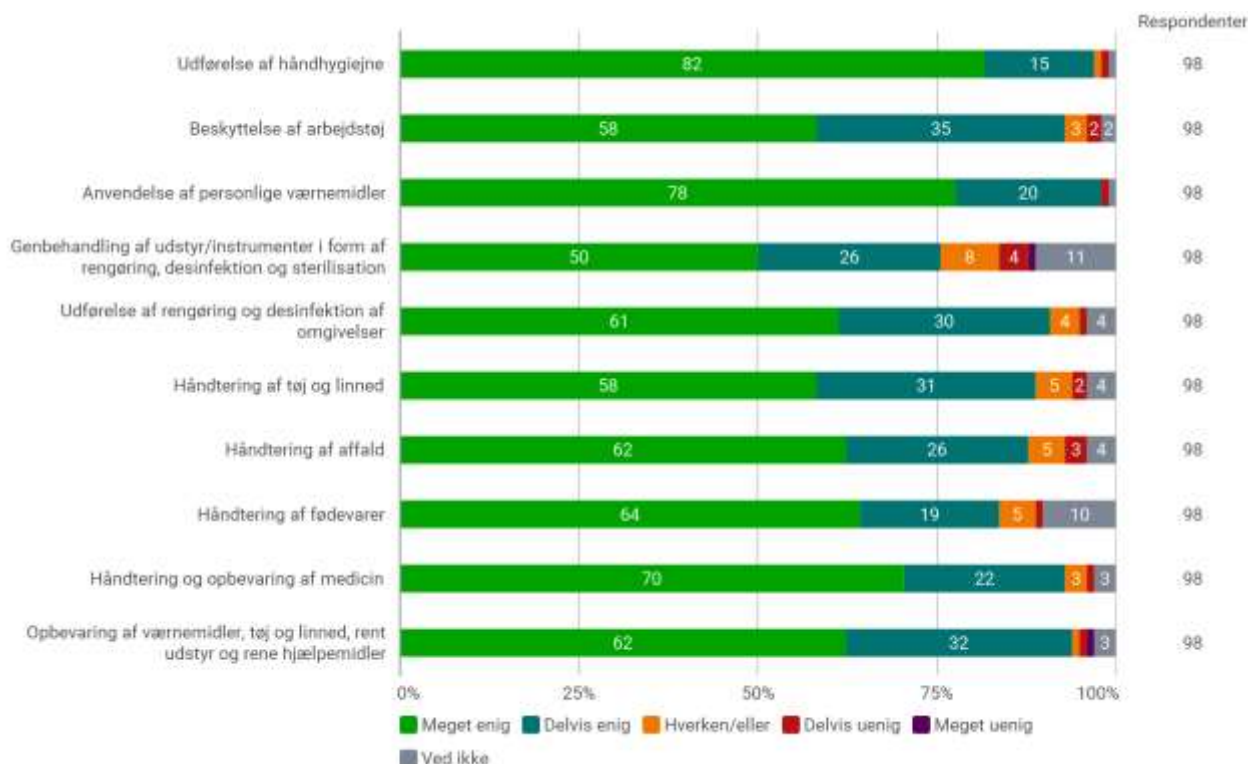
Figur 25: Spørgsmål 14. Hvilke medier vurderer du, at kommunen bruger til at sikre, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter infektionshygiejniske retningslinjer? (n=98)



5.5.2 Nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR)

Alle 98 kommuner blev spurgt, i hvilken udstrækning de er enige i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder iht.NIR om generelle forholdsregler i sundhedssektoren i forbindelse med varetagelsen af forskellige opgaver (*Spørgsmål 15*). Næsten alle kommuner angiver, at de er meget eller delvis enige i, at anbefalingerne i den pågældende NIR bliver efterlevet i forbindelse med "anvendelse af personlige værnemidler" (96 kommuner), "udførelse af håndhygiejne" (95 kommuner) og "opbevaring af værnemidler, tøj og linned, rent udstyr og rene hjælpemidler" (92 kommuner) (Figur 26).

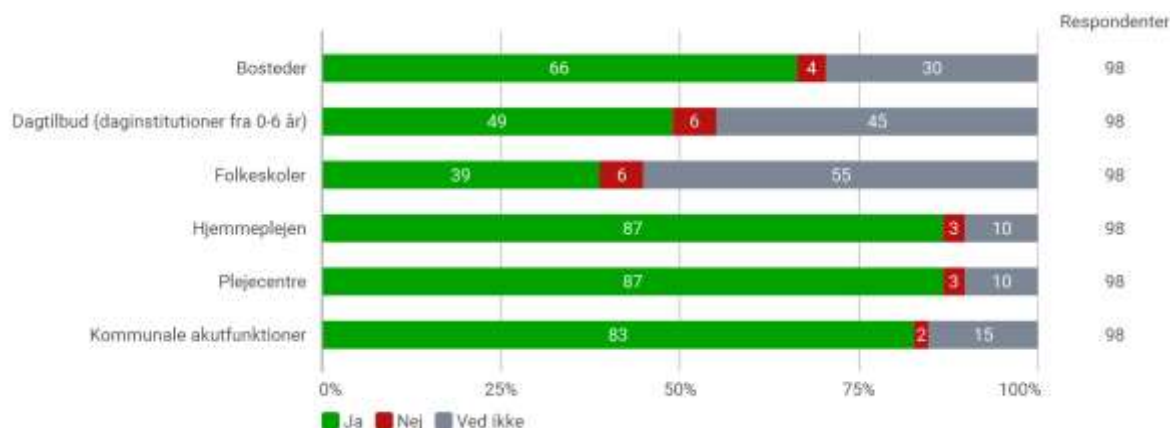
Figur 26: Spørgsmål 15. I hvilken udstrækning er du enig i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter NIR om generelle forholdsregler i sundhedssektoren i forbindelse med varetagelsen af følgende opgaver (n=98):



5.5.3 Lokale infektionshygiejniske retningslinjer

Alle 98 kommuner blev spurgt, om der er formuleret lokale infektionshygiejniske retningslinjer i forskellige kommunale institutioner (*Spørgsmål 16*). Til det svarer 85 kommuner (87 %), at der er formuleret lokale infektionshygiejniske retningslinjer i henholdsvis hjemmeplejen og på plejeentre. Derimod angiver kun 38 kommuner (39 %), at der er formuleret lokale infektionshygiejniske retningslinjer i folkeskoler (Figur 27).

Figur 27: Spørgsmål 16. Er der formuleret lokale infektionshygiejniske retningslinjer i følgende af kommunens institutioner? (n=98)



5.6 Evaluering af egen hygiejneindsats

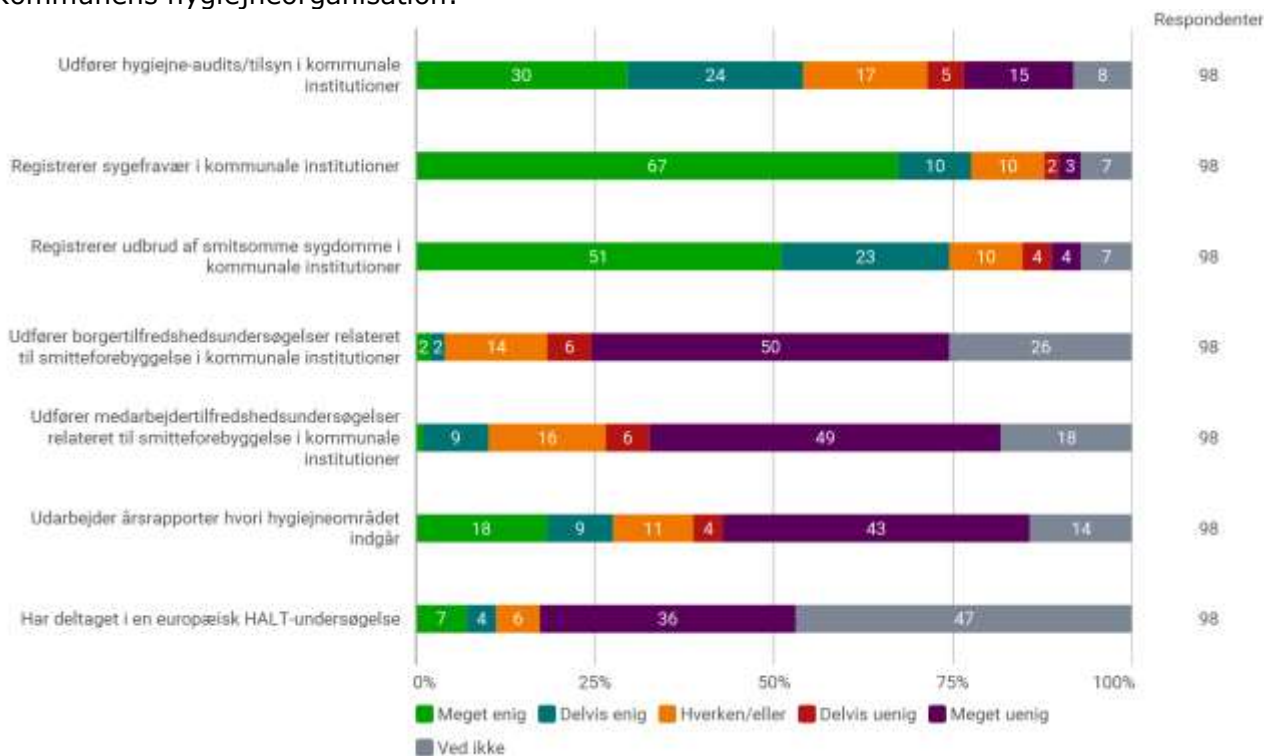
Spørgeskemaets sjette emne omhandler evaluering af kommunens egen hygiejneindsats. Se definition af "hygiejneorganisation" i begrebsafklaringen bagerst i rapporten (8.3 *Begrebsafklaring*).

5.6.1 Evalueringsmetoder

Alle 98 kommuner blev spurgt, i hvilken udstrækning de er enige i forskellige udsagn om evaluering af deres hygiejneindsats (*Spørgsmål 17*). Hovedparten af kommunerne er meget eller delvis enige i, at de "registrerer sygefravær i kommunale institutioner" (77 %, 76 kommuner), samt "registrerer udbrud af smitsomme sygdomme i kommunale institutioner" (74 %, 73 kommuner). Kun fire kommuner (4 %) angiver, at de er meget eller delvis enige i, at kommunen "udfører borgertilfredshedsundersøgelser relateret til smitteforebyggelse i kommunale institutioner" (Figur 28).

Figur 28: Spørgsmål 17. I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om evaluering af hygiejneindsatsen i jeres kommune? (n=98)

Kommunens hygiejneorganisation:



5.6.2 Hyppighed af evaluering

Alle 98 kommuner blev spurgt, hvor hyppigt de vurderede, at hygiejneindsatsen blev evalueret i deres kommune (*Spørgsmål 18*). Dette spørgsmål skal ses i lyset af covid-19 pandemien. 26 kommuner (27 %) angiver, at de evaluerer årligt. Blandt de resterende kommuner evaluerer fem halvårligt (5 %), fire kvartalsvist (4 %), tre månedligt (3 %) og tre ugentligt (3 %). Yderligere angiver i alt fire kommuner (4 %), at de evaluerer hvert andet år eller sjældnere end hvert andet år, mens seks kommuner (6 %) svarer, at de aldrig evaluerer og fem kommuner (5 %) angiver "ved ikke" (*Figur S21*).

Under svarmuligheden "andet" svarer 42 kommuner (43 %) bl.a. at hygiejnevurderinger indgår i det årlige tilsyn i daginstitutioner, hvor der indgår egenkontrol; at hjemmeplejen og plejecentrene har daglige triagemøder¹⁰, hvor der er fokus på hygiejne som en del af

¹⁰ Triage er et prioriteringsredskab, der skal sikre, at patienterne bliver vurderet (og behandlet) i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede vurderet ud fra fastlagte faglige kriterier.

borgernes/beboernes pleje; at hygiejne er et fokuspunkt på de ugentlige beredskabsmøder; at hyppigheden af evaluering er situationsbestemt og intensiveret i 2020 under covid-19 pandemien; at der ikke bliver evalueret systematisk; at der ikke foregår en samlet evaluering af hygiejneindsatsen i kommunen på tværs af fagområderne; at respondenterne er nyanset og derfor ikke kunne besvare spørgsmålet (*Figur S21*).

Kommuner som aldrig evaluerer

De seks kommuner som jf. *Figur S21* aldrig evaluerer hygiejneindsatsen i deres kommune, blev spurgt, hvad de vurderer, som den væsentligste årsag til dertil (*Spørgsmål 18.1*). Tre kommuner (50 %) svarer, at det ikke bliver prioriteret af kommunens ledere. Under svarmuligheden "andet" svarer tre kommuner (50 %), at fokus har været på covid-19; at hygiejneorganisationen enten er nyetableret eller endnu ikke opbygget (*Figur S22*).

5.6.3 Forsknings- og udviklingsprojekter på hygiejneområdet

Alle 98 kommuner blev bedt om kort at beskrive igangværende eller afsluttede forsknings- og udviklingsprojekter på hygiejneområdet i deres kommune (*Spørgsmål 19*). Spørgsmålet skulle besvares med frit tekst.

Kommunerne nævner bl.a., at de ikke indgår eller har indgået i nogen forsknings- og udviklingsprojekter; at de opbygger hygiejnemæssige kompetencer blandt medarbejdere i forbindelse med covid-19; at covid-19 begrænser dem i at foretage forsknings- og udviklingsprojekter. Af konkrete forsknings- og udviklingsprojekter bliver følgende nævnt:

- Projekt om forebyggelse af urinvejsinfektioner i samarbejde med Herlev Hospital
- Projekt om nedbringelse af antibiotikaforbrug og forebyggelse af urinvejsinfektioner i samarbejde med Københavns Universitet (maj 2017-maj 2019)
- Indretning og opbygning af sygeplejeklinikker (2017-2018)
- Afprøvning af vaskehandsker (januar 2018-efteråret 2018)
- Projekt Ren Mund i samarbejde med omsorgstandplejen, som sætter øget fokus på mundpleje hos ældre på et plejecenter
- Satspuljeindsats om bedre mundhygiejne blandt svage ældre
- Hygiejneprojekt i forbindelse med covid-19
- Sygefraværsprojekt med hygiejneundervisning til alle ansatte i Sundhed og Omsorg (2019-2020)
- Projekt om forbedring af hygiejne på skoletoiletter med fokus på de fysiske rammer og brugernes adfærd
- Forskningsprojekt med opsamling af data om håndhygiejne-compliance
- Håndhygiejneprojekt om nudging af dispensere med hånddesinfektionsmiddel

- Forebyggelse af postoperative sårinfektioner.

5.6.4 Forhold som kan styrke hygiejneindsatsen

Alle 98 kommuner blev spurgt, hvilke tre forhold de vurderer vil styrke hygiejneindsatsen i kommunen, hvis de kunne vælge frit (*Spørgsmål 20*). Kodning af de kvalitative udsagn har resulteret i følgende fem centrale temaer, der beskriver, hvilke faktorer kommunerne vurderer vil styrke hygiejneindsatsen:

- Etablering af en tværgående hygiejneorganisation
- Politisk- og ledelsesmæssig fokus på hygiejneområdet
- Tværgående organisering på det strategiske og udøvende niveau
- Undervisning og kompetenceudvikling
- Ansættelse af specialuddannet hygiejnesygeplejersker

Disse temaer fremhæves af kommunerne i lyset af covid-19 pandemien, hvorfor behovet for at styrke ovenstående faktorer er aktuelt og anses for en nødvendighed. Kommunerne ønsker dog, at hygiejneindsatsen fastholdes efter covid-19 pandemien, således at der er et kontinuerligt fokus på infektionshygiejne i kommunerne.

Nedenfor opsummeres kommunernes kvalitative udsagn for henholdsvis de 61 kommuner, som har etableret en hygiejneorganisation, og de 37 kommuner som ikke har etableret en hygiejneorganisation.

Kommuner som har etableret en hygiejneorganisation

Forhold som vil styrke hygiejneindsatsen i kommunen:

- Udarbejdelse af hygiejnepolitik
- Nedsættelse af et koordinationsudvalg med myndighed og organisatorisk forankring
- Politisk- og ledelsesmæssigt fokus på hygiejne i alle dele af organisationen
- Stærk strategisk forankring med integrering af hygiejne f.eks. i forbindelse med nybygning
- Opprioritering af hygiejneområdet f.eks. i form af ressourcer til rengøring, formidling af viden og læring i praksis
- Kompetenceudvikling, herunder uddannelse af hygiejnesygeplejersker (specialuddannelse) og hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner (både sundheds- og ikke sundhedsuddannet personale)
- Udvælgelse af hygiejneansvarlige som arbejder fuld tid med hygiejneområdet
- Større prioritering af rengøringsområdet
- Øget samarbejde internt i kommunen

- Nærværksbaseret samarbejde med regionen om fælles kompetenceløft og erfaringsudveksling
- Større respekt og anerkendelse fra lægmand af den infektionshygiejniske faglighed, og dermed vigtigheden af en hygiejneindsats
- Systematisk evaluering af hygiejneindsatsen og dataindsamling
- Kommunikationsstrategi som sikrer, at alle medarbejdere får formidlet nye tiltag og vejledninger på hygiejneområdet inkl. medarbejdere, som ikke har adgang til computer
- Fastholdelse af hygiejnefokus efter covid-19 pandemien

Kommuner som ikke har etableret en hygiejneorganisation

Forhold som vil styrke hygiejneindsatsen i kommunen:

- Etablering af en tværgående hygiejneorganisation med ledelsesmæssig bevågenhed og ejerskab, samt tilknytning til direktionniveauet
- Flere ressourcer til hygiejneområdet, herunder ansættelse af hygiejnesygeplejersker til at arbejde på tværs af kommunen, samt nedsættelse af hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner inden for hvert fagområde
- Kompetenceudvikling til medarbejdere på alle niveauer, herunder (dansk) undervisning i basal infektionshygiejne
- Ejerskab blandt arbejdsmiljørepræsentanter, som laver lokale handleplaner
- Udarbejdelse af en hygiejnepolitik og opfølgning på lokale retningslinjer
- Større brug af værnemidler, herunder korrekt anvendelse ved ibrugtagning og efterfølgende ophør/kassation af værnemidler
- Øget formidling til centre om vigtigheden af infektionshygiejne
- Dannelse af et hygiejnenetværk for hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner i kommunen så alle kompetencer i kommunen samles, deles og koordineres
- Øget samarbejde mellem kommuner f.eks. med delt hygiejnesygeplejerske
- Udførelse af hygiejneevalueringer, f.eks. en årlig evalueringsrapport til at synliggøre indsatsen
- Implementering af hygiejekampagner
- Større fokus på undersøgelse af borger- og medarbejdertilfredshed i forhold til hygiejneindsatsen
- Kontinuerligt fokus på hygiejneområdet.

6. Resultater fra supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering

I dette kapitel vises resultaterne fra supplerende analyser af kommunernes organisatoriske rammer jf. kapitel 4.4 *Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering*.

6.1 Etableret formel hygiejneorganisation

Det undersøges om, der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem, hvorvidt kommunerne har etableret en hygiejneorganisation jf. Figur 1 og følgende faktorer: kommunestørrelse, kumuleret covid-19 incidens (samlet forekomst af nye tilfælde) pr. 100.000 borgere og plejehjemsbeboere, samt gennemsnitligt sygefravær i procent blandt folkeskoleelever.

Med afsæt i kommunernes selvrapporterede besvarelser af spørgeskemaet, dækker et "ja" over de 62 kommuner, som jf. Figur 1 angiver, har de enten har etableret (61 kommuner) eller ikke ved om de har etableret (én kommune)¹¹ en formel, tværgående og ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation på det strategiske niveau. Et "nej" dækker over de 36 kommuner, som jf. Figur 1 angiver, at de ikke har etableret en hygiejneorganisation, men som enten planlægger (31 kommuner) eller ikke planlægger (fem kommuner) at etablere en hygiejneorganisation.

6.1.1 Demografi

Kommunestørrelse

Data fra Danmarks Statistik er anvendt til at inddele alle 98 kommuner i fire grupper baseret på det totale antal registrerede borgere pr. 1. kvartal 2020. I Tabel 1 ses fordelingen af kommunestørrelse inddelt i grupperne "ja" og "nej" i forhold til, hvorvidt kommunerne angiver at have en etableret hygiejneorganisation (Tabel 1).

Der er ikke statistisk signifikant forskel i fordelingen af kommunestørrelser mellem kommuner, som angiver, at de henholdsvis har ("ja") og ikke har ("nej") etableret en hygiejneorganisation (Chi-test: $\chi^2 = 0.99$, $f=3$, $p=0.80$).

¹¹ Ved gennemlæsning af den fulde besvarelse fra kommunen, som jf. Figur 1 angiver "ved ikke", vurderede arbejdsgruppen, at de kvalitative og kvantitative besvarelser indikerer at kommunen har etableret en hygiejneorganisation.

Tabel 1: Kommunestørrelse fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)

	Kommunestørrelse (antal borgere)			
	1 (<20.000)	2 (20.000-59.999)	3 (60.000-100.000)	4 (>100.000)
Etableret hygiejneorganisation				
"Ja"	4	43	11	4
"Nej"	4	22	7	3

Regionale tilhørsforhold

Tabel 2 viser hvor stor en andel kommuner med etablerede hygiejneorganisationer ("ja") udgør i landets fem regioner. Region Syddanmark og Region Nordjylland, har de største andele af kommuner med en etableret hygiejneorganisation på henholdsvis 86 % og 82 %, mens Region Sjælland har den laveste andel af kommuner med etablerede hygiejneorganisationer (35%).

Tabel 2: Antal kommuner med en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") fordelt på regioner (n=98)

Kommuner med en hygiejneorganisation	Regioner				
	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
"Ja", n (%)	17 (59)	11 (58)	9 (82)	6 (35)	19 (86)
"Nej", n (%)	12 (41)	8 (42)	2 (12)	11 (65)	3 (14)

Der er en statistisk signifikant forskel på fordelingen af kommuner med en etableret hygiejneorganisation regionerne imellem (Fisher's exact test: $p=0.01$).

