

ÅRSRAPPORT 2025

Infektionshygiejnisk Enhed

Klinisk Mikrobiologisk Afdeling

Odense Universitetshospital

IHEs årsrapport 2025

Indholdsfortegnelse

4.1 Infektionshygiejnisk Enhed 2025	2
4.2 Lokalt, regionalt og tværsektorielt samarbejde	3
4.3 Initiativer/ tiltag i 2025.....	5
4.4 Forebyggelse af sundhedssektorerhvervede infektioner.....	6
4.5 Overvågning af hospitalserhvervede infektioner og resistente mikroorganismer.....	8
4.5 Infektionshygiejniske kvalitetskontroller	13
4.6 Rengøring	13
4.7 Byggesager.....	14

4.1 Infektionshygiejnisk Enhed 2025

Infektionshygiejnisk Enhed (IHE) består af

Cheflæge Anette Holm
Overlæge Sanne Grønvald Kjær Hansen
Hygiejnesygeplejerske Lise Andersen
Hygiejnesygeplejerske Mette Detlefsen
Hygiejnesygeplejerske Hanne Højvang Jeppesen
Hygiejnesygeplejerske Trine Ladegaard
Hygiejnesygeplejerske Mitte Imhoff Lyse
Hygiejnesygeplejerske Jane Fritsdal Refer
Hygiejnesygeplejerske Helle Pries Kristiansen
Sygeplejerske i Infektionshygiejnisk Enhed Caroline Pontoppidan (tiltrådt marts)

Komiteen for Antibiotika- og Infektionskontrol (KAI) har følgende sammensætning

Direktør Bjarne Dahler-Eriksen (formand)
Overlæge Sanne Grønvald Kjær Hansen, KMA (næstformand)
Direktør Torben Hedegaard Jensen
Cheflæge Anette Holm, KMA
Overlæge Flemming Rosenvinge, KMA, Repræsentant Antibiotikagruppen (fratrådt december)
Overlæge Kasper Klein, KMA, Repræsentant Antibiotikagruppen (tiltrådt december)
Sundhedsstabsdirektør Mads Haugaard, SUS (tiltrådt december)
Konstitueret stabschef Mette Maria Skjødt, KLU (fratrådt december)
Chefsygeplejerske Anne Bejlegård List, FAM
Chefsygeplejerske Anne Pedersen, HCA
Chefsygeplejerske Malene Mink Christensen, afd. O
Cheflæge Anne Øvrehus, afd. Q
Cheflæge Hans Dieperink, afd. Y
Cheflæge Henrik Stougaard, afd. V, Svendborg
Kvalitetsleder Stine Horstmann Nielsen, Rengøring og Hospitalsservice
Sektionsleder Merete Stenum, Logistikafdelingen
Funktionsleder René Eskildsen, Bygningsdrift og -service (fratrådt september)
Funktionsleder Dennis Corvenius Didriksen, Bygningsdrift og -service (tiltrådt december)
Hygiejnesygeplejerske Mette Detlefsen
Hygiejnesygeplejerske Mitte Imhoff Lyse
Hygiejnesygeplejerske Trine Ladegaard (faglig sekretær)
Sekretær Bettina Winther Bloch, KMA (sekretær)

I 2025 udkom Regional strategi for Sundhedssektorehvervede infektioner og antibiotikaforbrug 2025-2030.

Strategien indeholder følgende målsætninger:

Strategiske fokusområder:

- Infektionshygiejne
 - Urinvejsinfektioner og bakteriemier
 - Fokus på kateterbrug
 - Generel hygiejne
 - Fokus på håndhygiejne
- Antibiotikaanvendelse

- Rationelt antibiotikaforbrug på sygehusene og i almen praksis
- Hurtigere og forbedret infektionsdiagnostik

Fælles regionale tiltag:

- AIK-teams
- Monitorering og datagrundlag
- Læring på tværs
- Tværsektorielt samarbejde

Den regionale antibiotikagruppe og Infektionshygiejnisk Forum (IHF) har arbejdet med en struktur for implementering, governance og fastsættelse af konkrete mål for de enkelte indsatser.

En lokal handleplan på OUH vedtages i KAI primo 2026.

