

Region Syddanmark

Kvalitetssikring af rengøringen efter DS/INSTA 800 og DS 2451-10

Afrapportering

1. halvår 2017

Indholdsfortegnelse

Rapportopdeling.....	5
Rapport.....	5
Bilagsoversigt.....	5
Rapport del 1: Ledelsesresumé.....	6
Rapport del 2.....	8
Indledning.....	8
Formålet med kontrollerne.....	8
Benyttelse af DS/INSTA 800 og DS 2451-10.....	9
DS/INSTA 800.....	9
DS 2451-10.....	10
Omfang.....	12
Deltagere på kontrollerne.....	13
Region Syddanmark.....	13
Dansk Servicerådgivning.....	13
Kontrolperiode.....	13
Kontrollens forudsætninger.....	14
Kontaktpersoner.....	14
Varsling af kontroltidspunkt.....	14
Udvælgelse af lokaler.....	14
Antal lokaler.....	15
Antal kontrollerede lokaler på de enkelte sygehuse.....	17
OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus.....	17
Sygehus Sønderjylland.....	17
Sydvestjysk Sygehus.....	17
Sygehus Lillebælt.....	18
Psykiatrien i Region Syddanmark.....	18
Lokaleoversigt med fastsættelse af kvalitets- og hygiejneniveauer.....	19
Metode til udførelse af kontrol.....	21
Forhold om nuværende rengøring på de enkelte områder.....	23
Ekstern leverandør eller eget personale.....	24
Rengøringsassistenter og serviceassistenter.....	25
Rengøringsmetodik.....	25
Rengøringsstyringssystemer herunder kvalitetsniveauer og hygiejneniveauer.....	25
Bygningernes stand og vedligeholdelse.....	25
Rapport del 3.....	26

Sammenfatning af kvaliteten for alle områder.....	26
Godkendte og afviste lokaler på de enkelte områder og sygehuse.....	26
Godkendte/afviste sygehuse – DS/INSTA 800.....	28
Godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. kvalitetsniveau (DS/INSTA 800)	30
Kommentarer til godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. kvalitetsniveau (DS/INSTA 800)	31
Godkendte/afviste sygehuse – DS 2451-10.....	33
Godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. hygiejneniveau (DS 2451-10).....	35
Kommentar til godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. hygiejneniveau (DS 2451-10)	36
Godkendte/afviste områder – DS/INSTA 800.....	39
Godkendte/afviste områder – DS 2451-10	40
Godkendte eller afviste områder i henhold til DS/INSTA 800.....	41
Godkendte eller afviste områder i henhold til DS 2451-10.....	43
Godkendelses- og afvisningstal på de enkelte områder	45
DS/INSTA 800.....	45
DS 2451-10	45
Sammenligning med tidligere kontroller.....	46
Godkendelsesprocenten på de enkelte sygehuse i 2015-2017 for DS/INSTA 800.....	47
Godkendelsesprocenten på de enkelte sygehuse i 2015-2017 for DS 2451-10.....	48
Godkendte og afviste områder i 2015/2016/2017 for DS/INSTA 800.....	49
Godkendte og afviste områder i 2015/2016/2017 for DS 2451-10.....	50
Kontrolskemaer.....	51
Opbygning af kontrolskemaerne	51
Observationer: Rengøringsrelaterede, andre faggrupper og indirekte	53
Rengøringsrelaterede observationer, Rengøring.....	53
Rengøringsrelaterede observationer, Andre faggrupper.....	53
Kommentarer til observationer for rengøringen og andre faggrupper	53
Indirekte observationer	54
Generelle observationer	54
Evaluerings af kontrollen	60
Rapport del 4.....	63
Bilagsoversigt.....	63
Bilag 1: Godkendte/afviste lokaler pr. område (DS/INSTA 800).....	63
Bilag 2: Godkendte/afviste lokaler pr. område (DS 2451-10).....	63
Bilag 3: Godkendte/afviste lokaler pr. sygehus (DS/INSTA 800).....	63
Bilag 4: Godkendte/afviste lokaler pr. sygehus (DS 2451-10)	63

Bilag 5: Godkendte/afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på kvalitetsniveauer (DS/INSTA 800)	63
Bilag 6: Godkendte/afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på hygiejneniveauer (DS 2451-10)	63
Bilag 7: Kontrolskemaer pr. lokale for OUH/Svendborg (bemærk 315 skemaer)	63
Bilag 8: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Sønderjylland (bemærk 200 skemaer).....	63
Bilag 9: Kontrolskemaer pr. lokale for Sydvestjysk Sygehus (bemærk 200 skemaer)	63
Bilag 10: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Lillebælt (bemærk 200 skemaer)	63
Bilag 11: Kontrolskemaer pr. lokale for Psykiatrien i Region Syddanmark (bemærk 200 skemaer).....	63
Bilag 12: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype (DS/INSTA 800)	63
Bilag 13: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype (DS 2451-10).....	63

Rapportopdeling

Nærværende rapport er opdelt i følgende dele:

Rapport

1. Rapport del 1: Ledelsesresumé
2. Rapport del 2: Beskriver kontrollernes omfang, formål og procedurer.
3. Rapport del 3: Fælles sammenfatning af kontrollerne på alle områder.
4. Rapport del 4: Bilag 1 til 13.

Bilagsoversigt

- Bilag 1: Godkendte/afviste lokaler pr. område (DS/INSTA 800)
- Bilag 2: Godkendte/afviste lokaler pr. område (DS 2451-10)
- Bilag 3: Godkendte og afviste lokaler pr. sygehus (DS/INSTA 800)
- Bilag 4: Godkendte og afviste lokaler pr. sygehus (DS 2451-10)
- Bilag 5: Godkendte og afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på kvalitetsniveauer (DS/INSTA 800)
- Bilag 6: Godkendte og afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på hygiejneniveauer (DS 2451-10)
- Bilag 7: Kontrolskemaer pr. lokale for OUH/Svendborg
- Bilag 8: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Sønderjylland
- Bilag 9: Kontrolskemaer pr. lokale for Sydvestjysk Sygehus
- Bilag 10: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Lillebælt
- Bilag 11: Kontrolskemaer pr. lokale for Psykiatrien i Region Syddanmark
- Bilag 12: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype (DS/INSTA 800)
- Bilag 13: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype (DS 2451-10)

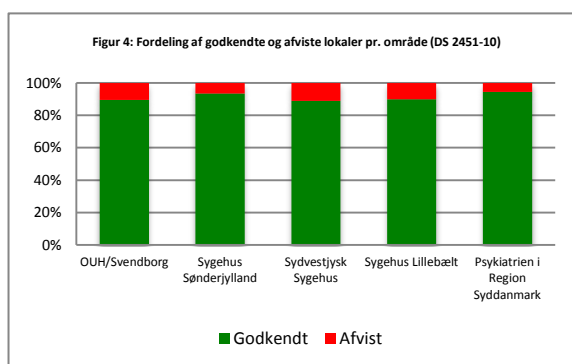
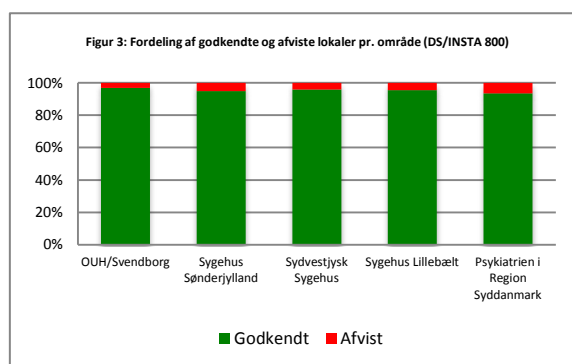
Rapport del 1: Ledelsesresumé

Dansk Servicerrådgivning har gennemført ekstern audit af rengøringen på Region Syddanmarks somatiske og psykiatriske hospitaler fra 25. januar 2017 til 11. maj 2017. Kontrollerne er gennemført under hensyntagen til kvalitetsmålingsstandarden DS/INSTA 800¹ samt DS 2451-10².

Der er i alt kontrolleret 1.115 lokaler på de 5 områder, fordelt med 315 på Odense Universitetshospital/Svendborg samt 200 lokaler på hvert af de øvrige 4 områder. Stikprøvestørrelsen er udtaget i henhold til DS/INSTA 800.

Ud fra det nøjagtige antal lokaler, der er kontrolleret på hvert sygehus, viser Figur 3, hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt³ ifølge DS/INSTA 800.

Tilsvarende viser Figur 4, hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt ifølge DS 2451-10.



DS/INSTA 800

For alle 5 områder gælder det, at de er godkendt i henhold til DS/INSTA 800.

For Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og OUH Odense

Universitetshospital/Svendborg Sygehus gælder det, at alle fire områder ligger et pænt stykke fra at blive afvist, og Sygehus Sønderjylland ligger lidt bedre end de øvrige sygehuse.

For så vidt angår Psykiatrien i Region Syddanmark gælder det, at denne ligger et enkelt lokale fra at blive afvist.

¹ DS/INSTA 800. 3. udgave. 2011-03-14, "Rengøringskvalitet – System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet".

² DS 2451-10:2014, "Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10: Krav til rengøring".

³ Godkendelsestallet (Ac) er det største antal tilladte afvigende lokaler, der tillades ikke at overholde det aftalte kvalitetsniveau.

DS 2451-10

For så vidt angår målingerne på de 10 kritiske punkter gælder det, at der er 2 godkendte områder og 3 afviste områder.

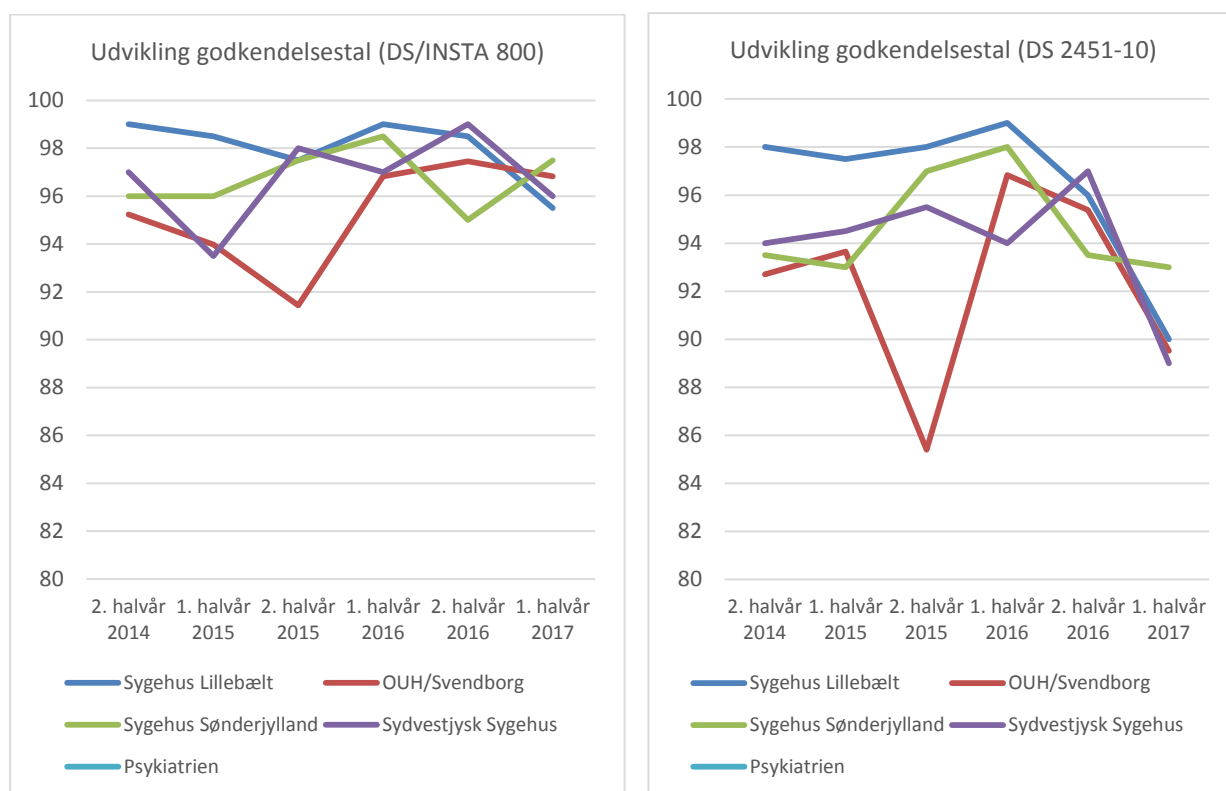
For Sygehus Lillebælt, OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus og Sydvestjysk Sygehus gælder det, at alle tre områder klart afvises.

For så vidt angår Psykiatrien i Region Syddanmark og Sygehus Sønderjylland gælder det, at de begge er godkendt. Sygehus Sønderjylland er dog relativt tæt på grænsen til en afvisning, mens Psykiatrien i Region Syddanmark ligger et stykke fra at blive afvist.

Udviklingen i godkendelsesprocenterne følger her:

Område	DS/INSTA 800			DS 2451-10		
	Godkendelsesprocent 1. halvår 2017	Godkendelsesprocent 2. halvår 2016	Difference	Godkendelsesprocent 1. halvår 2017	Godkendelsesprocent 2. halvår 2016	Difference
Sygehus Lillebælt	95,50	98,50	-3,00	90,00	96,00	-6,00
OUH Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus	96,83	97,46	-0,63	89,52	95,38	-5,86
Sygehus Sønderjylland	97,50	95,00	+2,50	93,00	93,50	-0,50
Sydvestjysk Sygehus	96,00	99,00	-3,00	89,00	97,00	-8,00
Psykiatrien i Region Syddanmark	93,50	-	-	94,50	-	-

Udvikling siden 2014 er illustreret grafisk herunder:



Rapport del 2

Indledning

Det er i Region Syddanmark besluttet, at der 2 gange årligt gennemføres ekstern audit af rengøringen på regionens somatiske og psykiatriske hospitaler. Region Syddanmark har indgået aftale med Dansk Servicerådgivning om udførelse af disse audits.

Det er endvidere aftalt, at kontrollerne gennemføres i foråret og efteråret 2017 som stikprøvekontroller under hensyntagen til følgende standarder:

- DS/INSTA 800. 3. udgave. 2011-03-14, 'Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet' (i nærværende rapport benævnt "DS/INSTA 800").
- DS 2451-10:2014, 'Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10: Krav til rengøring' (i nærværende rapport benævnt "DS 2451-10").