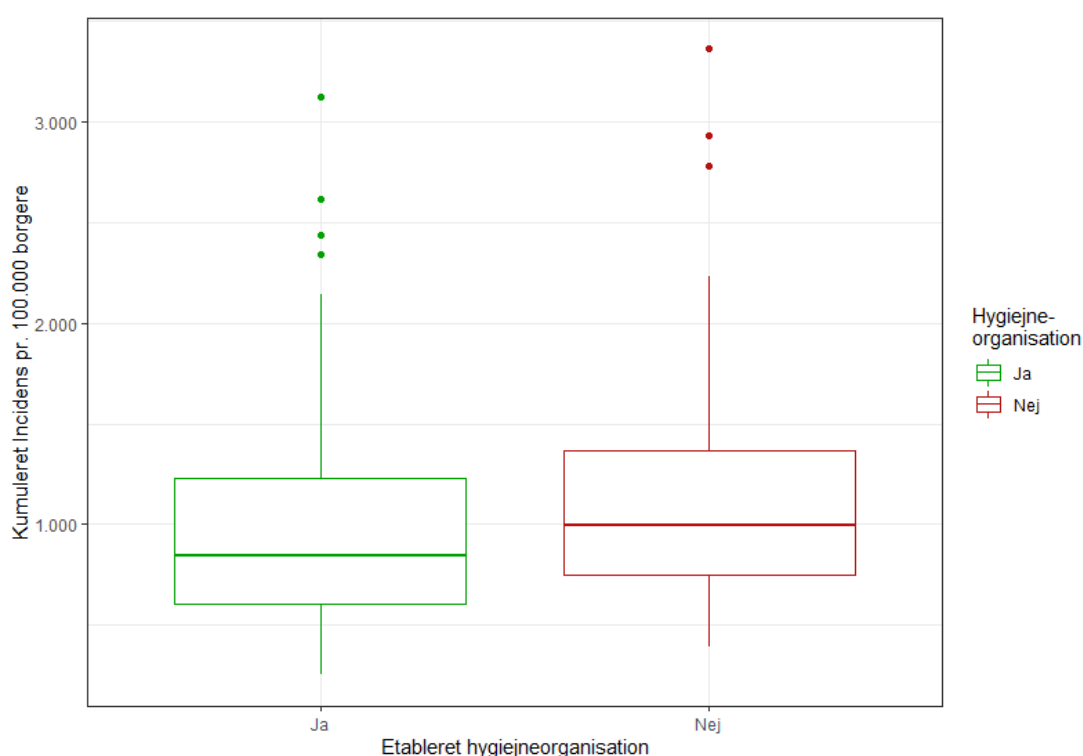
6.1.2 Kumulativ covid-19 incidens blandt borgere

Den kumulerede covid-19 incidens pr. 100.000 borgere er opgjort pr. 19. november 2020¹² (Tabel S1). Der er ikke en statistisk signifikant forskel i den kumulerede covid-19 incidens, alt

¹² Svarende til perioden fra første danske registrerede covid-19 tilfælde til dagen før dataindsamling påbegyndes.

efter om kommunerne har etableret en hygiejneorganisation eller ej (Wilcoxon rank sum test, $p=0.156$). Den mediane (M) kumulerede covid-19 incidens er lavere (M=844, IQR=[602;1227]) blandt de kommuner, som har en etableret hygiejneorganisation ("ja"), sammenlignet med de kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation (M=994, IQR=[751;1366]). Ligeledes er både minimum og maksimum for covid-19 incidens højere for kommunerne uden en etableret hygiejneorganisation sammenlignet med de kommuner, som har en etableret hygiejneorganisation (Tabel S1, Figur 29).

Figur 29: Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 borgere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)



6.1.3 Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt borgere

I Tabel S2 og Figur S23 fremgår tid til at kommunerne opnår henholdsvis 50, 100 og 200 kumulerede antal covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere (herefter benævnt incidens-niveau).

Det mediane antal dage fra 1. marts 2020 er stigende i forhold til, hvornår kommunerne opnår et incidens-niveau på henholdsvis 50 (M=32 dage, IQR=[27,5;44,8]), 100 (M=52 dage, IQR=[34;174,5]) 200 covid-19 tilfælde (M=181 dage IQR=[63,5;213,5]). De fleste kommuner opnår et incidens-niveau på 50 (M=32 dage) og 100 (M=52 dage) covid-19 tilfælde relativt

tidligt. Den første kommune nåede et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde allerede efter 24 dage svarende til den 25. marts 2020 (*Tabel S2, Figur S23*).

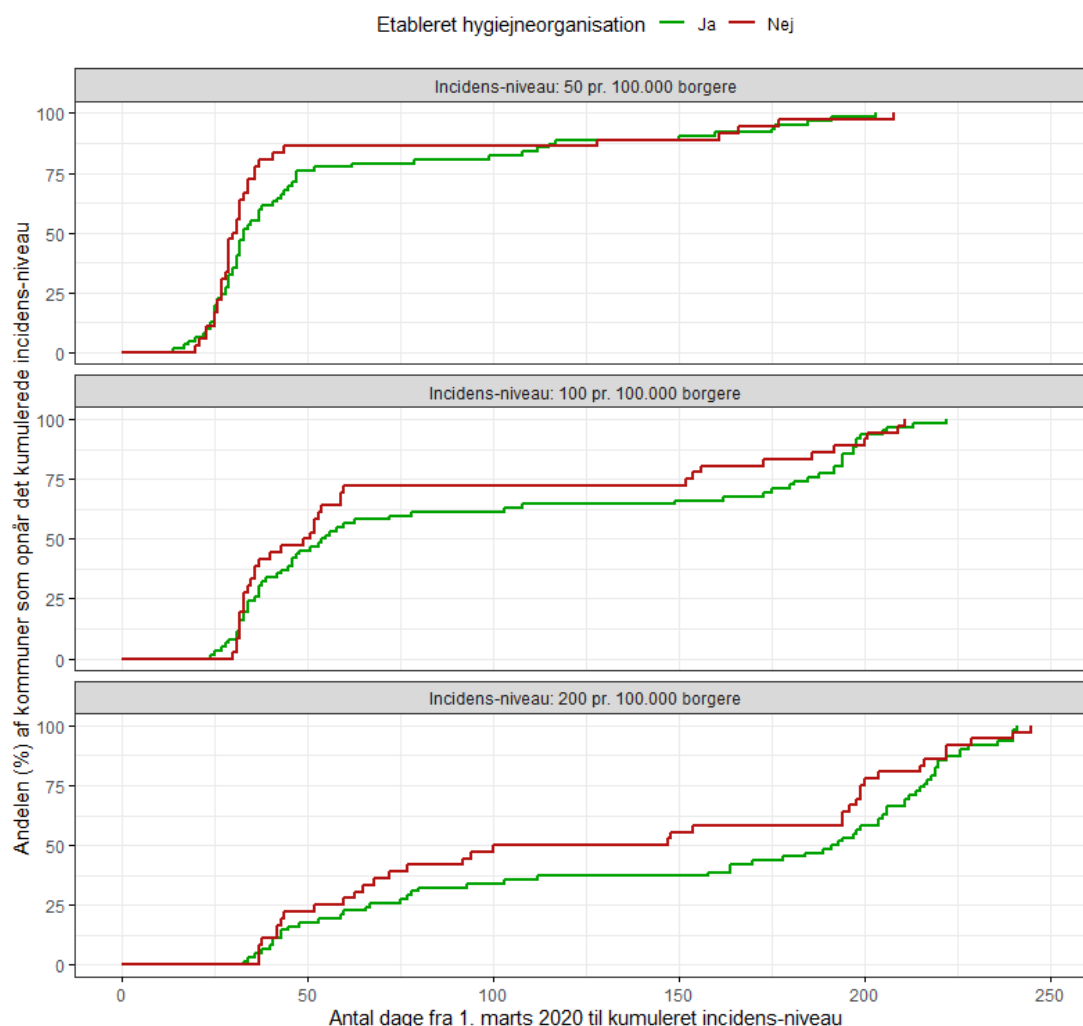
For kommuner med en etableret hygiejneorganisation går der længere tid før et specifikt covid-19 incidens-niveau indtræffer. Det vil sige, at det mediane antal dage for kommuner med en etableret hygiejneorganisation er højere, sammenlignet med det mediane antal dage for kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation. Forskellen i det mediane antal dage stiger afhængigt af incidens-niveauet på henholdsvis 50 (2,5 mediane dage), 100 (4,5 mediane dage) og 200 (68,5 mediane dage) covid-19 tilfælde blandt borgere (*Tabel S3, Figur 30*).

Tabel S3 og *Figur S23* viser fordelingen af alle 98 kommuner med hensyn til den tid, der går før et incidens-niveau på henholdsvis 50, 100 og 200 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere indtræffer. Kommunernes synes over tid at fordele sig i en "hurtig" og en mere "langsom" gruppe med hensyn til at opnå især de to højeste kumulerede incidens-niveauer. I *Figur S23* viser farvemarkeringen (rød/grøn) af kommunerne, at en tilsyneladende fordeling i de to grupper ser ud til at være uafhængig af, om kommunerne har etableret en hygiejneorganisation eller ej.

Forskellen på kommunerne som er "hurtig"/"langsom" til at nå et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere i forhold til om de har etableret en hygiejneorganisation eller ej ("ja"/"nej") (*Tabel S4*), er ikke statistisk signifikant (Chi-squared test: $\chi^2 = 0,31$, $f=1$, $p=0.57$) og har ikke givet anledning til videre analyser.

Kaplan-Meier kurverne i *Figur 30* illustrerer tiden (antal dage) før kommuner, der har en etableret hygiejneorganisation ("ja") når op på høje infektionstal (Kaplan Meier kurven stiger), sammenlignet med kommuner uden en etableret hygiejneorganisation ("nej"). Forskellen mellem de to grupper synes ikke at være statistisk signifikant ved incidens-niveau 50 (Log-rank test: $p=0.36$), 100 (Log-rank test: $p=0.35$) eller 200 tilfælde pr. 100.000 borgere (Log-rank test: $p=0.36$).

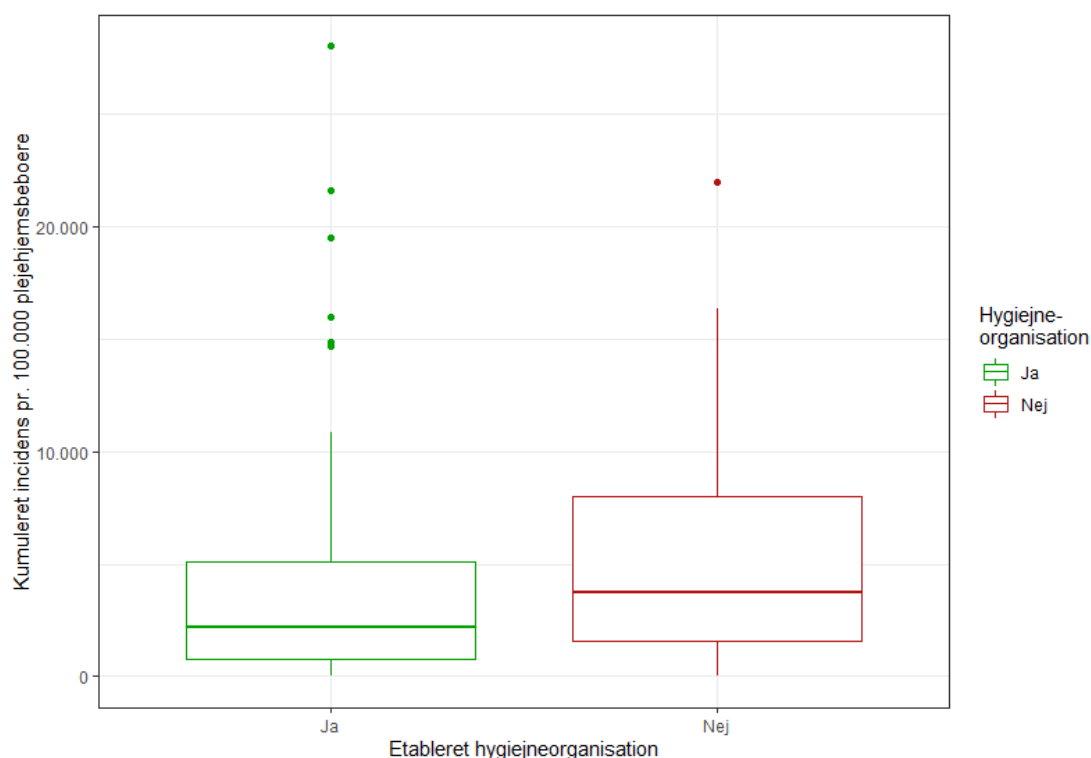
Figur 30: Tid til et incidens-niveau på 50, 100, 200 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere fordelt på kommuner med og uden en hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)



6.1.4 Kumulativ covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere

Den kumulerede covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere er opgjort pr. 22. november 2020 fordelt på om alle 98 kommuner jf. Figur 1 har en etableret hygiejneorganisation eller ej ("ja"/"nej"). Der er en tendens til en højere kumulativ covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere i kommuner uden en etableret hygiejneorganisation ("nej") i forhold til kommuner, som har en etableret hygiejneorganisation ("ja") (Wilcoxon rank sum test, $p=0.056$) (Tabel S5, Figur 31).

Figur 31: Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)



6.1.5 Tid til et specifikt covid-19 incidens-niveau blandt plejehjemsbeboere

I *Tabel S6* og *Figur 32* fremgår fordelingen af antal dage fra 1. marts til et *incidens-niveau* på 100 covid-19 tilfælde optræder pr. 100.000 plejehjemsbeboere.

Der er 91 kommuner som når et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere ($M=77$, $IQR=[26;281]$). Den første kommune nåede dette incidens-niveau allerede efter 11 dage svarende til den 12. marts 2020. De resterende syv kommuner har ingen registrerede covid-19 tilfælde blandt plejehjemsbeboere (*Tabel S6*).

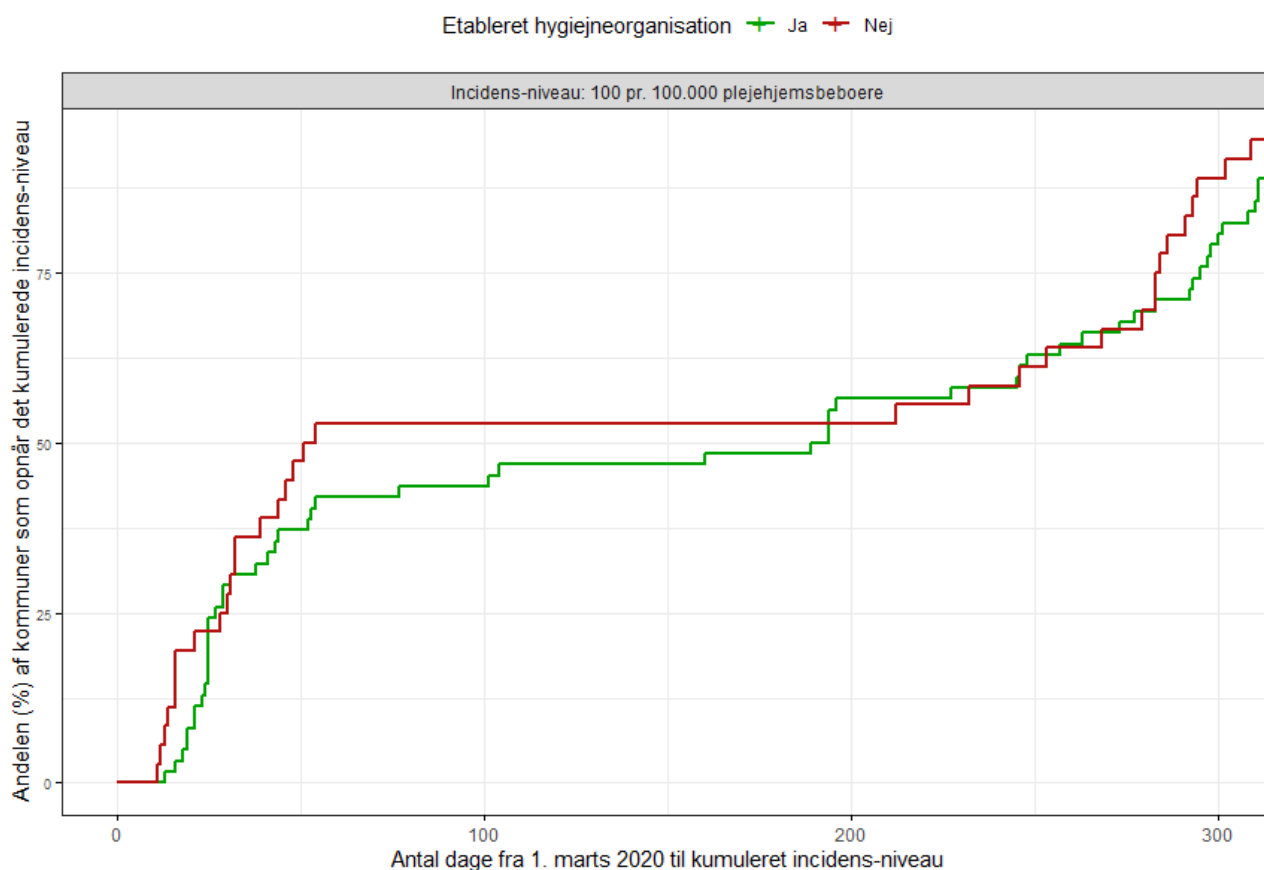
For kommuner som har etableret en hygiejneorganisation ($M=104$, $IQR=[25;227]$) varer det 54 mediane dage længere før et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere indtræffer, sammenlignet med kommuner, som ikke har etableret en hygiejneorganisation ($M=50$, $IQR=[29;282]$) (*Tabel S7*).

I alt opnår 57 kommuner (97 %) ud af 62 kommuner, som har en etableret hygiejneorganisation ("ja"), et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere, mens 34 kommuner (94 %) ud af 36 kommuner uden en etableret hygiejneorganisation ("nej") opnår incidens-niveauet.

Figur S24 og Tabel S8 viser fordelingen af alle 98 kommuner med hensyn til den tid, der går før et kumulativt incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere indtræffer. Kommunernes synes over tid at fordele sig i en "hurtig" og en mere "langsom" gruppe med hensyn til at opnå de kumulerede incidens-niveauer. Farvemarkeringen (rød/grøn) af kommunerne i *Figur S24* viser, at en tilsyneladende fordeling i de to grupper ser ud til at være uafhængig af, om kommunerne har etableret en hygiejneorganisation eller ej. Forskellene mellem grupperne (inklusive en gruppe af kommuner, som aldrig når de angivne incidens-niveauer) er ikke statistisk signifikant (Chi-squared test: $\chi^2 = 0,56$, $f=2$, $p=0.75$) og har ikke givet anledning til yderligere analyser.

Kaplan-Meier kurverne i *Figur 32* illustrerer ikke entydigt, at der går længere tid (antal dage) før kommuner, der har en etableret hygiejneorganisation ("ja") når op på høje kumulative infektionstal, sammenlignet med kommuner uden en etableret hygiejneorganisation ("nej"). Fordelingen mellem grupperne "ja" og "nej" er ikke statistisk signifikant ved et incidens-niveau på 100 (Log-rank test: $p=0.27$) covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere.

Figur 32: Tid til et incidens-niveau på 100 og 500 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner med og uden en hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=91)



6.1.6 Sygefravær blandt folkeskoleelever

I Tabel S9 vises den deskriptive statistik for det gennemsnitlige sygefravær blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin: Indskoling (0.-3. klasse), mellemtrin (4.-6. klasse) og udskoling (7.-9. klasse) i skoleåret 2018/2019 fordelt efter kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej"). Eftersom der sammenlignes med sygefravær i skoleåret 2018/2019 indgår de kommuner, som jf. Figur 2 har en hygiejneorganisation, der er etableret for under et år siden i gruppen "nej" (52 kommuner), mens gruppen "ja" (46 kommuner) består af kommuner, der alle har en hygiejneorganisation, der blev etableret for over et år siden.

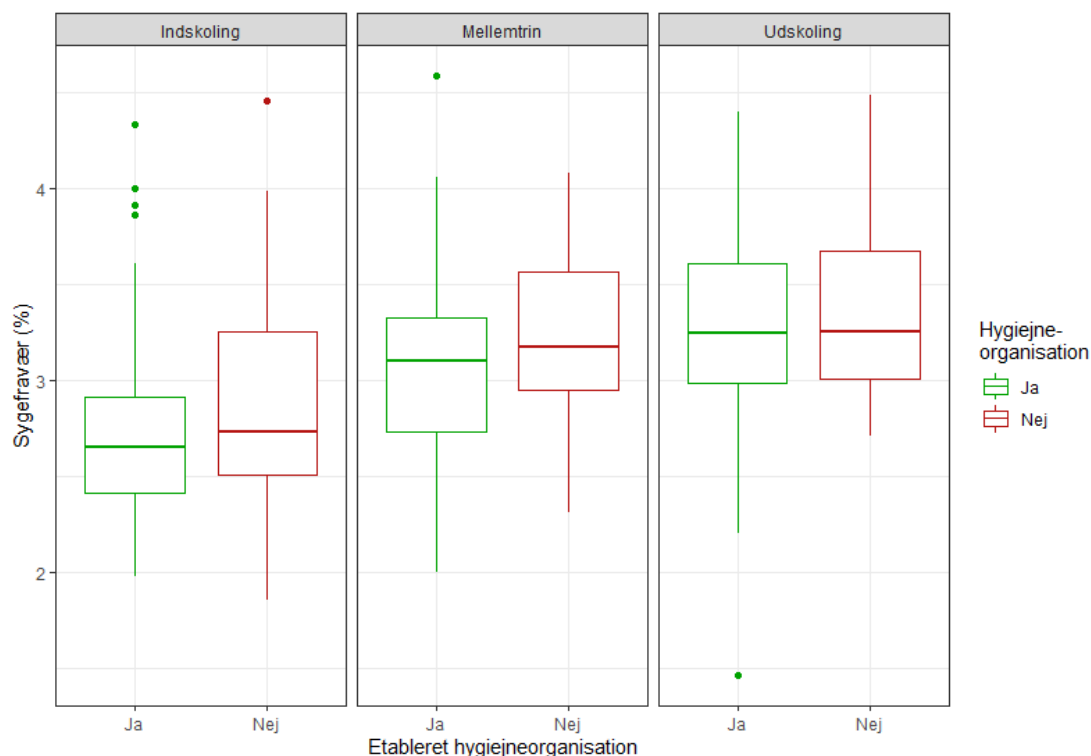
For eleverne i indskoling ses en forskel på 0,08 procentpoint i den mediane sygefraværsprocent, alt efter om eleverne tilhører en folkeskole i en kommune, som har etableret en hygiejneorganisation (2,65 %, IQR=[2,41;2,91]) eller ej (2,73 %,

IQR=[2,50;3,25]). Forskellen er ikke statistisk signifikant (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=1,52$, $f=1$, $p=0.22$) (Tabel S9).

Ligeledes ses en forskel på 0,07 procentpoint i den mediane sygefraværsprocent for eleverne på mellemtrinnet, hvor kommuner med en etableret hygiejneorganisation (3,10 %, IQR=[2,73;3,32]) har en lavere gennemsnitlig sygefraværsprocent, end kommuner uden en etableret hygiejneorganisation (3,17 %, IQR=[2,94;3,56]). Forskellen i fordelingen af sygefravær blandt kommuner med- og uden en etableret hygiejneorganisation er ikke statistisk signifikant (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=2,36$, $f=1$, $p=0.12$) (Tabel S9).

Der ses heller ikke en statistisk signifikant forskel i sygefraværsprocenten i udskolingens alt efter om kommunerne har en etableret hygiejneorganisation (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=0,90$, $f=1$, $p=0.34$), hvor medianerne er på 3,24 % (IQR=[2,98;3,60]) og 3,25 %, (IQR=[3,01;3,67]) for henholdsvis gruppen af kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation. Derfor har dette ikke har givet anledning til yderligere analyser (Tabel S9, Figur 33).

Figur 33: Gennemsnitlig sygefravær i procent for folkeskoleelever inddelt i skoletrin fordelt efter hygiejneorganisation



6.2 Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet

I dette afsnit anvendes supplerende analyser til at undersøge, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem, hvorvidt kommunerne *prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet på det udøvende niveau ("ja")* eller ej ("*nej*") og *kumuleret covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere*. Se kapitel 4.4 *Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering*.

Med afsæt i kommunernes selvrapporterede besvarelser af spørgeskemaet, inkluderer gruppen "*ja*" de 59 kommuner, som jf. Figur 1 havde etableret hygiejneorganisation og som jf. Figur S4 del 10 angiver, at ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.) er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på det udøvende niveau. Yderligere dækker "*ja*" over de 27 kommuner, som jf. Figur 1 har planer om at etablere en hygiejneorganisation og som jf. Figur S6 del 9 angiver, at de varetager forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet på det udøvende niveau. I alt inkluderer gruppen "*ja*" besvarelser fra 86 kommuner.