I strategien indgår deltagelse i den landsdækkende LKT for sygehuserhvervet UVI. På OUH deltager afd. N.



Fig. Strategitavle anvendt til den lokale handleplan

I 2025 udkom ligeledes den nationale handleplan for antimikrobiel resistens hos mennesker (AMR-handleplanen). Handleplanen indeholder fire indsatsområder:

- Resistensbekæmpelse
- Forsyningssikkerhed
- Infektionsforebyggelse
- Internationalt engagement

Nationale arbejdsgrupper vil i 2026 komme med anbefalinger og indstillinger.

4.2 Lokalt, regionalt og tværsektorielt samarbejde

Hygiejnekoordinatorer og Antibiotika- og Infektionskontrolansvarlige læger (AIK-læger); (AIK-team)

Der har været afholdt uddannelsesdage og temadag i foråret. I efteråret blev der afholdt en fælles regional og kommunal hygiejnekonference.

I forbindelse med hygiejneugen i uge 38 var der et regionalt fokus på brug af handsker.

Komiteen for Antibiotika- og Infektionskontrol (KAI)

Der blev afholdt 4 møder i KAI i 2025, hvor bl.a. følgende blev drøftet og behandlet:

- Diagnostik af urinvejsinfektion

- Regional strategi for sundhedssektorerhvervede infektioner og antibiotikaforbrug 2025 – 2030
- National handlingsplan for antimikrobiel resistens
- LKT for sygehuserhvervede urinvejsinfektioner
- EU JAMRAI-2: Fokus på funktionsledelse og infektionshygiejne
- Prævalensundersøgelse på OUH, efterår 2025
- Hjemmebehandling
- Ombygninger
- Hovedbeklædning
- Skægkræ
- Virussæson og vacciner

Det regionale samarbejde/Infektionshygiejnisk Forum (IHF)

Der blev afholdt 4 møder i IHF i 2025, hvor bl.a. følgende blev drøftet og behandlet:

- Regional strategi for Sundhedssektorerhvervede infektioner og antibiotikaforbrug 2025-2030
- Sundhedsreformens betydning for kommunale aftaler om infektionshygiejnisk rådgivning
- Hygiejnekonference og regional temadag for kommunerne 2025
- National handlingsplan for antimikrobiel resistens
- Regionale retningslinjer
- Implementering af HAIBA på CPR-niveau
- MRSA-databasen (LIVA)
- Integrationen mellem somatik og psykiatri

Regionale forsyningsmøder

I den regionale indkøbsgruppe for indkøb og forsyning afholdtes i 2025 møder med 2-3 ugers interval. Disse synliggjorde, at der af og til er udfordringer med leverancer af de varer, som bestilles, hvorfor alternativer er afdækket.

Grøn omstilling – hygiejne og indkøb

IHE deltager i en arbejdsgruppe under Regional Indkøb med fokus på infektionshygiejnisk rådgivning i forbindelse med grøn omstilling.

Tværasektorielt samarbejde/Primær sektor

IHE har aktuelt samarbejdsaftaler med 7 fynske kommuner omkring infektionshygiejnisk rådgivning: Assens, Ærø, Langeland, Svendborg, Nyborg, Kerteminde og Nordfyn.

Den kommunale ERFA-gruppe (erfaringsudvekslingsgruppe) har fungeret i dele af 2025 med planlagte møder. I løbet af 2025 har der været manglende tilslutning til møderne, hvorfor disse er pauseret.

Der er i løbet af året foretaget audits i flere kommuner i generel hygiejne, samt ad hoc rådgivning. Der har desuden været afholdt tre 2-dages hygiejnekurser for nye nøglepersoner.

Første fælles regionale/kommunale temadag blev afholdt i efteråret med deltagelse fra flere kommuner samt regionens hospitaler. I alt deltog ca. 400 personer. Temaer fra dagen var bl.a. oplæg om den kommende sundhedsreform, forebyggelse af urinvejsinfektioner – et tværasektorielt projekt og håndtering af skægkræ i en kommune.

4.3 Initiativer/ tiltag i 2025

Der blev i 2025 arbejdet med følgende tiltag, initiativer og produkter/redskaber:

- Værktøjsskabe til introduktion/oplæring i infektionshygiejne, indeholdende materiale bestående af cases, øvelser, spørgsmål og film blev udarbejdet.



