

Notat

til

Sundhedsaftale om det regionale samarbejde  
om infektionshygiejne, herunder MRSA

Regions- og universitetshospitaler,  
kommuner og praksisområdet  
i Region Midtjylland

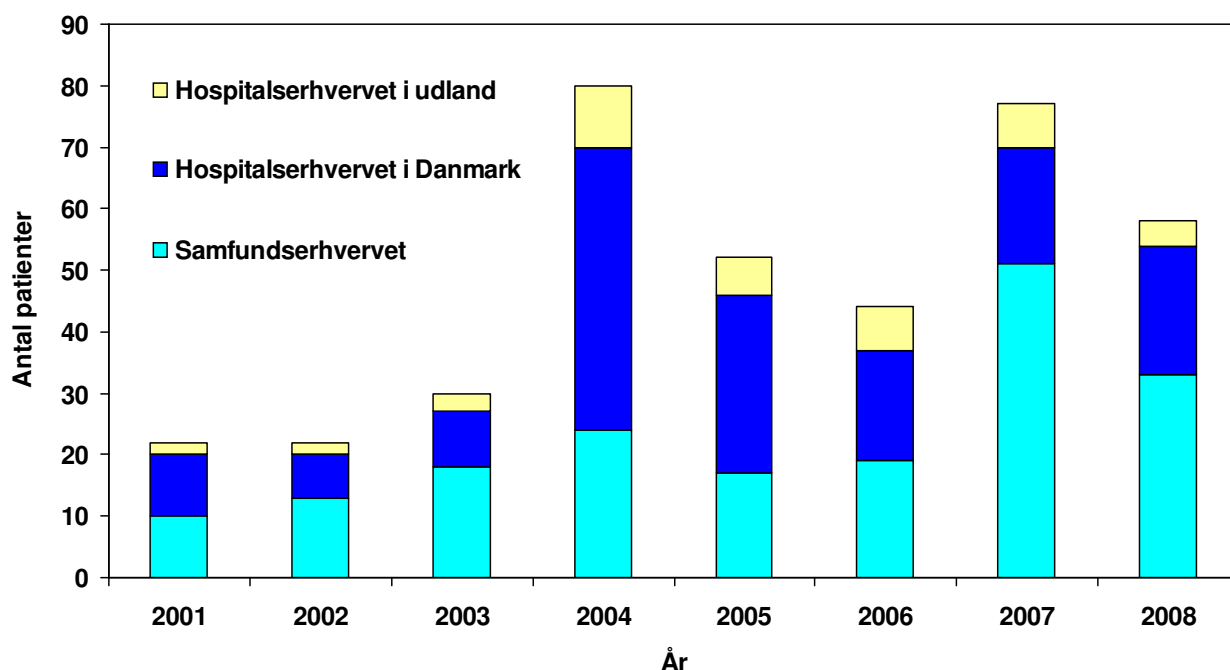
## Indholdsfortegnelse

<b>1. Baggrund</b>	<b>3</b>
<b>2. Arbejdsgruppens kommissorium</b>	<b>4</b>
<b>3. Generelt om sundhedsaftalen</b>	<b>5</b>
3.1. Udgangspunkter for sundhedsaftalens indhold og opbygning	5
3.2. Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalen	5
3.3. Principper for sundhedsaftalens finansiering	7
3.3.1. Kommunal finansiering af hjemme- og institutionsbesøg med specialrådgivning	7
3.3.2. Kommunal medfinansiering af telefonrådgivning hos hygiejnesygeplejerskerne	7
3.3.3. Kommunal finansiering af uddannelse og undervisning fra hygiejnesygeplejerskerne	7
3.3.4. Regional finansiering af "behandlingspakker" og systemisk behandling	8
3.3.5. Regional aftale om speciallægelig konsulentfunktion på regionale institutioner	8
<b>4. Sundhedsaftalens delforløb</b>	<b>8</b>
4.1. Infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger	8
4.1.1. anbefalinger til hospitalerne	9
4.1.2. anbefalinger til almen praksis	9
4.1.3. anbefalinger til de øvrige praksisområder	10
4.1.4. anbefalinger til de regionale institutioner	10
4.1.5. anbefalinger til kommunerne	10
4.2. Behandling af patienter med MRSA	11
4.2.1. anbefalinger til hospitalerne	12
4.2.2. anbefalinger til almen praksis	12
4.2.3. anbefalinger til kommunerne	12
4.3. Opfølgning ved MRSA- udbrud i primær sektor	13
4.3.1. anbefalinger til hospitalerne	13
4.3.2. anbefalinger til almen praksis	14
4.3.3. anbefalinger til kommunerne	14
<b>5. Kvalitetssikring af sundhedsaftalen</b>	<b>14</b>
5.1. Monitorering	14
5.2. Implementeringsplan	15
5.3. Evaluering og revision	15
<b>Bilag A</b> Arbejdsgruppens medlemmer	16

## 1. Baggrund

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse af spredning af den resistente stafylokokbakterie **M**erticillinresistent **S**taphylococcus **a**ureus<sup>1</sup>, forkortet til MRSA, har hospitalerne, praksisområdet og kommunerne fået til opgave at gøre en specifik forebyggende indsats over for MRSA. Målet er at holde den stadig lave forekomst i Danmark på et fortsat lavt niveau.

Baggrunden er, at forekomsten af MRSA- infektioner er steget over de seneste år i Danmark. Tidligere blev MRSA især fundet hos indlagte patienter, der var smittet i udlandet, men som noget nyt spredte bakterien sig uden for hospitalerne, fx på plejehjem. Denne tendens kan også iagttages ved Århus Universitetshospital, Skejby, hvor andelen af de hospitalserhvervede infektioner var størst i 2004-2005, mens de samfundserhvervede<sup>2</sup> er steget betydeligt specielt i perioden 2007-2008 (tabel 1). Andelen af de hospitalserhvervede infektioner ligger nogenlunde konstant.



