

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<b>Renhold: Anbefalte renholdsfrekvenser HUS</b>
Kategori: []	Gyldig fra/til: 21.05.2026/21.05.2027
Organisasjon: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Service- og støttefunksjoner	Versjon: 1.00
Godkjennelse: Lefdalsnes, Katrine	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Lefdalsnes, Katrine	Dok.id: D84642

## 1. Innledning

I 2014 gjennomførte Hospitaldrift Renhold, i samarbeid med Seksjon for pasienttryggleik, et tverrfaglig prosjekt for å etablere kunnskapsbaserte renholdsfrekvenser for ulike romtyper ved Haukeland universitetssjukehus. Arbeidet tok utgangspunkt i erfaring i egen organisasjon og erfaringsutveksling med andre sykehus. Fastsettelsen av frekvensene bygget på klassifikasjonssystemet for helsebygg og relevante nasjonale og internasjonale standarder, og anbefalingene ble forankret i foretaksledelsen og innført på alle lokasjoner der Hospitaldrift Renhold leverer tjenester.

Formålet med utarbeidelse av dette dokumentet er å sikre at dagens anbefalte renholdsfrekvenser ved Haukeland universitetssjukehus er faglig forsvarlige og tilpasset kravene i NS 6600 Ledelsessystem for renhold i helse- og omsorgstjenesten.

Standarden vektlegger ledelsesforankring og systematisk risikovurdering, noe som innebærer at frekvensene må vurderes opp mot dagens risikobilde og kunne dokumenteres i drift. Det er allerede gjort enkelte justeringer i pasientfjerne områder, og klassifikasjonssystemet for helsebygg brukes ikke lenger. Dette understreker behovet for å oppdatere frekvensene slik at de gjenspeiler gjeldende anbefalinger og de styrings- og dokumentasjonskrav som følger av NS 6600.

## 2. Bakgrunn

Renhold i sykehus er et grunnleggende smitteverntiltak som forebygger helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og bidrar til å begrense antimikrobiell resistens (AMR). Den nasjonale AMR-strategien understreker at infeksjonsforebygging er et av de mest effektive tiltakene mot resistensutvikling. Systematisk og riktig utført renhold reduserer smittespredning, senker behovet for antimikrobielle midler og bidrar samtidig til bedre inn klima, godt vedlikehold og økt pasientsikkerhet. Renhold er dermed både et kvalitetskrav og et sentralt virkemiddel for tryggere helsetjenester.

Det systematiske arbeidet med sykehusrenhold, infeksjonsforebygging og smittevern er forankret i [Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033 og Handlingsplan for et bedre smittevern 2019 – 2023](#). I tillegg gir FHI sin [håndbok for basale smittevernrutiner](#) ble oppdatert i 2022, tydelige faglige råd om renhold og desinfeksjon i helseinstitusjoner.

## 3. Renholdsfrekvenser

### 3.1 Renholdsfrekvenser: NS 6600

NS 6600 fastslår at renholdsfrekvenser skal baseres på en risikovurdering der blant annet romtype, krav til renhetsnivå, bruksbelastning, sannsynlighet for forurensing og type renhold (daglig, periodisk eller bestillingsrenhold) inngår som

sentrale vurderingspunkter. Standarden gir eksempler på frekvensintervaller som daglig, flere ganger daglig eller periodisk renhold.

Gjennom operasjonaliseringen av kravene i NS 6600 til praktisk drift må sykehuset konkretisere hvordan ulike rom og arealer skal vurderes og prioriteres. Dette innebærer å definere hvorfor rom behandles ulikt, og hvilke risikofaktorer som tilsier at noen områder krever hyppigere renhold enn andre. Ulike funksjoner, ulik belastning og ulik sannsynlighet for forurensing gjør det nødvendig med tilpassede frekvenser for å sikre forsvarlig renhold og redusere risiko for smittespredning.