- Film om anæstesislanger til illustration af, at udstyrs udformning der er afgørende for sufficient genbehandling, blev udarbejdet i samarbejde med anæstesiaafdelingen.
- Poster og oplæg til DASYS Dokumentationskonference 2025.
- Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og patienter angående adfærd på badeværelser.
- Tilbud om hygiejne sparring/rådgivning på de daglige timeout/stopmøder møder i afdelingerne.
- "Onboarding af funktionsledere" blev optaget af CEI som pilotprojekt i EU JAMRAI-2, hvis formål er videndeling på nationalt og europæisk niveau.
- Hygiejneundervisning i forbindelse med "Fri for UVI".
- Deltagelse i aktiviteter vedr. lærings- og kvalitetsteams, emne: Sygehuserhvervede urinvejsinfektioner.
- Et samarbejde med hygiejnekoordinatorer i intensive afsnit om "Isolation i intensivafsnit"
- I samarbejde med UCL blev der i VR-Trainer udviklet et modul "Hvornår skal man udføre håndhygiejne".
- Løbende inddragelse af IHE via Centre for Clinical Robotics (CCR) med henblik på faglig sparring omkring udvikling af robotteknologi til sygehusbrug, fx etablering af en blodprøvetagningsrobot.

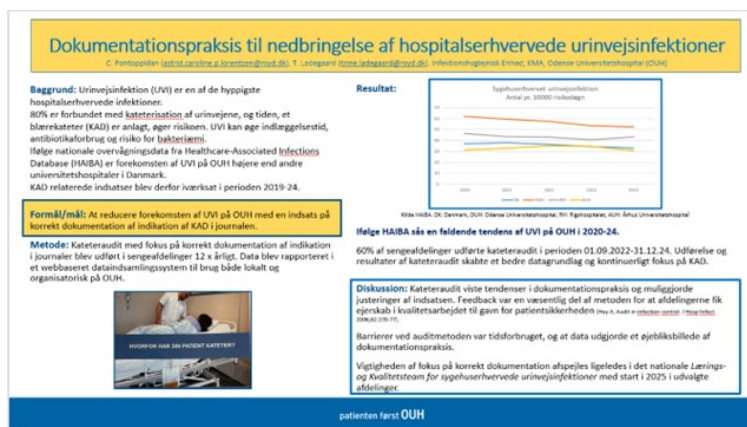


Fig. Poster til DASYS Dokumentationskonference 2025

4.4 Forebyggelse af sundhedssektorerhvervede infektioner

4.4.1 Audit

Generel infektionshygiejnisk audit

Audits i sengeafsnit, intensivafsnit, operationsafsnit, interventionsafsnit og ambulatorier, blev foretaget sammen med hygiejnekoordinator, hygiejnesygeplejerske og hvis muligt nærmeste leder og evt. AIK-læge. Audit blev registreret elektronisk ved hygiejnesygeplejerske, med efterfølgende udsendelse af rapporten til AIK-teamet, afsnitsleder og afdelingsledelsen.

IHE udvalgte ud fra auditrapporterne bl.a. følgende fokuspunkter, til drøftelse på forårets temadag:

Senge- og intensivafsnit

- Fokus på håndhygiejne før rene opgaver og efter urene opgaver
- Baderum – adskillelse af rent (*hvor kan patienter opbevare det rene tøj*) og urent
- Brug af plastforklæder ved risiko for forurening af uniformen
- Uniformshygiejne

Ambulatorier og dagafsnit:

- Fokus på håndhygiejne før rene opgaver og efter urene opgaver
- Tilbud om håndhygiejne for patienter, f.eks. efter undersøgelse såsom skopier
- Brug af plastforklæder ved risiko for forurening af uniformen
- Opbevaring
- Rengøring af udstyr

Operationsafsnit:

- Trafik og adfærd på operationsstuer (fokus på døråbninger og overdækning af instrumenter ved lejring af patient)
- Katetre indikation, seponering og dokumentation
- Antibiotikaproylakse peroperativt – fokus på rettidig indgift
- Opbevaring/håndtering af udstyr og utensilier

Håndhygiejneaudit

Hygiejnekoordinatorerne har som tidligere udført audit af hånd- og uniformshygiejne på de kliniske afdelinger to gange i løbet af året. Audit har fra foråret været todelt, hvor den nye del er observation af hvornår der udføres håndhygiejne. Der sendes fortsat automatisk genererede rapporter over afsnittenes registreringer af deltagelse til afdelingspostkasserne to gange årligt.