**Figur 1:** Ny erhvervede MRSA- tilfælde detekteret på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby opgjort efter formodet smittested.

Vejledningens hovedprincipper for forebyggelsen er:

1. at finde og fjerne bakterien hos den enkelte
2. at sundheds- og plejepersonale nøje skal efterleve de angivne hygiejneregler

men vejledningen lægger også op til:

3. at sundhedspersonalet skal kunne varetage den konkrete og specifikke MRSA- behandling jf. de fastlagte hygiejniske behandlingsprincipper

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af spredning af MRSA. Vejledning. December 2006.

<sup>2</sup> MRSA hos personer, der ikke umiddelbart har tilknytning til sundhedsvæsenet.

Udover disse interne opgaver på hospitaler, i praksisområdet og i kommunerne, er det nødvendigt med et eksternt samarbejde mellem sektorerne for at skabe sammenhæng og effekt i MRSA- indsatsen.

Den generelle og specifikke infektionsforebyggende indsats over for MRSA er både ny og ret omfattende for kommunerne og betyder, at den enkelte kommune har ansvar for, at der skal sættes ind over for følgende områder:

- Personalet i den kommunale hjemmepleje, som udfører arbejdet på plejehjem og i borgerens eget hjem,
- Den kommunale sundhedspleje, som foretager hjemmebesøg til børnefamilier og har kontakt med folkeskole- og efterskoleelever,
- Personale på de kommunale institutioner og beskyttede boliger med fysisk og psykisk udviklingshæmmede og
- De kommunale dagplejer og personale i daginstitutioner og folkeskoler.

Sundhedspersonalet i kommunerne har en almen viden om hygiejne på meget forskellige niveauer, men ikke specialviden inden for MRSA. Det betyder, at kommunerne i forbindelse med den fremtidige varetagelse af de ovennævnte opgaver må forventes at få behov for at få tilført infektionshygiejnisk specialviden fra det regionale niveau. Denne viden findes i dag på de tre klinisk mikrobiologiske afdelinger i regionen.

Ved indgåelsen af de bilaterale sundhedsaftaler i de 19 kommuner i regionen<sup>3,4</sup> viste halvdelen af dem interesse for at indgå i et samarbejde med regionen om den forebyggende indsats over for MRSA. Den regionale ledelsesgruppe for infektionshygiejne har i dens strategiplan<sup>5</sup> ét fokusområde, nemlig at indgå i et fælles regionalt infektionshygiejnisk samarbejde med kommunerne. På den baggrund blev det besluttet at nedsætte en tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe.

## **2. Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning**

Arbejdsgruppen fik til opgave ifølge arbejdskommissoriet:

- at udarbejde forslag til en regional sundhedsaftale mellem sygehusene, de kommunale sundhedsordninger og almen praksis med retningslinjer for det tværsektorielle samarbejde om MRSA, som omfatter følgende:
  - Forebyggelsesindsats over for spredning af MRSA
  - MRSA- behandling
  - MRSA- smitteopsporing
  - Kvalitetssikring af MRSA- indsatsen
  - Finansieringsfordeling ved MRSA- indsatsen

---

<sup>3</sup> Sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005 § 205 om sundhedsaftaler.

<sup>4</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 2006.

<sup>5</sup> Regional Ledelsesgruppe for Infektionshygiejne. Strategiplan for hygiejneområdet i Region Midtjylland. Sept. 2008.

Målet er at sikre sammenhæng i sundhedsydelse og patientforløbene ved indsatser over for MRSA og andre infektioner i primær og sekundær sektor. Arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 1.

### **3. Generelt om sundhedsaftalen**

#### **3.1. Udgangspunkter for sundhedsaftalens indhold og opbygning**

Sundhedsaftalen tager primært udgangspunkt i de kliniske retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen har afstukket i vejledningen om forebyggelse af spredning af MRSA<sup>1</sup>.

Desuden indgår de erfaringer, som både er gjort i det tidligere Vejle Amt ved ST22- udbruddet i 2005, hvor amtet indgik en aftale om MRSA- samarbejdet mellem primær og sekundær sektor<sup>6</sup> og i Randers klyngen gennem projektet: "Infektionsforebyggelse - et udviklingsprojekt i samarbejde med kommunerne"<sup>7</sup>.

Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for kroniske sygdomme – en generisk model"<sup>8</sup> har været inspirationskilde for sundhedsaftalens opbygning, idet aftalens tre delelementer er bygget op som et "før under – efter" forløb.

Desuden er sundhedsaftalens tre delforløb udarbejdet ud fra rammebeskrivelsen for dokumentstyring i regionens elektroniske dokumentstyringssystem på sundhedsområdet med henblik på indlæggelse i e-Dok.

#### **3.2. Samarbejdsstrukturen i sundhedsaftalen**

Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalen bygger på de samme overordnede principper, som er gældende ved den sundhedsfaglige ansvars- og opgavefordeling inden for det samlede sundhedsvæsen. Det vil sige, at de indsatser, som kræver specialfaglig viden og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital, foregår i sekundær sektor. De øvrige sundhedsfaglige indsatser, som ikke nødvendiggør disse specialkompetencer og -udstyr, foregår i primær sektor.

Det betyder, at på hospitalerne er de specialfaglige kompetencer inden for infektionshygiejne repræsenteret ved speciallægerne i klinisk mikrobiologi og hygiejnesygeplejerskerne, der har en videregående uddannelse inden for infektionshygiejne.