Gruppen "*nej*" dækker over de ni kommuner, som jf. Figur S4 del 10 angiver, at ældreområdet ikke er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på det udøvende niveau, samt de to kommuner som jf. Figur S6 del 9 angiver, at de ikke varetager forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet på det udøvende niveau. I alt inkluderer gruppen "*nej*" besvarelser for 11 kommuner.

Kommunen som jf. Figur 1 svarer "*ved ikke*" til om kommunen har etableret en hygiejneorganisation indgår ikke i analysen, som derfor beror på besvarelser fra sammenlagt 97 kommuner (Tabel 3).

Ud af de 11 kommuner som angiver, at det udøvende niveau inden for ældreområdet ikke prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet, angiver ni kommuner, at de ikke har en etableret hygiejneorganisation. Kun to af 62 kommuner med en etableret hygiejneorganisation, angiver at ældreområdet ikke er repræsenteret i denne. Tabellen viser også, at 27 kommuner, som ikke har angivet at have en etableret hygiejneorganisation, alligevel prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet. Dette antyder en stor variation i måden hygiejneområdet er organiseret og varetaget kommunerne imellem (Tabel 3).

Tabel 3: Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=97)

Etableret hygiejneorganisation	Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet	
	Ja	Nej
Ja	59	2
Nej	27	9

6.2.1 Kumuleret covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere

Deskriptiv statistik for den kumulerede covid-19 incidens blandt plejehjemsbeboere viser, at den mediane incidens ($M=2269$, $IQR=[990;5592]$) pr. 100.000 plejehjemsbeboere, er lavere i de kommuner som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet på det udøvende niveau inden for ældreområdet ("ja"), sammenlignet med den mediane incidens ($M=3429$, $IQR=[721;8093]$) i de kommuner, som ikke prioriterer forebyggelse på samme område ("nej") (Tabel S10, Figur S25).

Forskellen i covid-19 incidens alt efter om kommunerne prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet på det udøvende niveau inden for ældreområdet eller ej ("ja"/"nej"), er dog ikke statistisk signifikant (Wilcoxon rank sum test, $p=0.62$), hvilket derfor ikke har givet anledning til yderligere analyser.

6.3 Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet

I dette afsnit anvendes supplerende analyser til at undersøge, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem, hvorvidt kommunerne *prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på det udøvende niveau* ("ja") eller ej ("nej") og *sygefravær blandt folkeskoleelever*. Se kapitel 4.4 *Supplerende analyser af kommunernes hygiejneorganisering*.

Med afsæt i kommunernes selvrapporterede besvarelser af spørgeskemaet, inkluderer gruppen "ja" de kommuner, som jf. Figur S4 del 2 angiver, at børne- og ungeområdet er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på det udøvende niveau og jf. Figur 1 angiver, at de har etableret hygiejneorganisation. Yderligere inkluderer gruppen kommuner uden en etableret

hygiejneorganisation, men som i *Figur S6* del 3 angiver, at de varetager forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på kommunens udøvende niveau. Gruppen "nej" inkluderer de kommuner, som i *Figur S4* del 2 angiver, at børne- og ungeområdet ikke er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på det udøvende niveau, samt de kommuner som i *Figur S6* del 3 angiver, at de ikke varetager forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på kommunens udøvende niveau. Kommunen som jf. *Figur 1* svarede "ved ikke" til om kommunen havde etableret en hygiejneorganisation indgår ikke i analysen, som derfor beror på i alt 97 besvarelser.

6.3.1 Sygefravær blandt folkeskoleelever

I *Tabel S11* vises den deskriptive statistisk for det gennemsnitlige sygefravær blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin: Indskoling (0.-3. klasse), mellemtrin (4.-6. klasse) og udskoling (7.-9. klasse) i skoleåret 2018/2019 fordelt efter om kommunerne *prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på det udøvende niveau* eller ej ("ja"/"nej").

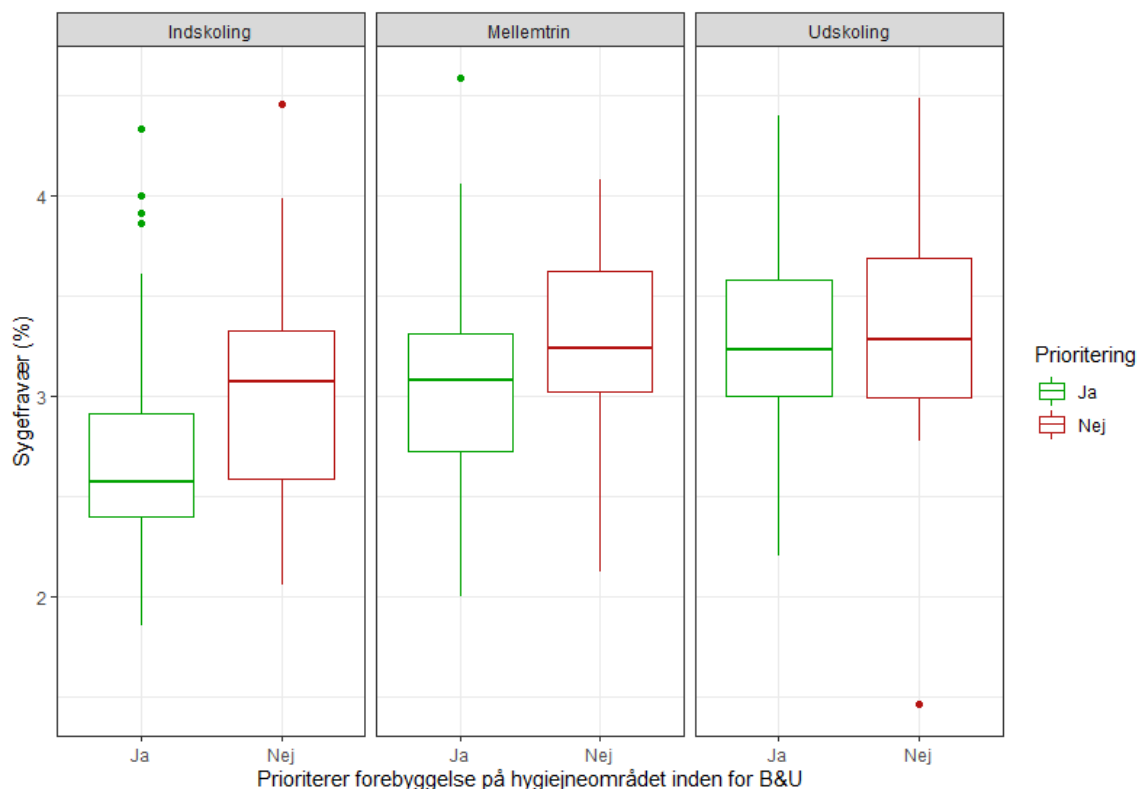
I skoleåret 2018/2019 ses en statistisk signifikant forskel på niveauet af sygefravær blandt eleverne i *indskolingen* (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=9.95$, $f=1$, $p=0.0016$) og på *mellemtrinnet* (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=5.39$, $f=1$, $p=0.0202$) alt efter om kommunerne prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på det udøvende niveau eller ej.

Blandt eleverne i indskolingen er det mediane niveau af sygefravær i kommunerne, som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet ("ja") ($M=2.57\%$, $IQR=[2.39;2.91]$) 0,50 procentpoint lavere end det mediane sygefravær hos de kommuner, som ikke prioriterede dette ("nej") ($M=3.07\%$, $IQR=[2.59;3.32]$).

Blandt elever på mellemtrinnet er den mediane forskel i sygefraværet 0,16 procentpoint, hvor kommuner som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på det udøvende niveau ("ja") havde en lavere gennemsnitlig sygefraværspersent ($M=3.08\%$, $IQR=[2.72;3.31]$), sammenlignet med kommuner som ikke prioriterer området ("nej") ($M=3.24\%$, $IQR=[3.02;3.62]$).

Samme statistiske signifikans ses ikke blandt eleverne i *udskolingen* (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=0.85$, $f=1$, $p=0.36$), hvor niveauet af sygefravær i kommunerne, som ikke prioriterede forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet ("nej") ($M=3.28\%$, $IQR=[2.99;3.69]$) kun er 0,05 procentpoint højere end hos de kommuner, som prioriterede dette ("ja") ($M=3.23\%$, $IQR=[3.00;3.58]$).

Figur 34: Gennemsnitlig sygefravær i procent for folkeskoleelever inddelt i skoletrin fordelt efter prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet (n=97)



6.4 Netværk mellem kommuner og regioner

Deskriptiv statistik og udvidet statistik er foretaget ved flere af de *infektions-relaterede mål* for at se om der er en sammenhæng mellem hvorvidt kommunerne jf. Figur 15 har en vedtaget en formel fælles-regional samarbejdsaftale (79 kommuner) eller ej (11 kommuner). Otte kommuner har angivet "ved ikke".

Analyser for kumulativ covid-19 incidens blandt borgere og plejehjemsbeboere er summarisk beskrevet i *Tabel S12*. I dette afsnit vises alene analyser af sammenhængen mellem om kommunerne har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale eller ej jf. Figur 15 og *sygefravær blandt folkeskoleelever*.

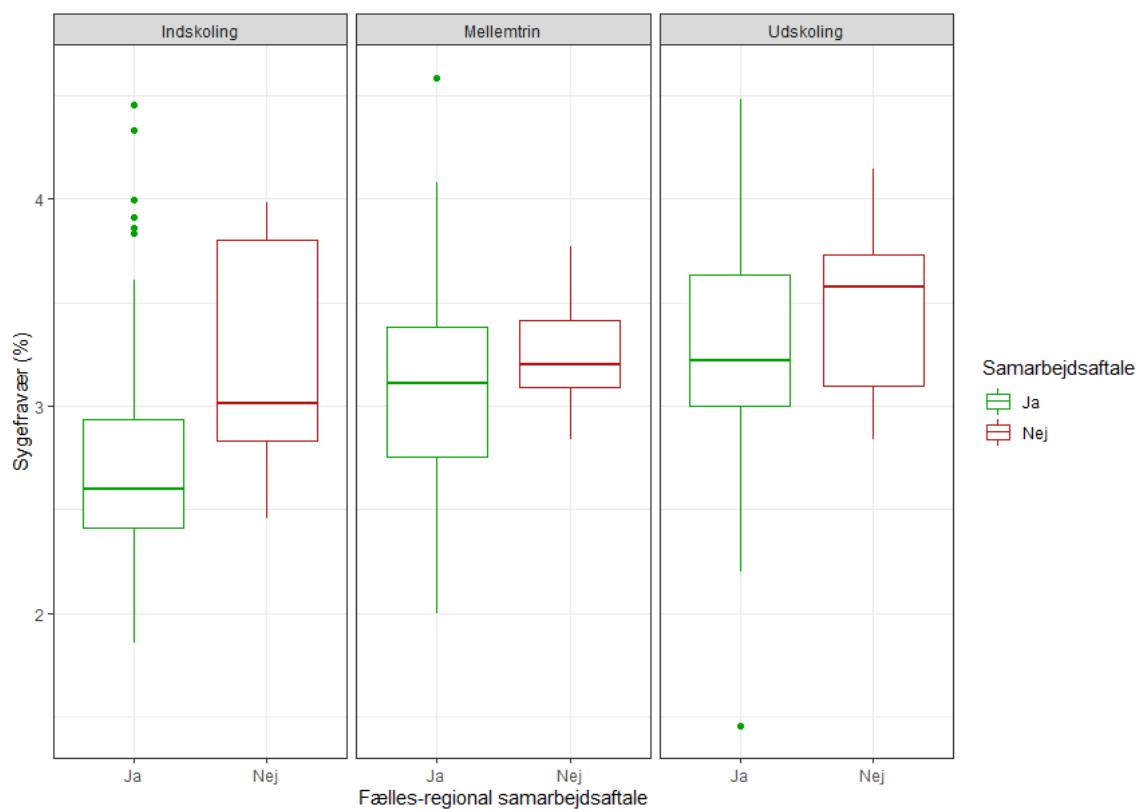
6.4.1 Sygefravær blandt folkeskoleelever

I *Tabel S13* vises den deskriptive statistisk for det gennemsnitlige sygefravær blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin: Indskoling (0.-3. klasse), mellemtrin (4.-6. klasse) og udskoling (7.-9. klasse) i skoleåret 2018/2019 fordelt efter om kommunerne har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale eller ej ("ja"/"nej").

I skoleåret 2018/2019 ses en signifikant (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2=6,60$, $f=1$, $p=0.0102$) forskel på niveauet af sygefravær blandt elever i *indskolingen* på folkeskoler i de kommuner, der har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale, i forhold til de kommuner, der ikke har dette. Den mediane forskel i elevernes gennemsnitlige sygefravær er 0,41 procentpoint lavere i kommuner som har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale ($M=2,60$ %, $IQR=[2,41:2,93]$) sammenlignet med de kommuner som ikke har indgået denne ($M=3,01$ %, $IQR=[2,83:3,80]$).

Samme statistiske signifikans ses ikke blandt eleverne på *mellemtrinnet* (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2= 1,44$, $f=1$, $p=0.23$) og i *udskolingen* (Kruskal-Wallis rank sum test: $\chi^2= 1,14$, $f=1$, $p=0.29$), hvor niveauet af sygefravær blandt eleverne i kommunerne, som har indgået en fælles-regional samarbejdsaftale kun er minimalt lavere end hos de kommuner, som har indgået denne (*Tabel S13*). Blandt elever på mellemtrinnet er den mediane forskel i sygefraværet 0,09 procentpoint lavere blandt elever på mellemtrinnet i kommuner, som henholdsvis har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale ($M=3,11$ %, $IQR=[2,75:3,38]$) sammenlignet med de kommuner, som ikke har dette ($M=3,20$ %, $IQR=[3,09:3,41]$). Blandt elever i udskolingen, er den mediane forskel i sygefraværet 0,35 procentpoint lavere blandt elever i kommuner, som har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale ($M=3,57$ %, $IQR=[3,09:3,73]$) (*Tabel S13*, Figur 35).

Figur 35: Gennemsnitlig sygefravær i procent blandt folkeskoleelever inddelt i skoletrin fordelt efter samarbejdsaftale (n=90)



7. Referencer

1. Andersen A. (2011) Infektionshygiejne på plejehjem i Århus Kommune. Masterafhandling, Århus Universitet
2. Arbejderen (2020) Mange kommuner overvejer at spare på rengøring. Available at: [Mange kommuner overvejer at spare på rengøring | Arbejderen](#)
3. Bindesbøl Holm Johansen K, Tjørnhøj-Thomsen T og Hulvej Rod M (2014) Hvordan kan kommunerne bedst implementere kliniske retningslinjer? En evaluering af implementeringsprocessen i ni pilotkommuner, Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København. Available at: [samlet_rapport_21.10.2014.pdf \(sdu.dk\)](#)
4. Bloch B (2012) "Hygiejne på tværs" – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven? Available at: [Microsoft Word - MPH eksamensarbejde 2012.doc \(ssi.dk\)](#)
5. Bøgelund et al (2019) Mindre antibiotikaforbrug og færre urinvejsinfektioner blandt borgere på plejecentre gennem vidensopbygning hos plejepersonale. Available at: [Evalueringsrapport ældre final Mindre AB forbrug og færre UVI blandt borgere på plejecentre.pdf](#)
6. Børne- og undervisningsministeriet, (2020) Elevfravær – Kommune, klassetrin. Available at: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Reports/1605.aspx>
7. CEI (2013) Nationale Infektionshygiejniske retningslinjer for Nybygning og renovering i sundhedssektoren. Available at: <https://hygiejne.ssi.dk/NIRnybygning>
8. Cohen, C et al (2015) Infection prevention and control in nursing homes: A qualitative study of decision-making regarding isolation-based practices. BMJ quality & safety. Available at: https://www.researchgate.net/publication/277078301_Infection_prevention_and_control_in_nursing_homes_A_qualitative_study_of_decision-making_regarding_isolation-based_practices
9. Cole M. (2007) Infection control: worlds apart primary and secondary care. Br J Community Nurs. Jul;12(7):301, 303-6. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17851309/>
10. Danmarks Statistik (2020) Statistikbanken. Available at: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=2743>
11. ECDC (The European Centre for Disease Prevention and Control). Available at <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities>
12. Friis-Holmberg T, Illemann Christensen A, Zinckernagel L, Skytte Petersen L og Hulvej Rod M (2013) Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af SSTs forebyggelsespakker. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i samarbejde med Center for Forebyggelse i Praxis, Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen. Available at: https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2013/forebyggelsespakker_kortlaegning_2013.pdf
13. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM. (1985) The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. Feb;121(2):182-205. Available at: [The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals - PubMed \(nih.gov\)](#)

14. HALT (Healthcare-associated infections in long-term care facilities). Available at <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/overvaagning/halt-3-rapport---2018.pdf?la=da>
15. Hygiejnenetværket i Odense Kommune (2019) Projekt Sundhed i Klasserne. Available at: [Punkt 1 Bilag 1 Evalueringsrapport Sundhed i Klasserne.pdf \(odense.dk\)](#)
16. Jakobsen GS, Nielsen Sølvhøj I, Holmberg T (2020) Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019 Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, i samarbejde med Center for Forebyggelse i praksis, Kommunernes Landsforening. Available at: https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2020/kortlaegning_kommunernes_forebyggelsesindsats_2019_v2.pdf
17. Komiteen for Sundhedsoplysning (2019). 20 veje til at bruge mindre antibiotika <https://www.antibiotikaellerej.dk/hent-materialer/20-veje-til-at-bruge-mindre-antibiotika>
18. KL (Kommunernes Landsforening), Center for Forebyggelse i praksis (2016). Gode erfaringer med implementering af forebyggelsespakkerne. Available at: [gode erfaringer med implementering af forebyggelse.pdf \(kl.dk\)](#)
19. Mogensen, D (2014) Hygiejne i medvind – samarbejde om udvikling af kommunale hygiejneorganisationer – et kvalitativt studie. MPH, Nordic School of Public Health, Göteborg, Sverige
20. Nandrup-Bus I (2009). Mandatory handwashing in elementary schools reduces absenteeism due to infectious illness among pupils: a pilot intervention study. Am J Infect Control, 37(10):820-826. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19850374/>
21. R-Project for Statistical Computing 2021-02-15. Available at: <https://www.r-project.org/>
22. SSI (Statens Serum Institut løbende) Ugentlige opgørelser med overvågningsdata. Available at: <https://covid19.ssi.dk/overvagningsdata/ugentlige-opgorelser-med-overvaagningsdata>
23. SSI (Statens Serum Institut) (2013). Data fra landsprævalensundersøgelser. www.ssi.dk. 2013. Available at: http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Overvaagning/Praevalensundersogelser/Data_fra_Praevalensundersogelser.aspx.
24. SSI (Statens Serum Institut) (2017) Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) – om generelle forholdsregler i sundhedssektoren. Available at: <https://hygiejne.ssi.dk/NIRgenerelle>
25. SSI (Statens Serum Institut) (2019) Overvågning af sundhedssektorerhvervede infektioner og antibiotikaaudit på plejehjem - HALT 3-projektet. Available at: [HALT 3 - projekt \(ssi.dk\)](#)
26. SSI (Statens Serum Institut) (april 2020) Epidemiologisk trend og fokus: Plejehjem. Available at: <https://files.ssi.dk/COVID19-epi-trendogfokus-24042020-kl3k>
27. SSI (Statens Serum Institut) (juni 2020) MRSA-stigning er aftaget. Available at: [MRSA-stigning er aftaget \(ssi.dk\)](#)
28. SSI (Statens Serum Institut) (november 2020) Fokusrapport – udbrud på grundskoler. Available at: [Covid-19 i Danmark. Fokusrapport: Udbrud på grundskoler \(ssi.dk\)](#)
29. SSI (Statens Serum Institut) (marts 2021) Om covid-19. Available at: <https://covid19.ssi.dk/om-covid19>
30. Stone PW, Herzig CTA, Agarwal M, Pogorzelska-Maziarz M, Dick AW (2018). Nursing Home Infection Control Program Characteristics, CMS Citations, and Implementation of Antibiotic Stewardship Policies: A National Study. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.

31. STPS (Styrelsen for Patientsikkerhed) (2019) Sundhedsplejeområdet Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2019. Available at: <https://stps.dk/da/udgivelser/2020/sundhedsplejet-erfaringsopsamling-fra-det-sundhedsfaglige-tilsyn-2019/~media/A1C03018A4E64E3E933BDF1E96638899.ashx>
32. STPS (Styrelsen for Patientsikkerhed) (2020) Kommunens beredskab. Available at: [Kommunens beredskab - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](https://stps.dk/da/udgivelser/2020/plejeomraaderne-erfaringsopsamling-for-det-sundhedsfaglige-tilsyn-i-2017-2019/)
33. STPS (Styrelsen for Patientsikkerhed) (december 2020) Plejeområderne: Erfaringsopsamling for det sundhedsfaglige tilsyn i 2017-2019. Available at: <https://stps.dk/da/udgivelser/2020/plejeomraaderne-erfaringsopsamling-for-det-sundhedsfaglige-tilsyn-i-2017-2019/>
34. SST (Sundhedsstyrelsen) (2018) Forebyggelsespakke Hygiejne. Available at: [28796E718D9B4E30838B0094AB94FCEA.ashx \(sst.dk\)](https://sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-hygiejne)
35. SST (Sundhedsstyrelsen) (2019) Informationsark om fnat til den kommunale sundhedstjeneste Håndtering af fnat på efterskoler o.lign. Available at: [Informationsark om fnat til den kommunale sundhedstjeneste \(sst.dk\)](https://sst.dk/da/udgivelser/2019/informationsark-om-fnat-til-den-kommunale-sundhedstjeneste)
36. SST (Sundhedsstyrelsen) (2020) Vejledning om forebyggelse af smitte med COVID-19 på plejecentre, bosteder og andre institutioner. Available at: [Vejledning om forebyggelse af smitte med COVID-19 på plejecentre, bosteder og andre institutioner \(rm.dk\)](https://sst.dk/da/udgivelser/2020/vejledning-om-forebyggelse-af-smitte-med-covid-19-pa-plejecentre-bosteder-og-andre-institutioner)
37. SST (Sundhedsstyrelsen) (2021) Hygiejne i ældreplejen - Kommunale erfaringer før og under COVID-19. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/hygiejne-i-aeldreplejen---kommunale-erfaringer-foer-og-under-covid-19>
38. SUM (Sundheds- og ældreministeriet) (2017) National handleplan for antibiotika til mennesker. Available at: <https://sum.dk/Media/0/3/National-handlingsplan-for-antibiotika-til-mennesker-Dansk%20version.pdf>
39. Sølvhøj IN, Cloos CØ, Jarlstrup NS, Holmberg T (2017) Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017, Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, i samarbejde med midler fra Center for Forebyggelse i praksis, Kommunernes Landsforening. Available at: <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/monitorering-af-kommunernes-forebyggelsesindsats-2017>
40. Viden på Tværs (VPT) (2020). Available at: [Ufaglært til faglært: Man kan ikke komme ind fra gaden og leve op til de krav, der er i dag | VPT](https://www.vpt.dk/da/udgivelser/2020/ufaglart-til-faglart-man-kan-ikke-komme-ind-fra-gaden-og-leve-op-til-de-krav-der-er-i-dag-i-vpt)
41. VIVE and the authors (2020) Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Available at: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/primary-health-care-in-the-nordic-countries-15439/>
42. VIVE og forfatterne (2020) Normeringer på danske plejecentre – Et overblik baseret på en survey blandt plejecentre – 2019. Available at: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/normeringer-paa-danske-plejecentre-14825/>
43. VIVE (2021) VIVE's kommunetal 2021.1: Stor variation i kommunale udgifter – og udgiftsbehov. Available at: [VIVEs kommunetal 2021.1: Stor variation i kommunale udgifter – og udgiftsbehov - VIVE](https://www.vive.dk/da/udgivelser/vives-kommunetal-2021-1-stor-variation-i-kommunale-udgifter-og-udgiftsbehov-vive)
44. WHO (World Health Organization) (2019) Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Available at: [MinReq-Manual 2019.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes)

8. Bilag

8.1 Spørgeskemaark

Velkommen til Statens Serum Instituts kortlægning af kommunale hygiejneindsatser

Hvad er formålet med undersøgelsen?