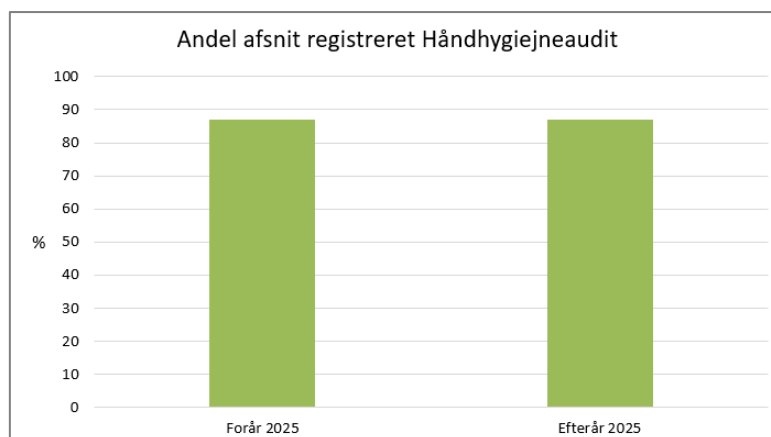


Fig. Andelen af afsnit der har registreret en gennemført håndhygiejneaudit på OUH

Kateteraudit

Hygiejnekoordinatorerne udfører kateteraudit i henholdsvis senge- og intensivafsnit samt FAM. IHE har defineret, i hvilke sengeafsnit, der skal foretages audit hver måned og hvilke hvert kvartal. De enkelte afsnit følger op på afsnittets resultater fra audit og inddrager IHE ved behov.