Dette er afrapporteringen i forbindelse med den eksterne audit 1. halvår 2017.

Stikprøvekontrollerne er udført således, at svigt indgår i vurderingen af det enkelte lokale, uanset om det er rengøringspersonalet eller andre faggrupper, som har rengøringsansvaret for det observerede svigt. I tidligere udførte kontroller er alle svigt ligeledes registreret, men kun svigt, som rengøringspersonalet havde ansvar for, indgik i den samlede vurdering.

Alle kontrolskemaer er fremsendt i første version til kontaktpersonerne på de enkelte sygehuse 1-7 dage efter kontrollens udførelse, således at der har været mulighed for straks at udføre korrigerende handlinger på de observerede svigt.

Formålet med kontrollerne

Region Syddanmark gennemfører den eksterne audit blandt andet med det formål at kunne bidrage til en ensartet kvalitetskontrol af rengøringsopgaverne på de somatiske og psykiatriske sygehuse, samt for at sikre at der udføres en ekstern kvalitetskontrol på alle sygehuse.

Benyttelse af DS/INSTA 800 og DS 2451-10

Med det formål at den eksterne audit skal sikre en ensartet vurdering af kvaliteten af rengøringen på sygehusene i Region Syddanmark, har Region Syddanmark valgt at benytte følgende to standarder DS/INSTA 800 og DS 2451-10 til audit.

DS/INSTA 800

DS/INSTA 800 er en fælles nordisk standard, der anvendes til at fastlægge og give en bedømmelse af rengøringskvaliteten ud fra et entydigt defineret kvalitetskrav.

DS/INSTA 800 er udfaldsbaseret, hvilket vil sige, at den ikke er afhængig af de metoder, der anvendes. Den beskriver således resultatet efter endt rengøring.

Ved at anvende DS/INSTA 800 mindskes risikoen for misforståelser mellem leverandører af rengøringsydelser og kunder. Det sker blandt andet ved, at måden der kontrolleres og bedømmes på er nøjagtigt beskrevet (standardiseret).

Definitionerne, der anvendes ved DS/INSTA 800 er beskrevet herefter.

Kvalitetsniveauer:

Lokalerne inddeles i kvalitetsniveau 1-5, hvor niveau 5 er lokaler som fx operationsstuer. Kvalitetsniveauer i nærværende rapport er forsynet med forbogstavet K.

Objektgrupper:

DS/INSTA 800 opdeler hele lokalet i 4 objektgrupper: Inventar, vægge, gulv og loft. De svigt, der bliver observeret, bliver omtalt som urenheder.

Urenhedsgrupper:

Urenheder opdeles i 2 urenhedsgrupper:

- Urenhedsgruppe 1 er affald og løst snavs, støv og pletter.
- Urenhedsgruppe 2 er fladesnavs. Fladesnavs er urenheder, der ikke har et afgrænset område, f. eks. kalk, sæbefedt/film, våde gulve, striber efter fx aftørring på overflader m.m.

Samlinger:

Urenheder, der observeres i urenhedsgruppe 1, optælles i samlinger. En samling er et defineret afgrænset areal på 0,5 x 0,5 m. Urenheder, der optælles i urenhedsgruppe 2, angives i % af alle objektgruppens overflader.

Lokalestørrelse og tilgængelighed:

Når et lokale vurderes, er lokalestørrelsen af stor vigtighed, da lokalestørrelserne angiver, hvor mange urenheder der må være i et givent lokale. Der anvendes følgende 4 lokalestørrelser:

- Lokaler til og med 15 m²
- Lokaler større end 15 m² og op til 35 m²
- Lokaler større end 35 m² og op til 60 m²
- Lokaler større end 60 m² og op til 100 m²

Ligeledes skelnes der mellem, hvorvidt de observerede samlinger er på tilgængelige steder (Tg) eller svært tilgængelige steder (Stg).

Når kontrollen er udført, optælles alle samlinger og ud fra et skema⁴ over totalt antal tilladte samlinger på de forskellige kvalitetsniveauer og i forskellige lokalestørrelser, kan det via et på forhånd fastlagt skema konstateres, hvorvidt lokalet er godkendt eller afvist.

Der forefindes i standarden DS/INSTA 800 en nærmere definition af, hvad ovennævnte indbefatter⁵.

[DS 2451-10](#)

DS 2451-10 er en standard, der beskriver krav til rengøring af områder, hvor det er sandsynligt, at smitstof kan forekomme og dermed forårsage direkte eller indirekte smitte til og fra patienten.

Definitionerne i DS 2451-10 er beskrevet herefter.

⁴ DS/INSTA 800. 3. udgave. 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Tabel 4. Side 15.

⁵ DS/INSTA 800. 3. udgave. 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Afsnit 3. Side 7-9.

Hygiejneniveauer:

Lokalerne inddeles i hygiejneniveauer fra 1-5, hvor grad 5 er lokaler som fx operationsstuer.

Hygiejneniveauer i nærværende rapport er forsynet med forbogstavet H.

Risikopunkter:

DS 2451-10 har 10 risikopunkter, der skal kontrolleres:

1. Belysning nær patient
2. Leje
3. Håndvask og armatur
4. Afskærmning
5. Anden sanitet
6. Greb
7. Bord
8. Stativer
9. Tekniske installationer nær patient
10. Øvrige tekniske installationer

Risikofaktorer:

Der kontrolleres efter følgende 3 risikofaktorer:

- Humanbiologisk materiale (blod, ekskret, sekret)
- Støv
- Affald/løst snavs

Hver lokaletype i de forskellige hygiejneniveauer har på hvert risikopunkt en risikograd.

Risikograden angives som risikograd 1, 2 og 3.

Det er angivet i tabeller⁶ for hvert hygiejneniveau, hvilke risikofaktorer der kan være i de forskellige lokaletyper, samt hvilken risikograd risikopunkterne har.

Der forefindes i standarden DS 2451-10 en nærmere definition af, hvad ovennævnte indbefatter⁷.

⁶ DS 2451-10. 3. udgave. 2014-04-03. Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren. Del 10. Krav til rengøring. Anneks A. Side 20-24.

⁷ DS 2451-10. 3. udgave. 2014-04-03. Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren - Del 10: Krav til rengøring. Afsnit 3. Side 8-11.

Skærper vedr. Region Syddanmark:

I forbindelse med den udførte kontrol, er det besluttet, at humanbiologisk materiale til enhver tid vil føre til en afvisning af lokalet på DS 2451-10, uagtet at det ikke observeres på et af de 10 risikopunkter. Afvisninger i henhold til denne skærpe er markeret ved afkrydsning i feltet ”Humanbiologisk materiale” på inspektionsskemaet for det enkelte lokale.

Undtaget fra skærperne er efter aftale med Region Syddanmark, observationer, der bliver registreret på netlofter og underlofter på operationsstuer. Disse vil kræve en større håndværksmæssig indsats at fjerne.

Omfang

Efter aftale er følgende somatiske og psykiatriske sygehuse udvalgt til kontrol:

Område	Navn/lokation	Adresse
Sygehus Lillebælt	Kolding	Skovvangen 2-8, 6000 Kolding
	Give	Agerbølvej 2B, 7323 Give
	Middelfart	Østre Hougvej 55, 5500 Middelfart
	Vejle	Kabeltoft 25, 7100 Vejle
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	Odense	Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
	Odense, Patienthotel	Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
	Svendborg	Valdemarsgade 51, 5700 Svendborg
	Nyborg	Vestergade 17, 5800 Nyborg
	Ærø	Sygehusvejen 18, 5970 Ærøskøbing
Sygehus Sønderjylland	Sønderborg	Sydvang 1, 6400 Sønderborg
	Tønder	Carstengade 6, 6270 Tønder
	Aabenraa	Egelund 10, 6200 Aabenraa
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg	Finsensgade 35, 6700 Esbjerg
	Grindsted	Engparken 1, 7200 Grindsted
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdoms- psykiatri Esbjerg	Gl. Vardevej 101, 6715 Esbjerg
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	Gl. Vardevej 101, 6715 Esbjerg
	Børne- og Ungdoms- psykiatri Aabenraa	Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	Østre Hougvej 70, 5500 Middelfart
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	Baagsøes Allé, 5700 Svendborg
	Psykiatrisk Afdeling Odense	Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
	Børne- og Ungdoms- psykiatri Odense	Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	Nordbanen 73, 7100 Vejle

Deltagere på kontrollerne

Region Syddanmark

Alle sygehuse har til alle kontroller stillet mandskab til rådighed således, at Dansk Servicering ikke på noget tidspunkt har foretaget stikprøvekontrollerne uden ledsager. På en del af sygehusene har rengøringsassistenterne/serviceassistenterne på de kontrollerede områder ligeledes deltaget.

Udover de faste kontaktpersoner har der på Odense Universitetssygehus været deltagelse af hygiejnesygeplejersker, og på Psykiatrien har hygiejnekoordinatoren deltaget.

Dansk Servicering

Dansk Servicering har på hovedparten af alle inspektionsenheder foretaget kvalitetskontrollerne med den samme konsulent:

Chefkonsulent Pernille Bæk.

Pernille Bæk er certificeret på vidensniveau 4 ved Dansk Standard i DS/INSTA 800.

Endvidere har Pernille Bæk gennemført kursus i DS 2451-10 ved Dansk Standard.

På Ærø Sygehus har konsulent Line Berggreen Jørgensen udført stikprøvekontrollerne.

Line Berggreen Jørgensen er certificeret på vidensniveau 3 ved Dansk Standard i DS/INSTA 800 og har gennemført intern oplæring i DS 2451-10.

Kontrolperiode

Stikprøvekontrollerne er udført fra 25. januar 2017 til 11. maj 2017.

Kontrollens forudsætninger

I samarbejde med Region Syddanmark er der blevet fastsat en række forudsætninger for stikprøvekontrollerne.

Kontaktpersoner

Region Syddanmark har udmeldt til områdernes kontaktpersoner om de forestående kvalitetskontroller. Region Syddanmark har orienteret Dansk Servicerådgivning om, hvem der på de enkelte områder er kontaktperson. Dansk Servicerådgivning har henvendt sig til kontaktpersonerne for der igennem at orientere omkring kvalitetskontrollen og aftale nærmere omkring kontroldage og kontroltider.

Varsling af kontroltidspunkt

Kontaktpersonerne er blevet kontaktet 2-4 uger før kontrollernes udførelse. Det understreges for en god ordens skyld, at kontaktpersonerne udelukkende er blevet adviseret om dato/tidspunkt for kontrollerne, og altså ikke om hvilke afdelinger og lokaler stikprøven ville omfatte.

Udvælgelse af lokaler

Det er Dansk Servicerådgivning - og udelukkende Dansk Servicerådgivning - der har udvalgt de specifikke lokaler og afdelinger, der er blevet kontrolleret. Kontaktpersonerne har på intet tidspunkt været orienteret om, hvilke lokaler der skulle kontrolleres.

Dansk Servicerådgivning har med fordelingen af stikprøverne sigtet mod en hensigtsmæssig og forholdsmæssig fordeling af lokaler af forskellig type, kvalitetsniveau og hygiejneniveau med primært fokus på de patientnære områder. Eksempelvis vil lokaler på afsnit med K5 lokaler (operationsgange, fødegange og nogle områder med sterildepoter og mælkekøkkener) altid indgå i stikprøven.

Endvidere har Dansk Servicerådgivning bestræbt sig i videst muligt omfang på både at kontrollere ”nye” lokaler/afsnit (altså afsnit som ikke indgik i den foregående stikprøve) samt lokaler/afsnit, som også har indgået i tidligere stikprøver.

Der er ikke udført kontroller i lokaler, hvor håndværkere arbejder. Hvis der er observeret besmudsning efter håndværkere (af nyere karakter), er dette noteret, men det indgår ikke i bedømmelsen.

Antal lokaler

Der er for hvert af de 5 områder udtrukket et antal lokaler, der skal kontrolleres. For hvert område er der udtrukket en samlet stikprøvestørrelse for alle sygehuse med et AQL⁸ på 4,0%. AQL er i dette tilfælde anvendt til udvælgelse af stikprøvens størrelse.

I DS/INSTA 800, 3. udgave fremgår det af tabel 5⁹, hvor mange lokaler der skal kontrolleres (n =stikprøvestørrelsen) ud fra det samlede antal lokaler (N =partistørrelse).

Ligeledes fremgår det af tabellens godkendelsestal (A_c) eller afvisningstal (R_e), om stikprøvestørrelsen er blevet godkendt eller afvist. Denne tabel er anvendt til såvel DS/INSTA 800 som DS 2451-10.

⁸ DS/INSTA 800, 3. udgave, 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Afsnit 7.2.2. Side 19-20.

⁹ DS/INSTA 800, 3. udgave, 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Tabel 5. Side 22.

Nedenfor er anført de enkelte områders størrelse:

Sygehus Lillebælt			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
10.001-35.000	315	21	22

Sygehus Sønderjylland:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Sydvestjysk Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Psykiatrisk Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal kontrollerede lokaler på de enkelte sygehuse

Fordelingen af lokaler inden for de enkelte områder og kvalitetsniveauer kan ses herunder.

[OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus](#)

Antal lokaler til kontrol				
	K3	K4	K5	Totalt antal lokaler
Odense	25	135	35	195
Odense - Patienthotel	3	15	2	20
Svendborg	4	58	13	75
Nyborg	4	11	5	20
Ærø	0	4	1	5

[Sygehus Sønderjylland](#)

Antal lokaler til kontrol				
	K3	K4	K5	Totalt antal lokaler
Åbenrå	12	80	12	104
Tønder	2	8	1	11
Sønderborg	11	58	16	85

[Sydvestjysk Sygehus](#)

Antal lokaler til kontrol				
	K3	K4	K5	Totalt antal lokaler
Esbjerg	19	119	17	155
Grindsted	9	31	5	45

Sygehus Lillebælt

Antal lokaler til kontrol				
	K3	K4	K5	Totalt antal lokaler
Kolding	10	67	13	90
Give	2	7	2	11
Middelfart	7	22	6	35
Vejle	11	42	11	64

Psykiatrien i Region Syddanmark

Antal lokaler til kontrol				
	K3	K4	K5	Totalt antal lokaler
Børne- og Ungdomspsykiatri Esbjerg	1	6	0	7
Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	1	24	0	25
Børne- og Ungdomspsykiatri Aabenraa	1	35	0	36
Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	1	4	0	5
Psykiatrisk Afdeling Middelfart	4	34	0	38
Psykiatrisk Afdeling Svendborg	4	13	0	17
Psykiatrisk Afdeling Odense	5	22	0	27
Børne- og Ungdomspsykiatri Odense	0	13	0	13
Psykiatrisk Afdeling Vejle	3	29	0	32

Af bilag 12 og 13 til nærværende rapport fremgår antallet af kontrollerede lokaler pr. lokaletype samt hvor mange lokaler som er henholdsvis godkendt og afvist iht. de fastsatte kvalitetsniveauer (DS/INSTA 800) og hygiejneniveauer (DS 2451-10).