Det foreslås, at kommunerne får uddannet kommunale hygiejnøglepersoner. Der peges på personale med sundhedsfaglig baggrund (primærsygeplejerske og/eller sundhedsplejerske), der gennemgår et kursus. Begrundelsen for dette valg er, at hygiejnøglepersonen skal fungere som vidensbærer og – formidler på det infektionshygiejniske område i en kommune.

---

<sup>6</sup> Vejle Amt. MRSA- samarbejdet mellem primær og sekundær sektor – fælles amtslige retningslinier. Håndbog for sundhedspersonale. 2006.

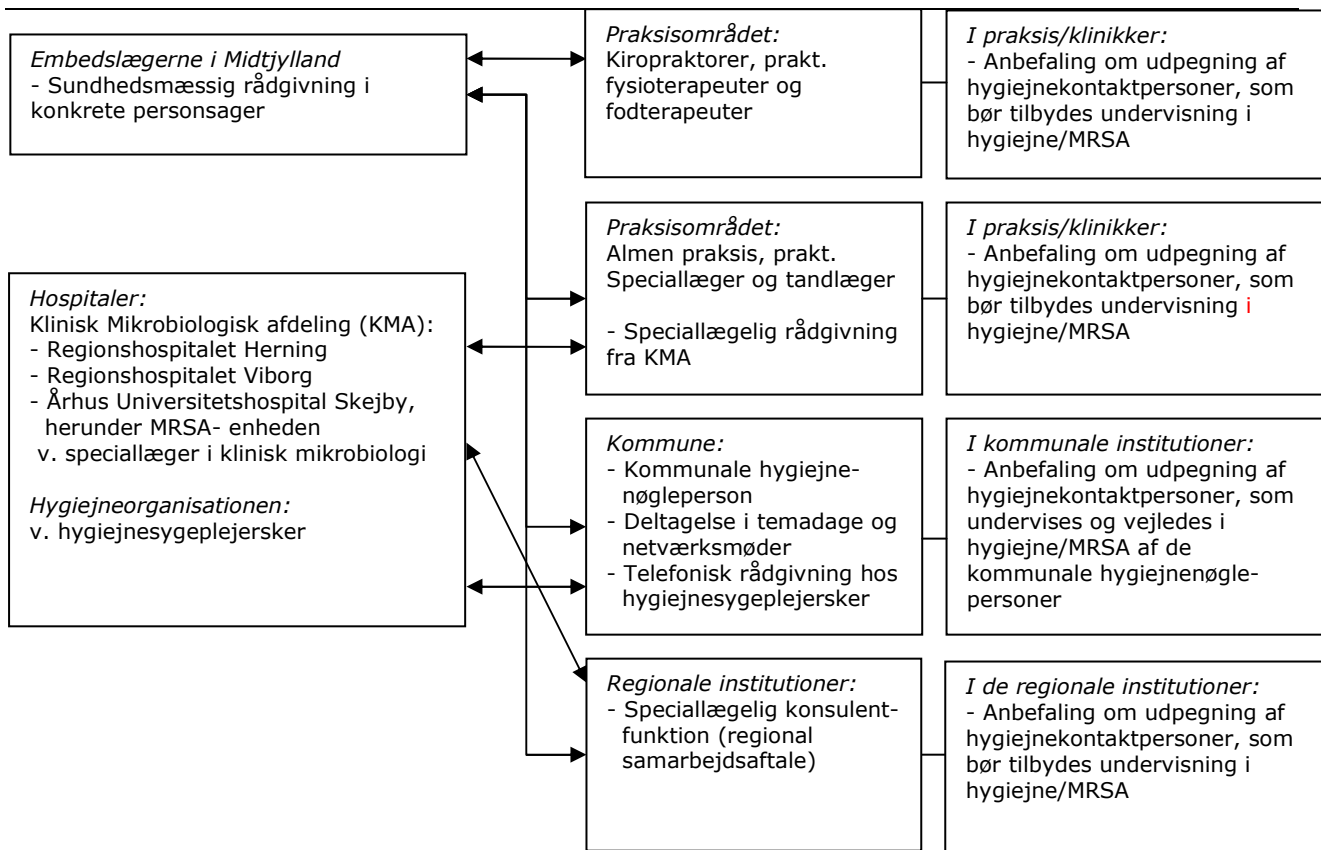
<sup>7</sup> Infektionsforebyggelse. – 2-årigt udviklingsprojekt mellem Randers, Favrskov, Syddjurs og Norddjurs kommuner i perioden 01.01. 2008 – 31.12.2009.

<sup>8</sup> Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. 2008.

Inden for praksisområdet og på de regionale og kommunale institutioner anbefales det, at der udpeges en hygiejnekontaktperson, gerne med en sundhedsfaglig baggrund og ansat i pågældende organisation. Vedkommende fungerer som stedets kontaktperson, når det drejer sig om hygiejniske anliggender, og personen bør gennemgå et kortvarigt kursus i infektionshygiejne.

De praktiserende læger og speciallæger samt tandlæger i primær sektor kan udover vejledning fra embedslægerne få rådgivning fra speciallægerne i klinisk mikrobiologi i forbindelse med løsning af specifikke patienttilfælde. De øvrige praksis og klinikker i primær sektor har primært kontakt til embedslægerne. De regionale institutioner kan på grund af en samarbejdsaftale mellem hospitalerne i Region Midtjylland mod honorering få speciallægelig konsulentbistand. Derudover anbefales, at der udpeges en hygiejnekontaktperson i hver praksis/klinik/institution, der er stedets kontaktperson, når det drejer sig om hygiejniske anliggender. Vedkommende persons opgaver vedrørende hygiejne defineres af stedets leder, og personen anbefales at have gennemgået et kortvarigt kursus i infektionshygiejne.