### 3.2 Renholdsfrekvenser: Haukeland universitetssjukehus

Haukeland universitetssjukehus benytter fastsatte renholdsfrekvenser som tilpasses romtype, smitterisiko, brukshyppighet og krav til renhetsnivå. Områder med høy risiko for kontaminering og kryssmitte får hyppigere renhold, mens lavrisikoområder har lavere frekvens.

Forskning viser entydig at både renholds nivå og renholds kvalitet har betydelig innvirkning på forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Det finnes ikke faglig grunnlag for å redusere renholds frekvensen i høyrisikosoner – særlig ikke i sanitærrom på flersengsrom, hvor risikoen for kryssmitte mellom personer er spesielt høy. Reduksjon i renholds frekvens vil kunne øke risikoen for HAI og samtidig bidra til høyere totale kostnader som følge av lengre liggetid, økt antibiotika bruk og flere komplikasjoner.

Høyrisikoområder omfatter spesielt sanitærrom og pasientnære soner. Sanitærrom i flersengsrom rengjøres minst to ganger daglig, mens sanitærrom i publikumsområder med stor trafikk rengjøres opptil tre ganger daglig. Pasientrom regnes også som høyrisikoområder med behov for hyppig renhold. Helse Bergen HF har totalt 597 pasientrom, hvorav 473 er ensengsrom (79,6 %) og 121 er flersengsrom (20,3 %).

Områder med lavere renholds frekvens omfatter kontorer med to eller færre brukere, lagerrom, pasientfjerne fellesområder, garderober for ansatte samt pasientrom (beboerrom) innen psykisk helsevern.

### 3.3 Renholdsfrekvenser: Berøringspunkter og sanitærrom

Smitte i helseinstitusjoner overføres ofte via berøringsflater som er forurenset. Derfor må pasientnære flater og andre punkter med høy berøringsfrekvens få særlig oppmerksomhet. «High-touch»-flater som sengehåndkontroller, sengehester, dørhåndtak, brytere, medisinsk utstyr og andre klinikknære komponenter utgjør en økt risiko fordi mikroorganismer kan overleve lenge på tørre overflater, selv når de ser rene ut. Dette gjør dem til potensielle reservoarer for indirekte kontaktsmitte.

Antimikrobielt resistente bakterier i sykehusmiljøer kommer ofte fra tarmfloraen. Dette gir særlig risiko i sanitærrom og andre våtrom, der belastningen er høy og faren for forurensning er større enn i rom uten pasienttrafikk. Toaletter og bad vurderes derfor som høyrisikoområder som krever høyere renholds frekvens og tydelig kvalitetssikring. Reduseres frekvensen i disse områdene, øker sannsynligheten for smitteoverføring og negative konsekvenser for pasientsikkerheten.

### 3.4 Renholdsfrekvenser: avvik fra NS6600

NS 6600 beskriver hvilke renholds nivåer som skal benyttes i ulike sykehusområder, og hvilke krav som følger av disse. Arealer med renholds nivå A (høy risiko) omfatter blant annet pasientnære flater i flersengsrom, intensiv- og overvåkningsenheter samt toaletter og bad i pasientområder. Arealer med renholds nivå B (moderat risiko) omfatter blant annet pasientrom og undersøkelsesrom med lavere risiko.

Ved Haukeland universitetssjukehus avviker renholdsfrekvensene fra disse kravene i enkelte områder. Dette gjelder blant annet pasientrom i psykiatrien, hvor renhold utføres tre ganger per uke, samt ensengsrom, hvor frekvensen er seks ganger per uke. Årsaken er at risikoen for kryssmitte vurderes som lavere i disse områdene – jf. risikovurdering i kapittel 6.1.

## 4. Risikovurdering

I januar 2026 gjennomførte Hospitaldrift Renhold, i samarbeid med Seksjon for pasientsikkerhet, to risikovurderinger av renholdsfrekvensene i pasientnære områder ved Haukeland universitetssjukehus. Formålet var å vurdere om dagens praksis er i tråd med krav til smittevern, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og NS 6600.