Statens Serum Institut (SSI) foretager en kortlægning af de kommunale hygiejneindsatser i Danmark i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet med kortlægningen er at understøtte dannelse af hygiejnenetværk internt i kommunerne, imellem kommuner og imellem kommuner og regioner i samarbejde med allerede etablerede netværk. Kortlægningen baseres på denne spørgeskemaundersøgelse.

Hvad indeholder spørgeskemaet?

I spørgeskemaet spørges ind til følgende emner:

- Organisatorisk opbygning af kommunens hygiejneorganisation
- Kommunens kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet
- Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik
- Kommunens efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer
- Kommunens evaluering af egen hygiejneindsats

Hvem skal besvare spørgeskemaet?

Spørgeskemaet er målrettet kommunens udvalgte hygiejneansvarlige. Dette kan eksempelvis være en hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedskonsulent eller lignende, der indgår i kommunens udvikling på hygiejneområdet, herunder sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og pleje i relation til infektionssygdomme. Personen formodes at have kendskab til kommunens hygiejneindsats, og vil derfor i videst muligt omfang kunne besvare spørgeskemaet.

Hvis den udvalgte hygiejneansvarlige har behov for at konsultere en kollega for at lave en mere fyldestgørende besvarelse af spørgeskemaet, kan invitationsmailen med kommunens unikke link til spørgeskemaet videresendes til denne kollega. Der vil kun blive registreret én samlet besvarelse pr. kommune uanset hvor mange linket videresendes til. Ligeledes vil kun én person stå som den primære respondent,

der indledningsvist i spørgeskemaet bedes udfylde sine personlige baggrundsplysninger.

Hvis du ikke er kommunens udvalgte hygiejneansvarlige, bedes du videresende invitationsmailen med link til spørgeskemaet til rette vedkommende, eller sende vedkommendes navn, telefonnummer og e-mail via mail til LSHT@ssi.dk.

Hvordan skal du besvare spørgeskemaet?

Du bedes besvare spørgsmålene ud fra, hvordan du vurderer, at situationen er i jeres kommune på nuværende tidspunkt. Vælg den svarmulighed, der passer bedst.

Det tager omkring 30 minutter at udfylde spørgeskemaet.

Digital besvarelse:

Spørgeskemaet kan udfyldes digitalt, hvor det passer dig. Du begynder din besvarelse ved at klikke på pilen i nederste højre hjørne. Du bevæger dig frem og tilbage i spørgeskemaet ved hjælp af pilene nederst på hver side. Du kan gå tilbage og rette eller tilføje i dine tidligere svar, hvis du måtte ønske det.

Hvis du er startet på at besvare skemaet, men ikke har gennemført, har du mulighed for at vende tilbage til din besvarelse ved at klikke ind på samme link. Undersøgelsen afsluttes fredag d. 4. december kl. 23:59 og her lukker adgangen til spørgeskemaet.

Når du har gennemført din besvarelse, kan denne udskrives ved at klikke på printerikonet på sidste side. Vi opfordrer til at printe besvarelsen ud og drøfte den internt i kommunen.

Har du problemer med at åbne skemaet, opfordres du til at anvende en anden browser end Internet Explorer, for eksempel Chrome, ved at kopiere linket over i den nye browser.

Telefonisk besvarelse:

Hvis du ønsker at gennemføre spørgeskemaet telefonisk, er dette også en mulighed. Kontakt da venligst vores akademiske medarbejder via mail: LSHT@ssi.dk (klik her) eller telefonisk: +45 3268 3841.

Manuel besvarelse:

Hvis det ikke er muligt at gennemføre spørgeskemaet digitalt eller telefonisk, beder vi dig om at udfylde skemaet i hånden, og herefter indsende den samlede besvarelse (indscannet) til vores akademiske medarbejder Louise Scheel Hjorth Thomsen via mail LSHT@ssi.dk. Herefter behandles jeres besvarelse så den indgår i vores samlede database.

Det er vigtigt at afkrydsning i felterne er tydelige, så der ikke kan herske tvivl om hvilke(n) svarmulighed(er) der er valgt. Anvend krydser **X** fremfor cirkler og overstregninger.

Hvad sker der med din besvarelse?

Din besvarelse gemmes hos Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI, hvor den indgår fortroligt i en sikker database med alle besvarelser. Al data behandles i overensstemmelse med databeskyttelseslovens § 10. Resultaterne fra undersøgelsen fremstilles udelukkende på tværs af kommunerne, så svar ikke kan spores til den enkelte kommune.

Undersøgelsen er godkendt af SSI's juridiske afdeling.

Den færdige rapport kan rekvireres på Central Enhed for Infektionshygiejnes hjemmeside i foråret 2021.

Bemærk: Hvis spørgeskemaet ikke besvares senest fredag d. 27. november, vil der blive udsendt endnu en påmindelse via mail til kommunens hovedpostkasse, og der rettes telefonisk henvendelse for at følge op på processen.

På forhånd tak for din hjælp.

Med venlig hilsen
Central Enhed for Infektionshygiejne, SSI

Spørgsmål 1. Ønsker du forsat at deltage i undersøgelsen?

- (1) ☐ Ja (fortsæt fra spørgsmål 2)
- (2) ☐ Nej (fortsæt fra spørgsmål 1.1)

Hvis "Nej" til spørgsmål 1:

Spørgsmål 1.1 Beskriv gerne årsagen til, at du ikke ønsker at deltage:

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Baggrundsoplysninger om dig

Den første del af spørgeskemaet handler om, hvem der besvarer dette spørgeskema.

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**hygiejneindsats**", som en samlet betegnelse for det kommunale arbejde på hygiejneområdet, der har til formål at forebygge udbredelsen af smitsomme sygdomme, resistente mikroorganismer og infektioner generelt i hele organisationen.

Spørgsmål 2. Har du kendskab til jeres kommunes hygiejneindsats?

- (1) ☐ Ja (fortsæt fra spørgsmål 3)
- (2) ☐ Nej (fortsæt fra tekst 2.1)
-

Hvis "Nej" til spørgsmål 2:

Spørgsmål 2.1 Tak for din tid

Vi har registreret, at du ikke passer ind i målgruppen for denne undersøgelse, som skal udmunde i en kortlægning af de kommunale hygiejneindsatser i Danmark.

Du bedes oplyse navn, telefonnummer og e-mail på kommunens udvalgte ansvarlige på hygiejneområdet, således at vi kan videresende spørgeskemaet til vedkommende. Dette kan eksempelvis være en hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, tandlæge eller anden, som indgår i kommunens udvikling inden for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og pleje i relation til infektionssygdomme.

Personen formodes at måtte have kendskab til kommunens hygiejneindsats, og vil derfor i videst muligt omfang kunne besvare spørgeskemaet.

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Spørgsmål 3. Hvad er din stillingsbetegnelse?

- (1) ☐ Konsulent (eksempelvis sundhedskonsulent, udviklingskonsulent, kvalitetskonsulent eller servicekonsulent)
 - (2) ☐ Koordinator (eksempelvis hygiejnekoordinator)
 - (3) ☐ Leder (eksempelvis sundhedschef eller centerleder)
 - (4) ☐ Læge
 - (5) ☐ Social- og sundhedsassistent
 - (6) ☐ Social- og sundhedshjælper
 - (7) ☐ Sundhedsplejerske
 - (8) ☐ Sygeplejerske (eksempelvis udviklingssygeplejerske eller hygiejnesygeplejerske)
 - (9) ☐ Tandlæge
 - (10) ☐ Tandplejer
 - (11) ☐ Andet (skriv her):
-

Spørgsmål 4. Hvor mange års anciennitet har du på hygiejneområdet i jeres kommunes organisation?

- (1) ☐ Under 1 år
- (2) ☐ 1-5 år
- (3) ☐ 6-10 år
- (4) ☐ 11-15 år
- (5) ☐ Over 15 år

Spørgsmål 5. Skriv gerne dine kontaktoplysninger, såfremt vi på et senere tidspunkt må kontakte dig direkte i forbindelse med denne undersøgelse:

Navn:

Telefonnummer:

E-mail:

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Organisatorisk opbygning af kommunens hygiejneorganisation

I denne del af spørgeskemaet skal du forholde dig til spørgsmål vedrørende kommunens etablering af en hygiejneorganisation.

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**hygiejneorganisation**", som ifølge Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018) er en samlet betegnelse for en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret organisering, som er specifik for det infektionshygiejniske indsatsområde.

Spørgsmål 6. Er der etableret en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret **hygiejneorganisation** i jeres kommune?

- (1) ☐ Ja, den er etableret (fortsæt fra spørgsmål 6.1)
- (2) ☐ Nej, ikke endnu, men vi har planer om det (fortsæt fra spørgsmål 6.5)
- (3) ☐ Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om (fortsæt fra spørgsmål 6.8)
- (9) ☐ Ved ikke (fortsæt fra spørgsmål 7)

Hvis "Ja, den er etableret" til spørgsmål 6:

Spørgsmål 6.1 I hvor mange år har der eksisteret en **hygiejneorganisation** i jeres kommune?

- (1) ☐ Under 1 år
- (2) ☐ 1-3 år
- (3) ☐ 4-6 år
- (4) ☐ 7-9 år
- (5) ☐ 10 år eller flere
- (9) ☐ Ved ikke

Ifølge Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018) består en hygiejneorganisation af et strategisk og udøvende niveau.

På det "**øverste strategiske ledelsesmæssige niveau**" er hygiejneorganisationens opgave eksempelvis at understøtte samarbejdet mellem kommunens fagområder, styrke kontakten til almen praksis samt udarbejde kommunens hygiejnepolitik. Disse opgaver varetages typisk af et koordinationsudvalg/styregruppe på hygiejneområdet.

Spørgsmål 6.2 Hvilke **fagområder** er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på **øverste strategiske ledelsesmæssige niveau**?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Beskæftigelsesområdet (jobcentre mv.)
- (2) ☐ Børne- og ungeområdet (dagtilbud og skoler mv.)
- (3) ☐ Kultur- og fritidsområdet (biblioteker, sportsfaciliteter mv.)
- (4) ☐ Personaleområdet (HR og IT mv.)
- (5) ☐ Psykiatri- og handicapområdet (bosteder mv.)
- (6) ☐ Sundheds- og omsorgsområdet (sundhedstilbud og rehabilitering mv.)
- (7) ☐ Sundhedsplejen
- (8) ☐ Teknik- og miljøområdet (trafik og veje mv.)
- (9) ☐ Ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.)
- (10) ☐ Økonomiområdet (regnskab og analyse mv.)
- (12) ☐ Andet (skriv her):

- (99) ☐ Ved ikke

På det "**udøvende driftsniveau**" er hygiejneorganisationens opgave at eksempelvis at organisere, planlægge, udvikle, implementere og monitorere lokale smitteforebyggende indsatser (formuleret i form af eksempelvis retningslinjer, instrukser eller standarder) i samarbejde med de lokale institutioner, samt at formidle en eventuel hygiejnepolitik i kommunen og undervise i infektionshygiejne.

Disse opgaver varetages typisk af en hygiejnesygeplejerske eller anden person med hygiejne-

kompetencer, og i de enkelte institutioner varetages opgaverne eventuelt af hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner.

Spørgsmål 6.3 Hvilke fagområder er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisationen på det udøvende driftsniveau?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Beskæftigelsesområdet (jobcentre mv.)
- (2) ☐ Børne- og ungeområdet (dagtilbud og skoler mv.)
- (3) ☐ Kultur- og fritidsområdet (biblioteker, sportsfaciliteter mv.)
- (4) ☐ Personaleområdet (HR og IT mv.)
- (5) ☐ Psykiatri- og handicapområdet (bosteder mv.)
- (6) ☐ Sundheds- og omsorgsområdet (sundhedstilbud og rehabilitering mv.)
- (7) ☐ Sundhedsplejen
- (8) ☐ Teknik- og miljøområdet (trafik og veje mv.)
- (9) ☐ Ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.)
- (10) ☐ Økonomiområdet (regnskab og analyse mv.)
- (12) ☐ Andet (skriv her):

- (99) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 6.4 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om hygiejneorganisationen i jeres kommune?

Kommunens hygiejneorganisation:

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Bidrager til effektiv kompetenceudvikling inden for infektionshygiejne på kommunale arbejdspladser på tværs af fagområder	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/ eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Har effektive kommunikationsveje der sikrer vidensdeling fra det strategiske ledelsesniveau til det udøvende driftsniveau	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Understøtter samarbejde på tværs af kommunens fagområder	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Bidraget til brugbar oversættelse af nationale infektionshygiejniske retningslinjer til lokale forhold	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Bliver prioriteret af kommunens politikere og ledere i form af tilstrækkelig økonomi og personaleressourcer	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Hvis "Nej, ikke endnu, men vi har planer om det" til spørgsmål 6:

Spørgsmål 6.5. Hvad vurderer du som den **væsentligste årsag** til, at der endnu ikke er etableret en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere.
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere.
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer og inspiration.
- (4) ☐ At kommunen afventer forslag til etablering af en hygiejneorganisation centralt fra (eksempelvis fra Kommunernes Landsorganisation, KL).

(5) ☐ Andet (skriv her):

(9) ☐ Ved ikke

I spørgeskemaet anvendes udtrykket det "**øverste strategiske ledelsesmæssige niveau**", som det niveau, hvor kommunen eksempelvis har til opgave at understøtte samarbejdet på hygiejneområdet mellem kommunens fagområder, styrke kontakten til almen praksis på hygiejneområdet, samt at udarbejde kommunens hygiejnepolitik. Disse opgaver varetages typisk af et koordinationsudvalg/styregruppe på hygiejneområdet.

Spørgsmål 6.6 Hvilke(t) fagområde(r) på kommunens **øverste strategiske ledelsesmæssige niveau** varetager forebyggelse på hygiejneområdet?

(Vælg eventuelt flere fagområder)

- (1) ☐ Ingen fagområder
 - (2) ☐ Beskæftigelsesområdet (jobcentre mv.)
 - (3) ☐ Børne- og ungdomsområdet (dagtilbud og skoler mv.)
 - (4) ☐ Kultur- og fritidsområdet (biblioteker, sportsfaciliteter mv.)
 - (5) ☐ Personaleområdet (HR og IT mv.)
 - (6) ☐ Psykiatri- og handicapområdet (bosteder mv.)
 - (7) ☐ Sundheds- og omsorgsområdet (sundhedstilbud og rehabilitering mv.)
 - (8) ☐ Sundhedsplejen
 - (9) ☐ Teknik- og miljøområdet (trafik og veje mv.)
 - (10) ☐ Ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.)
 - (11) ☐ Økonomiområdet (regnskab og analyse mv.)
 - (13) ☐ Andre (skriv her):
-

(99) ☐ Ved ikke

I spørgeskemaet anvendes udtrykket det "**udøvende driftsniveau**", som det niveau, hvor kommunen eksempelvis har til opgave at organisere, planlægge, udvikle, implementere og monitorere lokale smitteforebyggende indsatser (formuleret i form af

eksempelvis retningslinjer, instrukser eller standarder) i samarbejde med de lokale institutioner, samt at formidle en eventuel hygiejnepolitik i kommunen og undervise i infektionshygiejne. Disse opgaver varetages typisk af en hygiejnesygeplejerske eller anden person med hygiejnekompetencer, og i de enkelte institutioner varetages opgaverne eventuelt af hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner.

Spørgsmål 6.7 Hvilke(t) fagområde(r) på kommunens **udøvende driftsniveau** varetager forebyggelse på hygiejneområdet?

(Vælg eventuelt flere fagområder)

- (1) ☐ Ingen fagområder
- (2) ☐ Beskæftigelsesområdet (jobcentre mv.)
- (3) ☐ Børne- og ungeområdet (dagtilbud og skoler mv.)
- (4) ☐ Kultur- og fritidsområdet (biblioteker, sportsfaciliteter mv.)
- (5) ☐ Personaleområdet (HR og IT mv.)
- (6) ☐ Psykiatri- og handicapområdet (bosteder mv.)
- (7) ☐ Sundheds- og omsorgsområdet (sundhedstilbud og rehabilitering mv.)
- (8) ☐ Sundhedsplejen
- (9) ☐ Teknik- og miljøområdet (trafik og veje mv.)
- (10) ☐ Ældreområdet (ældre- og plejetilbud mv.)
- (11) ☐ Økonomiområdet (regnskab og analyse mv.)
- (13) ☐ Andre (skriv her):

- (99) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om" til spørgsmål 6:

Spørgsmål 6.8 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at kommunen ikke har planer om at etablere en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret **hygiejneorganisation**?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere

- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At hygiejneområdet betragtes som integreret i den eksisterende organisation
- (4) ☐ At hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde
- (5) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Kommunens kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet

I denne del af spørgeskemaet skal du forholde dig til spørgsmål vedrørende kommunens kompetencer og samarbejdsaftaler på hygiejneområdet.

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**koordinationsudvalg**", som en samlet betegnelse for hygiejne-koordinationsudvalg og -styregruppe på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018) er koordinationsudvalgets opgave at understøtte arbejdet mellem de fagområder i kommunen, der har med hygiejneområdet at gøre, og at have kontakt til almen praksis. Koordinationsudvalget kan eventuelt have ansvaret for at udarbejde kommunens hygiejnepolitik og for at tilrettelægge lokale hygiejneindsatser.

Spørgsmål 7. Er der nedsat et **koordinationsudvalg** på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune?

- (1) ☐ Ja, det er nedsat (*forsæt fra spørgsmål 7.1*)
- (2) ☐ Nej, ikke endnu, men vi har planer om det (*forsæt fra spørgsmål 7.6*)
- (3) ☐ Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om (*forsæt fra spørgsmål 7.7*)
- (9) ☐ Ved ikke (*forsæt fra spørgsmål 8*)

Hvis "Ja, det er nedsat" til spørgsmål 7:

I spørgeskemaet anvendes ligeledes betegnelsen "**hygiejneansvarlig**", som en samlet betegnelse for kommunens udvalgte ansvarlige på hygiejneområdet, som har den hygiejnefaglige rolle i forhold til de øvrige medlemmer af kommunens koordinationsudvalg. Den hygiejneansvarlige kan eventuelt være en hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedskonsulent eller anden person med særlige kompetencer for at varetage kommunens hygiejneindsats.

Spørgsmål 7.1 Hvem sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Hygiejneansvarlig(e) (eksempelvis hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedskonsulent mv.)
- (2) ☐ Medarbejder(e) som repræsenterer fagområde(r)
- (3) ☐ Leder(e) fra fagområde(r)
- (4) ☐ Politisk(e) repræsentant(er)
- (5) ☐ Repræsentant(er) for hygiejnekoordinatorerne fra det udøvende driftsniveau
- (6) ☐ Andre (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 7.2 **Hvor mange** udvalgte **hygiejneansvarlige** sidder der i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune?

- (1) ☐ 1
- (2) ☐ 2
- (3) ☐ 3
- (4) ☐ 4
- (5) ☐ 5 eller derover

Spørgsmål 7.3 Hvilke(n) **uddannelsesmæssig(e) baggrund(e)** har de(n) udvalgte **hygiejneansvarlige**, som sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune?

(Vælg gerne flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere hygiejneansvarlige og at disse har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde)

- (1) ☐ Ergoterapeut
- (2) ☐ Farmaceut
- (3) ☐ Fysioterapeut
- (4) ☐ Laborant
- (5) ☐ Læge
- (6) ☐ Social- og sundhedsassistent

(7) ☐ Social- og sundhedshjælper

(8) ☐ Sundhedsplejerske

(9) ☐ Sygeplejerske

(10) ☐ Tandlæge

(11) ☐ Tandplejer

(12) ☐ Andre (skriv her):

(99) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 7.4 Hvilke(n) fuldført(e) formel(le) **videreuddannelse(r)** inden for **infektionshygiejne** har de(n) udvalgte **hygiejneansvarlige**, som sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune

(Vælg gerne flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere hygiejneansvarlige og at disse har forskellige videreuddannelser inden for infektionshygiejne)

- (1) ☐ Ingen
- (2) ☐ Specialuddannelsen for sygeplejersker i infektionshygiejne (hygiejnesygeplejerskeuddannelsen) i København
- (3) ☐ Diplomuddannelsen i infektionshygiejne på Nordiska Högskolan for Folkehälsövetenskap (NHV) i Göteborg
- (4) ☐ Masteruddannelsen i mikrobiologi, infektionskontrol og plejehygiejne på Göteborgs universitet (under uddannelse)
- (5) ☐ Anden formel videreuddannelse inden for infektionshygiejne (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 7.5 Hvor mange udvalgte **hygiejneansvarlige**, som sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune, har fuldført en formel **videreuddannelse inden for infektionshygiejne**?

- (1) ☐ Ingen
- (2) ☐ 1
- (3) ☐ 2
- (4) ☐ 3
- (5) ☐ 4
- (6) ☐ 5 eller derover

Hvis "Nej, ikke endnu, men vi har planer om det" til spørgsmål 7:

Spørgsmål 7.6 Hvad vurderer du som den **væsentligste årsag** til, at der ikke er nedsat et koordinationsudvalg på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres

kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

-
- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om" til spørgsmål 7:

Spørgsmål 7.7 Hvad vurderer du som den **væsentligste årsag** til, at der ikke er planer om at nedsætte et koordinationsudvalg på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At hygiejneområdet betragtes som integreret i den eksisterende organisation
- (4) ☐ At hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde
- (6) ☐ Andet (skriv her):

-
- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 1:

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**hygiejnekoordinatorer**", som samlet betegnelse for koordinatore, kontaktpersoner og nøglepersoner på hygiejneområdet på det udøvende driftsniveau.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018) er hygiejnekoordinatorer medarbejdere i kommunens forskellige fagområder, som er formelt udvalgt af organisationen, og som har særlige kompetencer med henblik på at varetage hygiejneindsatsen og arbejde systematisk med denne i egne rammer. I hygiejneorganisationen refererer

hygiejnekoordinatorerne til den udvalgte hygiejneansvarlige (eksempelvis en hygiejnesygeplejerske) og kan hente rådgivning hos denne.