Figur 2: Organisationsmodel for sundhedsaftalens samarbejdsstruktur



Kommunerne kan få sundhedsmæssig rådgivning i konkrete personsager hos embedslægerne. Men på grund af kommunernes nye opgaver i forbindelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om MRSA, foreslås der etableret et samarbejde med hospitalernes hygiejnesygeplejersker på det infektionshygiejniske område. For at få en effektiv og målrettet indsats med hensyn til samarbejdsfladen mellem kommunerne og hygiejnesygeplejerskerne, foreslås, at kommunikationen kun foregår mellem hygiejnesygeplejerskerne

og de kommunale hygiejnøglepersoner. De sidstnævnte personer bliver herved bindeleddet til de kommunale hygiejnekontaktpersoner. Af figur 2 fremgår organisationsmodellen for samarbejdsstrukturen i sundhedsaftalen, hvor pilene angiver de eksterne samarbejdslinjer, mens stregerne de interne.

### **3.3. Principper for sundhedsaftalens finansiering**

I sundhedsaftalen anvendes der ved sektoroverskridende medfinansiering de eksisterende former for finansiering af sundhedsydelser mellem primær og sekundær sektor, dvs. fra love, bekendtgørelser mm. eller lokale regionale aftaler.

#### **3.3.1. Kommunal finansiering af hjemme- og institutionsbesøg med specialrådgivning**

Hvor det er muligt bygger finansieringen af sundhedsaftalen på sundhedslovens finansieringsmodel med kommunal medfinansiering af aktivitetsforbruget på hospitals- og praksisområdet. Det vil sige, at kommunerne ved brug af infektionshygiejnisk rådgivning ved hjemme- eller institutionsbesøg medfinansierer denne ydelse som ambulans behandling/ - besøg. Dette er 30 % af DAGS- takst, dog max. 320 kr. pr. besøg.

#### **3.3.2. Kommunal medfinansiering af telefonrådgivning hos hygiejnesygeplejerskerne**

Taksten for ambulans behandling/-besøg omfatter ikke telefonrådgivning, da dette begreb ikke anvendes ved den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser på hospitalerne. Derimod er der kommunal medfinansiering af ydelser hos praktiserende læge, idet der betales 10 % af honorarer.<sup>9</sup> Den praktiserende læges grundhonorar for en telefonkonsultation er 24,84 kr. (2009 P/L). De to typer af telefonrådgivning kan dog ikke direkte sammenlignes med hensyn til tidsforbruget i den enkelte rådgivning. Det må forventes, at der bruges mere tid per. telefonrådgivning, når det drejer sig om rådgivning i hygiejniske spørgsmål.

Der foreslås på forsøgsbasis, at kommunen betaler der 500 kr. ekstra i uddannelsesgebyr til hospitalerne til dækning af telefonrådgivninger ved en hygiejnesygeplejerske for hver kommunal hygiejnøgleperson, som kommunen uddanner. Det vil svare til 5-10 telefonkonsultationer.

Der skal for en afprøvningsperiode findes en enkelt løsning til registrering af forbruget af denne telefonrådgivning. Registreringsformen og -indholdet skal planlægges sammen med den øvrige monitorering.

#### **3.3.3. Kommunal finansiering ved uddannelse af kommunale hygiejnøglepersoner**

I det regionale sundhedssamarbejde i Region Midtjylland ved indgåelse af sundhedsaftalerne blev der aftalt, at kursus- og temadagsaktiviteter som vedrørende faglig vidensformidling og – udvikling mellem hospitaler, kommuner og evt. praksisområdet er den kommunale kursusdeltagelse 500 kr. pr. person pr. dag. Denne aftale går under betegnelsen "Fælles skolebænk".

---

<sup>9</sup> Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Cirkulære nr. 114 af 24.11.2006 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. Bilag 2.

Uddannelses- og kursusaktiviteter, som ikke er omfattet af sundhedsaftalen aftaletekst, foregår på sædvanlige vilkår, hvor hospitalerne fastsætter kursussen.

### **3.3.4. Regional finansiering af MRSA- behandlingspakker**

For at sikre høj compliance hos patient/husstand ved en MRSA- behandling og dermed opnå en mere effektiv indsats over for spredning af MRSA arbejdes der i regionen på at finde en ordning, hvor hospitalerne finansierer midlerne til behandlingen. Det vil sige behandlingspakker, som indeholder de behandlingsmidler, som en patient/husstand har fået ordineret af en læge i forbindelse med en MRSA- behandling, uanset om denne er standard ved helkropsvask eller systemisk ved antibiotika.

### **3.3.5. Regional aftale om speciallægelig konsulentfunktion på regionale institutioner**

En samarbejdsaftale mellem specialinstitutioner og regionshospitaler om speciallægelig konsulentbistand, er under udarbejdelse. Heri fastsættes et honoreringsbeløb. Denne aftale foreslås anvendt, hvis en regional institution beder speciallæger i klinisk mikrobiologi og hygiejnesygeplejersker om specialrådgivning og vejledning om MRSA.