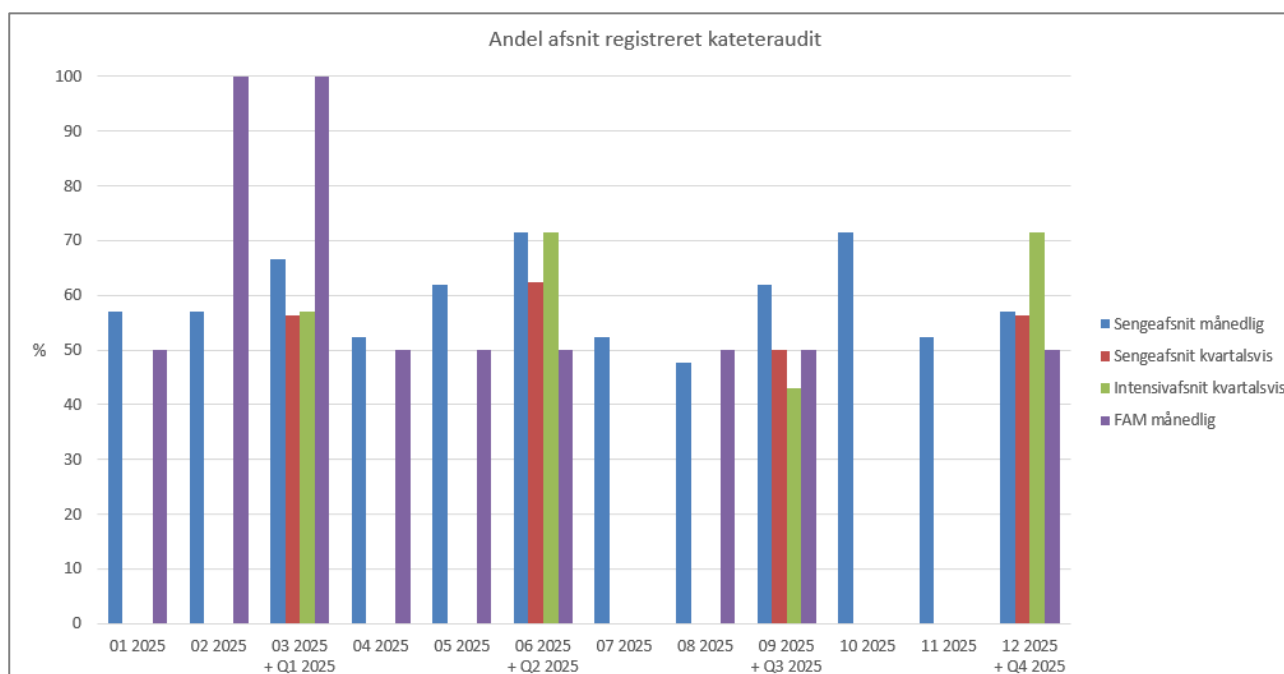


Fig. Andelen af afsnit der har registreret en gennemført kateteraudit på OUH.

4.4.2 Hygiejneprojekter vedr. fleksible endoskoper

Pre-cleaning

Forbehandling med enzymsæbe (pre-cleaning) er nu testet gennem 4 år på et udvalg af endoskoper med forskellig liggetid inden genbehandling. Resultaterne viser, at metoden kan reducere bakterievækst i situationer, hvor genbehandling ikke kan udføres umiddelbart efter brug, hvilket er nødvendigt i forhold til længere transporttid på det nye OUH.

IHE vil fortsat sammen med Sterilcentralen være involveret i udarbejdelse af retningslinje for brug af pre-cleaning og afsluttende protokol, så metoden umiddelbart er klart til implementering på det nye OUH ifm. genbehandling af fleksible endoskoper.

Aqua Typhoon

IHE er i samarbejde med Sterilcentralen involveret i test af Aqua Typhoon (AT).

AT er et nyt automatiseret apparatur, der i større grad kan udføre en ensartet og valideret pulserende gennemskylning ved hver enkelt genbehandlingsproces af fleksible endoskoper, end ved brug af den manuelle metode med rensbørster, der anvendes i dag.

AT anvendes flere steder i Europa, men er endnu ikke godkendt til brug iht. NIR for genbehandling af fleksible endoskoper fra Statens Serum Institut. Dette skyldes, at der er sparsomt med testresultater, hvorfor NIR anbefaler yderligere test før AT anvendes.

4.4.3 Projekt på VITA

På baggrund af en henvendelse fra VITA gennemførte IHE et projekt hen over sommeren i samarbejde med personale og ledelse på VITA, der gennem et års tid havde set en ophobning af kateterrelateret bakterieæmi.

Der blev gennemført undervisning inkl. direkte bedside-vejledning af personalet i emner som fx.:

- Desinfektion af i.v.-kateterstudser ved anbrud
- Forbindsskift ved diverse intravenøse katetre
- Håndhygiejne
- Adskillelse af rent og urent
- Generel hygiejne

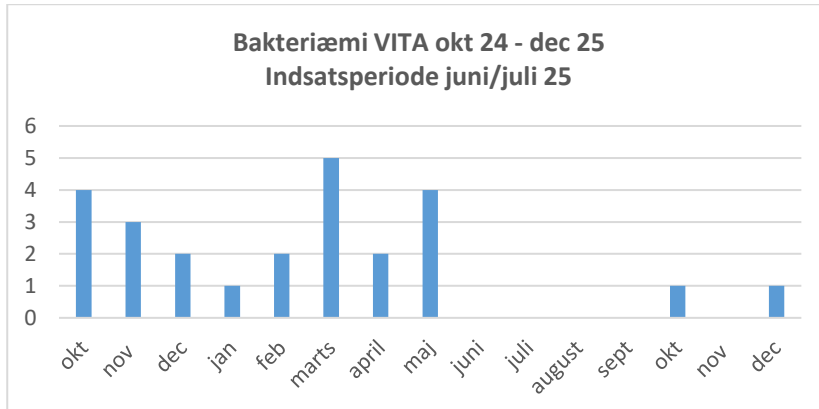


Fig. Bakteriæmier i VITA i perioden oktober 2024 til december 2025. Datakilde: HAIBA.

4.4.4 Brug af sekventering

I løbet af 2025 blev anvendelsen af helgenomssekventeringsdata i væsentligt højere grad end tidligere integreret i arbejdet i IHE.