Lokaleoversigt med fastsættelse af kvalitets- og hygiejneniveauer

Der er, i samarbejde med de lokale kontaktpersoner, blevet udarbejdet en oversigt med en inddeling af alle lokaletyper i kvalitetsniveauer (K) og hygiejneniveauer (H). Denne oversigt er anvendt på alle sygehuse, således at kvaliteten er vurderet på et ensartet grundlag.

Der er ved denne kontrol ikke foretaget ændringer i lokaleoversigten siden kontrollen i 1. halvår 2014.

Lokaletype	Kvalitetsniveau	Hygiejneniveau
Afsnitskøkken/Køkken	K4	H4
Autoklave	K5	H5
Elevator	K3	H2
Fødestue	K5	H5
Gang, afdeling	K4	H3
Gang, kontorområder	K3	H2
Gang, kælder	K3	H1
Hotelværelse	K4	H3
Intensivstue m. patient	K4	H4
Intensivstue u. patient	K5	H5
Kontor, ikke klinisk	K3	H2
Kontor, klinisk (Sygeplejekontoret)	K4	H3
Kopirum	K3	H2
Kuvøsestue	K5	H5
Linnedrum	K4	H4
Lægevask	K4	H4
Medicinrum	K4	H4
Mælkekøkken	K5	H5
Mødelokaler - administrative afdelinger	K3	H2
Mødelokaler - konferencelokaler på afdelinger	K3	H2
Omkledning - patienter	K4	H3
Operationsstue	K5	H5

Lokaletype	Kvalitetsniveau	Hygiejneniveau
Opholdsrum - patienter	K4	H3
Opholdsrum - personale	K4	H3
Opvågning	K4	H4
Personalegarderobe	K4	H3
Personalekøkken	K4	H4
Rent rum/rent depot	K4	H4
Sengestue	K4	H3
Skyllerum	K4	H4
Spisestue, patienter	K4	H4
Sterildepot	K5	H5
Toilet	K4	H4
Toilet/bad	K4	H4
Trapper - hovedtrapper	K3	H2
Trapper - sekundær	K3	H1
Træningsrum	K4	H3
Undersøgelsesrum invasive procedurer - dialysetuer, donorum, kemostuer, behandlingsrum m.m.	K4	H4
Undersøgelsesrum noninvasive procedurer	K3	H3
Vagtværelse	K3	H3
Venteværelse	K4	H3

Der er i videst muligt omfang udført kontrol af ovennævnte lokaler, men da der på alle sygehusene anvendes mange forskellige betegnelser, og der på nogle lokaletyper er forskellig anvendelse, er der taget højde for dette på kontrollerne. Derfor kan det ikke udelukkes, at der er udført kontrol på andre lokaler end ovenfor anførte. I sådanne tilfælde er kvalitetsniveau og hygiejneniveau blevet drøftet i kontrolgruppen.

Ligeledes er der for fx alle undersøgelsesrum mange forskellige betegnelser på sygehusene. Når et undersøgelsesrum kontrolleres, er der ligeledes taget højde for, hvilken type af undersøgelse der udføres (invasive eller noninvasive procedurer). Alle undersøgelsesrum er i afrapporteringen benævnt undersøgelsesrum, men i bemærkningsfeltet anføres den lokale betegnelse.

Hvis ikke der umiddelbart kan skelnes mellem noninvasive og invasive undersøgelsesrum, er der taget udgangspunkt i, om der i lokalet er en gul risikospand til affald for indgreb.

Metode til udførelse af kontrol

Alle kvalitetskontroller blev indledt med et orienterende møde med alle deltagere på kontrollen, hvor bl.a. kontrollen, dens hensigt og måde at blive gennemført på/udførelsesmetode blev gennemgået. Endvidere har Dansk Servicerådgivning på de orienterende formøder udbedt sig fakta omkring tidsbindinger og tilgængelighed på de enkelte afdelinger med henblik på en optimal planlægning af stikprøvekontrollerne.

Dansk Servicerådgivning gennemførte herefter visuelle stikprøvekontroller af den udførte rengøring i hvert enkelt af de af Dansk Servicerådgivning udvalgte lokaler.

På kontrollerne er alle observationer, uagtet hvilken faggruppe der har rengøringsansvaret, medtaget.

De registrerede observationer inddeles på kontrolskemaerne i 2 grupper:

- Rengøringsrelaterede observationer rengøring
- Rengøringsrelaterede observationer andre faggrupper

Alle observationer i disse to felter tælles med i samleskemaerne således, at begge grupper har indflydelse på, om lokalet afvises eller godkendes i henhold til enten DS/INSTA 800 og/eller DS 2451-10

Det varierer meget fra sygehus til sygehus, hvor ansvaret for rengøringen af de enkelte objekter er placeret.

Kontrollerne er foretaget efter de i DS/INSTA 800 opsatte krav, hvilket vil sige ”normal færden i lokalerne” og ved ”visuel kontrol”.¹⁰ I enkelte tvivlstilfælde er der anvendt en klud af kontaktpersonen for derved at fastslå, om samlinger på det observerede objekt kunne fjernes.

¹⁰ DS/INSTA 800. 3. udgave. 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Afsnit 7.1.1. Side 18.

Ved tvivl om samlinger i højden er der anvendt en finger for at fastslå, om der er urenheder. Når der har været anvendt en finger, har fingeren maksimalt kørt 2 centimeter på overfladen. Dette er ligeledes altid gjort i overensstemmelse med de øvrige deltagere på kontrollen.

Som udgangspunkt er lokalerne kontrolleret efter endt rengøring. Grundet høj belastning og brug af lokalerne er nogle lokaler kontrolleret, inden rengøringen er udført eller noget tid efter rengøringen er udført. Dette blev der på kontrollerne taget højde for.

Der kan være situationer, hvor det ikke kan oplyses, hvorvidt plejepersonalet har klarmeldt et lokale, selvom lokalet er klarmeldt af rengøringspersonalet. Dette forhold er der taget højde for. Dette gøres ved fx at observere mængden af samlinger/observationer samt hvad der observeres. Observeres der humanbiologisk materiale, vil dette altid indgå i vurderingen, selvom lokalet af plejepersonalet ikke er klarmeldt, da humanbiologisk materiale skal fjernes straks.

Alle lokaler i kvalitetsniveau 5 er kontrolleret efter endt rengøring, og inden lokalet er taget i brug.

Alle observerede svigt er på kvalitetskontrollerne sagt højt, og der har ikke været uenighed om de observerede svigt.

Der er på kontrollerne ikke taget hensyn til det enkelte sygehus' nuværende rengøringsaftalegrundlag (herunder aftaler om rengøringsniveau, rengøringsindsats, rengøringsdage og rengøringsmetodik).

Ligeledes er der på kvalitetskontrollerne ikke taget hensyn til, hvilke kvalitetsniveauer eller hygiejneniveauer de enkelte sygehuse har sat deres lokaler til. Der er udelukkende kontrolleret på baggrund af de kvalitetsniveauer og hygiejneniveauer, der er opstillet til brug ved denne kontrol, for alle bygninger (jf. side 19 og 20 i nærværende rapport).

Bygningsmæssige 'udfordringer/vedligeholdelse' (eksempelvis fremkommet ved defekte overflader eller nedslidt materiale), som har betydning for den totale rengøringsoplevelse, men ikke kan fjernes ved rengøring, er ikke noteret som et rengøringssvigt, men under "Indirekte observationer".

Bygningskader, misfarvninger, farvestoffer, kemiskader, misligholdte fuger, nedslidning af overflader, skrabemærker, nedslidte stofmøbler, belægningsskader på armaturer eller sanitære installationer, taperester, huller, sorte fuger fra skimmel, fastsiddende pletter, rust, pletter, mug, m.m. er ligeledes ikke noteret som et svigt men under ”Indirekte observationer”.

Forhold om nuværende rengøring på de enkelte områder

Der er på de forskellige sygehuse stor forskel på, hvorledes de rengøringsansvarlige varetager rengøringsopgaverne.

Der er ikke taget hensyn til dette forhold i denne kontrolrapport. Grunden til dette er et ønske om at vurdere alle lokaler ens og så objektivt som muligt.

Ekstern leverandør eller eget personale

Der er udført kontrol på 23 sygehuse/enheder. Ud af de 23 sygehuse/enheder er der rengøring med eget personale på de 9 enheder og rengøring udliciteret til eksterne rengøringsleverandører på 14 enheder.

Område	Sygehus	Ekstern leverandør/eget personale
Sygehus Lillebælt	Kolding	Ekstern leverandør
	Give	Eget personale
	Middelfart	Ekstern leverandør
	Vejle	Eget personale
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	Odense	Eget personale
	Odense - Patienthotellet	Eget personale
	Svendborg	Eget personale
	Nyborg	Eget personale
	Ærø	Eget personale
Sygehus Sønderjylland	Sønderborg	Ekstern leverandør
	Tønder	Ekstern leverandør
	Aabenraa	Ekstern leverandør
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg	Eget personale
	Grindsted	Eget personale
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdomspsykiatri Esbjerg	Ekstern leverandør
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	Ekstern leverandør
	Børne- og Ungdomspsykiatri Aabenraa	Ekstern leverandør
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	Ekstern leverandør
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	Ekstern leverandør
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	Ekstern leverandør
	Psykiatrisk Afdeling Odense	Ekstern leverandør (OUH)
	Børne- og Ungdomspsykiatri Odense	Ekstern leverandør (OUH)
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	Ekstern leverandør

Rengøringsassistenter og serviceassistenter

Der er på nogle af sygehusene (eksempelvis Odense og Esbjerg) serviceassistenter. Serviceassistenter arbejder på afdelingerne med andre opgaver end rengøring, fx kørsel af patienter. Dette kan give afbræk i den planlagte hverdag, hvis fx der midt i en rengøring af en stue skal køres en patient af sted til undersøgelse.

Rengøringsmetodik

Der anvendes forskellige metodikker til rengøringen af de forskellige overflader på de enkelte sygehuse. Det enkelte sygehus har typisk fundet de metodikker, der passer bedst til deres overflader, brug og belastning af lokalerne.

Rengøringsstyringssystemer herunder kvalitetsniveauer og hygiejneniveauer

Den oversigt der er udarbejdet med kvalitetsniveauer og hygiejneniveauer, og som er anvendt i forbindelse med denne kvalitetskontrol, er ikke nødvendigvis et spejl af de kvalitetsniveauer og hygiejneniveauer, der arbejdes ud fra på de enkelte sygehuse. Den anvendte oversigt er en liste, der er udarbejdet til denne kvalitetskontrol, i samarbejde med de enkelte kontaktpersoner, med udgangspunkt i DS/INSTA 800 og DS 2451-10, for at give et ensartet billede af alle sygehuse (jf. side 19 og 20 i denne rapport).

De enkelte områder/sygehuse arbejder alle med individuelle rengøringsystemer. Det er ikke alle sygehuse, der arbejder efter kvalitetsmålingssystemet DS/INSTA 800. I stedet kan der f. eks. arbejdes efter indsatsbaseret rengøring eller hygiejneniveauer, hvor der er fastsat ugedage, hvor der skal udføres grundig rengøring uanset brug og belastning af lokalet, eller der kan arbejdes med en blanding af udfalds- og indsatsbaseret rengøring eller et helt tredje system.

Bygningernes stand og vedligeholdelse

Der er stor forskel på de enkelte bygningers stand for så vidt angår den bygningsmæssige vedligeholdelse. Bygningernes stand har stor indflydelse på rengøringskvaliteten, herunder bygningernes alder og materiale der er anvendt. Ligeledes er det afgørende, hvorvidt inventarobjekterne fordrer en nem eller vanskelig rengøring, om indretningen er rengøringsvenlig m.v. På de sygehuse, der står overfor hel eller delvis nedlukning, kan kvaliteten af rengøringen være påvirket af dette forhold. Dette kan skyldes dels manglende vedligehold af bygningerne, eller de øvrige udfordringer der er, når en arbejdsplads skal lukke eller flytte.

Rapport del 3

Sammenfatning af kvaliteten for alle områder

Denne del af rapporten er en sammenfatning af kvaliteten for alle de kontrollerede områder.

Godkendte og afviste lokaler på de enkelte områder og sygehuse

Nedenfor er en skematisk oversigt over, hvor mange lokaler der er henholdsvis godkendt og afvist på henholdsvis DS/INSTA 800 og DS 2451-10.