## **4. Sundhedsaftalens delforløb**

Det primære fokus i sundhedsaftalens indhold er ikke så meget den sundhedsfaglige indsats, men ansvars- og opgavefordelingen ved det infektionshygiejniske samarbejde om følgende delområder:

Del 1: Infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger (bilateral aftalestof)

Del 2: Behandling af patienter med MRSA (obligatorisk)

Del 3: Opfølgning ved MRSA- udbrud (obligatorisk)

### **4.1. Infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

Delaftalen for samarbejdet om infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger omfatter forslag til, hvordan primær sektor kan organisere det infektionshygiejniske område for bedre. Der sker for at sikre den faglige kvalitet af de forebyggelsesmæssige foranstaltninger, som kommunen iværksætter for at forebygge spredning af MRSA og andre infektioner. De foreslåede forebyggelsesforanstaltninger er formulering af en hygiejnepolitik<sup>10</sup>, som fastlægger rammerne for hygiejne, etablering af en hygiejneorganisation<sup>11</sup> og sikre infektionshygiejnisk viden hos sundhedspersonalet.

Formålet med en hygiejnepolitik er:

- at forebygge og reducere infektions- og smitterisikoen for patienter/borgere, besøgende/pårørende, ledere, medarbejdere og øvrige
- at der foreligger retningslinjer for og viden om hygiejne
- at sikre, at ledere og medarbejdere har en fælles forståelse af og systematisk tilgang til arbejdet med hygiejne

---

<sup>10</sup> Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for kommuner. 2008.

<sup>11</sup> Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2008.



Formålet med en hygiejneorganisation er:

- at sikre implementeringen af hygiejnepolitikken
- sikre monitorering og evaluering af indsatsen

I sundhedsaftalens bilag 1 er der beskrevet to modeller for, hvordan kommunerne kan organisere en hygiejneorganisation ved en overordnet organisering for hele kommunen, en områdeopdelt organisering eller en kombination af disse.

Desuden er der forslag til, hvordan den enkelte kommune kan sikre personalemæssig viden og kompetencer og dermed et handlingsberedskab til forebyggelse af smittespredning af infektioner og ved behov for en behandlingsindsats over for borgere med MRSA. Det sker ved, at der som minimum er uddannet en kommunal hygiejnenøgleperson i hver kommune og udpeget en hygiejnekontaktperson i hver praksis/klinik/institution.

Delaftalens konkrete indhold fremgår af Sundhedsaftalens del 1.

#### **4.1.1. Anbefalinger til hospitalerne vedr. infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

I denne del af sundhedsaftalen anbefales følgende til hospitalerne:

- Hygiejnesygeplejerskerne planlægger og deltager i de 2 årlige regionale netværksmøder/temadage, som foreslås etableret i Region Midtjylland, og hvor også de kommunale hygiejnenøglepersoner også deltager
- Hygiejnesygeplejerskerne står ved netværksmøderne for formidling af ny relevant viden inden for det infektionshygiejniske område og for vidensudveksling sektorerne imellem

Finansieringen sker ud fra finansieringsordningen ved kurser/temadage, som er aftalt i regi af Fælles Skolebænk under sundhedsaftalerne. Se afsnit 3.3.3. og 4.1.5.

Organiseringen af netværksmøder skal aftales nærmere i samarbejde med de kommuner, som har tilsluttet sig sundhedsaftalen.

#### **4.1.2. Anbefalinger til almen praksis vedr. infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

Der anbefales følgende for de praktiserende læger:

- I hver praksis foreligger der retningslinjer for hygiejnen
- Hver praksis udpeger en hygiejnekontaktperson, gerne med sundhedsfaglig baggrund
- De kliniske mikrobiologer på regionens hospitaler rådgiver de praktiserende læger i infektionshygiejniske relaterede problemstillinger i forbindelse med specifikke patienttilfælde.
- Praksis modtager løbende information/vejledning via mail eller e-learning og relevante praksiskonsulenter inddrages i arbejdet.

Arbejdsgang og tilrettelæggelse aftales nærmere mellem Almen Praksis og afdelingen for Primær Sundhed.

#### **4.1.3. Anbefalinger til de øvrige praksisområder vedr. infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

De øvrige praksisområder omfatter speciallæge- og tandlægepraksis, fysioterapi-, fodterapi- og kiropraktorklinikker. For dette område anbefales følgende:

- I hver praksis/klinik foreligger der retningslinjer for hygiejnen
- Hver praksis/klinik udpeger en hygiejnekontaktperson, gerne med sundhedsfaglig baggrund
- Praksis modtager løbende information/vejledning via mail eller e- learning og relevante praksiskonsulenter inddrages i arbejdet.

Arbejdsgang og tilrettelæggelse aftales nærmere mellem de relevante organisationer og afdelingen for Primær Sundhed.

#### **4.1.4. Anbefalinger til de regionale institutioner vedr. infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

Det drejer sig bl.a. om institutioner for fysisk- og psykisk udviklingshæmmede personer, hvor driften er regionens ansvarsområde.

Der anbefales:

- På hver institution foreligger der retningslinjer for hygiejnen.
- Hygiejnesygeplejerskerne og de klinisk mikrobiologiske afdelinger kan på forespørgsel fra de regionale specialinstitutioner og ved honorering jf. den aftalte honoreringstakst<sup>12</sup> yde specialrådgivning og vejledning om infektionshygiejne/MRSA

De udpegede hygiejnekontaktpersoner anbefales at modtage et kursus i generelle hygiejniske foranstaltninger og i MRSA- specifikke forholdsregler af regionens hygiejnesygeplejersker. Finansieringen sker efter aftale mellem kommune og de medvirkende fagpersoner.