Spørgsmål 8. Er der udvalgt **hygiejnekoordinatorer** på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

- (1) ☐ Ja, de er udvalgt (*fortsæt fra spørgsmål 8.1*)
- (2) ☐ Nej, ikke endnu, men vi har planer om det (*fortsæt fra spørgsmål 8.6*)
- (3) ☐ Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om (*fortsæt fra spørgsmål 8.7*)
- (9) ☐ Ved ikke (*fortsæt fra spørgsmål 9*)

Hvis "Ja, de er udvalgt" til spørgsmål 8:

Spørgsmål 8.1 Hvem er udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Sundhedsperson(er)
- (2) ☐ Ikke-sundhedsperson(er)
- (9) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 8.2 Hvor mange sundhedspersoner vurderer du, at der er udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

(Angiv "0" hvis svaret er "ved ikke")

Spørgsmål 8.3 Hvilke(n) uddannelsesmæssig(e) baggrund(e) vurderer du, at de(n) sundhedsperson(er) har, der er udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

(Vælg flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere sundhedspersoner og at disse har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde)

- (1) ☐ Ergoterapeut
- (2) ☐ Farmaceut
- (3) ☐ Fysioterapeut
- (4) ☐ Laborant
- (5) ☐ Læge
- (6) ☐ Social- og sundhedsassistent
- (7) ☐ Social- og sundhedshjælper
- (8) ☐ Sundhedsplejerske
- (9) ☐ Sygeplejerske
- (10) ☐ Tandlæge
- (11) ☐ Tandplejer

(12) ☐ Andet (skriv her):

(99) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 8.4 Hvor mange **ikke-sundhedsuddannede personer**, vurderer du, der er udvalgt som **hygiejnekoordinatorer** på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?
(Angiv "0" hvis svaret er "ved ikke")

Spørgsmål 8.5 Hvilke(n) **uddannelsesmæssig(e) baggrund(e)** har de(n) ikke-sundhedsuddannede hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? Eksempelvis læreruddannelse, pædagoguddannelse mv.
(Angiv gerne flere svar, hvis du vurderer, at der er flere ikke-sundhedsuddannede hygiejnekoordinatorer og at disse har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde)

Hvis "Nej, ikke endnu, men vi har planer om det" til spørgsmål 8:

Spørgsmål 8.6 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er udvalgt **hygiejnekoordinatorer** på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

(9) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om" til spørgsmål 8:

Spørgsmål 8.7 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er planer om at udvælge **hygiejnekoordinatorer** inden for det infektionshygiejniske område på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At hygiejneområdet betragtes som integreret i den eksisterende organisation
- (4) ☐ At hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde
- (5) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja, de er udvalgt" til spørgsmål 8:

Spørgsmål 9. Har kommunens **hygiejnekoordinatorer** på det udøvende driftsniveau fået tilbudt at deltage i **undervisning i infektionshygiejne** inden for de seneste 12 måneder?

- (1) ☐ Ja (fortsæt fra spørgsmål 9.1)
- (2) ☐ Nej (fortsæt fra spørgsmål 9.5)
- (9) ☐ Ved ikke (fortsæt fra spørgsmål 10)

Hvis "Ja" til spørgsmål 9:

Spørgsmål 9.1 Hvilke(n) form(er) for undervisning i infektionshygiejne vurderer du, at kommunens **hygiejnekoordinatorer** på det udøvende driftsniveau har fået tilbudt at deltage i inden for de seneste 12 måneder?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Informationsmøder
- (2) ☐ Netværksdage

- (3) ☐ Temadage
- (4) ☐ Workshops
- (5) ☐ Kurser
- (6) ☐ Læringscafé
- (7) ☐ E-learning
- (8) ☐ Webinar
- (9) ☐ Andet (skriv her):

(99) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 9.2 Hvor ofte vurderer du, at der er blevet afholdt undervisning om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?

- (1) ☐ Ugentligt
- (2) ☐ Månedligt
- (3) ☐ Hver anden måned
- (4) ☐ Kvartalsvist
- (5) ☐ Halvårligt
- (6) ☐ Årligt
- (7) ☐ Hvert andet år
- (8) ☐ Sjældnere end hvert andet år
- (9) ☐ Aldrig
- (10) ☐ Andet (skriv her):

(99) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 9.3 Hvem tilrettelægger undervisning om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne på det udøvende driftsniveau i jeres kommune?
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Regionens infektionshygiejniske enhed(er)
- (2) ☐ Kommunens HR
- (3) ☐ Koordinationsudvalgets sundhedsperson(er) med særlige kompetencer for at varetage hygiejneindsatsen (eksempelvis hygiejnesygeplejersker)
- (4) ☐ Koordinationsudvalgets ikke-sundhedsuddannede person(er) med særlige kompetencer for at varetage hygiejneindsatsen
- (5) ☐ Andre (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 9.4 Vurderer du, at undervisningen om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne er **tilrettelagt i henhold til de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer** (NIR) om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område?

Læs eventuelt retningslinjerne her: NIR nøglepersoner.

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej" til spørgsmål 9:

Spørgsmål 9.5 Hvad vurderer du som den **væsentligste årsag** til, at kommunens hygiejnekoordinatorer på det udøvende niveau **ikke er blevet tilbudt undervisning om infektionshygiejne** inden for de seneste 12 måneder?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**fælles-regional samarbejdsaftale**", som en samlet betegnelse for en formel fælles-regional 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.

Spørgsmål 10. Har kommunen indgået en formel **fælles-regional samarbejdsaftale** med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) om infektionshygiejnisk rådgivning?

- (1) ☐ Ja (fortsæt fra spørgsmål 10.1)
- (2) ☐ Nej (fortsæt fra spørgsmål 10.2)
- (9) ☐ Ved ikke (fortsæt fra spørgsmål 11)

Hvis "Ja" til spørgsmål 20:

Spørgsmål 10.1 Har jeres kommune, som **supplement** til den formelle fælles-regionale samarbejdsaftale med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) om infektionshygiejnisk rådgivning, **tilkøbt ekstra ydelser** specifikt for kommunen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej" til spørgsmål 10:

Spørgsmål 10.2 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er indgået en formel **fælles-regional samarbejdsaftale** med de infektionshygiejniske enhed(er) på regionens hospitaler (hygiejnesygeplejersker og mikrobiologer) om infektionshygiejnisk

rådgivning?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Spørgsmål 11. Samarbejder jeres kommune med andre kommuner på hygiejneområdet?

- (1) ☐ Ja (fortsæt fra spørgsmål 11.1)
- (2) ☐ Nej (fortsæt fra spørgsmål 11.2)
- (9) ☐ Ved ikke (fortsæt fra spørgsmål 12)

Hvis "Ja" til spørgsmål 11:

Spørgsmål 11.1 På hvilke punkter samarbejder jeres kommune med andre kommuner på hygiejneområdet?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ Konkrete fælles hygiejnetiltag
 - (2) ☐ Vidensdeling om infektionshygiejne
 - (3) ☐ Borgerinformation om infektionshygiejne
 - (4) ☐ Undervisning om infektionshygiejne til medarbejdere
 - (5) ☐ Andet (skriv her):

 - (9) ☐ Ved ikke
-
-

Hvis "Nej" til spørgsmål 11:

Spørgsmål 11.2 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er indgået et samarbejde med andre kommuner på hygiejneområdet?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Indhold og anvendelse af kommunens hygiejnepolitik

I denne del af spørgeskemaet skal du forholde dig til spørgsmål vedrørende kommunens eventuelle "**hygiejnepolitik**".

Ifølge Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne (2018) er en hygiejnepolitik en vision og målsætning for hygiejneområdet, som kan indgå som en del af kommunens sundhedspolitik.

Spørgsmål 12. Har kommunen vedtaget en formel **hygiejnepolitik**?

- (1) ☐ Ja, den er vedtaget (fortsæt fra spørgsmål 12.1)
- (2) ☐ Nej, ikke endnu, men det har vi planer om (fortsæt fra spørgsmål 12.3)
- (3) ☐ Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om (fortsæt fra spørgsmål 12.4)
- (9) ☐ Ved ikke (fortsæt fra spørgsmål 13)

Hvis "Ja, den er vedtaget" til spørgsmål 12:

Såfremt det er muligt, vil vi bede dig om at sende jeres hygiejnepolitik pr. mail til LSHT@ssi.dk (klik her). Skriv gerne "Kortlægning - hygiejnepolitik" i emnefeltet.

Spørgsmål 12.1 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om **indholdet** i hygiejnepolitikken i jeres kommune?

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Organiseringen af hygiejne i kommunen er klar og entydig	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Overordnede mål og ansvarsfordeling er tydeligt formuleret	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/ eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Prioriterede indsatsområder (eksempelvis særligt sårbare borgere) fremgår klart af kommunens hygiejnepolitik	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Lokal udarbejdelse af infektionshygiejniske retningslinjer er konsekvent gennemført i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer og/eller SSI's Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR)	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Der er klare planer for forebyggelse og håndtering af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Kompetenceudvikling er et højt prioriteret område i kommunens hygiejnepolitik	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Der er en målrettet formidling af hygiejnepolitikken i alle relevante dele af kommunen	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Etablerede samarbejdsaftaler er klare og entydige	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Spørgsmål 12.2 I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om **anvendelsen af hygiejnepolitikken i jeres kommune?**

Hygiejnepolitikken anvendes til:

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Fastlæggelse af indholdet af rengøringsaftaler	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Kompetenceudvikling blandt medarbejdere	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering af sygefravær blandt borgere og ansatte på kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Forebyggelse af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering af spredning af resistente mikroorganismer og smitsomme sygdomme	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Organiseret oplysningsindsats/rådgivningsindsats via kommunen til kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Hvis "Nej, ikke endnu, men vi har planer om det" til spørgsmål 12:

Spørgsmål 12.3 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er vedtaget en formel **hygiejnepolitik** i jeres kommune?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At kommunen mangler de nødvendige kompetencer eller inspiration
- (4) ☐ Andet (skriv her):

(9) ☐ Ved ikke

Hvis "Nej, det har vi ikke, og det har vi ikke planer om" til spørgsmål 12:

Spørgsmål 12.4 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at kommunen ikke har planer om at etablere en **hygiejnepolitik**?

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At hygiejneområdet betragtes som integreret i den eksisterende organisation
- (4) ☐ At hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde
- (6) ☐ Andet (skriv her):

- (9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Kommunens efterlevelse af nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer

I denne del af spørgeskemaet skal du forholde dig til spørgsmål vedrørende nationale og lokale infektionshygiejniske retningslinjer.

I spørgeskemaet refereres til "**Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) om generelle forholdsregler i sundhedssektoren**" (SSI, 2017), som kan findes her: NIR

I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**lokale infektionshygiejniske retningslinjer**", som en samlet betegnelse for kommunalt udarbejdede retningslinjer eller instrukser for infektionshygiejne til kommunens skoler, institutioner, plejecentre og botilbud m.m.

Spørgsmål 13. I hvilken udstrækning er du enig i, at kommunen sikrer, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter følgende **infektionshygiejniske retningslinjer**?

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/ eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
NIR om generelle infektionshygiejniske forholdsregler i sundhedssektoren	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Lokale infektionshygiejniske retningslinjer	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Spørgsmål 14. Hvilke **medier** vurderer du, at kommunen bruger til at sikre, at medarbejdere inden for sundhedsområdet arbejder efter **infektionshygiejniske retningslinjer**?

- (1) ☐ Intranetside
 - (2) ☐ Fysisk bog/mappe
 - (3) ☐ E-mails
 - (4) ☐ Nyhedsbreve
 - (5) ☐ Andet (skriv her):
-

(6) ☐ Ved ikke

Spørgsmål 15. 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:

	Meget enig	Delvis enig	Hverken/eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Udførelse af håndhygiejne	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Beskyttelse af arbejdstøj	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Anvendelse af personlige værnemidler	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Genbehandling af udstyr/instrumenter i form af rengøring, desinfektion og sterilisation	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Udførelse af rengøring og desinfektion af omgivelser	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering af tøj og linned	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering af affald	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering af fødevarer	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Håndtering og opbevaring af medicin	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Opbevaring af værnemidler, tøj og linned, rent udstyr og rene hjælpemidler	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Spørgsmål 16. Er der formuleret **lokale infektionshygiejniske retningslinjer** i følgende af kommunens institutioner?

	Ja	Nej	Ved ikke
Bosteder	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐
Dagtilbud (daginstitutioner fra 0-6 år)	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐
Folkeskoler	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐

	Ja	Nej	Ved ikke
Hjemmeplejen	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐
Plejecentre	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐
Kommunale akutfunktioner	(1) ☐	(2) ☐	(9) ☐

Såfremt det er muligt, vil vi bede dig om at sende jeres lokale infektionshygiejniske retningslinjer pr. mail til LSHT@ssi.dk. Skriv gerne "Kortlægning - lokale infektionshygiejniske retningslinjer" i emnefeltet.

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Kommunens evaluering af egen hygiejneindsats

I denne del af spørgeskemaet skal du forholde dig til spørgsmål vedrørende evaluering af hygiejneindsatsen i jeres kommune. I spørgeskemaet anvendes betegnelsen "**evaluering**" som en samlet betegnelse for evaluering, kvalitetsvurdering, måling, tilsyn, audit og overvågning.

I spørgeskemaet anvendes ligeledes betegnelsen "**HALT-projekt**", som er et europæisk projekt om opsamling af data vedrørende sundhedssektorerhvervede infektioner (infektioner der opstår på plejehjem) og opgørelse af forbruget af antibiotika (antibiotika-audit) på plejehjem.

Spørgsmål 17. I hvilken udstrækning er du enig i følgende udsagn om **evaluering** af hygiejneindsatsen i jeres kommune?

Kommunens hygiejneorganisation:

	Meget enig	Delvis enig	Hverken /eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Udfører hygiejne-audits/tilsyn i kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Registrerer sygefravær i kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Registrerer udbrud af smitsomme sygdomme i kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Udfører borgertilfredshedsundersøgelser relateret til smitteforebyggelse i kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Udfører medarbejdertilfredshedsundersøgelser relateret til smitteforebyggelse i kommunale institutioner	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐
Udarbejder årsrapporter hvori hygiejneområdet indgår	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

	Meget enig	Delvis enig	Hverken /eller	Delvis uenig	Meget uenig	Ved ikke
Har deltaget i en europæisk HALT-undersøgelse	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(9) ☐

Spørgsmål 18. **Hvor ofte** vurderer du, at hygiejneindsatsen evalueres i jeres kommune?

- (1) ☐ Ugentligt
- (2) ☐ Månedligt
- (3) ☐ Hver anden måned
- (4) ☐ Kvartalsvist
- (5) ☐ Halvårligt
- (6) ☐ Årligt
- (7) ☐ Hvert andet år
- (8) ☐ Sjældnere end hvert andet år
- (9) ☐ Aldrig (forsæt fra spørgsmål 18.1)
- (10) ☐ Andet (skriv her):

(99) ☐ Ved ikke

Hvis "Aldrig" til spørgsmål 18:

Spørgsmål 18.1 Hvad vurderer du som den **væsentligste årsag** til, at I **ikke evaluerer** hygiejneindsatsen i jeres kommune?

- (1) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens politikere
- (2) ☐ At det ikke er prioriteret af kommunens ledere
- (3) ☐ At hygiejneområdet ikke betragtes som et kommunalt indsatsområde
- (4) ☐ Andet (skriv her):

(9) ☐ Ved ikke

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Spørgsmål 19. Beskriv eventuelt kort igangværende eller afsluttede **forsknings- og udviklingsprojekter** på hygiejneområdet i jeres kommune:

Hvis "Ja" til spørgsmål 2:

Øvrige kommentarer

Du er nu næsten færdig med at besvare spørgeskemaet. Dette er det sidste spørgsmål vi ønsker at stille dig:

Spørgsmål 20. Hvis du kunne vælge frit, hvilke tre forhold vurderer du så ville **styrke hygiejneindsatsen** i jeres kommune? Angiv dem her:

1:

2:

3:

Hvis "Ja" til spørgsmål 1:

Tak for hjælpen

Du er nu færdig med at besvare spørgeskemaet. Mange tak fordi du ville medvirke i kortlægningen af de kommunale hygiejneindsatser i Danmark. Dine svar har stor betydning for Sundhedsstyrelsens og SSI i forhold til at understøtte hygiejneorganisering og -netværk internt i kommunerne, imellem kommuner og imellem kommuner og regioner.

Materiale til inspiration:

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) målrettet plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder, rehabilitering mm. (Retningslinje med gennemgang af grundlæggende forholdsregler og henvisning til de øvrige relevante NIR. Udarbejdet af Central Enhed for Infektionshygiejne, september 2020)

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) om hygiejnekoordinatorer/nøglepersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område (Retningslinje udarbejdet af Central Enhed for Infektionshygiejne, 2019)

Information om HALT 3-projektet (Overvågning af sundhedssektorerhvervede infektioner og antibiotikaaudit på plejehjem)

Interaktivt undervisningsmateriale om infektionshygiejne (Udarbejdet af Central Enhed for Infektionshygiejne)

"Værd at vide om hygiejne i primærsektoren" (E-læringsprogram udarbejdet af Central Enhed for Infektionshygiejne)

Forebyggelsespakke - Hygiejne (Faglige anbefalinger udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, 2018)

Bemærk:

Såfremt det er muligt, vil vi bede dig om at sende jeres hygiejnepolitik og lokale retningslinjer for hygiejne pr. mail til LSHT@ssi.dk (klik her). Skriv gerne "Kortlægning - hygiejnepolitik og lokale retningslinjer" i emnefeltet.

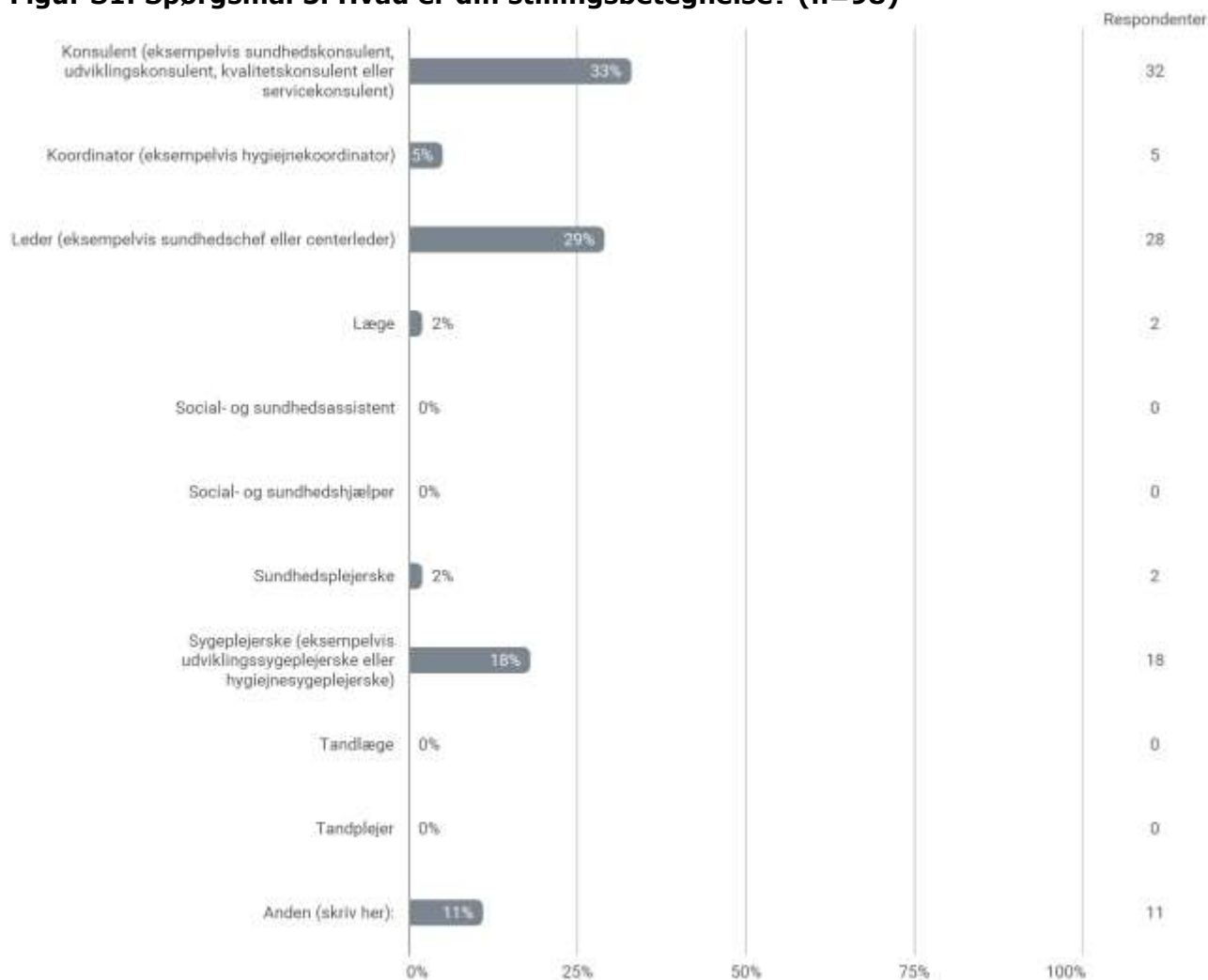
Print eventuelt din besvarelse ud for at drøfte besvarelsen internt i kommunen.

Den samlede besvarelse indscannes og sendes via mail til LSHT@ssi.dk.

8.2 Supplerende tabeller og figurer med resultater

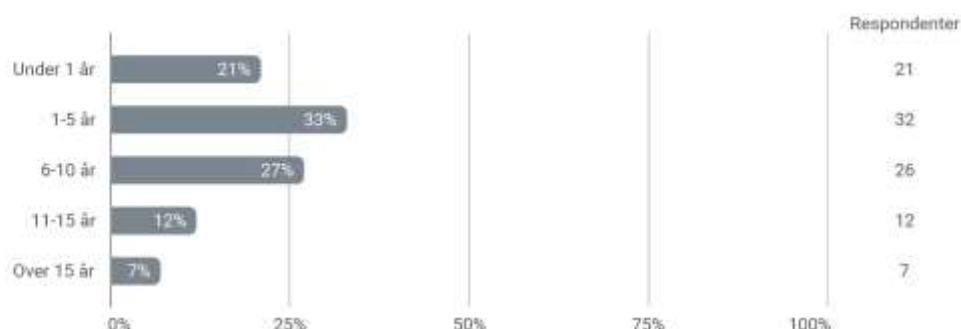
8.2.1 Supplerende figurer

Figur S1: Spørgsmål 3. Hvad er din stillingsbetegnelse? (n=98)

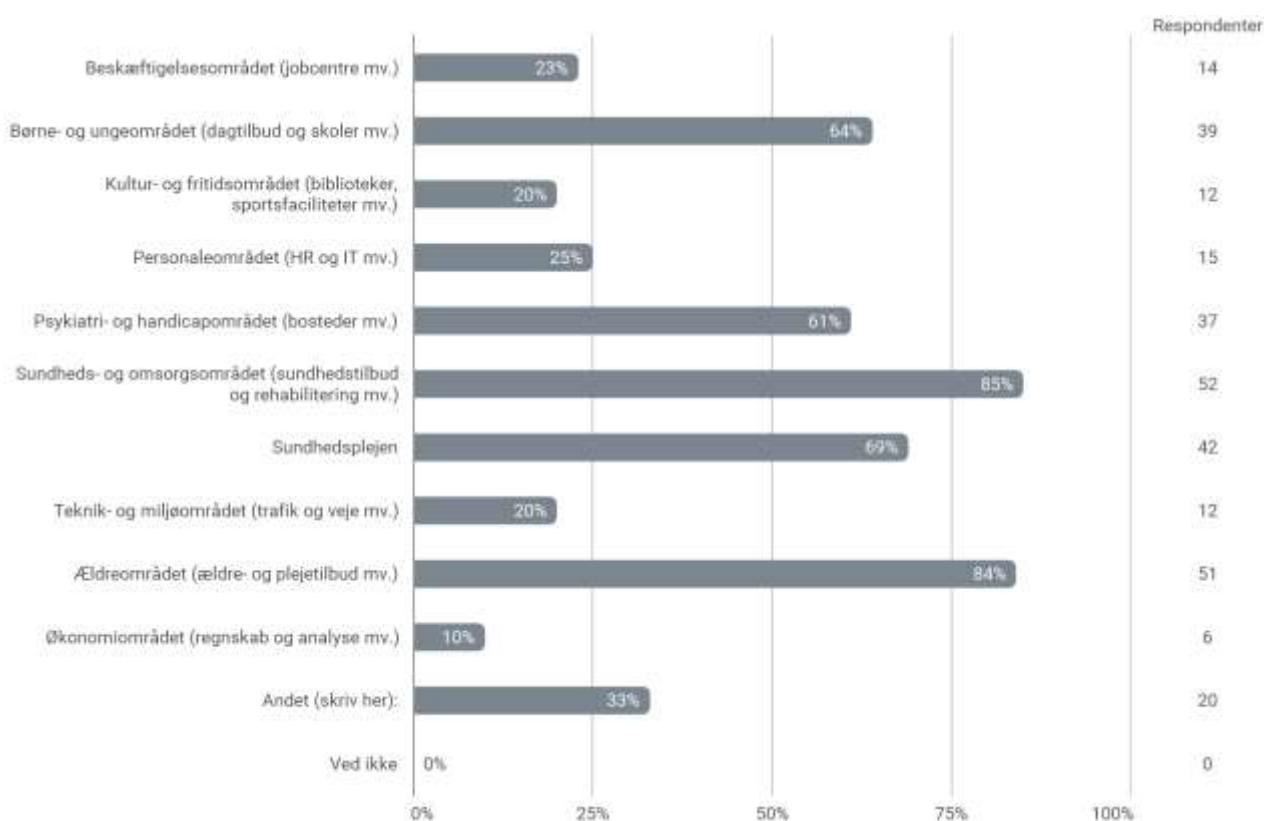


Figur S1: Under svarmuligheden "anden" tilføjede kommunerne stillingsbetegnelsen "projektleder". De resterende svar under "anden" var gengivelser af de allerede opstillede svarmuligheder.