Område	Lokation/ Sygehus	DS/INSTA 800		DS 2451-10	
		Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler
Sygehus Lillebælt	Kolding	86	4	85	5
	Give	11	0	10	1
	Middelfart	35	0	32	3
	Vejle	59	5	53	11
OUH Odense Universitetshospital /Svendborg Sygehus	Odense	189	6	177	18
	Odense, Patienthotel	20	0	19	1
	Svendborg	71	4	63	12
	Nyborg	20	0	19	1
	Ærø	5	0	4	1
Sygehus Sønderjylland	Sønderborg	99	5	99	5
	Tønder	11	0	10	1
	Aabenraa	85	0	77	8
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg	147	8	135	20
	Grindsted	45	0	43	2
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdoms- psykiatrien Esbjerg	6	1	7	0
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	21	4	22	3
	Børne- og Ungdoms- psykiatrien Aabenraa	5	0	5	0
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	33	3	35	1
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	34	4	35	3
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	16	1	14	3
	Psykiatrisk Afdeling Odense	27	0	27	0
	Børne- og Ungdoms- psykiatrien Odense	13	0	13	0
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	32	0	31	1

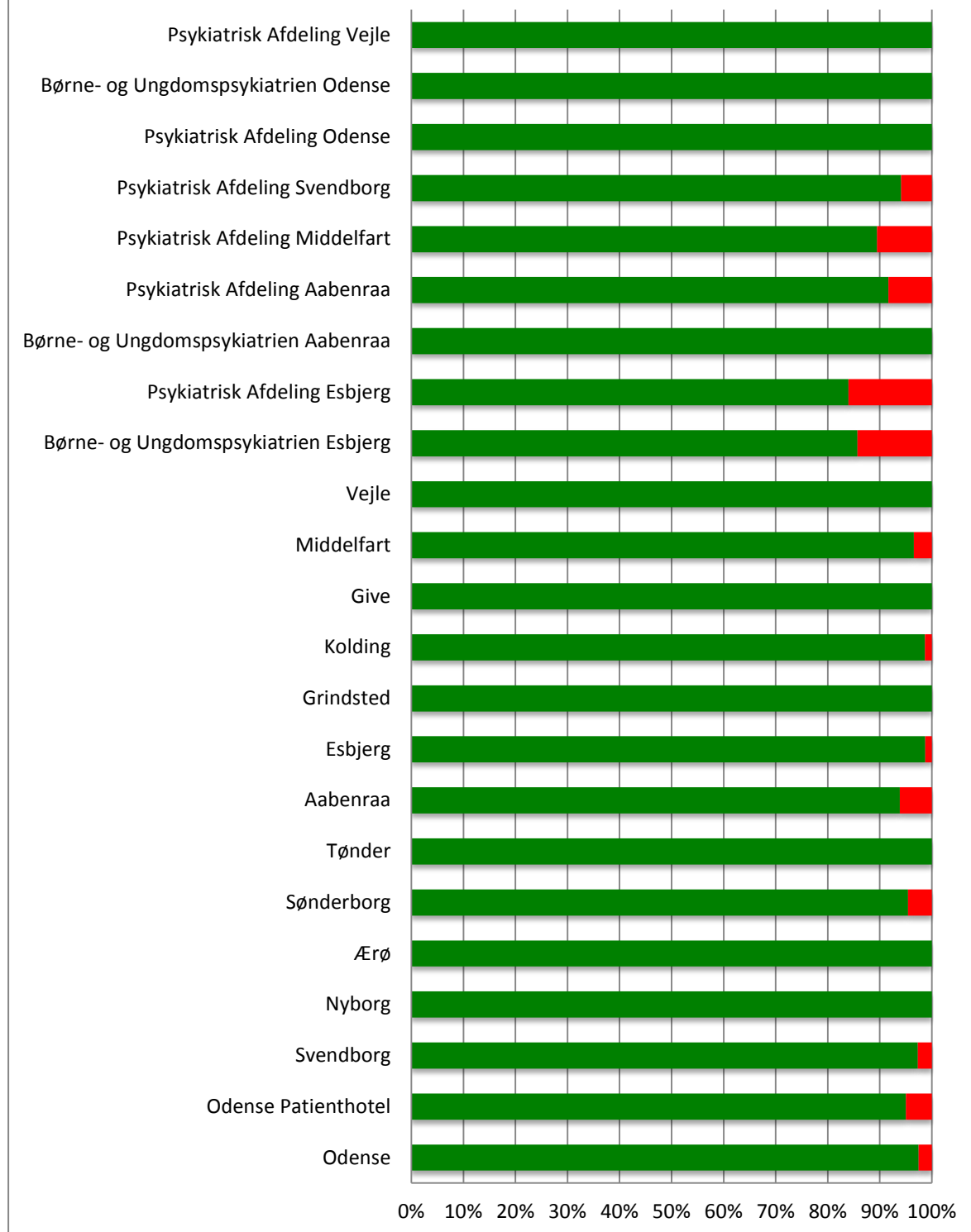
Et lokale kan godt godkendes på DS/INSTA 800, men afvises på DS 2451-10 og omvendt. Det, der er gældende, er, hvor de observerede svigt forefindes, antallet af svigt der observeres, og om det er svigt, som er omfattet af risikopunkterne i henhold til DS 2451-10 eller Region Syddanmarks skærpelse vedr. humanbiologisk materiale.

Godkendte/afviste sygehuse – DS/INSTA 800

Der er i alt kontrolleret 1.115 lokaler. Ud fra det nøjagtige antal lokaler der er kontrolleret på hvert sygehus, viser nedenstående oversigt hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt ifølge DS/INSTA 800.

Område	Sygehus	DS/INSTA 800		Kontrollerede lokaler i alt	Godkendelsesprocent
		Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler		
Sygehus Lillebælt	Kolding	86	4	90	95,6
	Give	11	0	11	100,0
	Middelfart	35	0	35	100,0
	Vejle	59	5	64	92,2
OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus	Odense	189	6	195	96,9
	Odense, Patienthotel	20	0	20	100,0
	Svendborg	71	4	75	94,7
	Nyborg	20	0	20	100,0
	Ærø	5	0	5	100,0
Sygehus Sønderjylland	Sønderborg	99	5	104	95,2
	Tønder	11	0	11	100,0
	Aabenraa	85	0	85	100,0
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg	147	8	155	94,8
	Grindsted	45	0	45	100,0
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdomspsykiatrien Esbjerg	6	1	7	85,7
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	21	4	25	84,0
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Aabenraa	5	0	5	100,0
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	33	3	36	91,7
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	34	4	38	89,5
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	16	1	17	94,1
	Psykiatrisk Afdeling Odense	27	0	27	100,0
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense	13	0	13	100,0
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	32	0	32	100,0

Figur 1: Fordeling af godkendte og afviste lokaler pr. sygehus (DS/INSTA 800)



Godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. kvalitetsniveau (DS/INSTA 800)

Nedenfor er en skematisk oversigt over antal lokaler, der er godkendt og afvist på DS/INSTA 800 på de enkelte kvalitetsniveauer.

Område	Sygehus	K3				K4				K5			
		G	A	T	%	G	A	T	%	G	A	T	%
Sygehus Lillebælt	Kolding Sygehus	10	0	10	100,0	64	3	67	95,5	12	1	13	92,3
	Give Sygehus	2	0	2	100,0	7	0	7	100,0	2	0	2	100,0
	Middelfart Sygehus	7	0	7	100,0	22	0	22	100,0	6	0	6	100,0
	Vejle Sygehus	11	0	11	100,0	38	4	42	90,5	10	1	11	90,9
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	Odense Universi- tetshospital	24	1	25	96,0	134	1	135	99,3	31	4	35	88,6
	Odense Patienthotellet	3	0	3	100,0	15	0	15	100,0	2	0	2	100,0
	Svendborg Sygehus	4	0	4	100,0	54	4	58	93,1	13	0	13	100,0
	Nyborg Sygehus	4	0	4	100,0	11	0	11	100,0	5	0	5	100,0
	Ærø Sygehus	-	-	-	-	4	0	4	100,0	1	0	1	100,0
Sygehus Sonderjylland	Sønderborg Sygehus	12	0	12	100,0	75	5	80	93,8	12	0	12	100,0
	Tønder Sygehus	2	0	2	100,0	8	0	8	100,0	1	0	1	100,0
	Aabenraa Sygehus	11	0	11	100,0	58	0	58	100,0	16	0	16	100,0
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg Sygehus	19	0	19	100,0	114	5	119	95,8	14	0	14	100,0
	Grindsted Sygehus	9	0	9	100,0	31	0	31	100,0	5	0	5	100,0
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdomspsykiatri en Esbjerg	1	0	1	100,0	5	1	6	83,3	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	1	0	1	100,0	20	4	24	83,3	-	-	-	-
	Børne- og Ungdomspsykiatri en Aabenraa	1	0	1	100,0	4	0	4	100,0	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	1	0	1	100,0	32	3	35	91,4	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	4	0	4	100,0	30	4	34	88,2	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	4	0	4	100,0	12	1	13	92,3	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Odense	5	0	5	100,0	22	0	22	100,0	-	-	-	-
	Børne- og Ungdomspsykiatri Odense	-	-	-	-	13	0	13	100,0	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	3	0	3	100,0	29	0	29	100,0	-	-	-	-

G = godkendt

A = afvist

T = total

% = godkendelsesprocent

[Kommentarer til godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. kvalitetsniveau \(DS/INSTA 800\)](#)

Oversigten over antallet af lokaler der er henholdsvis godkendt og afvist på DS/INSTA 800 på de enkelte kvalitetsniveauer viser følgende for de enkelt områder:

Sygehus Lillebælt:

Middelfart Sygehus og Give Sygehus har begge en godkendelsesprocent på 100% på samtlige kvalitetsprofiler.

Kolding Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på K3, en godkendelsesprocent på 95,5% på K4 og en godkendelsesprocent på 92,3% på K5.

Vejle Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på K3, en godkendelsesprocent på 90,5% på K4 og en godkendelsesprocent på 90,9% på K5.

OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus:

Nyborg Sygehus, Ærø Sygehus og Odense Patienthotellet har alle en godkendelsesprocent på 100% på samtlige kvalitetsprofiler.

Svendborg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og K5, og en godkendelsesprocent på 93,1% på K4.

Odense Universitetshospital har en godkendelsesprocent på 96% på K3, en godkendelsesprocent på 99,3% på K4 og en godkendelsesprocent på 88,6% på K5.

Sygehus Sønderjylland:

Tønder Sygehus og Aabenraa Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på samtlige kvalitetsprofiler.

Sønderborg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og K5, en godkendelsesprocent på 93,8% på K4.

Sydvestjysk Sygehus:

Grindsted Sygehus har begge en godkendelsesprocent på 100% på samtlige kvalitetsprofiler.

Esbjerg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og K5 og en godkendelsesprocent på 95,8% på K5.

Psykiatrien i Region Syddanmark

I Psykiatrien er der ingen lokaler i K5, men udelukkende K3 og K4.

Børne- og Ungdomspsykiatrien Aabenraa, Psykiatrisk Afdeling Odense, Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense og Psykiatrisk Afdeling Vejle har alle en godkendelsesprocent på 100% på begge kvalitetsprofiler.

Børne- og Ungdomspsykiatrien Esbjerg har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og en godkendelsesprocent på 83,3% på K4.

Psykiatrisk Afdeling Esbjerg har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og en godkendelsesprocent på 83,3% på K4.

Psykiatrisk Afdeling Aabenraa har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og en godkendelsesprocent på 91,4% på K4.

Psykiatrisk Afdeling Middelfart har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og en godkendelsesprocent på 88,2% på K4.

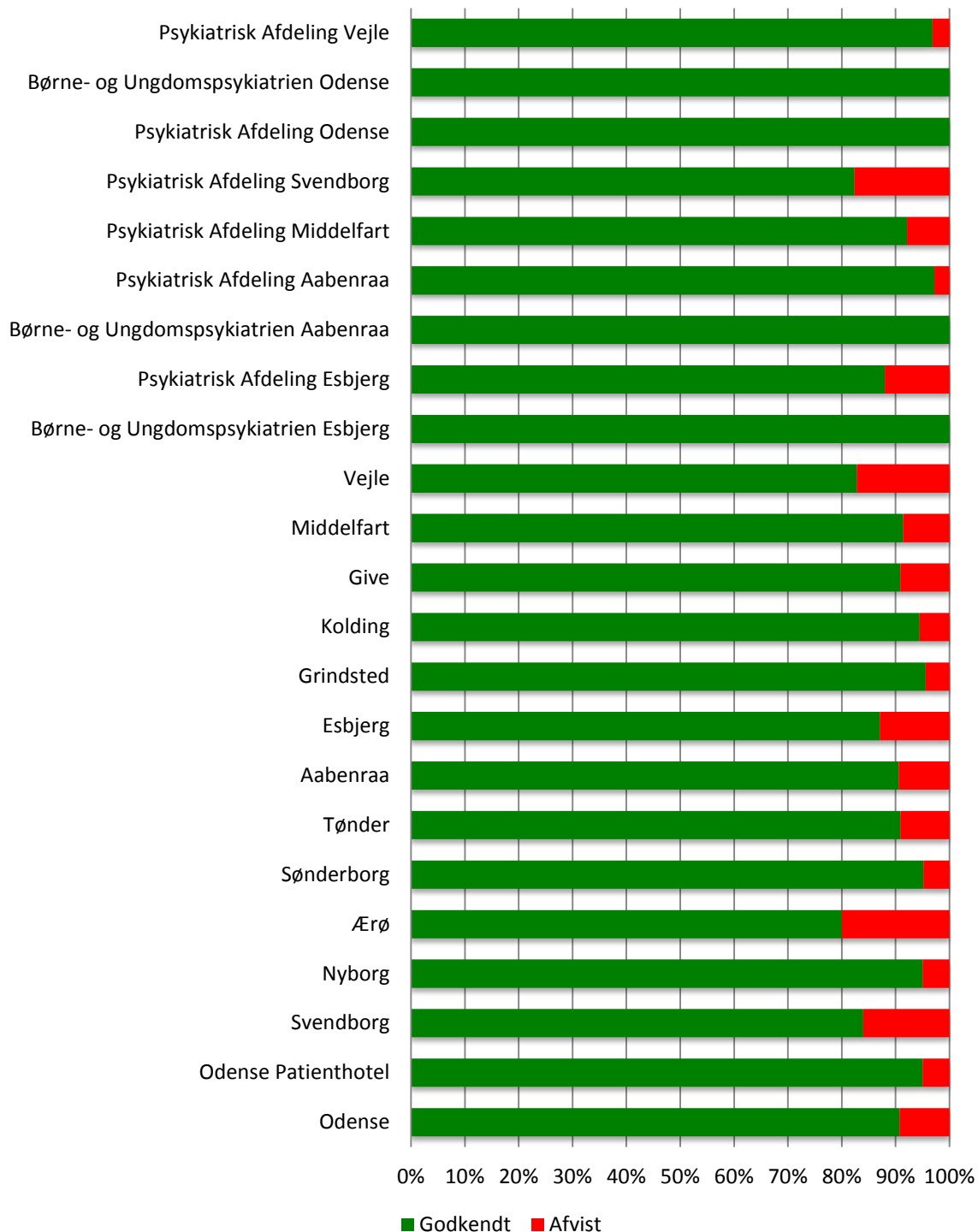
Psykiatrisk Afdeling Svendborg har en godkendelsesprocent på 100% på K3 og en godkendelsesprocent på 92,3% på K4.