#### **4.1.5. Anbefalinger til kommunerne vedr. infektionshygiejniske forebyggelsesforanstaltninger**

Det anbefales at:

- Hver kommune har en hygiejnepolitik
- Hver kommune etablerer en ledelsesmæssig forankret hygiejneorganisation for det infektionshygiejniske område

I sundhedsaftalen foreslås der forskellige organiseringsformer, men at organisationen som minimum omfatter de kommunale sundhedsordninger som hjemmepleje, sundhedsplejen samt børne- og omsorgstandplejen

- Hver kommune som minimum har én uddannet sygeplejerske og evt. sundhedsplejerske, der varetager funktionen som kommunal hygiejnenøgleperson, og som er vidensbærer og - formidler vedr. hygiejnen i kommunen og over for kommunens øvrige personale

Der er udarbejdet forslag til beskrivelse af den kommunale hygiejnenøglepersons opgaver i sundhedsaftalens bilag 2

---

<sup>12</sup> Region Midtjylland. Samarbejdsaftale mellem specialinstitutioner og regionshospitalet om speciallægelig konsulentbistand. Er under udarbejdelse.

Alternativt kan en kommune eller flere gå sammen om at uddanne en hygiejnesygeplejerske.

- I regi af Fælles Skolebænk uddannes disse kommunale hygiejnenøglepersoner af regionens hygiejnesygeplejersker ud fra den aftalte finansieringsordning vedr. kurser. Det vil sige 500 kr. pr. person pr. dag
- De kommunale hygiejnenøglepersoner deltager 2 x årligt i de regionale netværksmøder/temadage, som etableres i samarbejde med regionens hygiejnesygeplejersker  
På disse netværksmøder vil der via regionens hygiejnesygeplejersker ske formidling af ny viden inden for det infektionshygiejniske område og vidensudveksling sektorerne imellem. Netværksmøderne/temadagene skal efterfølgende planlægges
- Hygiejnenøglepersonen udgør det kommunale hygiejniske handlingsberedskab i tilfælde af fund af MRSA i en kommune
- Kommunens hygiejnenøglepersoner (primærsygeplejerske/sundhedsplejerske) vejleder og underviser det øvrige personale i generelle hygiejniske foranstaltninger og i håndtering og behandling af personer med MRSA
- Kommunens hygiejnenøglepersoner kan telefonisk få specialrådgivning hos regionens hygiejnesygeplejersker ved infektionshygiejniske problemstillinger. Finansieringen foreslås ske ved et ekstra kommunalt uddannelsesgebyr ved uddannelsen af hver kommunal hygiejnenøgleperson. Beløbet foreslås at være 500 kr. Se afsnit 3.3.2.
- Kommunen/de kommunale hygiejnenøglepersoner kan ved hjemmebesøg eller institutionsbesøg af en hygiejnesygeplejerske modtage specialrådgivning vedr. infektionshygiejne problemstillinger, herunder MRSA. Honorering: I lighed med kommunal medfinansiering af ambulans behandling = 30 % af DAGS- takst, dog max. 320 kr. pr. besøg<sup>12</sup>
- Kommunen kan vælge at udpege hygiejnekontaktpersoner i de enkelte institutioner og sundhedsordninger. Vedkommende hygiejnekontaktperson er ansat personale, som er institutionens kontaktperson, når det drejer sig om hygiejniske anliggender  
Kontaktpersonen anbefales et kortvarigt kursus i generelle hygiejniske foranstaltninger og i MRSA-specifikke forholdsregler. Dette varetages af de kommunale hygiejnenøglepersoner
- Kommuner kan bestille regionens fagpersoner (hygiejnesygeplejersker eller speciallæger i klinisk mikrobiologi) til at undervise personale i de kommunale sundhedsordninger og institutioner i de generelle hygiejniske foranstaltninger, uanset om kommunen vælger at have en hygiejnenøgleperson eller ikke. Honoreringstakst: Efter aftale mellem kommune og de medvirkende fagpersoner

Den enkelte kommune meddeler til Regionalt Sundhedssamarbejde om, hvilke elementer i sundhedsaftalens del 1, som den tilslutter sig. Del 1 består af: 1. Kommunal hygiejnepolitik. 2. Kommunal hygiejneorganisation. 3.) Uddannelse af kommunale hygiejne-nøglepersoner og antallet af disse.

#### **4.2. Behandling af patienter med MRSA**

I regionen foreligger der en generel sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivelse af patienter, og denne aftale er fortsat hovedaftalen på disse to områder. I den foreliggende delaftale om samarbejdet om behandling af patienter med MRSA i primær og sekundær sektor beskrives kun den specifikke ansvars-

og opgavefordeling ved indlæggelse og udskrivelse, når det drejer sig om patienter med MRSA. Her følger delaftalen Sundhedsstyrelsens vejledninger for behandling af MRSA.<sup>1</sup>

Hospitalernes, de praktiserende lægers og kommunernes konkrete MRSA- relaterede opgaver beskrives enkeltvis for de tre parter vedkommende. Beskrivelsen relaterer til indlæggelser af patienter generelt og til udskrivelse af patienter, der enten er MRSA- podet, men uden podningsvar, patienter med MRSA- bærertilstand eller med infektion forårsaget af MRSA og i MRSA- behandling.

Delaftalens konkrete indhold fremgår af sundhedsaftalens del 2, som er en obligatorisk aftale.

I det følgende beskrives kun de anbefalinger, som ligger ud over Sundhedsstyrelsens vejledning, den generelle sundhedsaftale i regionen og andre lovbestemmelser.