I laboratoriet blev der implementeret rutinemæssig sekventering af en række udvalgte mikrobiologiske arter, identificeret på baggrund af en foruddefineret algoritme. De inkluderede isolater blev primært påvist i bloddyrkninger eller omfattede specifikke arter med mistanke om tilknytning til et igangværende udbrud.

Rapporter vedrørende de relevante arter blev fremsendt til IHE, hvor fundene blev gennemgået og drøftet i fællesskab med henblik på vurdering af deres epidemiologiske og kliniske betydning samt eventuelle afledte infektionshygiejniske tiltag.

Som eksempel kan nævnes anvendelsen af sekventeringsdata i forbindelse med en ophobning af forskellige stafylokokarter påvist i bloddyrkninger og CVK-spidses hos neonatale patienter.

Desuden blev der foretaget sekventeringsbaseret analyse af fund af *Enterococcus faecium* i bloddyrkninger fra patienter indlagt på VITA med henblik på at afdække mulig transmissionssammenhæng.

4.5 Overvågning af hospitalserhvervede infektioner og resistente mikroorganismer

4.5.1 Hospitalserhvervede infektioner

Urinvejsinfektioner (bakteriuri):

Der ses fortsat en nedadgående trend for forekomsten af hospitalserhvervet UVI.

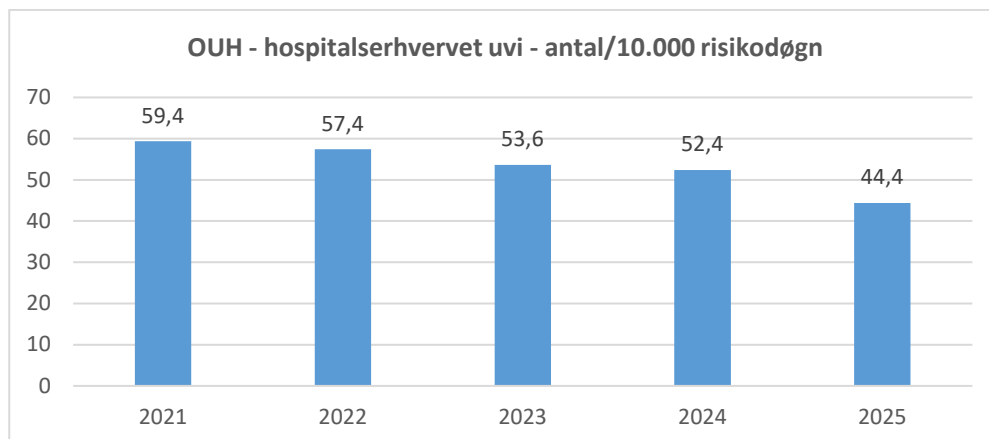


Fig. Forekomsten af hospitalserhvervet UVI/10.000 risikodøgn. Datakilde: HAIBA.

Fokus på blærekatetre fastholdes for en fortsat reduktion og indgår i den regionale handleplan.

Nøglepunkterne er:

- Indikation for anlæggelse af KAD
- Daglig vurdering af fortsat behov for KAD
- Dokumentation i EPJ
- Korrekt urinprøvetagning taget med korrekt indikation

Bakteriæmi:

Udviklingen i forhold til bakteriæmi har atter vist et fald, men er set over år på et uændret niveau.

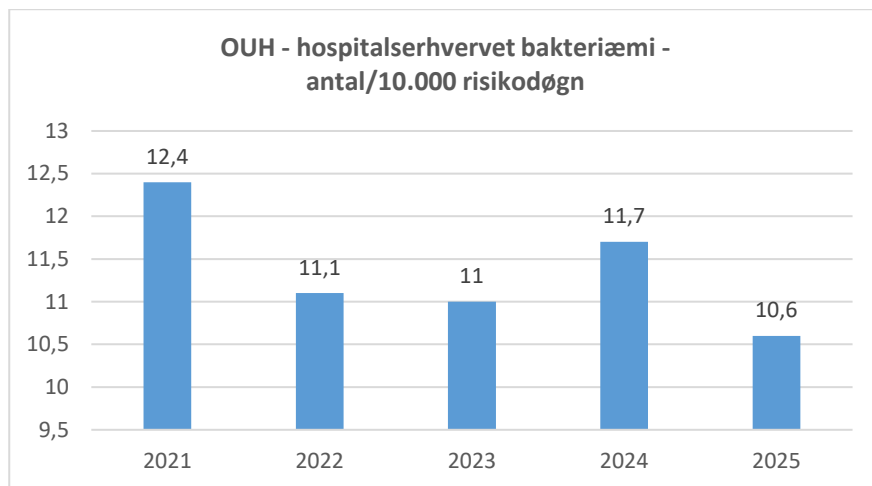


Fig. Forekomsten af hospitalserhvervet bakteriæmi/10.000 risikodøgn. Datakilde: HAIBA.