### 4.1 Risikovurdering av ensengspasientrom

Ved Haukeland universitetssjukehus er dagens praksis at ensengspasientrom rengjøres seks dager per uke. NS 6600 angir imidlertid at pasientrom skal rengjøres minimum syv dager per uke. [Risikovurdering av renholdsfrekvens ensengsrom](#) er i samsvar med faglige krav og gjennomførbar i drift. Risikoforhold knyttet til smittevern, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø samt etterlevelse av interne og eksterne krav er vurdert som lave til middels før iverksetting av tiltak, og som lave etter gjennomføring av nødvendige risikoreduserende tiltak.

Etablerte rutiner for ekstra rengjøring ved smitte, søl eller øvrig klinisk behov, bidrar til å opprettholde risiko på et akseptabelt nivå. Isolatrom omfattes ikke av denne frekvensen

### 4.2 Risikovurdering av sanitærom i flersengsrom

[Risikovurdering av renholdsfrekvens på sanitærom i flersengsrom](#) viser at smittefaren er forhøyet fordi flere pasienter oppholder seg i samme rom og deler felles fasiliteter. Dette gir økt risiko for kryssmitte gjennom nær kontakt, hyppig belastning av berøringspunkter og større sannsynlighet for søl fra kroppsvæsker. Når flere pasienter benytter samme område, kan også pasientopplevde avvik oppstå oftere. Samlet vurderes disse forholdene som en moderat til høy risiko før tiltak gjennomføres. Etter innføring av kontrolltiltak – som rengjøring to ganger daglig, ekstra rengjøring ved behov, målrettet innsats på berøringspunkter, rask håndtering av søl og tydelige prosedyrer – reduseres risikoen til et moderat til lavt nivå.

## 5. Anbefalte tiltak

Det anbefales at renholdsfrekvenser tilpasses faktisk bruk og aktivitet i rommene, basert på gjeldende regelverk, standarder, nasjonale og internasjonale anbefalinger samt lokale risikovurderinger og driftsdata. Frekvensene bør justeres når trafikk, pasientbelastning eller klinisk aktivitet endrer seg. Dette innebærer at renholdsfrekvenser fastsettes og revideres gjennom lokale risikovurderinger fremfor faste minimumskrav, slik at renholdet gjenspeiler reell risiko i hvert enkelt område.

For Haukeland universitetssjukehus innebærer dette:

- Ensengsrom kan ha lavere renholdsfrekvens i helger dersom risikovurderingen viser lav smitterisiko, forutsatt at: rommet ikke er et isolat og det finnes rutiner for ekstra renhold ved behov
- Sanitærrom i flersengsrom regnes som områder med særlig høy risiko for kryssmitte og bør derfor ha en forsterket renholdsfrekvens, inkludert rengjøring minst to ganger daglig. Dersom renholdsfrekvensen reduseres i slike høyrisikosoner, vil smittepresset øke og sannsynligheten for helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og sykehusutbrudd stige. Dette vil i neste omgang kunne føre til lengre liggetid for pasienter, økt behov for antibiotikabehandling og høyere totale kostnader for virksomheten.
- Sanitærrom i høyt trafikkerte publikums- og fellesområder bør ha hyppig renhold og jevnlig inspeksjon. Det bør legges særlig vekt på tømming av avfall, etterfylling av papir og annet forbruksmateriell, samt grundig rengjøring av berøringspunkter.
- Berøringspunkter («high-touch surfaces») bør prioriteres i alle romtyper, og særlig i pasientrom, bad og toaletter, behandlingsrom og publikumsområder
- Risikovurdering bør brukes som et aktivt og gjennomgående grunnlag for planlegging, prioritering og styring av renholdstjenestene. Som del av Helse Bergen sitt styrings- og kvalitetssystem og krav i strategiske føringer, internkontrollforskriften, Helse Vest og nasjonale standarder som NS-EN ISO 9001 og NS 6600 forutsettes det at risiko vurderes systematisk i tråd med krav i interne føringer og nasjonale standarder.
- Risiko knyttet til smitte, bruksmønster, pasientgrupper og romfunksjon bør vurderes fortløpende for å sikre at renholdsfrekvens, metoder og oppfølging er forsvarlige og tilpasset endringer i drift og smittepress. Vurderingene skal også bidra til å identifisere rom og soner med særlig høy konsekvens ved svikt, slik at innsatsen kan rettes mot områder som sanitærrom, flersengsrom og publikumsintensive soner. Data fra CleanPilot, avvik, trendanalyser og revisjonsfunn bør inngå i denne prosessen, og endringer i risikobildet skal gjenspeiles i oppdaterte renholdsplaner og tiltak. Risikovurdering skal fungere som et dynamisk beslutningsgrunnlag som sikrer at renholdstjenesten over tid opprettholdes på et stabilt og faglig forsvarlig nivå.