#### **4.2.1. Anbefalinger til hospitalerne vedr. behandling af patienter med MRSA**

Der anbefales følgende ekstraordinære tiltag:

- Sygeplejerapport med beskrivelse af MRSA- status og MRSA- behandlingsplan medsendes patienten, hvis hjemmesygeplejen skal inddrages i behandlingen
- Praktiserende læge kontaktes om podningskontrol efter igangsat MRSA- behandling
- Kommunal varslingsfrist: 1 hverdag før udskrivelse ved patienter, der er MRSA- podet, men hvor podningsvar ikke foreligger ved udskrivelsen og ved patienter med bærertilstand og i MRSA- behandling ved udskrivelsen  
Kommunal varslingsfrist: 3 hverdage før udskrivelse ved patienter med infektion forårsaget af MRSA og i MRSA- behandling ved udskrivelsen

#### **4.2.2. Anbefalinger til almen praksis vedr. behandling af patienter med MRSA**

Der anbefales følgende ekstraordinære tiltag:

- Meddeler hjemmesygeplejen, når der foreligger det nødvendige antal negative podningsvar hos patienter, der er henvist til behandling af hjemmesygeplejen

#### **4.2.3. Anbefalinger til kommunerne vedr. behandling af patienter med MRSA**

Der anbefales følgende ekstraordinære tiltag:

- Anvendelse af kommunens hygiejniske handlingsberedskab ved de kommunale hygiejnenøglepersoner til følgende opgaver:
  - Efter visitatorkontakt med hospitalet påbegyndes forberedelse af hjemmeplejepersonale mhp. patientmodtagelse og fortsættelse af MRSA- behandling, hvis hjemmesygeplejen skal forestå denne
  - Hjemmeplejens personale anvender værnemidler efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer i plejen hos borgere med MRSA, indtil der foreligger det nødvendige antal negative podningsvar
  - Ophør i brugen af værnemidler sker efter aftale med patientens/borgerens læge
  - Hjemmesygeplejen foretager de lægeordnede kontrolpodninger. Podningsmateriale fås hos patientens/borgerens læge

- Registrering i brugerens omsorgsjournal om MRSA- bærertilstand, -behandling og podningsresultat
- Kommunen informerer og instruerer evt. private leverandører og påser, at eradikationsbehandlingen af bærertilstanden pågår.

#### **4.3. Opfølgning ved MRSA- udbrud i primær sektor.**

Samarbejdet om opfølgning ved MRSA- udbrud i primær sektor omfatter områderne: håndtering af mistanke og erkendelse, opfølgning og evaluering af indsats.

Mistanke om udbrud af MRSA i primær sektor kan ske fra flere sider. En mistanke skal altid forelægges embedslægerne, der i samarbejde med de lokale klinisk mikrobiologiske afdelinger foretager en afklaring af, hvorvidt der foreligger et udbrud.

Det er embedslægerne i Midtjylland, der ved anmeldelsen afklarer om indexpersonen eller – personerne har institutionskontakt eller lign., afgrænser personkredsen mhp. evt. information af plejehjem, hjemmepleje eller lign. og rådgiver institutionen ved behov.

Effektiv bekæmpelse og opfølgning af MRSA- udbrud i primær sektor fordrer et tæt samarbejde mellem flere parter. Dette sikres bedst ved - ad hoc – at etablere en udbrudsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra afhængig af den pågældende situation: 1.) Embedslægerne. 2.) Praktiserende læge. 3.) Involveret klinisk mikrobiologiske afdeling/hygiejnesygeplejerske. 4.) Kommunale repræsentanter ved fx ledere og hygiejnøgleperson.

Såfremt der nedsættes en udbrudsgruppe, aftaler parterne indbyrdes, hvem der er daglig leder, og hvordan indsatsen evalueres. Principperne for opfølgning følger Sundhedsstyrelsens retningslinjer<sup>1</sup> og ophævelse af foranstaltninger træffes af udbrudsgruppen.

Udbrudsgruppen har ansvar for løbende at informere de implicerede parter, herunder offentligheden, hvis det skønnes nødvendigt. Sluttelig udfærdiges en rapport om indsatsen og resultatet heraf.

Denne delaftale indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vejledning.<sup>1</sup> Delaftalens konkrete indhold fremgår af sundhedsaftalens del 3 og er en obligatorisk del af aftalen.

##### **4.3.1. anbefalinger til hospitalerne/de klinisk mikrobiologiske afdelinger**

De klinisk mikrobiologiske afdelinger/hygiejnesygeplejerske i regionen:

- Samarbejder aktivt med Sundhedsstyrelsen/ Embedslægerne i Midtjylland ved mistanke om flere mulige sammenhængende MRSA- tilfælde, som inddrager flere husstande og/eller flere institutioner
- Ansvarlig for diagnostikken af MRSA
- Ansvarlig for information vedr. resultater af undersøgelse for MRSA til de implicerede samarbejdsparter
- Evt. forestå den daglige ledelse og koordination af indsatsen mhp. bekæmpelse af udbruddet

- Deltager i undervisning og information til ansatte på de implicerede institutioner
- Medvirker til udfærdigelse af evalueringen af indsatsen

#### **4.3.2. Anbefalinger til almen praksis**

De praktiserende læger:

- Giver besked til Sundhedsstyrelsen/Embedslægerne i Midtjylland ved mistanke om flere mulige sammenhængende MRSA- tilfælde, som inddrager flere husstande og/eller flere institutioner i primær sektor
- Ansvarlig for kontrolpodning og opfølgning af den enkelte patient med MRSA- bærertilstand jf. Sundhedsstyrelsens vejledning. Kontrolpodning kan ved henvisning uddelegeres til hjemmesygeplejen
- Informerer den enkelte patient med MRSA om forholdsregler og konsekvenser (udlevering af MRSA-kort, information ved indlæggelse på hospital etc.) jf. Sundhedsstyrelsens vejledning.
- Ved fortsat positiv MRSA – bærertilstand kontaktes repræsentanten fra KMA i udbrudsgruppen for at fastlægge den videre strategi.