Figur S2: Spørgsmål 4. Hvor mange års anciennitet har du på hygiejneområdet i jeres kommunes organisation? (n=98)



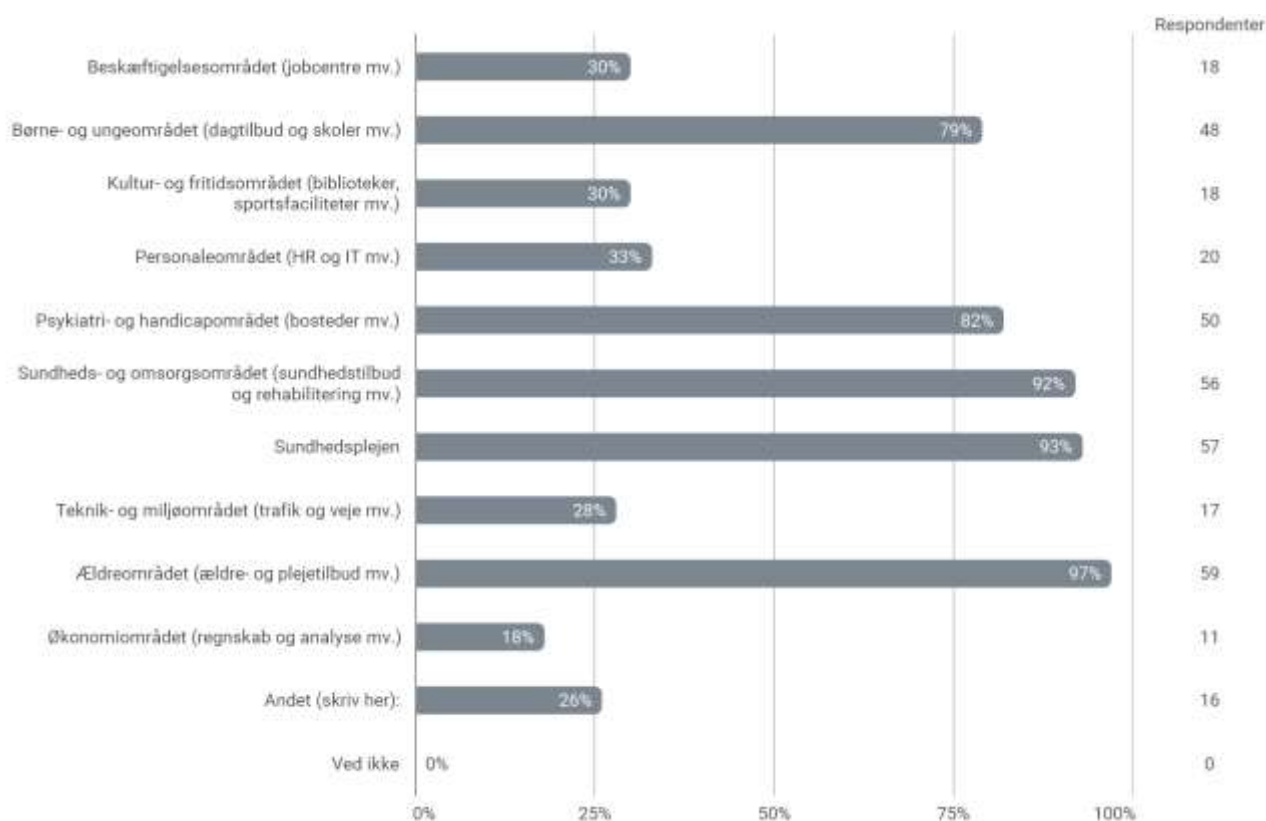
**Figur S3: Spørgsmål 6.2 Hvilke fagområder er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau? (n=61)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)**



Figur S3: I alt 61 kommuner (85 %) angiver, at sundheds- og omsorgsområdet er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau. Ligeledes angiver 84 % at ældreområdet er repræsenteret på dette niveau. Andre fagområder, som en stor procentvis andel af kommunerne angiver er repræsenteret i deres hygiejneorganisation er sundhedsplejen (69 %), børne- og ungeområdet (64 %) og psykiatri- og handicapområdet (61 %). Den laveste procentvis andel (10 %) af

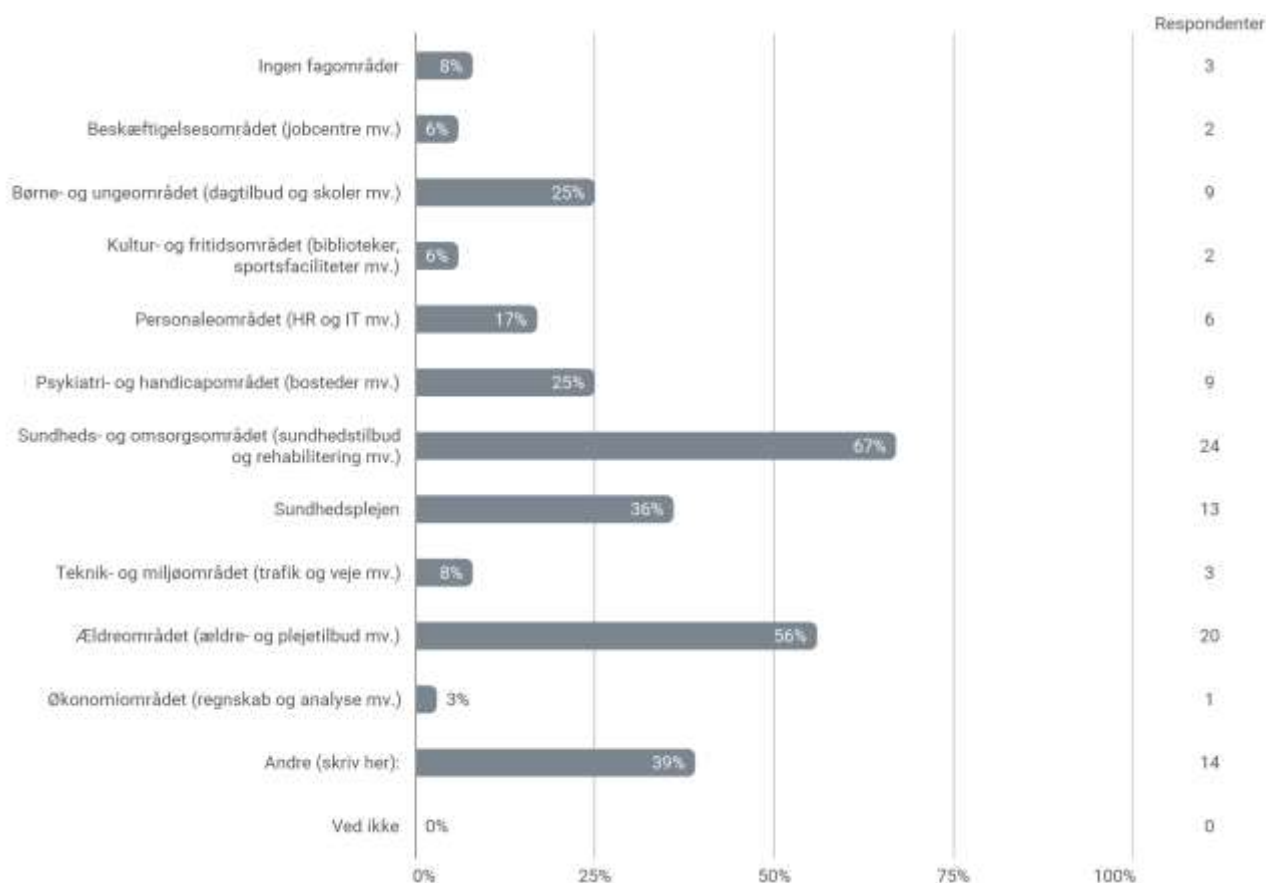
kommunerne angiver at økonomiområdet er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau. Under svarmuligheden "andet" angiver 33 % kommunerne bl.a. at integrationsområdet, rengøringserviceområdet, tandplejen, værnemiddeldepotfunktionen og arbejdsmiljøområdet var repræsenteret i kommunernes hygiejneorganisation på det strategiske niveau (Figur 4).

Figur S4: Spørgsmål 6.3 Hvilke fagområder er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisationen på det udøvende driftsniveau? (n=61)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



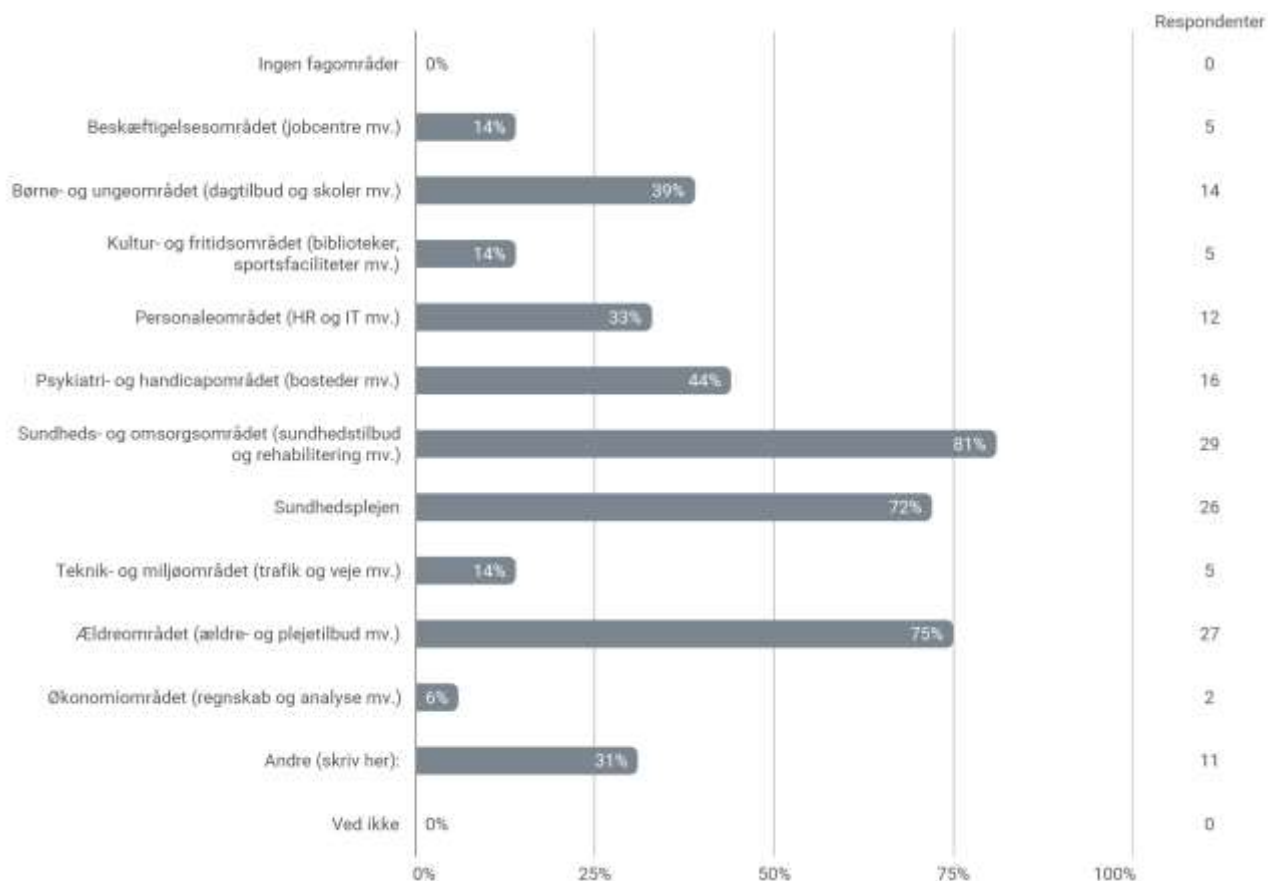
Figur S4: 61 kommuner (97 %) angiver, at ældreområdet er repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på det udøvende niveau. Andre fagområder, som en stor procentvis andel af kommunerne angiver er repræsenteret i deres hygiejneorganisation på det udøvende niveau, er sundhedsplejen (93 %), sundheds- og omsorgsområdet (92 %), psykiatri- og handicapområdet (82 %) og børne- og ungeområdet (79 %). Den laveste procentvis andel (18 %) af kommunerne, angiver at økonomiområdet var repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på det udøvende driftsniveau. Under svarmuligheden "andet" angiver 26 % af kommunerne bl.a. at integrationsområdet, rengøringsområdet, tandplejen, værnemiddeldepotet, gadesygepleje og privat hjemmeplejeleverandører også var repræsenteret i kommunens hygiejneorganisation på det udøvende niveau (Figur 5).

Figur S5: Spørgsmål 6.6 Hvilke(t) fagområde(r) på kommunens øverste strategiske ledelsesmæssige niveau varetager forebyggelse på hygiejneområdet? (n=36)
(Vælg eventuelt flere fagområder)



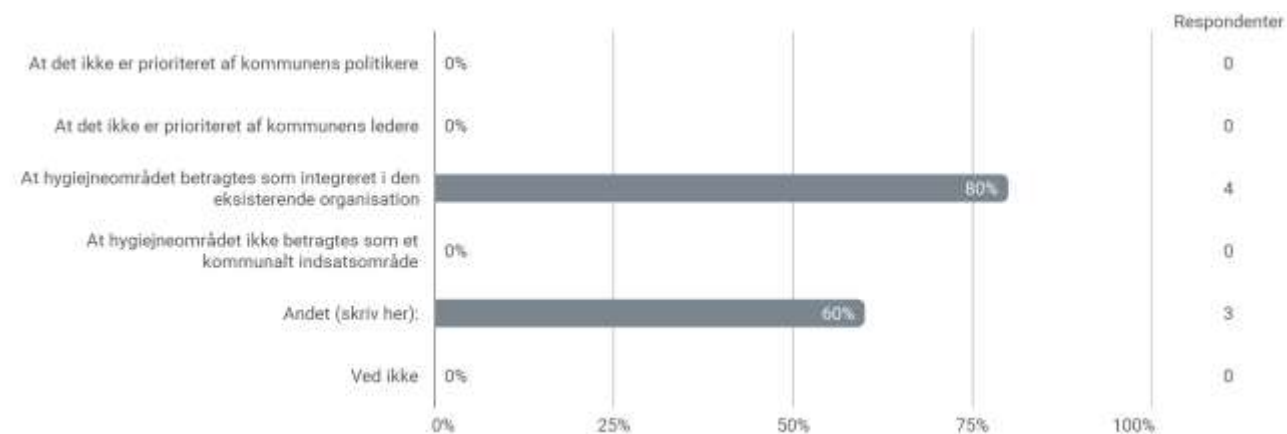
Figur S5: De største procentvise andele af kommunerne (36 kommuner) angiver, at det øverste strategiske ledelsesmæssige niveau på sundheds- og omsorgsområdet (67 %) og ældreområdet (56 %) varetager forebyggelse på hygiejneområdet. Under svarmuligheden "andet" angiver 39 % af kommunerne bl.a. at arbejdsmiljøorganisationen, rengøringsområdet og serviceafdelingen ligeledes varetager forebyggelse på hygiejneområdet.

Figur S6: Spørgsmål 6.7 Hvilke(t) fagområde(r) på kommunens udøvende driftsniveau varetager forebyggelse på hygiejneområdet? (n=36)
(Vælg eventuelt flere fagområder)



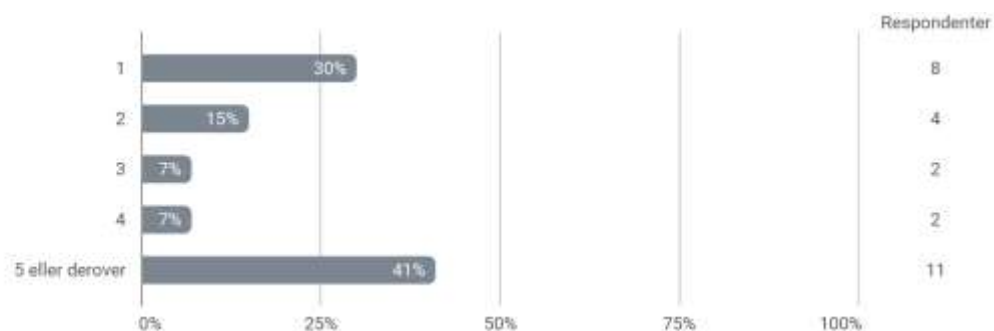
Figur S6: De største procentvise andele af kommunerne (36 kommuner) angiver, at det udøvende niveau på sundheds- og omsorgsområdet (81 %), ældreområdet (75 %) og sundhedsplejen (72 %) varetager forebyggelse på hygiejneområdet. Under svarmuligheden "andre" angiver 31 % af kommunerne bl.a. at rengøringsområdet, arbejdsmiljøorganisationen, serviceafdelingen ligeledes varetog forebyggelse på hygiejneområdet.

Figur S7: Spørgsmål 6.8 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at kommunen ikke har planer om at etablere en formel, tværgående og strategisk/ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation? (n=5)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

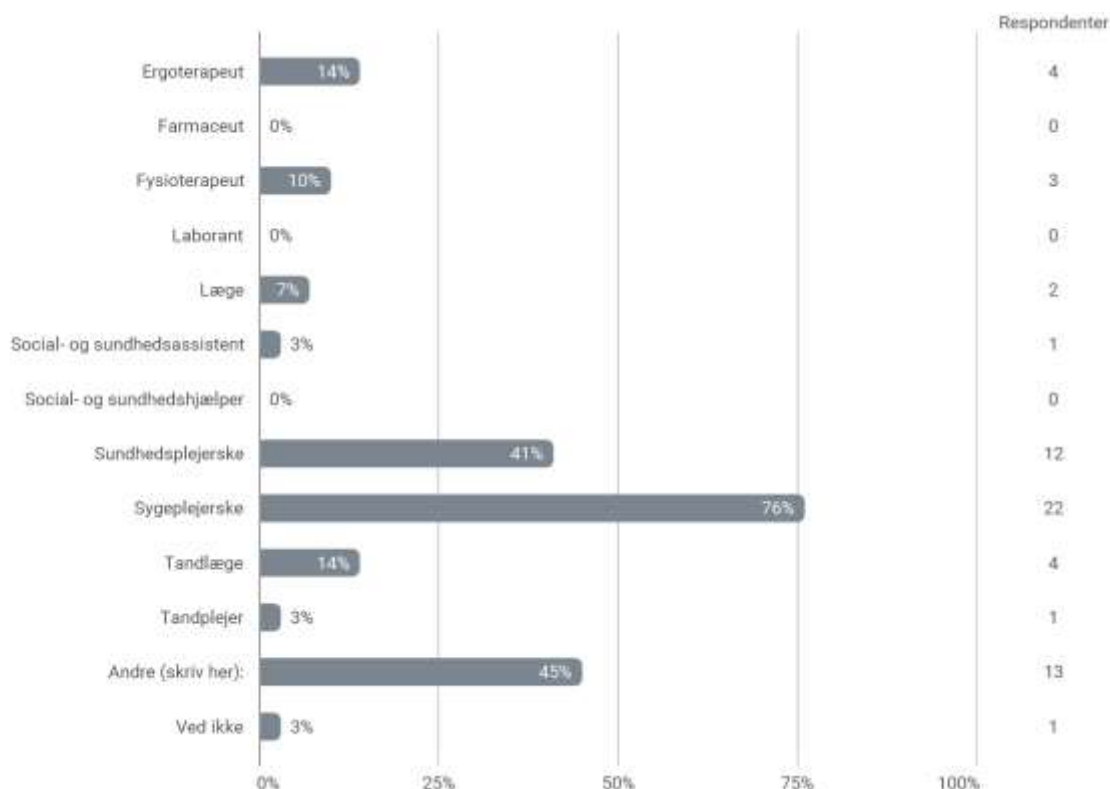


Figur S7: Under svarmuligheden "andet" svarer tre kommuner (60 %) bl.a., at der hidtil ikke har været så stort et fokus på hygiejne, men at covid-19 pandemien har medført dette; at kommunen er blevet bevidst om fordelene ved en tværgående strategisk indsats; at deres lille størrelse gør, at de kan agere på tværs af kommunen uden at organisere sig til det.