Godkendte/afviste sygehuse – DS 2451-10

Der er i alt kontrolleret 1.115 lokaler. Ud fra det nøjagtige antal lokaler der er kontrolleret på hvert sygehus, viser nedenstående oversigt hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt ifølge DS 2451-10.

Område	Sygehus	DS 2451-10		Kontrollerede lokaler i alt	Godkendelsesprocent
		Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler		
Sygehus Lillebælt	Kolding	85	5	90	94,4
	Givø	10	1	11	90,9
	Middelfart	32	3	35	91,4
	Vejle	53	11	64	82,8
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	Odense	177	18	195	90,8
	Odense, Patienthotel	19	1	20	95,0
	Svendborg	63	12	75	84,0
	Nyborg	19	1	20	95,0
	Ærø	4	1	5	80,0
Sygehus Sønderjylland	Sønderborg	99	5	104	95,2
	Tønder	10	1	11	90,9
	Aabenraa	77	8	85	90,6
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg	135	20	155	87,1
	Grindsted	43	2	45	95,6
Psykiatrien i Region Syddanmark	Børne- og Ungdomspsykiatrien Esbjerg	7	0	7	100,0
	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	22	3	25	88,0
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Aabenraa	5	0	5	100,0
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	35	1	36	97,2
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	35	3	38	92,1
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	14	3	17	82,4
	Psykiatrisk Afdeling Odense	27	0	27	100,0
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense	13	0	13	100,0
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	31	1	32	96,9

Figur 2: Procentvis fordeling af godkendte og afviste lokaler pr. sygehus (DS 2451-10)



Godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. hygiejniveau (DS 2451-10)

Nedenfor er en skematisk oversigt over antal lokaler, der er henholdsvis godkendt og afvist på DS 2451-10 på de enkelte hygiejniveauer.

Sygehus		H2				H3				H4				H5			
		G	A	T	%	G	A	T	%	G	A	T	%	G	A	T	%
Sygehus Lillebælt	Kolding Sygehus	3	0	3	100	21	1	22	95,5	50	2	52	96,2	11	2	13	84,6
	Give Sygehus	-	-	-	-	4	0	4	100	4	1	5	80	2	0	2	100
	Middelfart Sygehus	-	-	-	-	14	0	14	100	13	2	15	86,7	5	1	6	83,3
	Vejle Sygehus	1	0	1	100	16	4	20	80	27	5	32	84,4	9	2	11	81,8
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	Odense Universitetshospital	9	0	9	100	54	4	58	93,1	88	5	93	94,6	26	9	35	74,3
	Odense Patienthotellet	1	0	1	100	6	0	6	100	10	1	11	90,9	2	0	2	100
	Svendborg Sygehus	-	-	-	-	16	1	17	94,1	40	5	45	88,9	7	6	13	53,8
	Nyborg Sygehus	-	-	-	-	5	1	6	83,3	9	0	9	100	5	0	5	100
	Ærø Sygehus	-	-	-	-	1	1	2	50	2	0	2	100	1	0	1	100
	Sonderborg Sygehus	5	0	5	100	25	0	25	100	58	4	62	93,5	11	1	12	91,7
Sygehus Sonderjylland	Tønder Sygehus	-	-	-	-	2	1	3	66,7	7	0	7	100	1	0	1	100
	Aabenraa Sygehus	1	0	1	100	22	3	25	88	38	5	43	88,4	16	0	16	100
	Esbjerg Sygehus	6	0	6	100	41	3	44	93,2	74	14	88	84,1	14	3	17	82,4
Sydvestjysk Sygehus	Grindsted Sygehus	2	0	2	100	19	0	19	100	18	1	19	94,7	4	1	5	80
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Esbjerg	1	0	1	100	2	0	2	100	4	0	4	100	-	-	-	-
Psykiatrien i Region Syddanmark	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg	-	-	-	-	10	1	11	90,9	12	2	14	85,7	-	-	-	-
	Børne- og Ungdomspsykiatrien Aabenraa	-	-	-	-	3	0	3	100	2	0	2	100	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Aabenraa	-	-	-	-	17	0	17	100	18	1	19	94,7	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Middelfart	-	-	-	-	13	2	15	86,7	22	1	23	95,6	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Svendborg	1	0	1	100	6	1	7	85,7	7	2	9	77,8	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Odense	-	-	-	-	16	0	16	100	11	0	11	100	-	-	-	-
	Børne- og Ungdomspsykiatri Odense	-	-	-	-	6	0	6	100	7	0	7	100	-	-	-	-
	Psykiatrisk Afdeling Vejle	1	0	1	100	10	0	10	100	20	1	21	95,2	-	-	-	-

G = godkendt

A = afvist

T = total

% = godkendelsesprocent

[Kommentar til godkendelsesprocenter pr. sygehus pr. hygiejneniveau \(DS 2451-10\)](#)

Oversigten over antal lokaler, der er henholdsvis godkendt og afvist på DS 2451-10 på de enkelte hygiejneniveauer, viser følgende for de enkelt områder:

Sygehus Lillebælt:

Kolding Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2, en godkendelsesprocent på 95,5% i H3, en godkendelsesprocent på 96,2% på H4 og en godkendelsesprocent på 84,6% på H5.

Give Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H3 og H5 og en godkendelsesprocent på 80% på H4.

Middelfart Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H3, en godkendelsesprocent på 86,7% i H4 og en godkendelsesprocent på 83,3% på H5.

Vejle Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2, en godkendelsesprocent på 80% i H3, en godkendelsesprocent på 84,4% på H4 og en godkendelsesprocent på 81,8% på H5.

OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus:

Odense Universitetshospital har en godkendelsesprocent på 100% på H2, en godkendelsesprocent på 93,1% på H3, en godkendelsesprocent på 94,6% på H4 og en godkendelsesprocent på 74,3% på H5.

Odense Universitetshospital Patienthotellet har en godkendelsesprocent på 100% på H2, H3 og H5 og en godkendelsesprocent på 90,9% på H4.

Svendborg Sygehus har en godkendelsesprocent på 94,1% på H3, en godkendelsesprocent på 88,9% på H4 og en godkendelsesprocent på 53,8% på H5.

Nyborg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H4 og H5 og en godkendelsesprocent på 83,3% på H3.

Ærø Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H4 og H5 og en godkendelsesprocent på 50% på H3.

Sygehus Sønderjylland:

Sønderborg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2 og H3, en godkendelsesprocent på 93,5% på H4 og en godkendelsesprocent på 91,7% på H5.

Tønder Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H4 og H5 og en godkendelsesprocent på 66,7% på H3.

Aabenraa Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2 og H5, en godkendelsesprocent på 88% på H3 og en godkendelsesprocent på 88,4% på H4.

Sydvestjysk Sygehus:

Esbjerg Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2, en godkendelsesprocent på 93,2 % på H3, en godkendelsesprocent på 84,1% på H4 og en godkendelsesprocent på 82,4% på H5.

Grindsted Sygehus har en godkendelsesprocent på 100% på H2 og H3, en godkendelsesprocent på 94,7% på H4 og en godkendelsesprocent på 80% på H5.

Psykiatrien i Region Syddanmark:

Børne- og Ungdomspsykiatrien Esbjerg, Børne- og Ungdomspsykiatrien Aabenraa, Psykiatrisk Afdeling Odense og Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense har en godkendelsesprocent på 100% på alle hygiejniveauer.

Psykiatrisk Afdeling Esbjerg har en godkendelsesprocent på 90,9% på H3 og en godkendelsesprocent på 85,7% på H4.

Psykiatrisk Afdeling Aabenraa har en godkendelsesprocent på 100% på H3 og en godkendelsesprocent på 94,7% på H4.

Psykiatrisk Afdeling Middelfart har en godkendelsesprocent på 86,7% på H3 og en godkendelsesprocent på 95,6% på H4.

Psykiatrisk Afdeling Svendborg har en godkendelsesprocent på 100% på H2, en godkendelsesprocent på 85,7% på H3 og en godkendelsesprocent på 77,8% på H4.

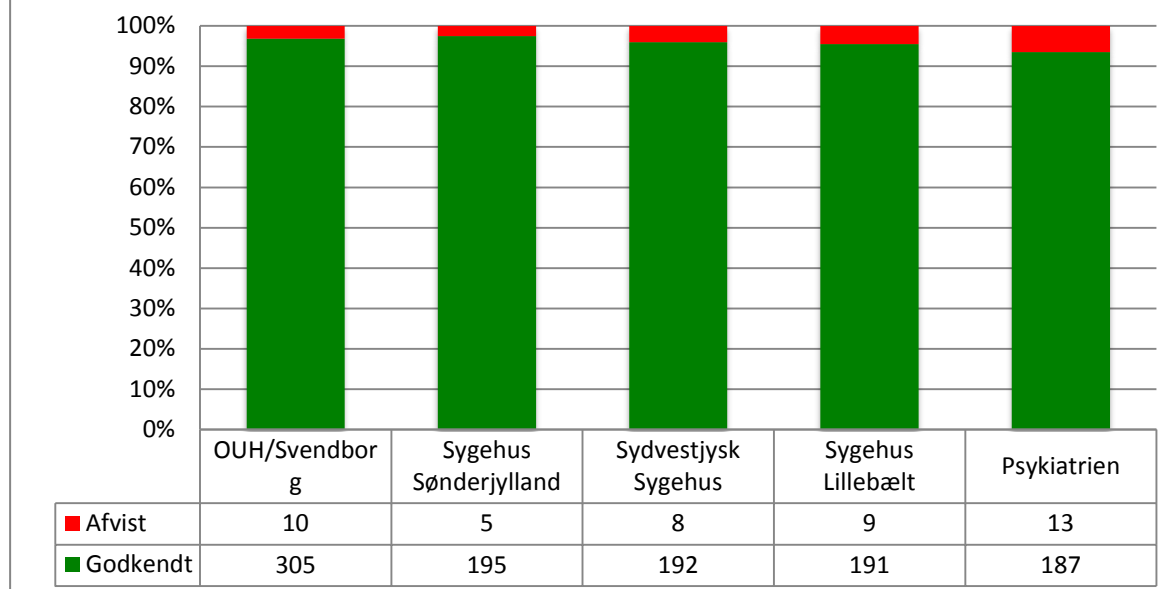
Psykiatrisk Afdeling Vejle har en godkendelsesprocent på 100% på H2 og H3 og en godkendelsesprocent på 95,2% på H4.

Godkendte/afviste områder – DS/INSTA 800

Der er i alt kontrolleret 1.115 lokaler på de 5 områder. Ud fra det nøjagtige antal lokaler der er kontrolleret på hvert sygehus, viser nedenstående oversigt hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt ifølge DS/INSTA 800.

Område	DS/INSTA 800		Kontrollerede lokaler i alt	Godkendelsesprocent
	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler		
Sygehus Lillebælt	191	9	200	95,50
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	305	10	315	96,83
Sygehus Sønderjylland	195	5	200	97,50
Sydvestjysk Sygehus	192	8	200	96,00
Psykiatrien i Region Syddanmark	187	13	200	93,50

Figur 3: Fordeling af godkendte og afviste lokaler pr. område (DS/INSTA 800)

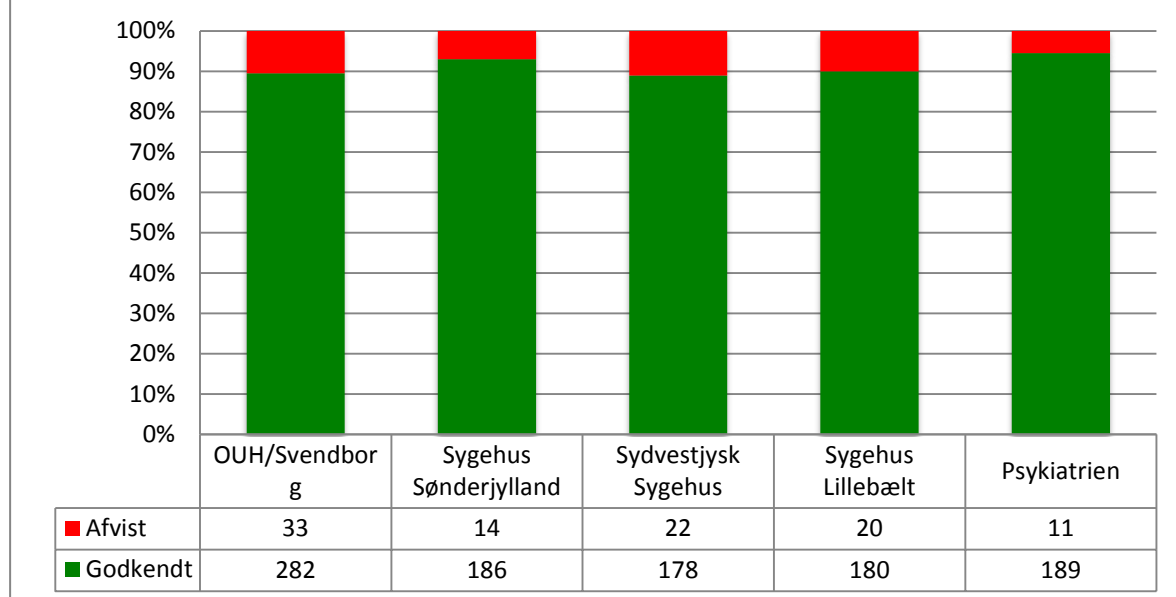


Godkendte/afviste områder – DS 2451-10

Der er i alt kontrolleret 1.115 lokaler på de 5 områder. Ud fra det nøjagtige antal lokaler der er kontrolleret på hvert sygehus, viser nedenstående oversigt hvor mange lokaler der procentvis (beregnet) er godkendt ifølge DS 2451-10.