#### **4.3.3. Anbefalinger til kommunerne**

Kommunale institutioner (fx hjemmeplejen):

- Giver besked til Sundhedsstyrelsen/Embedslægerne i Midtjylland ved mistanke om flere mulige sammenhængende MRSA- tilfælde, som inddrager flere husstande og/eller flere institutioner
- Ansvarlig for iværksættelse af de givne foranstaltninger, som er besluttet af udbrudsgruppen ifm. bekæmpelse af udbruddet på den pågældende institution
- Podninger af personer ifm. afklaring og opfølgning kan uddelegeres til ansatte på institutionen efter gensidig aftale med repræsentant fra udbrudsgruppen

### **5. Kvalitetssikring af det infektionshygiejniske samarbejde**

#### **5.1. Monitorering af det infektionshygiejniske samarbejde**

For at sikre kvaliteten og effekten af sundhedsaftalen tre delområder skal der monitoreres ud fra fælles indikatorer og standarder på tværs af sektorgrænsen. Til dette arbejde tages der udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodels standarder på hygiejneområdet, både inden for hospitaler og kommuner. Monitoreringen foreslås tilrettelagt, så der kan ske en kvalitetsstyring af sundhedsaftalen ved løbende auditering. Monitoreringsdelen vil også have tæt tilknytning til den forventede regionale MRSA- enhed.

Forsøgsordningen om hygiejnesygeplejerskernes tilbud om telefonisk rådgivning til de kommunale hygiejnenøglepersoner foreslås monitoreret i en forsøgsperiode. Registreringsformen og -indholdet skal efterfølgende beskrives.

Der skal efterfølgende udarbejdes forslag til en monitoreringsplan for den tværsektorielle sundhedsaftale. Dette skal ske i et samarbejde mellem de involverede parter og med efterfølgende godkendelse i Sundheds-styregruppen. Det foreslås, at forslaget udarbejdes i den nuværende nedsatte arbejdsgruppe.

## **5.2 Implementeringsplan for sundhedsaftalen**

Implementeringen af sundhedsaftalen består af følgende elementer:

- Udbredelse af sundhedsaftalens indhold til det personale, som er omfattet af aftalen.
- Uddannelse af kommunale hygiejnenøglepersoner og undervisning af hygiejnekontaktpersoner
- Organisering og etablering af de regionale netværksmøder og temadage

Vedrørende udbredelse af sundhedsaftalens indhold foreslås der, at det sker via de 6 hospitalsklynger, relevante praksiskonsulenter, og de fora, som har med de regionale specialinstitutioner at gøre.

Vedrørende uddannelse og undervisning af kommunale hygiejnenøglepersoner og de regionale hygiejnekontaktpersoner inden for praksisområdet og (de regionale specialinstitutioner) planlægges repræsentanter fra hygiejnesygeplejerskerne, kommunerne og Region Midtjylland et uddannelses- og kursusprogram. Regionen er ansvarlig for indkaldelse til planlægningsmøderne.

Planlægningen af undervisningen af kontaktpersoner fra praksisområdet sker i afdelingen for Primær Sundhed.

Vedrørende organisering og etablering af netværksmøder og regionale temadage for kommunale hygiejnenøglepersoner og regionale hygiejnesygeplejersker sker i et samarbejde mellem hygiejnesygeplejersker, kommunale repræsentanter og repræsentanter fra Region Midtjylland. Regionen er ansvarlig for indkaldelse til planlægningsmøderne.

## **5.3. Evaluering og revision af sundhedsaftalen**

Der foreslås, at sundhedsaftalen efter en 2- 3-årig periode evalueres af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med henblik på revision og videreudvikling af aftalen. I evalueringen indgår resultater fra tværsektorielle audits. Evalueringsrapporten forelægges Sundhedsstyrelsen.

### **Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning**

#### ***Repræsentant for kommunerne:***

Vest klyngen: Sundhedsfaglig konsulent Rikke Gormsen, Herning Kommune

Viborg klyngen: Sygeplejerske Kirsten Kjær, Skive Kommune

Silkeborg klyngen: Leder af udvikling og forebyggelse Vibeke Staack, Silkeborg kommune

Randers klyngen: Teamleder Inga Visser, Syddjurs Kommune

Århus klyngen: sundhedsfaglig konsulent Ingrid Lysholdt, Århus Kommune

Horsens klyngen: områdeleder Elin Kappel, Horsens Kommune

#### ***Repræsentant for hygiejnesygeplejerskerne:***

Hygiejnesygeplejerske Ian Peter Gottlieb, Hospitalsenheden Vest

Hygiejnesygeplejerske Alice L. Sørensen, Regionshospitalet Viborg-Skive

Hygiejnesygeplejerske Bodil Forman, Århus Universitetshospital Skejby

Hygiejnesygeplejerske Catrin Reese, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

#### ***Repræsentant for klinisk mikrobiologisk afdeling:***

Ledende overlæge Jørgen Prag, Regionshospitalet Viborg-Skive

Ledende overlæge Brian Kristensen, Universitetshospitalet Skejby

#### ***Repræsentant for hospitalsledelserne:***

Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Regionshospitalet Viborg-Skive

#### ***Repræsentant for almen praksis:***

Praktiserende læge og praksiskonsulent Per Olav Eidner, Ikast

#### ***Repræsentant for Sundhedsstyrelsen:***

Embedslæge Anne Hempel-Jørgensen, Embedslægerne, Midtjylland

#### ***Repræsentant for Region Midtjylland:***

AC- fuldmægtig Elin Lyngsø, afdelingen for Kvalitet og Sundhedsdata (referent)

AC-fuldmægtig Karungyi Mary Zomwa Drongoyo Ajule Buga, afdelingen for Kvalitet og Sundhedsdata (referent)

Regionssundhedsplejerske Anita Fogh, afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde (formand)