Figur S8: Spørgsmål 7.2 Hvor mange udvalgte hygiejneansvarlige sidder der i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=27)



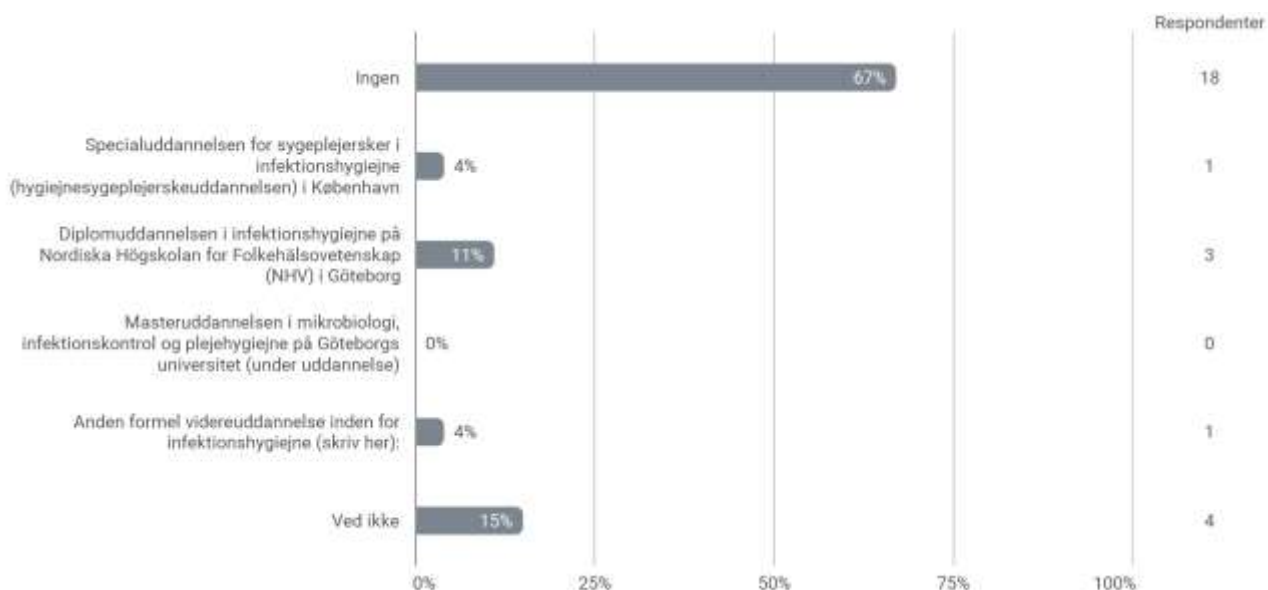
Figur S9: Spørgsmål 7.3 Hvilke(n) uddannelsesmæssig(e) baggrund(e) har de(n) udvalgte hygiejneansvarlige, som sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=27)
(Vælg gerne flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere hygiejneansvarlige og at disse har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde)



Figur S9: Under svarmuligheden "andet" tilføjer 13 kommuner (45 %) bl.a., at de hygiejneansvarlige havde en ikke-sundhedsfaglig uddannelse inden for pædagogik, psykologi, administration, beskæftigelse, rengøring, HR og ernæring.

Figur S10: Spørgsmål 7.4 Hvilke(n) fuldført(e) formel(le) videreuddannelse(r) inden for infektionshygiejne har de(n) udvalgte hygiejneansvarlige, som sidder i koordinationsudvalget på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=27)

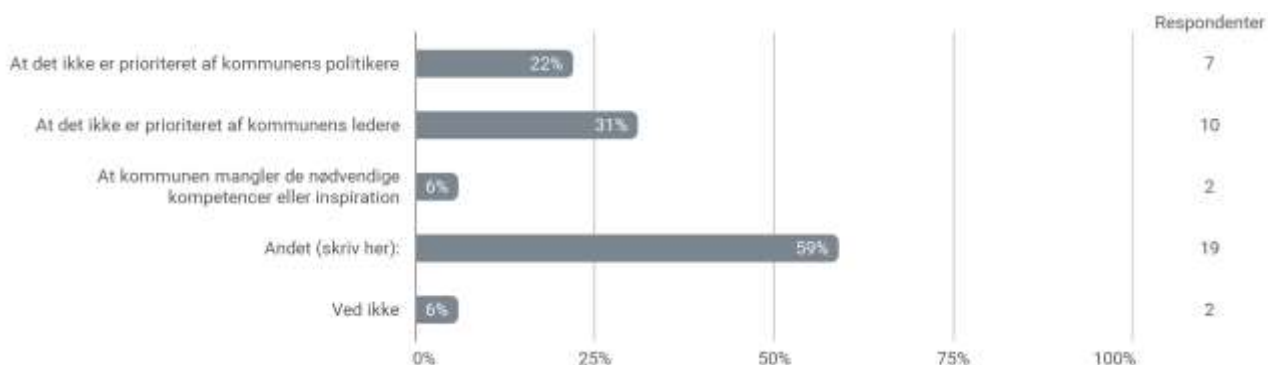
(Vælg gerne flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere hygiejneansvarlige og at disse har forskellige videreuddannelser inden for infektionshygiejne)



Figur S10: Under svarmuligheden "anden" tilføjer én kommune (4 %), at den hygiejneansvarlige har en specialuddannelse fra Sverige.

Figur S11: Spørgsmål 7.6 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er nedsat et koordinationsudvalg på hygiejneområdet på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=32)

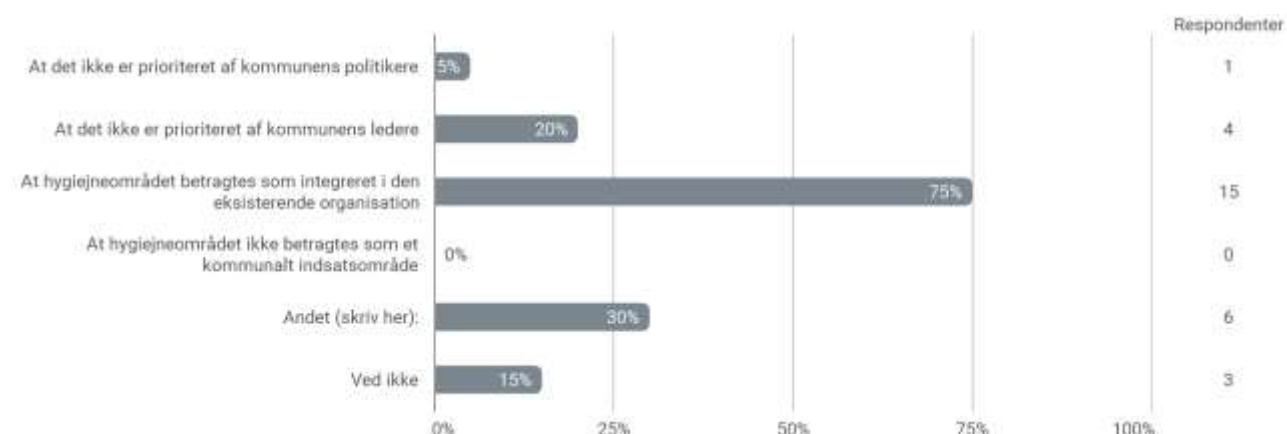
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



Figur S11: Under svarmuligheden "andet", svarer 19 kommuner (59 %) bl.a. at hygiejne ikke har haft en strategisk tværgående bevågenhed før covid-19; at kommunen har været igennem en omorganisering;

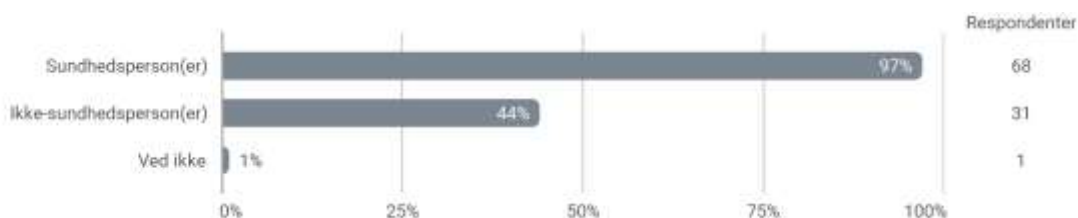
at hygiejnepolitikken ikke er på plads; at ledelsen har vurderet at den nuværende organisering fungerer fint; at hygiejneområdet er integreret i den eksisterende organisation; at processen med at nedsætte et koordinationsudvalg er tidskrævende; at man kommunalt ikke har vurderet, at der var et "behov" for at nedsætte et koordinationsudvalg.

Figur S12: 7.7 Hvad vurderer du, som den væsentligste årsag til, at der ikke er planer om at nedsætte et koordinationsudvalg inden for det infektionshygiejniske område på øverste strategiske ledelsesmæssige niveau i jeres kommune? (n=15)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



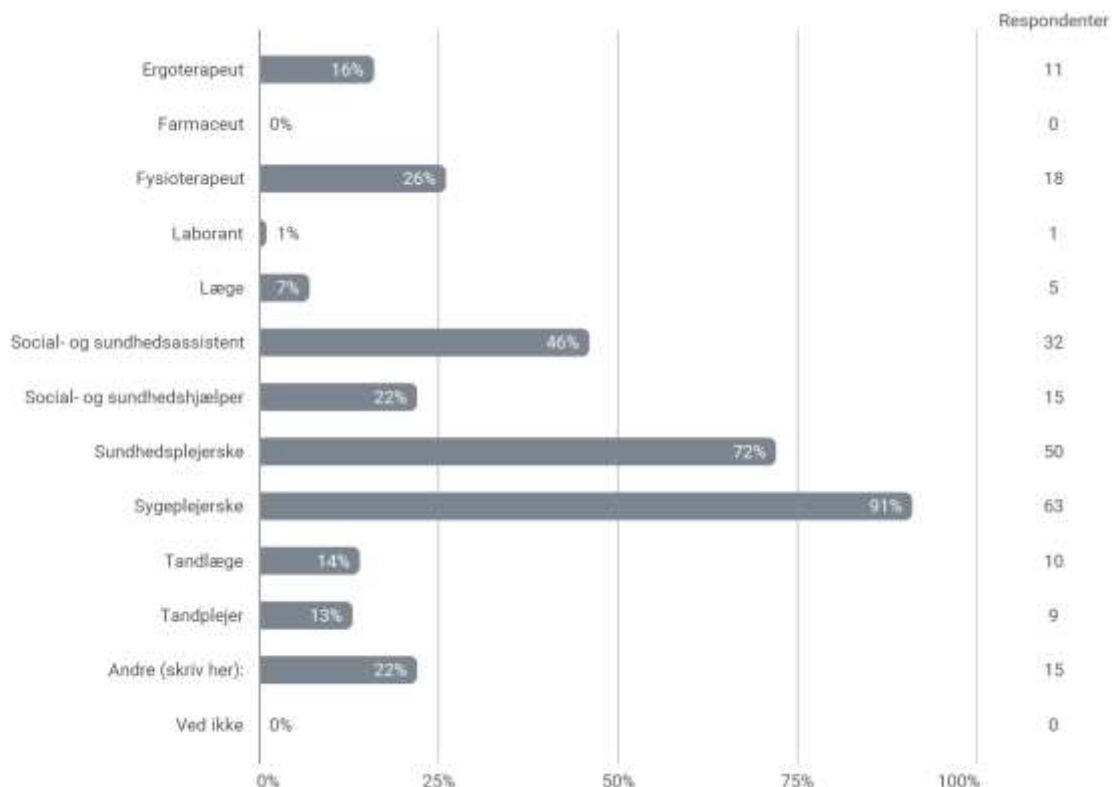
Figur S12: Under svarmuligheden "andet", tilføjer seks kommuner (30 %) bl.a. at de ikke har planer om at nedsætte et koordinationsudvalg, enten fordi hygiejneområdet allerede blev drøftet i kommunens koncernledelse og i kommunens krisestabsledelse; at der er et velfungerende kommunalt lægeligt udvalg (KLU) som supplement til hygiejneorganisationen; at de i stedet opererer med et kvalitetsråd eller en tværgående hygiejnegruppe; at en lille kommunistørrelse, gør at de kan agere på tværs af kommunen uden en organisering på indsatsområdet.

Figur S13: Spørgsmål 8.1 Hvem er udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=70)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



Figur S14: Spørgsmål 8.3 Hvilke(n) uddannelsesmæssig(e) baggrund(e) vurderer du, at de(n) sundhedsperson(er) har, der er udvalgt som hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=68)

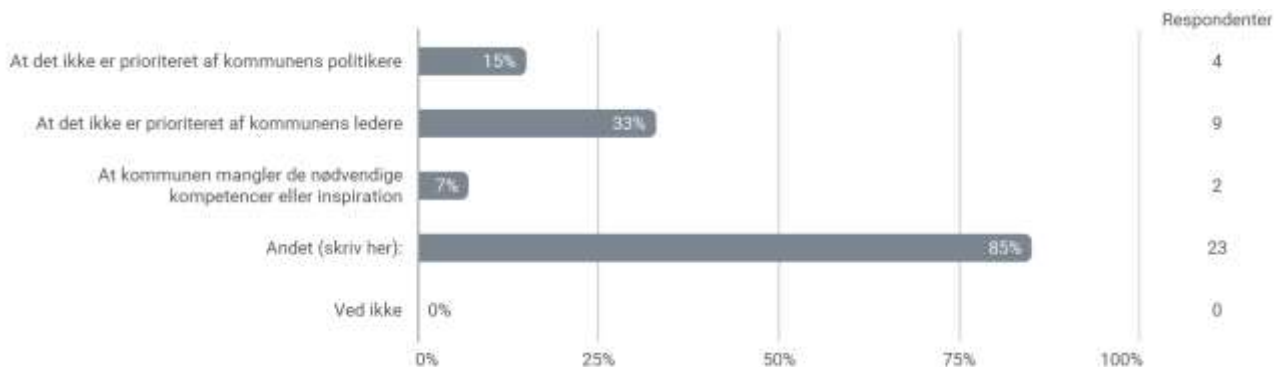
(Vælg flere svarmuligheder, hvis du vurderer, at der er flere sundhedsfaglige personer og at disse har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde)



Figur S14: Under svarmuligheden "andre", angiver 15 kommuner (22 %) bl.a. at de sundhedsprofessionelle hygiejneansvarlige har uddannelsesmæssige baggrunde inden for rengøring, arbejdsmiljø og socialpsykiatri.

Figur S15: Spørgsmål 8.6 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er udvalgt hygiejnekoordinatorer på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=27)

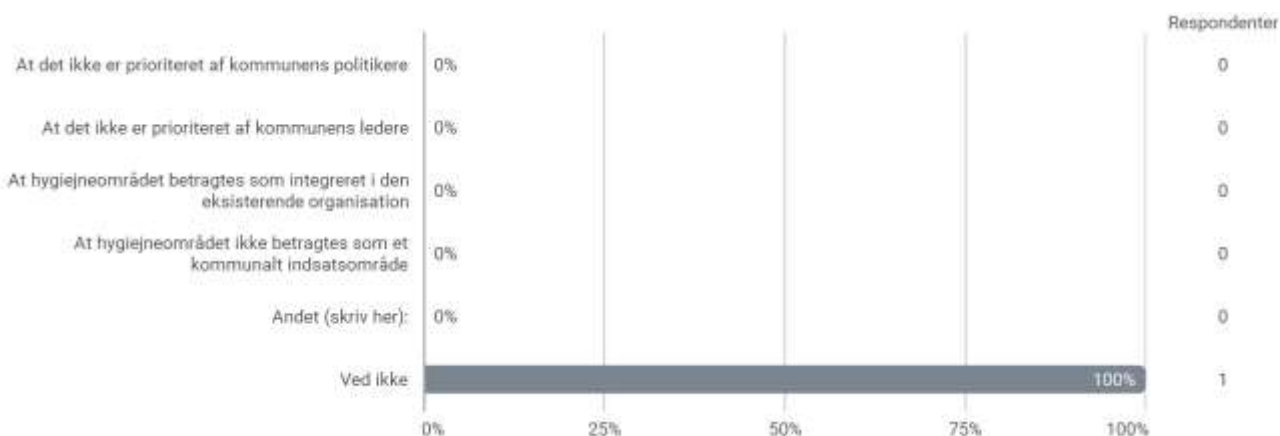
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



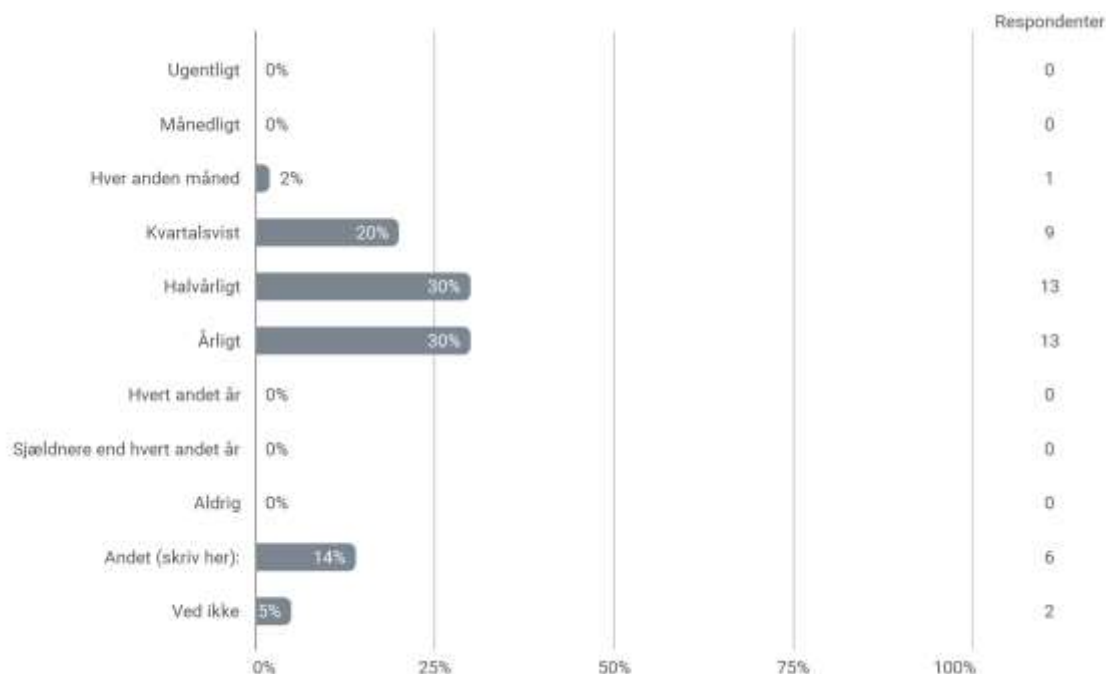
Figur S15: Under svarmuligheden "andet" svarer 23 kommuner (85 %), bl.a. at de i kommunen er i gang med at udvælge hygiejnekoordinatorer; at der ikke har været systematisk fokus på at udvælge hygiejnekoordinatorer og derfor er der ikke hygiejnekoordinatorer i hele organisationen, men spredt tilfældigt; at kommunen afventer, at hygiejneorganisationen vil træde i kraft; at det ikke vurderes nødvendigt, fordi det gældende system fungerer godt; at der ikke har været set et behov; at der mangler politisk opbakning; at der pt. er vakante stillinger og omstrukturering i gang.

Figur S16: Spørgsmål 8.7 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er planer om at udvælge hygiejnekoordinatorer inden for det infektionshygiejniske område på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=1)

(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)

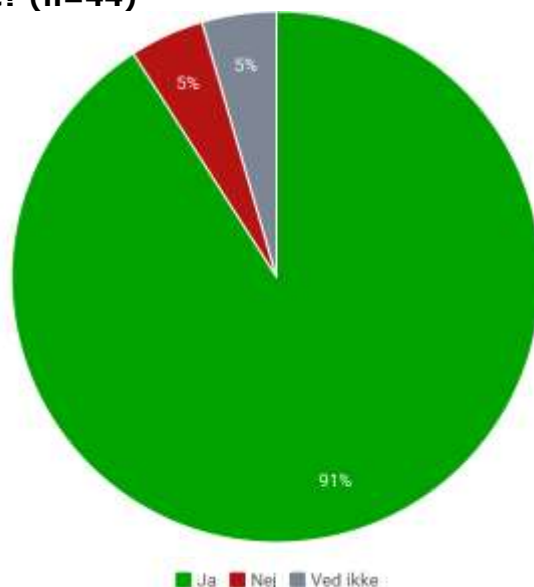


Figur S17: Spørgsmål 9.2 Hvor ofte vurderer du, at der er blevet afholdt undervisning om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne på det udøvende driftsniveau i jeres kommune? (n=44)

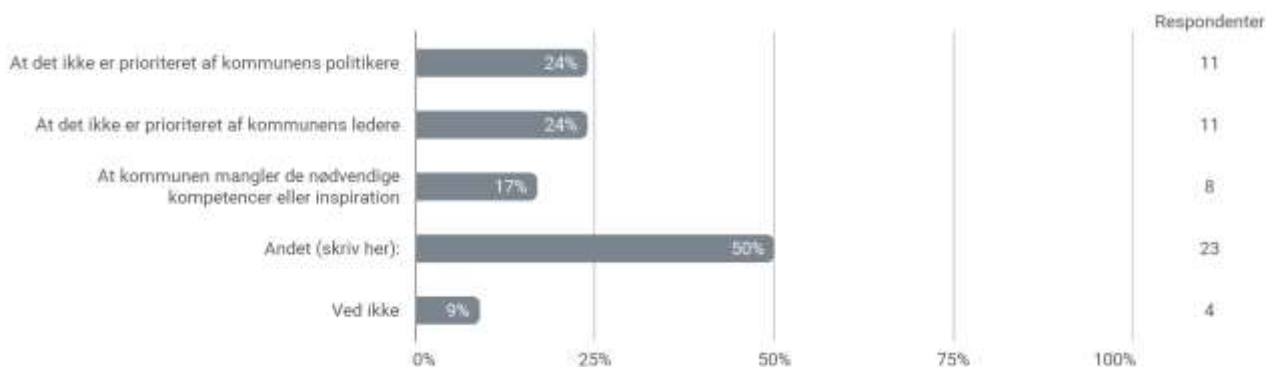


Figur S17: Under svarmuligheden "andet" svarer fem kommuner (11 %), at hygiejekonsulenter/sundhedskonsulenter, sundhedsplejersker, teamledere, samt regionens mikrobiologiske afdeling tilrettelægger undervisningen om infektionshygiejne til hygiejnekoordinatorerne. Én kommune tilføjer at de indhenter råd og vejledning hos regionens hygiejnesygeplejerske jf. sundhedsaftalen, og tager udgangspunkt i SST's anbefalinger og SSI's NIR.