Fokusområdet indgår i den regionale handleplan.

Nøglepunkterne er:

- Indikation for anlæggelse
- Daglig vurdering af fortsat indikation
- Dokumentation i EPJ
- Korrekt anlæggelse, pleje og håndtering af anlagt i.v. katetre med fokus på håndhygiejne, forbindsskifte og korrekt desinfektion ved anbrud.

Clostridium difficile (hospital onset healthcare-associated – HOHA):

Der ses atter en faldende forekomst. Data har ikke givet anledning til mistanke om uerkendte udbrud i 2025. Tolkningen af data er vanskelig, bl.a. pga. epidemiologien samt relativt små tal.

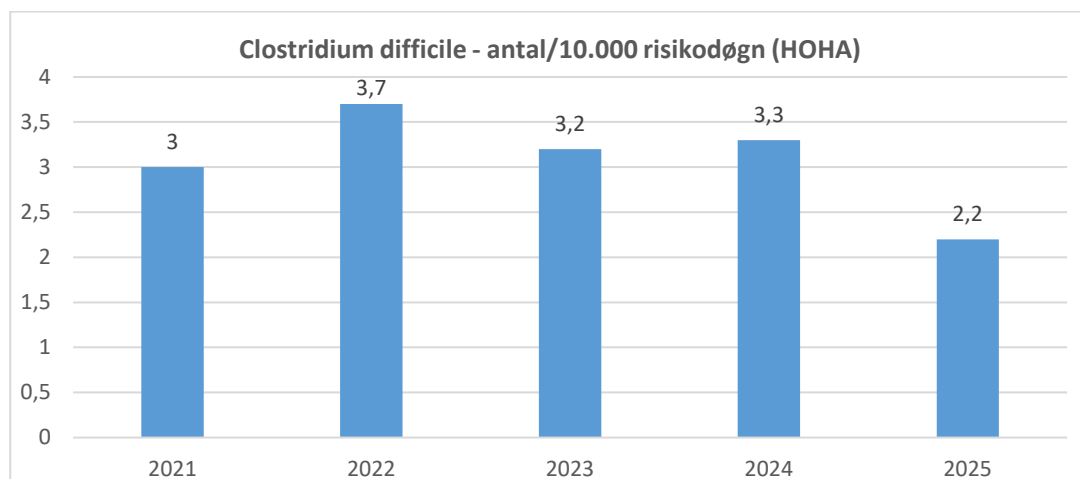


Fig. Forekomsten af HOHA/10.000 risikodøgn. Datakilde: HAIBA.

Nøglepunkterne er fortsat:

- Antibiotic stewardship
- Generel hygiejne

Punktprævalens, pilotprojekt på OUH

I efteråret 2025 gennemførte IHE i samarbejde med AIK-team på afd. Y, Q, O og V (Svendborg) et pilotprojekt med det formål, at undersøge muligheden for at gennemføre en punktprævalensundersøgelse for hospitalserhvervede infektioner. Dette for at kunne supplere de eksisterende data fra HAIBA-databasen med andre infektionstyper end bakteræmi, urinvejsinfektioner og *C. difficile* infektioner. Af interesse er især nedre luftvejsinfektioner og postoperative sårinfektioner, der i litteraturen har en relativ høj forekomst på hospitaler i den vestlige verden.

Pilotprojektet fungerede godt og viste at man i samarbejde med AIK-teams kan gennemføre en punktprævalensundersøgelse med et relativt lavt tidsforbrug.