Område	DS 2451-10		Kontrollerede lokaler i alt	Godkendelsesprocent
	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler		
Sygehus Lillebælt	180	20	200	90,00
OUH Odense Universitetshospital/ Svendborg Sygehus	282	33	315	89,52
Sygehus Sønderjylland	186	14	200	93,00
Sydvestjysk Sygehus	178	22	200	89,00
Psykiatrien Region Syddanmark	189	11	200	94,50

Figur 4: Fordeling af godkendte og afviste lokaler pr. område (DS 2451-10)



Godkendte eller afviste områder i henhold til DS/INSTA 800

Ifølge DS/INSTA 800, 3. udgave, tabel 5, blev der for hvert af de 5 områder udtrukket en stikprøvestørrelse (n) ud fra partistørrelsen (N).

Af tabellen fremgår det, om stikprøvestørrelsen (n) er godkendt eller afvist ud fra tabellens godkendelsestal (Ac) eller afvisningstal (Re).¹¹

Sygehus Lillebælt			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS/INSTA 800)	9
Stikprøveplanen er	Godkendt

OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal Ac	Afvisningstal Re
10.001-35.000	315	21	22

Antal afviste lokaler (DS/INSTA 800)	10
Stikprøveplanen er	Godkendt

¹¹ DS/INSTA 800, 3. udgave, 2011-03-14. Rengøringskvalitet - System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet. Tabel 5. Side 22.

Sygehus Sønderjylland:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS/INSTA 800)	5
Stikprøveplanen er	Godkendt

Sydvestjysk Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS/INSTA 800)	8
Stikprøveplanen er	Godkendt

Psykiatrien i Region Syddanmark:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS/INSTA 800)	13
Stikprøveplanen er	Godkendt

Godkendte eller afviste områder i henhold til DS 2451-10

Ifølge DS 2451-10:2014 kan DS/INSTA 800, 3. udgave, tabel 5, anvendes for godkendelsestal (Ac) og afvisningstal (Re) for de kontrollerede områder.

Af nedenstående tabel fremgår det, om stikprøvestørrelsen (n) er godkendt eller afvist ud fra tabellens godkendelsestal (Ac) eller afvisningstal (Re) - udelukkende set i forhold til DS 2451-10.

Sygehus Lillebælt			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS 2451-10)	20
Stikprøveplanen er	Afvist

OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
10.001-35.000	315	21	22

Antal afviste lokaler (DS 2451-10)	33
Stikprøveplanen er	Afvist

Sygehus Sønderjylland:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS 2451-10)	14
Stikprøveplanen er	Godkendt

Sydvestjysk Sygehus:			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS 2451-10)	22
Stikprøveplanen er	Afvist

Psykiatrien i Region Syddanmark			
Partistørrelsen (N) Antal lokaler for alle lokaliteter	Stikprøvestørrelsen (n)	Godkendelsestal (Ac)	Afvisningstal (Re)
3.201-10.000	200	14	15

Antal afviste lokaler (DS 2451-10)	11
Stikprøveplanen er	Godkendt

Godkendelses- og afvisningstal på de enkelte områder

Godkendelsestallene og afvisningstallene på de enkelte områder viser, hvor tæt på eller langt fra områderne er på at blive henholdsvis godkendt eller afvist.

DS/INSTA 800

For alle 5 områder gælder det, at de er godkendt i henhold til DS/INSTA 800.

For så vidt angår Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus gælder det, at alle fire områder ligger et pænt stykke fra at blive afvist, Sygehus Sønderjylland ligger lidt bedre end de øvrige sygehuse.

For så vidt angår Psykiatrien i Region Syddanmark gælder det, at denne ligger et enkelt lokale fra at blive afvist.

DS 2451-10

For så vidt angår målingerne på de 10 kritiske punkter gælder det, at der er 2 godkendte områder og 3 afviste områder.

For så vidt angår Sygehus Lillebælt, OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus og Sydvestjysk Sygehus gælder det, at alle tre områder afvises klart.

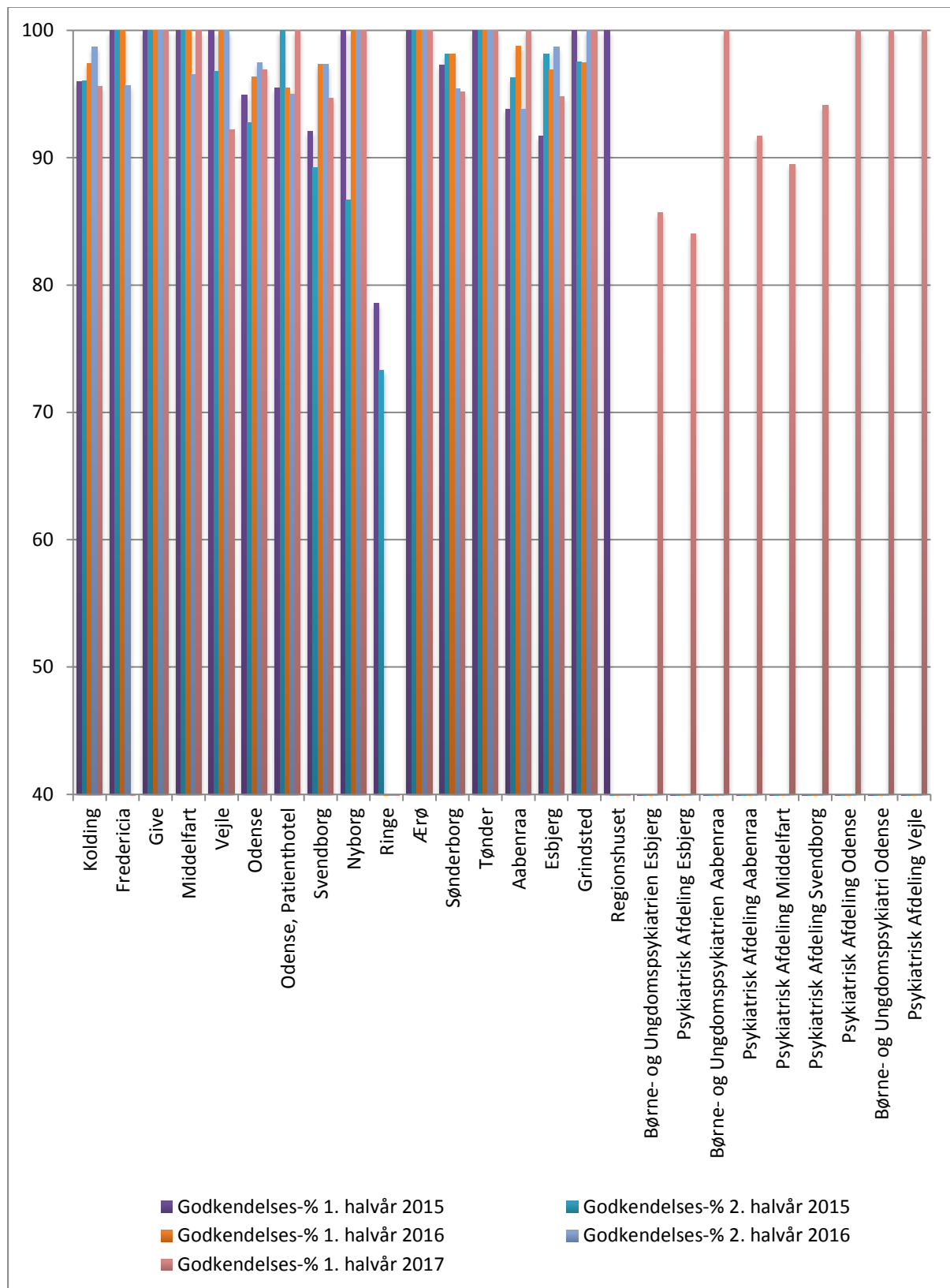
For så vidt angår Psykiatrien i Region Syddanmark og Sygehus Sønderjylland gælder det, at de begge er godkendt. Sygehus Sønderjylland er dog relativt tæt på grænsen til en afvisning, mens Psykiatrien i Region Syddanmark ligger et stykke fra at blive afvist.

Sammenligning med tidligere kontroller

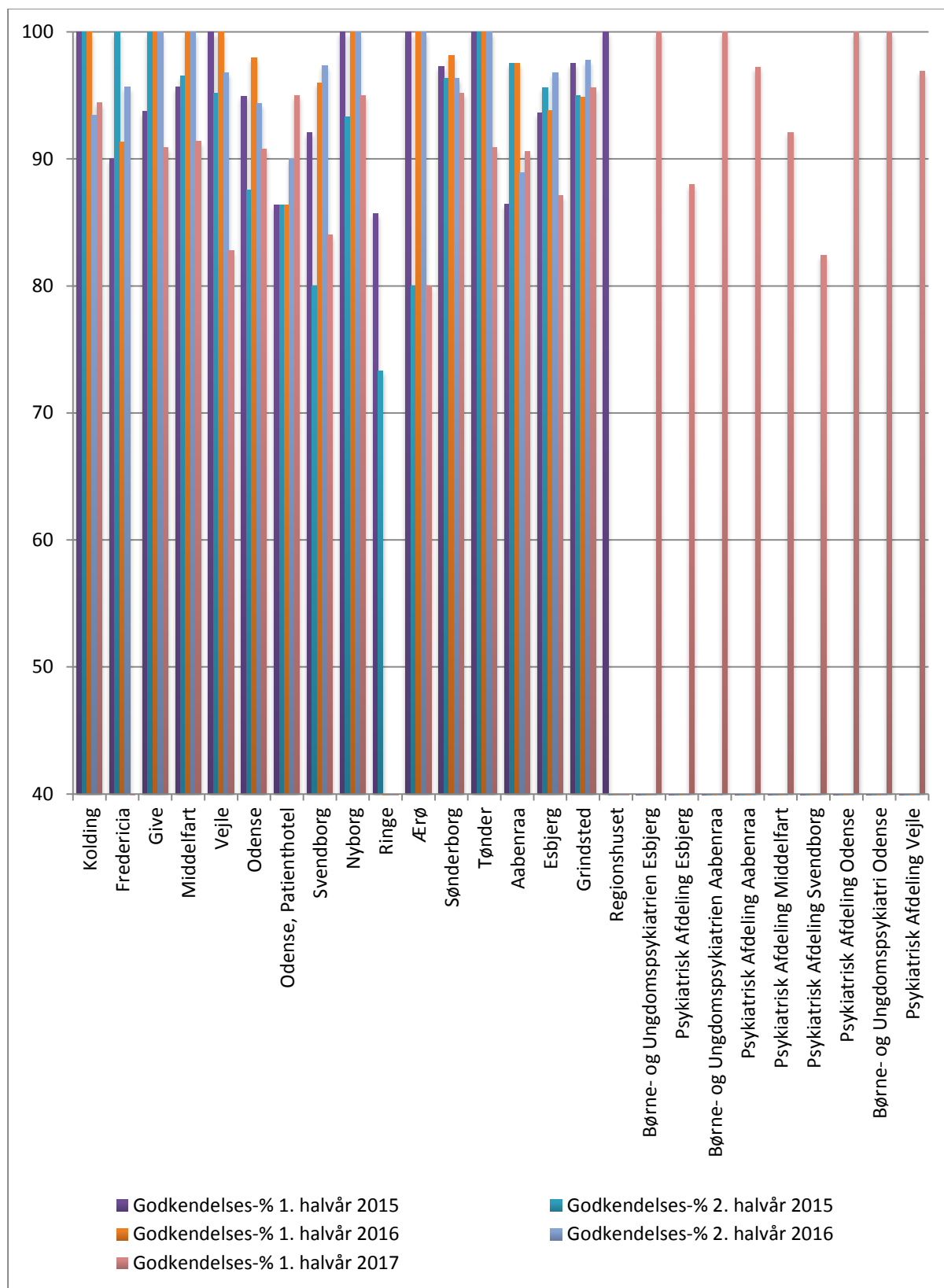
I det følgende er der opsat sammenligninger af godkendelsesprocenten på de enkelte sygehuse for perioden 2015-2017.

Det skal nævnes, at Psykiatrien i Region Syddanmark er med i kontrolrunden for første gang, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne disse enheder med tidligere kontrolresultater.