## 6. Konklusjon

NS 6600 tydeliggjør at renhold i helseinstitusjoner er en kritisk del av pasientsikkerhet, smittevern og kvalitet. Ved Haukeland universitetssjukehus er renholdsfrekvensene allerede tilpasset romtype, belastning og smitterisiko. Sanitærrom i flersengsrom og andre høyrisikoområder rengjøres med den hyppigheten som kreves for å begrense kryssmitte og forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Ensengsrom rengjøres seks dager i uken, noe som vurderes som faglig forsvarlig innenfor dagens risikobilde og med rutinene for ekstra renhold ved behov.

**Det foreslås ingen endringer i frekvensene.**

Kvalitetssikringen er basert på INSTA 800-kontroller, objektive målemetoder og digital dokumentasjon i CleanPilot. Dette gir god sporbarhet og et solid datagrunnlag for kontinuerlig forbedring. Erfaringer fra sensortesting viser at måling av faktisk bruk kan bidra til enda mer presise vurderinger fremover, men endrer ikke behovet for dagens praksis.

Kompetanseutviklingen ivaretas gjennom SKO-programmet, som sikrer nødvendig fagkompetanse og gode arbeidsmetoder i tråd med NS 6600. Dette bidrar til en trygg og profesjonell tjeneste. Revisjonen av frekvensene innebærer **ingen ressursendringer**, da dagens nivå anses som riktig, risikobasert og fullt mulig å opprettholde med eksisterende bemanning og organisering. Samlet sett er renholdssystemet kunnskapsbasert, dokumenterbart og fullt ut i tråd med gjeldende standarder. Med tydelige kvalitetskontroller, stabile frekvenser og målrettet kompetanseutvikling opprettholdes et renholds nivå som ivaretar sykehusets krav til smittevern og pasientsikkerhet – både i dag og framover.

## 7. Referanser

[CDC Environmental Infection Control in Health-Care Facilities](#)  
[Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2021-10-08-2958](#)  
[Håndbok for basale smittevernrutiner - FHI](#)  
[Ledelsessystemer for renhold i helse- og omsorgstjenesten \(NS 6600\)](#)  
[Microbial monitoring of the hospital environment: why and how? - ScienceDirect](#)  
[Norsk Standard NS-INSTA 800](#)  
[Norsk Standard NS 6600:2021 Ledelsessystemer for renhold i helse- og omsorgstjenester](#)  
[Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033](#)  
[NHS England National standards of healthcare cleanliness 2025](#)  
[How to carry out microbiological sampling of healthcare environment surfaces? A review of current evidence](#) J Hosp Infect 2019 Dec;103(4):363-374. doi: 10.1016/j.jhin.2019.07.015.  
[Standardromkatalogen Sykehusbygg 2019](#)  
[Kompetanseportalen](#)  
[medarbeider screening skjema](#)