Figur S18: Spørgsmål 9.4 Vurderer du, at undervisningen om infektionshygiejne for hygiejnekoordinatorerne er tilrettelagt i henhold til NIR om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område? (n=44)

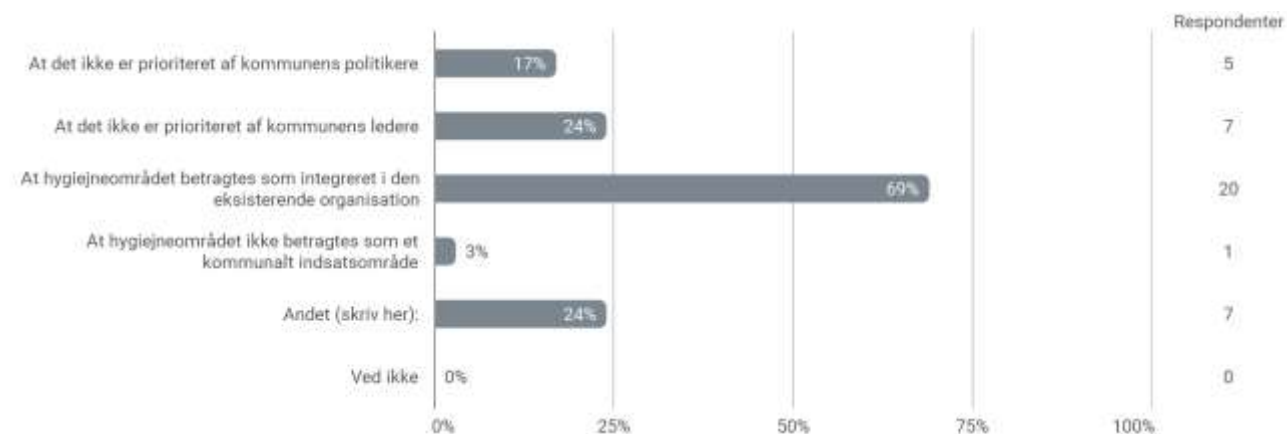


Figur S19: Spørgsmål 12.3 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at der ikke er vedtaget en formel hygiejnepolitik i jeres kommune? (n=46)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



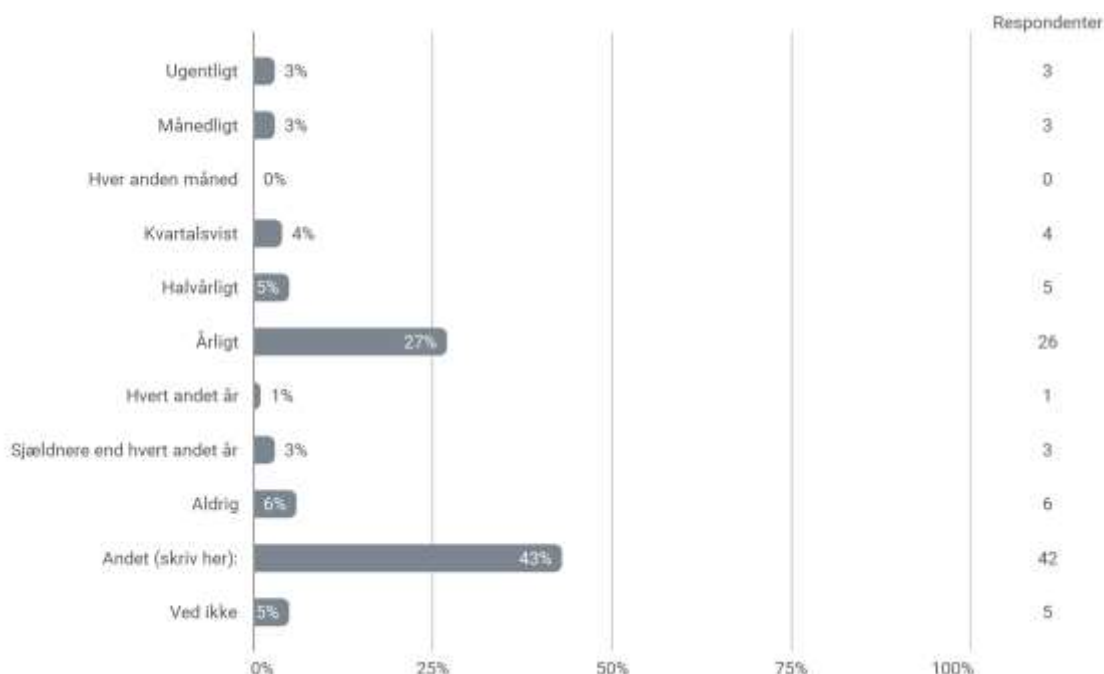
Figur S19: Under svarmuligheden "andet" svarede 23 kommuner (50 %), at de bl.a. har udarbejdet en hygiejnestrategi, og afventer ansættelse af en hygiejnesygeplejerske, før en egentlig hygiejnepolitik udarbejdes; at kommunens ledere og politikere først har prioriteret hygiejnedagsordenen efter covid-19 pandemien; at der ikke tidligere har været behov for en hygiejnepolitik; at kommunen ikke har indset i en hygiejnepolitiks betydning som retningsgivende og kvalitetssikrende dokument; at der i stedet er udarbejdet en hygiejneplan; at det er tidskrævende.

Figur S20: Spørgsmål 12.4 Hvad vurderer du som den væsentligste årsag til, at kommunen ikke har planer om at etablere en hygiejnepolitik? (n=29)
(Vælg eventuelt flere svarmuligheder)



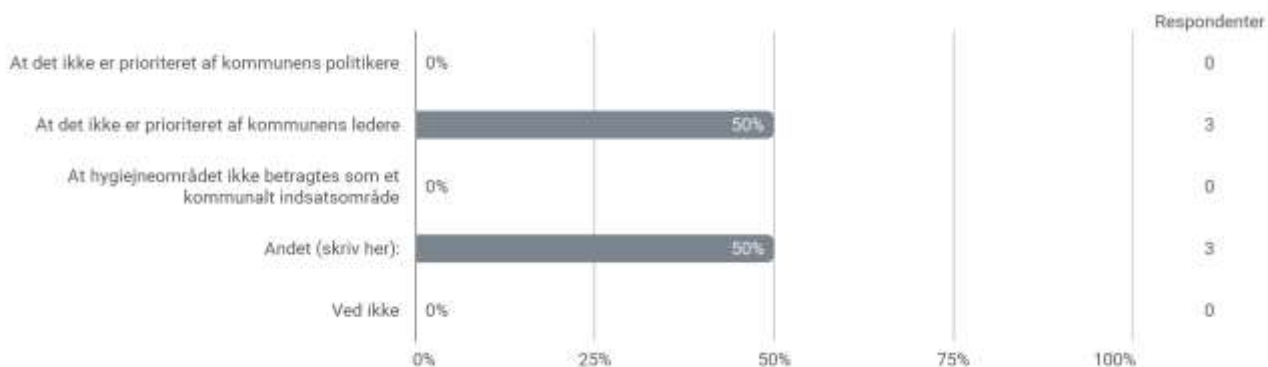
Figur S20: Under svarmuligheden "andet" svarer syv kommuner (24 %) bl.a., at en strategisk indsats vedtaget af en styregruppe kunne være mere nærværende og meningsfuld end en formel politik; at ressourcerne kunne anvendes bedre til undervisning og praksisnære tiltag; at de i stedet har en udmøntningsplan, som er forelagt det politiske niveau; at de har et rammenotat for deres hygiejnenetværk, der er godkendt af ledelsen, som indeholder de samme elementer som en hygiejnepolitik; at sundhedspolitikken er beskrevet i overordnet temaer, og at der kun er en hygiejnepolitik for dagtilbud; at hygiejneområdet ikke er behandlet i en selvstændig politik, men at området derimod er behandlet i en samlet arbejdsmiljø-, sundheds- og hygiejneplan.

Figur S21: Spørgsmål 18. Hvor ofte vurderer du, at hygiejneindsatsen evalueres i jeres kommune? (n=98)



Figur S21: Under svarmuligheden "andet" svarer 42 kommuner (43 %) bl.a. at hygiejnevurderinger indgår i det årlige tilsyn i daginstitutioner, hvor der indgår egenkontrol; at hjemmeplejen og plejecentrene har daglige triagemøder, hvor der er fokus på hygiejne som en del af borgernes/beboernes pleje; at hygiejne er et fokuspunkt på de ugentlige beredskabsmøder; at hyppigheden af evaluering er situationsbestemt og intensiveret i 2020 under covid-19 pandemien; at der ikke bliver evalueret systematisk; at der ikke foregår en samlet evaluering af hygiejneindsatsen i kommunen på tværs af fagområderne; at respondenterne er nyanset og derfor ikke kunne besvare spørgsmålet.

Figur S22: Spørgsmål 18.1 Hvad vurderer, du som den væsentligste årsag til, at I ikke evaluerer hygiejneindsatsen i jeres kommune? (n=6)

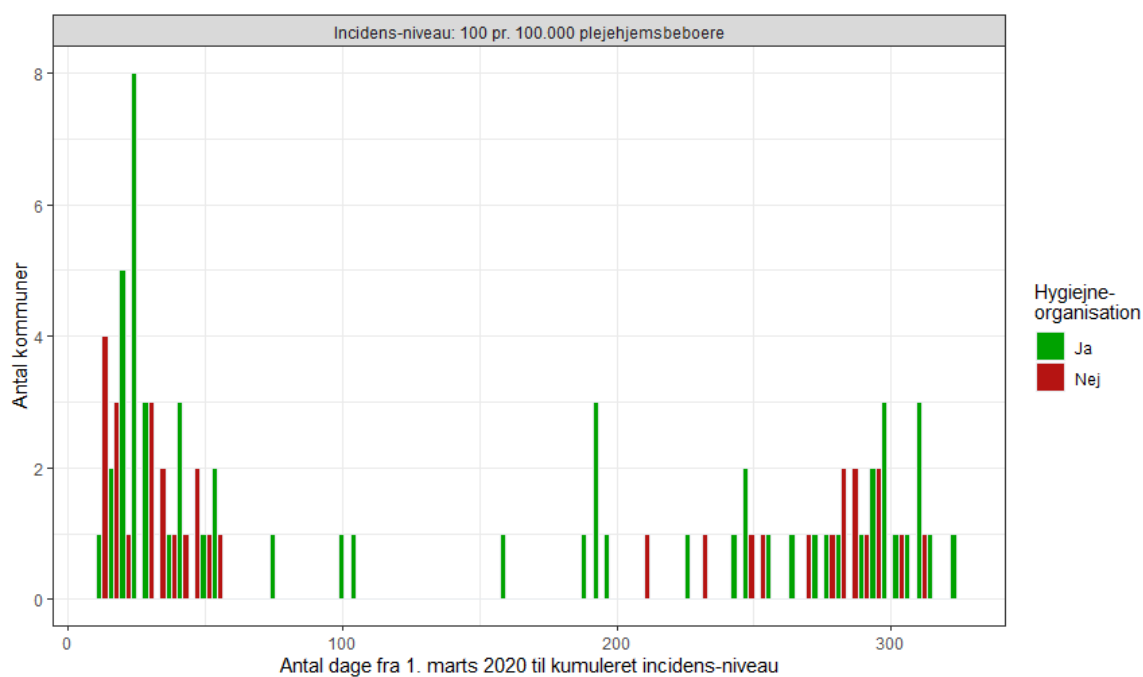


Figur S22: Under svarmuligheden "andet" svarer tre kommuner (50 %), at fokus har været på covid-19; at hygiejneorganisationen enten er nyetableret eller endnu ikkeopbygget.

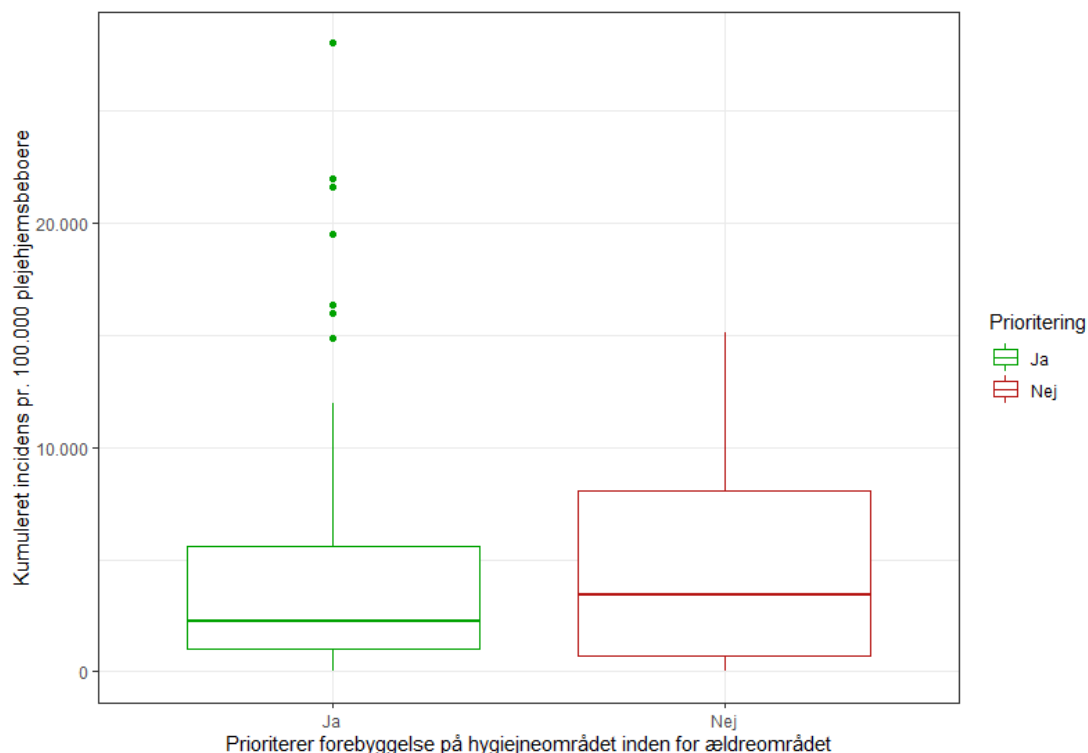
Figur S23: Antal dage til kumulativ covid-19 incidens-niveau pr. 100.000 borgere fordelt på kommune inddelt i tre forskellige incidens-niveauer inddelt i kommuner med og uden en hygiejneorganisation (n=98)



Figur S24: Antal dage til et kumulativt incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner med og uden en hygiejneorganisation ("ja"/"nej") som har registreret covid-19 tilfælde og opnår de givne incidens-niveauer



Figur S25: Covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet på det udøvende niveau eller ej ("ja"/"nej") (n=98)



8.2.2 Supplerende tabeller

Tabel S1: Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 borgere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)

Hygiejne-organisation	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
"Ja"	251,5	601,9	844,0	1022,2	1227,5	3126,3
"Nej"	393,6	751,3	994,4	1198,0	1365,5	3362,5

Tabel S2: Antal dage fra 1. marts 2020 til incidens-niveau på 50, 100 og 500 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere (n=98)

Incidens-niveau	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
50	14,0	27,0	32,0	53,1	44,8	208,0
100	24,0	34,0	52,0	90,9	174,5	222,0
200	33,0	63,5	181,0	144,3	213,5	245,0

Tabel S3: Antal dage fra 1. marts 2020 til et incidens-niveau på 50, 100 og 200 covid-19 tilfælde pr. 100.000 borgere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja/"nej") (n=98)

Incidens-niveau	Hygiejne-organisation	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
50	"Ja"	14,0	28,0	33,0	55,9	47,0	203,0
	"Nej"	20,0	27,0	30,5	49,1	36,0	208,0
100	"Ja"	24,0	36,3	54,5	96,9	184,0	222,0
	"Nej"	30,0	33,0	50,0	80,6	152,5	211,0
200	"Ja"	33,0	69,0	192,0	152,6	215,8	241,0
	"Nej"	37,0	58,0	123,5	130,1	199,3	245,0

Tabel S4: Antal kommuner som opnår et incidens-niveau på 100 covid-10 tilfælde pr. 100.000 borgere i 2020 inddelt i to grupper ("hurtig"/"langsom") fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja/"nej") (n=98)

Hygiejneorganisation	"Hurtig" (24-108 dage)	"Langsom" (148-222 dage)
"Ja"	40	22
"Nej"	26	10
Total	66	32

Tabel S5: Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja/"nej") (n=98)

Hygiejne-organisation	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
"Ja"	0,00	780,5	2177,7	4174,8	5102,1	28028,5
"Nej"	0,00	1541,1	3755,2	5353,9	7992,1	22000,0

Tabel S6: Antal dage fra 1. marts 2020 til et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere borgere i kommuner som har registreret covid-19 og opnår incidens-niveauet (n=91)

Incidens-niveau	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
100	11,0	26,0	77,0	144,1	281,0	322,0

Tabel S7: Antal dage fra 1. marts 2020 til et incidens-niveau på 100 covid-19 tilfælde pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") som har registreret covid-19 og opnår incidens-niveauet (n=91)

Incidens-niveau	Hygiejne-organisation	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
100	"Ja"	13,0	25,0	104,0	148,2	227,0	322,0
	"Nej"	11,0	28,5	49,5	137,3	282,0	309,0

Tabel S8: Antal kommuner som opnår et incidens-niveau på 100 covid-10 tilfælde pr. 100.000 borgere i 2020 inddelt i tre grupper ("hurtig"/"langsom"/"aldrig") fordelt på kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)

Hygiejne-organisation	"Hurtig" (15-104 dage)	"Langsom" (187-334 dage)	"Aldrig"
"Ja"	23	31	8
"Nej"	13	20	3
Total	36	51	11

Tabel S9: Gennemsnitlig sygefravær i procent blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin i skoleåret 2018/2019 fordelt efter kommuner med og uden en etableret hygiejneorganisation ("ja"/"nej") (n=98)

Sygefravær pr. skoletrin	Hygiejne-organisation	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
Indskoling	"Ja"	1,98	2,41	2,65	2,76	2,91	4,33
	"Nej"	1,86	2,50	2,73	2,88	3,25	4,45
Mellemtrin	"Ja"	2,00	2,73	3,10	3,07	3,32	4,58
	"Nej"	2,31	2,94	3,17	3,22	3,56	4,04
Udskoling	"Ja"	1,46	2,98	3,24	3,25	3,60	4,39
	"Nej"	2,71	3,01	3,25	3,38	3,67	4,48

Tabel S10: Covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjemsbeboere fordelt på kommuner som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet på det udøvende niveau eller ej ("ja/"nej") (n=97)

Prioritering af forebyggelse på hygiejneområdet inden for ældreområdet	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
"Ja"	0,0	989,7	2268,6	4441,9	5591,9	28028,5
"Nej"	0,0	721,2	3428,6	4991,7	8093,4	15113,4

Tabel S11: Gennemsnitlig sygefravær i procent blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin i skoleåret 2018/2019 fordelt på kommuner som prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for børne- og ungeområdet på det udøvende niveau eller ej ("ja/"nej") (n=97)

Sygefravær pr. skoletrin (%)	Prioriterer forebyggelse på hygiejneområdet inden for B/U	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
Indskoling	"Ja"	1,86	2,39	2,57	2,70	2,91	4,33
	"Nej"	2,06	2,59	3,07	3,05	3,32	4,45
Mellemtrin	"Ja"	2,00	2,72	3,08	3,06	3,31	4,58
	"Nej"	2,12	3,02	3,24	3,28	3,62	4,08
Udskoling	"Ja"	2,20	3,00	3,23	3,28	3,58	4,39
	"Nej"	1,46	2,99	3,28	3,36	3,69	4,48

Tabel S12: Samlet statistik for analyser af kumuleret covid-19 incidens blandt borgere og plejehjemsbeboere inddelt efter kommuner som henholdsvis har indgået en formel fælles-regional samarbejdsaftale ("ja"/"nej") og tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen ("ja"/"nej") (n=73)

Formel fælles-regional samarbejdsaftale						
Infektions-relateret mål	Spørgsmål 10	Median	IQR	Test-værdi ¹³	Friheds-grader	Signifikans
Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 borgere	"Ja"	849	[651;1222]	$\chi^2= 0,02$	1	p=0.89
	"Nej"	1026	[648;1163]			
Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjems-beboere	"Ja"	2537	[993;5590]	$\chi^2= 0,14$	1	p=0.71
	"Nej"	1812	[811;5980]			
Tilkøbt ekstra ydelser specifikt for kommunen						
Infektions-relateret mål	Spørgsmål 10.1	Median	IQR	Test-værdi	Friheds-grader	p-værdi
Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 borgere	"Ja"	839	[578 ; 1011]	$\chi^2= 1,13$	1	p=0.29
	"Nej"	886	[720 ; 1361]			
Kumuleret covid-19 incidens pr. 100.000 plejehjems-beboere	"Ja"	2334	[787;4039]	$\chi^2= 0,38$	1	p=0.54
	"Nej"	2370	[1026;5802]			

¹³ Kruskal Wallis rank sum test

Tabel S13: Gennemsnitlig sygefravær i procent blandt folkeskoleelever inddelt efter skoletrin i skoleåret 2018/2019 fordelt efter kommuner med og uden en fælles-regional samarbejdsaftale ("ja"/"nej")

Sygefravær pr. skole-trin	Samarbejds-aftale	Minimum	1. kvartil (25 %)	Median	Gennemsnit	3. kvartil (75 %)	Maksimum
Indskoling	"Ja"	1,86	2,41	2,60	2,74	2,93	4,45
	"Nej"	2,46	2,83	3,01	3,23	3,80	3,98
Mellemtrin	"Ja"	2,00	2,75	3,11	3,11	3,38	4,58
	"Nej"	2,84	3,09	3,20	3,27	3,41	3,77
Udskoling	"Ja"	1,46	2,30	3,22	3,30	3,63	4,48
	"Nej"	2,84	3,09	3,57	3,47	3,73	4,14

8.3 Begrebsafklaring

Denne begrebsafklaring er baseret på Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om Hygiejne fra 2018.

- **Evaluering:** En samlet betegnelse for evaluering, kvalitetsvurdering, måling, tilsyn, audit og overvågning.
- **Fælles-regional samarbejdsaftale:** En samlet betegnelse for en formel fælles-regional 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 hygiejneområdet, der har til formål at forebygge udbredelsen af smitsomme sygdomme, resistente mikroorganismer og infektioner generelt i hele organisationen.
- **Hygiejneansvarlig:** Kommunens udvalgte ansvarlige på hygiejneområdet, som har den hygiejnefaglige rolle i forhold til de øvrige medlemmer af kommunens koordinationsudvalg. Den hygiejneansvarlige kan eventuelt være en hygiejnesygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedskonsulent eller anden person med særlige kompetencer for at varetage kommunens hygiejneindsats.
- **HALT-projektet:** Et europæisk prævalensprojekt om dataopsamling vedrørende sundhedssektorerhvervede infektioner og opgørelse af forbruget af antibiotika (antibiotika-audit) på plejehjem. HALT 3 (Healthcare Associated Infections in European Long Time Care Facilities 3), forestås af The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)¹⁴
- **Hygiejnekoordinatorer:** En samlet betegnelse for koordinatore, kontaktpersoner og nøglepersoner på hygiejneområdet på det *udøvende niveau*. Hygiejnekoordinatorer er medarbejdere i kommunens forskellige fagområder, som er formelt udvalgt af

¹⁴ 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>

organisationen, og som har særlige kompetencer med henblik på at varetage hygiejneindsatsen og arbejde systematisk med denne i egne rammer. I *hygiejneorganisationen* refererer hygiejnekoordinatorerne til den udvalgte *hygiejneansvarlige* og kan hente rådgivning hos denne.

- **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 hygiejneområdet, som kan indgå som en del af kommunens sundhedspolitik.
- **Koordinationsudvalg:** En samlet betegnelse for hygiejne-koordinationsudvalg og – styregruppe på hygiejneområdet på det *strategiske niveau*. Koordinationsudvalgets opgave at understøtte arbejdet mellem de fagområder i kommunen, der har med hygiejneområdet at gøre, og at have kontakt til almen praksis. Koordinationsudvalget kan eventuelt have ansvaret for at udarbejde kommunens *hygiejnepolitik* og for at tilrettelægge lokale hygiejneindsatser.
- **Lokale infektionshygiejniske retningslinjer:** En samlet betegnelse for kommunalt udarbejdede retningslinjer eller instrukser for infektionshygiejne til kommunens skoler, institutioner, plejecentre og botilbud m.m.
- **Prævalensundersøgelse:** En samlet betegnelse for en undersøgelse som registrerer antallet eller mængden af det, man ønsker oplysninger om på et bestemt tidspunkt eller i en nærmere angivet periode. For plejehjem drejer det sig om urinvejsinfektioner, hud-/sårinfektioner og luftvejsinfektioner opgjort i *HALT-projektet*.
- **Strategisk ledelsesniveau:** En samlet betegnelse for det øverste strategiske ledelsesmæssige niveau, hvor hygiejneorganisationens opgave eksempelvis er at understøtte samarbejdet mellem kommunens fagområder, styrke kontakten til almen praksis samt udarbejde kommunens hygiejnepolitik. Disse opgaver varetages typisk af et *koordinationsudvalg* på hygiejneområdet. Benævnes kort som *strategisk niveau* i rapporten.
- **Udøvende driftsniveau:** En samlet betegnelse for det udøvende driftsniveau, hvor hygiejneorganisationens opgave eksempelvis er at organisere, planlægge, udvikle, implementere og monitorere lokale smitteforebyggende indsatser (formuleret i form af f.eks. retningslinjer, instrukser eller standarder) i samarbejde med de lokale institutioner, samt at formidle en eventuel *hygiejnepolitik* i kommunen og at undervise i

infektionshygiejne. Disse opgaver varetages typisk af en *hygiejneansvarlig*, og i de enkelte institutioner varetages opgaverne ofte af *hygiejnekoordinatorer*. Benævnes kort som *udøvende niveau* i rapporten.