Godkendelsesprocenten på de enkelte sygehuse i 2015-2017 for DS/INSTA 800

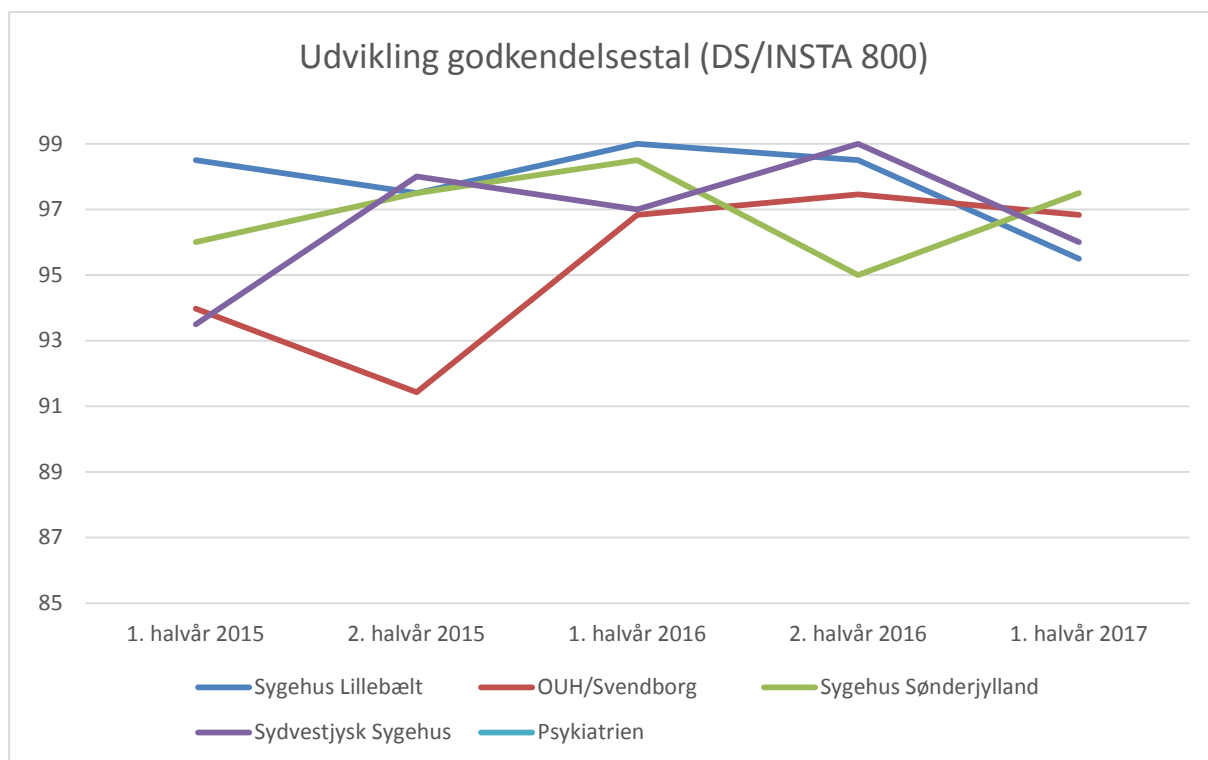


Godkendelsesprocenten på de enkelte sygehuse i 2015-2017 for DS 2451-10



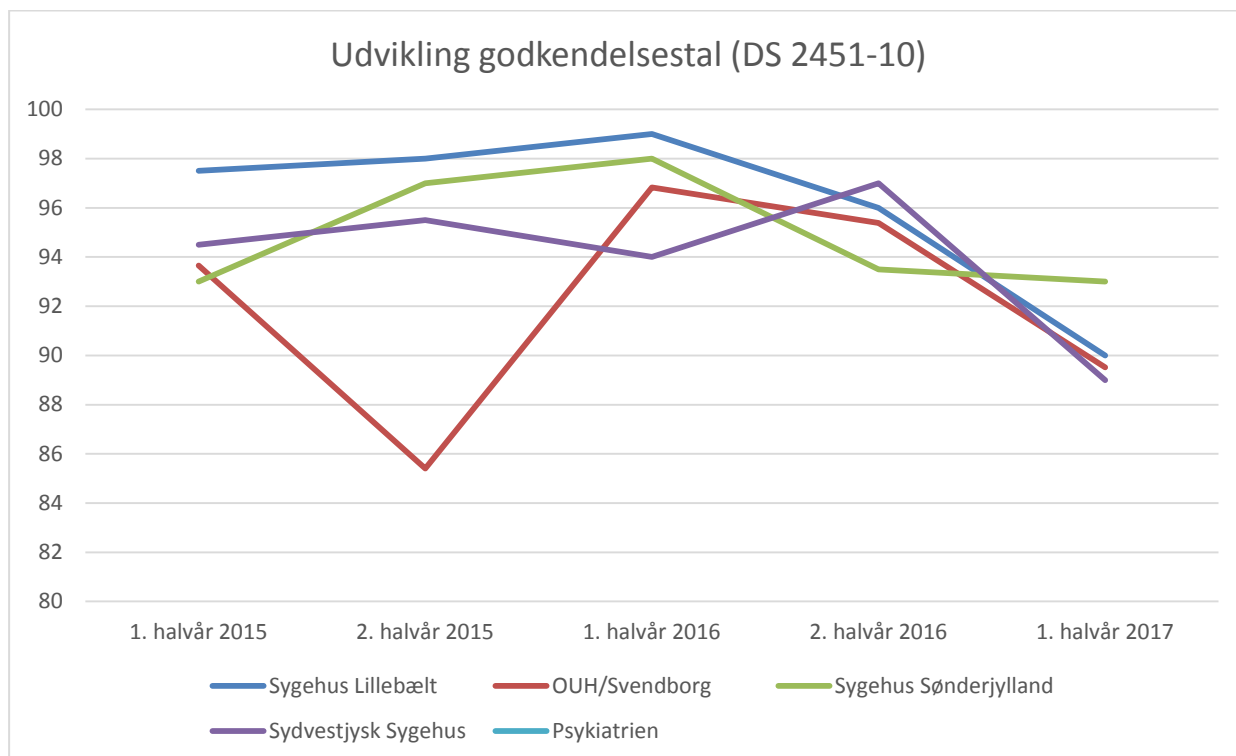
Godkendte og afviste områder i 2015/2016/2017 for DS/INSTA 800

Område	DS/INSTA 800 1. halvår 2017				DS/INSTA 800 2. halvår 2016				DS/INSTA 800 1. halvår 2016				DS/INSTA 800 2. halvår 2015				DS/INSTA 800 1. halvår 2015			
	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%
Sygehus Lillebælt	191	9	200	95,5	197	3	200	98,5	198	2	200	99,0	195	5	200	97,50	197	3	200	98,50
OUH Odense Universitets-hospital Svendborg Sygehus	305	10	315	96,83	307	8	315	97,46	305	10	315	96,83	288	27	315	91,43	296	19	315	93,97
Sygehus Sønderjylland	195	5	200	97,50	190	10	200	95,0	197	3	200	98,5	195	5	200	97,50	192	8	200	96,00
Sydvestjysk Sygehus	192	8	200	96,00	198	2	200	99,0	194	6	200	97,0	196	4	200	98,00	187	13	200	93,50
Psykatrien i Region Syddanmark	187	13	200	93,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Godkendte og afviste områder i 2015/2016/2017 for DS 2451-10

Område	DS 2451-10 2. halvår 2016				DS 2451-10 2. halvår 2016				DS 2451-10 1. halvår 2016				DS 2451-10 2. halvår 2015				DS 2451-10 1. halvår 2015			
	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%	Antal godkendte lokaler	Antal afviste lokaler	Stikprøvestørrelse	Godkendelses-%
Sygehus Lillebælt	180	20	200	90,00	192	8	200	96,00	198	2	200	99,00	196	4	200	98,00	195	5	200	97,50
OUH Odense Universitets-hospital Svendborg Sygehus	282	33	315	89,52	300	15	315	95,38	305	10	315	96,83	269	46	315	85,40	295	20	315	93,65
Sygehus Sønderjylland	186	14	200	93,00	187	13	200	93,50	196	4	200	98,00	194	6	200	97,00	186	14	200	93,00
Sydvestjysk Sygehus	178	22	200	89,00	194	6	200	97,00	188	12	200	94,00	191	9	200	95,50	189	11	200	94,50
Psykatrien i Region Syddanmark	189	11	200	94,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Kontrolskemaer

Der er udarbejdet detaljerede kontrolskemaer for alle lokaler, der er kontrolleret. I kontrolskemaerne kan det ses, hvilke svigt der er observeret samt hvor mange svigt og hvilke urenhedstyper, der er observeret på de enkelte objektgrupper. Derudover kan det specifikt ses, hvilke lokaler der godkendes og afvises på henholdsvis DS/INSTA 800 og DS 2451-10.

Alle kontrolskemaer er udsendt i første version indenfor 1-7 dage efter kontrollen er afsluttet, således at der hurtigt kunne blive udført en korrigerende handling på de observeret svigt.

Det skal dog nævnes, at de skemaer, der blev udsendt til de områdeansvarlige 1-7 dage efter kontrollernes udførelse, var skemaer i version 1 (kladder før korrekturlæsning).

Skemaer i denne rapport er version 2 – 1. halvår 2017. Denne version er den endelige version efter Dansk Servicerådgivnings interne korrektur.

Kontrolskemaerne kan ses i bilag 7 – 10. Bilagsfordelingen er som følgende:

Bilag 7: Kontrolskemaer pr. lokale for OUH/Svendborg

Bilag 8: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Sønderjylland

Bilag 9: Kontrolskemaer pr. lokale for Sydvestjysk Sygehus

Bilag 10: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Lillebælt

Bilag 11: Kontrolskemaer pr. lokale for Psykiatrien i Region Syddanmark

[Opbygning af kontrolskemaerne](#)

Kontrolskemaerne skal læses på følgende måde:

I den øverste del, der er markeret med en lyserød overskrift, findes information om område, lokaletype, lokaletørrelse, lokalenummer og kontroldato.

Midterste del, der er markeret med blå overskrift, er de observationer, der er gjort på DS/INSTA 800. Her ses hvilket kvalitetsniveau lokalet har samt antal af samlinger inden for de enkelte objektgrupper fordelt på de forskellige urenhedstyper. Endvidere kan det aflæses, hvilke svigt der er observeret og på hvilken faggruppe (rengøring eller andre faggrupper).

De observerede svigt tælles sammen i de lyseblå felter, og i de mørkeblå felter kan det aflæses hvilket kvalitetsniveau den enkelte objektgruppe er placeret i. Er et af niveauerne under lokalets kvalitetsniveau, afvises lokalet.

Helt nederst på siden kan det ses, om lokalet er afvist eller godkendt for DS/INSTA 800.

Nederste del, der er markeret med grøn overskrift, er de observationer der er gjort på DS 2451-10. Er der observeret svigt på et af de 10 kritiske styringspunkter, er det markeret i skemaet. Der er indsat risikograder og efter tabellen til højre, er det vurderet, om lokalet er godkendt eller afvist. Dette ses ved et ja eller nej i den grønne kolonne 'hygiejniveau godkendt'. Er der ikke indsat svigt, er der ikke observeret svigt på DS 2451-10. I disse tilfælde er kolonnen 'hygiejniveau godkendt' altså blank.

Såfremt et lokale afvises som følge af observationer af humanbiologisk materiale er det markeret med et kryds i feltet "Humanbiologisk materiale" på de enkelte stikprøveskemaer.

Det kan ligeledes helt nederst på siden ses, om lokalet er afvist eller godkendt for DS 2451-10, samt eventuelle bemærkninger der måtte være til lokalet.

Observationer: Rengøringsrelaterede, andre faggrupper og indirekte

Som udgangspunkt kan der på alle kontrolskemaer pr. lokale aflæses, hvor der på de enkelte sygehuse skal gøres en indsats for at forbedre kvaliteten.

Inden for samme bygning kan der være stor forskel. Nogle områder har ingen svigt af betydning, mens andre områder har mange svigt, som har betydning for rengøringskvaliteten og hygiejnen.

Det tilrådes, at de enkelte sygehuse endnu engang gennemgår kontrolskemaerne pr. lokale og får fastsat en handleplan for, hvorledes der sker en genopretning, og hvad der skal sættes ind af ressourcer (andre metodikker, oplæring, redskaber, ledelse, tid, andre rengøringsprogrammer, uddannelse m.m.) for i videst mulig omfang at undgå, at de samme svigt gentages.

Alle bemærkninger tilknyttet de enkelte lokaler på de enkelte sygehuse kan ses på bilagene for de enkelte lokaler. En del af ovenstående er endvidere omtalt i nedenstående oversigt.

Endvidere vil der blive sendt specielt udtræk af ovenstående til de enkelte sygehuse efter udsendelse af nærværende rapport.

[Rengøringsrelaterede observationer, Rengøring](#)

'Rengøringsrelaterede observationer rengøring' er observationer af dele, der rengøres af rengøringspersonalet på det enkelte sygehus.

[Rengøringsrelaterede observationer, Andre faggrupper](#)

'Rengøringsrelaterede observationer andre faggrupper' er observationer af dele, der rengøres af andre faggrupper og altså ikke rengøres af det enkelte sygehus' rengøringsafdeling eller rengøringselskab.

[Kommentarer til observationer for rengøringen og andre faggrupper](#)

Det blev på kontrollen oplyst af Region Syddanmarks kontaktpersoner, hvorvidt det var rengøringspersonalet eller andre faggrupper, som havde ansvaret for rengøringen af de enkelte objekter.

Der er en del forskelle fra sygehus til sygehus på, hvem der har ansvaret for rengøringen af en række objekter.

På nogle sygehuse/afdelinger rengøres eksempelvis lejestel ikke af rengøringspersonalet. Dette gælder endvidere for sengeborde. Nogle steder rengør rengøringspersonalet toppladen, hvorimod stel, skuffer, hjul og andre flader rengøres af andre faggrupper.

Indirekte observationer

Indirekte observationer kan være bygningsrelaterede, relateret til ryddeligheden eller andre observationer der gør at helhedsindtrykket af lokalet delvist eller helt forringes eller at den bygningsmæssige/vedligeholdelsesmæssige stand gør, at rengøringen enten besværliggøres, ikke bliver udført korrekt eller slet ikke kan foretages. Endvidere kan der være inventarobjekter, der ikke kan rengøres eller uryddelighed, der gør, at rengøringen ikke kan komme til.

Generelle observationer

Nedenstående er et uddrag af de væsentligste observationer, der på kontrollen opleves på de enkelte sygehuse på alle områder, uagtet hvem der er rengøringsansvarlig.

Bordventilationer:

Der blev observeret bordventilationer med støv på indvendige vinger. Disse skal ofte typisk skilles ad for at kunne rengøres indvendigt. Støv på vinger vil blæse ud i lokalet, når ventilationerne tændes.

Dispensere:

Dispensere til sprit og sæbe observeres med en ekstra strips sat på nogle steder. Denne strips besværliggør rengøringen af dispenseren. Hvilket formål denne strips har er ikke oplyst.

Flexslanger:

Under vaske på toiletter findes der ofte flexslanger med riller. Disse slanger er som oftest sat op, for at bordet med vask kan hæves og sænkes.

Flexslangerne er meget svære at rengøre, da der i rillerne sætter sig snavs og sæbeophobninger. Det vil være meget fordelagtigt, hvis disse slanger var med en overflade, der var rengøringsvenlig.

Håndsprit:

Sprit ødelægger gulvoverflader ved at lave mange sorte pletter/mærker, som er meget svære at fjerne og i mange tilfælde ikke kan fjernes.

Håndsprit kan ødelægge overflader under og omkring de dispensere, hvori håndspritten er placeret. Det anbefales, at der sættes plader eller skåle op, således at overfladerne ikke ødelægges ved evt. spild. Alternativt kan der lægges et ny stykke gulvbelægning de steder, hvor skaden er markant, evt. en type belægning, som er mere modstandsdygtig over for sprit.

Der observeres mange gulve, som er ødelagt af sprit, ikke alle er noteret i skemaerne.

Kontorer, oprydning:

På en del kontorer er der meget uryddeligt, og det kan være svært at komme til at gøre rent.

Ligeledes kan der ligge støv på mange papirer, hæftemaskiner, m.m.

På hylder kan der ligge mapper, i stedet for, at de står. Når mapper ligger, vil der komme støv på overfladen.

Der observeres ligeledes mange personlige genstande, hvorpå der er støv.

Kulisseskiner:

Nogle steder anvendes kulisseskinen på sengestuer til opbevaring af fx handskekasser, stetoskoper og udstyr. Opbevaring på kulisseskinen vanskeliggør rengøringen af denne.

Lejepapir:

Der observeres blåt lejepapir der er taget i brug, som står direkte på gulv. Når gulve rengøres, vil dette papir blive snavset, og/eller det vil besværliggøre rengøringen.

Linnedrum og rene depoter:

Flere linnedepoter og skyllerum anvendes til opbevaring. Ofte observeres papkasser, instrumenter m.m. i disse rum, og ofte er rummene svært tilgængelige. Linnedepoter og skyllerum har et højt kvalitets- og hygiejneniveau, og for at kunne udføre en rengøring i overensstemmelse med disse niveauer vil det være fordelagtigt at få foretaget en oprydning i disse rum.

Der observeres endvidere steder, hvor der står kasser direkte på gulvet. Dette hindrer en korrekt rengøring. Kasser på gulv bør anbringes på hunde med hjul.

Lægevaske:

I mange lægevaske er der en plexiglas plade foran vasken. Nogle steder kan denne ikke fjernes således, at vasken kan gøres korrekt ren. Andre steder er denne plade af en alder, der gør, at den ikke fremstår ren.

Løse ledninger:

Det anbefales, at løse ledninger sættes op således, at det ikke udgør en sikkerhedsmæssig fare for rengøringsassistenten samt muliggør en bedre rengøring. Ligeledes samles der ofte større støvophobninger i ledninger, som nemt hvirvles rundt på gulvet ved fx gennemtræk.

Medicinrum:

I mange medicinrum er der medicinrester på vægge. De fleste af disse pletter kan ikke fjernes. Synsmæssigt fremstår det ikke pænt.

I mange medicinrum er der endvidere stinkskafe. Indvendigt er mange af disse skabe støvede. De skal skilles en del ad for at muliggøre rengøring af disse, men det kan lade sig gøre.

Mælkekøkkener:

I nogle mælkekøkkener brygges der kaffe, anrettes mad og opbevares madvarer. Ligeledes blev der observeret åbne døre. Det bør afklares, hvad disse køkkener anvendes til. Et mælkekøkken har den højeste kvalitets- og hygiejneprofil.

Møbleringsgrad, indretning og materialevalg:

I nogle lokaler er møbleringsgraden så tæt, at det besværliggør rengøringen. Ligeledes kan nogle møbler være så u hensigtsmæssigt placeret, at rengøringen ikke kan foretages eller besværliggøres, fx placering af borde og senge foran vindueskarme.

Netloft/filter over operationslejer:

På en del operationsstuer er der netloft/filter over operationslejerne. På disse observeres der ofte blodpletter. Rengøringen kan ikke fjerne disse pletter uden at beskadige nettet/filterne.

Nettet bliver udskiftet af den tekniske afdeling med forskellige intervaller fra sygehus til sygehus.

Det er aftalt med Region Syddanmark, at observationer på disse overflader registreres men ikke indgår i bedømmelsen.

Operationsstuer:

Det observeres, at der på nogle operationsstuer er meget udstyr så som instrumenter, borde, stole m.m. Om alt udstyr bliver brugt kan ikke vurderes, men en gennemgang af lokalerne for at sikre at der ikke står unødvendigt udstyr, der evt. kan flyttes til depot vil være hensigtsmæssig.

Der kan ligeledes observeres mapper, blyanter m.m. Der kunne med fordel foretages en oprydning af disse objekter.

Opbevaring på skabstoppe:

Flere steder blev der observeret opbevaring af mange objekter på skabstoppe eller frie hylder. Dette kan være kasser, vaser, plancher, m.m. Opbevaring af dele på skabstoppe besværliggør rengøringen, især hvis det fremstår som rod og ikke er sat op på en måde, så det er let at rengøre imellem. Her tænkes der særligt på plakater og plancher, der 'bare ligger' og samler støv.

Polstrede møbler:

Polstrede møbler i lokaler, hvor patienter sidder (kvalitetsprofil K5, K4 og K3), er ikke hensigtsmæssigt for rengøringen. Dels ud fra det synspunkt at der kan komme kropsvæsker i den polstrede overflade, og at de derfor er svære at rengøre, og dels ud fra det synspunkt at der kan være faste pletter, der ikke kan fjernes, og de derfor ikke fremstår pæne. Slutteligt må der i henhold til DS2451-10 ikke anvendes en støvsuger i patientområder.

Redskaber på gulv i operationsstuer og skyllerum:

Det observeres mange steder, at der står løse redskaber, herunder gulvskraber, fejebakker m.m. på gulv til brug for opsamling af affald eller vand. Disse kan med fordel hænges op på væggen.

Rust, pletter og afskalning på inventar:

Der observeres en del slidte og rustne hjul på rulleborde, stativer, affaldsstativer, skamler m.m.

Disse blev primært observeret på operationsstuer.

Ligeledes var der stativer og gardinstænger, som var afskallede i overfladen.

På nye afsnit er der ofte medbragt udstyr af ældre dato. Udstyret har rust på hjul m.m.

Rust og afskalning kan hindre en korrekt rengøring, da fladerne er ujævne, og der i disse ujævnheder kan gemme sig snavs.

Scannere, røntgenapparater og andre tekniske installationer til brug for undersøgelse:

Der observeres mange svigt på tekniske apparater, der anvendes til undersøgelse af patienter.

Skabe:

Der er enkelte steder observeret skabe og skuffer, der står åbne. Når disse dele står åbne, registreres det, hvis der observeres støv m.m.

Slidte overflader:

Der blev på de fleste sygehuse observeret slidte overflader, slidte sanitære installationer og radiatorer. Disse blev observeret på alle lokaletyper, men primært i bygninger af ældre dato.

Endvidere er der mange steder observeret striber og pletter, som ikke kan fjernes ved rengøring på væg- og gulvoverflader eller på inventarobjekter fx vaske. Disse striber og pletter gør, at væg- og gulvoverflader samt inventar fremstår snavsede.

Flere steder blev der observeret huller i vægge efter gamle ophæng. Disse ujævnheder medfører en ikke hensigtsmæssig rengøring.

Få steder blev der observeret berøringspunkter fx greb på døre eller greb på sengeborde, der var itu således, at dér hvor der gribes, er der 'råt' træ. 'Råt' træ giver ujævnheder i overfladen og er svært at rengøre.

Stetoskoper:

Der observeres stetoskoper der ligger på kulisseskiner, hænger på knager, radiatorrør eller lign. Det kan dels besværliggøre rengøringen af de steder de opbevares, og dels kan de blive temmelig støvede af at hænge sådanne steder.

Stole der er gået i stykker i overfladen:

Der blev observeret en del stole og behandlingsstole, hvor det vaskbare betræk var flækket i overfladen. I sådanne åbninger kan der ikke rengøres, hvilket er u hensigtsmæssigt og uhygiejnisk.

Sygeplejevogne:

Vogne med hjul, der anvendes af plejepersonalet, ses i mange tilfælde med støv på vanger og hjul.

Sæbe:

Der blev på alle sygehuse med jævne mellemrum observeret sæbe, hvor udløbsdatoen var overskredet. Nogle steder er det rengøringen, der skal udskifte sæben, og andre steder er det andre faggrupper. Der bør sættes fokus på holdbarhedsdatoen på sådanne forbrugsartikler, således at sæben ikke overskrider datomærkningen.

Tape:

Der anvendes ofte tape til opsætning af diverse papirer m.m. Denne giver mærker på materialer eller kan ikke fjernes.

Uniformer:

Der observeres kontorer, hvor der ligger rene uniformer til brug for personalet. Dette tøj samler ofte støv, inden det tages i brug.

Uroer og troldegrene:

Der observeret en del uroer og troldegrene ophængt i loft. Disse samler meget støv og er svære at rengøre.

Evaluering af kontrollen

For alle områderne gælder det, at de er gået tilbage på godkendelsesprocenterne på begge standarder, dog med undtagelse af Sygehus Sønderjylland, som har forbedret godkendelsesprocenten på DS/INSTA 800. Det forhold, der delvis spiller ind er, at *alle* svigt ved denne kontrol indgår i bedømmelsen, uagtet hvem der er ansvarlig for rengøringen. Svigtene er i tidligere rapporter registreret men har ikke indgået i bedømmelsen, såfremt andre faggrupper end rengøringen var ansvarlige for udførelsen.

Ser man isoleret set på den kvalitet, som rengøringsafdelingerne/de rengøringsansvarlige leverer, så er denne på et højt niveau som forrige kontrol. Dette kan ses på de lister, hvorpå der er noteret, hvilke observationer der er registreret.

Ud fra godkendelsesprocenterne fra 2. halvår 2016 og 1. halvår 2017 er følgende difference udregnet:

Område	DS/INSTA 800			DS 2451-10		
	Godkendelsesprocent 1. halvår 2017	Godkendelsesprocent 2. halvår 2016	Difference	Godkendelsesprocent 1. halvår 2017	Godkendelsesprocent 2. halvår 2016	Difference
Sygehus Lillebælt	95,50	98,50	-3,00	90,00	96,00	-6,00
OUH Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus	96,83	97,46	-0,63	89,52	95,38	-5,86
Sygehus Sønderjylland	97,50	95,00	+2,50	93,00	93,50	-0,50
Sydvestjysk Sygehus	96,00	99,00	-3,00	89,00	97,00	-8,00
Psykiatrien i Region Syddanmark	93,50	-	-	94,50	-	-

Observerede svigt i lokaler med kvalitetsniveau 5 eller svigt med humanbiologisk materiale blev i de fleste tilfælde fjernet umiddelbart efter, at kontrollen var afsluttet. Alternativt blev der straks rettet henvendelse til en ansvarlig medarbejder.

Der er observeret en del svigt på dele, der rengøres af andet personale end rengøringspersonalet. De primære svigt der ses er b.la. støv på røntgenudstyr, scanner og maskiner der anvendes til undersøgelse, støv på anæstesiudstyr og sygeplejeborde (ofte vanger), støv på skuffeuttræk i depoter, støv indvendigt i bordventilationer, indvendigt i stinkske, indvendigt i ventilationer i loft og på vægge, rulleborde, liftsystemer og træningsudstyr.

Snitfladerne på de enkelte sygehuse er meget forskellige, og en del steder kan det forekomme uklart, hvem der egentlig har rengøringsansvaret.

Det opleves, at alle sygehuse allerede har gjort en aktiv indsats for at belyse snitfladerne og ansvarsområderne.

Der foreligger dog stadig et stykke arbejde med at få belyst alle ansvarsområder. Konkret opleves det på kontrollen, at der på en helt ren operationsstue (klar til operation) netop var kørt en C-bue ind, der skulle bruges ved operationen. Denne C-bue var meget støvet og burde ikke være blevet kørt ind på stuen før den var rengjort. Et andet eksempel er en uren seng, der er kørt op fra depot i kælderen til en ren stue. Sengen var blevet opredt af plejepersonale men havde et støvet stel.

I begge tilfælde bør dem, der kører udstyret ind på stuerne, være opmærksomme og få rengjort delene. Ligeledes bør der laves en plan for, at objekter i yderområder, der kan anvendes, bliver rengjort.

Dansk Servicerådgivning er i forbindelse med kvalitetskontrollerne blevet mødt med en overordentlig stor og positiv interesse fra kontaktpersonerne og de personer, der har deltaget i kontrollerne. De kontaktpersoner, som deltog i kontrollerne, havde alle et godt kendskab til og overblik over det pågældende sygehus. Dette medvirkede til, at der på kontrollen var et højt effektivitetsniveau, ligesom Dansk Servicerådgivnings generelle indtryk er, at der er et højt rengøringsfagligt niveau blandt de områdeansvarlige.

På OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus deltog hygiejnesygeplejersker, og på Psykiatrien deltog der en hygiejnekoordinator. Dette var en særdeles god oplevelse for alle parter. Der var en god dialog om, hvad der blev observeret, og ofte var der ligeledes dialog omkring, hvad der kunne gøres for at undgå de observerede svigt i det fremadrettede.

Alle deltagere var igennem hele kontrolforløbet aktivt deltagende og meget opmærksomme på kontrollens udførelse og observationspunkterne, ligesom der ikke på noget tidspunkt har været uenighed på selve kontrollen omkring de observerede svigt.

På nogle af kontrollerne var de rengøringsassistenter, som gjorde rent på det kontrollerede område, med på kontrollen. Dette var medvirkende til en god og faglig dialog omkring de anvendte standarder, kvalitets- og hygiejneniveauer, rengøringsmetodikker etc. Det opleves i de fleste tilfælde, at rengøringsassistenterne er oprigtigt interesserede i kontrollen og meget gerne vil vide, hvordan der bliver kontrolleret.

Rapport del 4

Rapport del 4 består af bilag der beskriver observationerne på forskellige niveauer.

Bilagsoversigt

[Bilag 1: Godkendte/afviste lokaler pr. område \(DS/INSTA 800\)](#)

[Bilag 2: Godkendte/afviste lokaler pr. område \(DS 2451-10\)](#)

[Bilag 3: Godkendte/afviste lokaler pr. sygehus \(DS/INSTA 800\)](#)

[Bilag 4: Godkendte/afviste lokaler pr. sygehus \(DS 2451-10\)](#)

[Bilag 5: Godkendte/afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på kvalitetsniveauer \(DS/INSTA 800\)](#)

[Bilag 6: Godkendte/afviste lokaler pr. område/sygehus opdelt på hygiejneniveauer \(DS 2451-10\)](#)

[Bilag 7: Kontrolskemaer pr. lokale for OUH/Svendborg \(bemærk 315 skemaer\)](#)

[Bilag 8: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Sønderjylland \(bemærk 200 skemaer\)](#)

[Bilag 9: Kontrolskemaer pr. lokale for Sydvestjysk Sygehus \(bemærk 200 skemaer\)](#)

[Bilag 10: Kontrolskemaer pr. lokale for Sygehus Lillebælt \(bemærk 200 skemaer\)](#)

[Bilag 11: Kontrolskemaer pr. lokale for Psykiatrien i Region Syddanmark \(bemærk 200 skemaer\)](#)

[Bilag 12: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype \(DS/INSTA 800\)](#)

[Bilag 13: Oversigt over godkendte/afviste lokaler for hver lokaletype \(DS 2451-10\)](#)