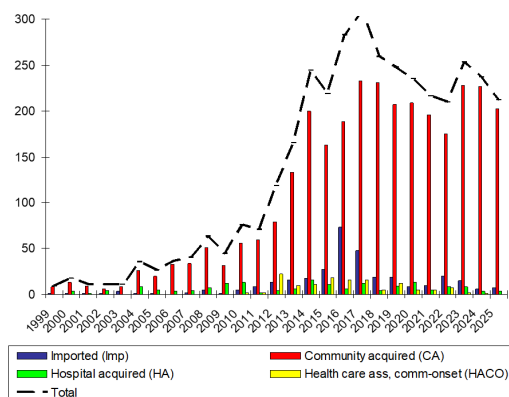
Efterfølgende har KAI vedtaget, at der skal planlægges med en punktprævalensundersøgelse på tværs af hele OUH i løbet af efteråret 2026.

4.5.3 Resistente mikroorganismer

MRSA

Antallet af 1. gangs MRSA-fund faldt med 10,5% (212 nye tilfælde) i 2025 i forhold til 2024.

MRSA førstegangsfund Fyn 1999-2025



I 2025 var der tre registrerede tilfælde af hospitalserhvervet MRSA på OUH svarende til 1,4%, og ingen udbrud på OUHs afdelinger.

Samfundserhvervet MRSA (CA) udgjorde fortsat den overvejende del af de nye fund med 95,3%. På Fyn var den hyppigste MRSA-type (19%) fortsat svinetypen CC398, og med en faldende tendens i forhold til 2024 (26%).

De importerede tilfælde steg fra 2,5% i 2024 til 3,3% i 2025 – en stigning fra 6 til 7 tilfælde.

I 2025 var der igen været en betydelig rådgivningsaktivitet fra IHE til praktiserende læger på Fyn vedr. MRSA-håndtering.

Carbapenemase-producerende organismer (CPO):

CPO forekommer stadig i et relativt lavt niveau på OUH, og udviklingen er fortsat primært drevet af importerede tilfælde. Der har ikke været udbrud i 2025.

CPO har lokalt, nationalt og internationalt vist sig at være tæt forbundet til afløbsproblematikker.

Det har bl.a. betydning for patienters og medarbejderes adfærd omkring, bad, toiletter samt håndvaske. En problemstilling, der stiller krav til indretning og funktion af rummene, og som derfor kræver fortsat fokus. Der ses en fortsat generel stigning i resten af Danmark.

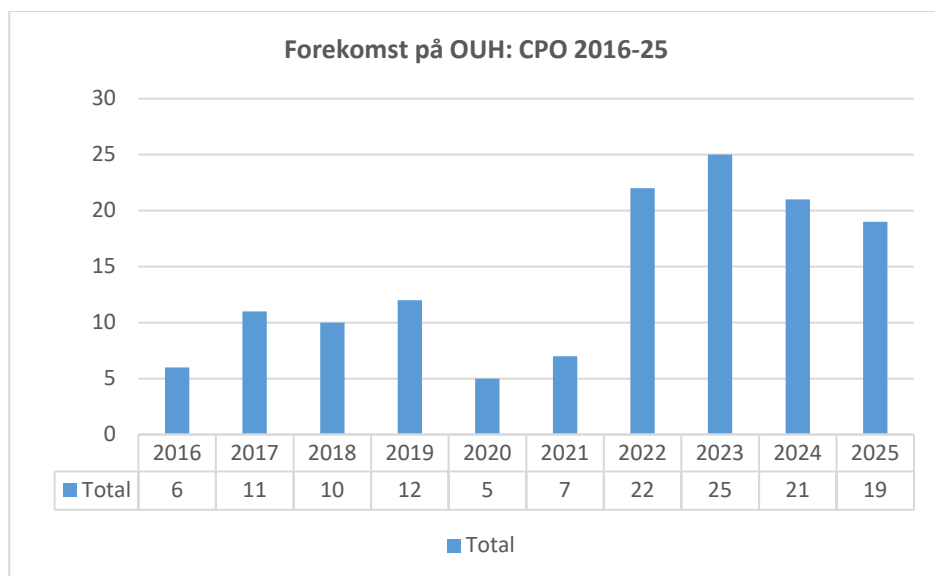


Fig. Forekomsten af CPO på OUH i perioden 2016 til 2025

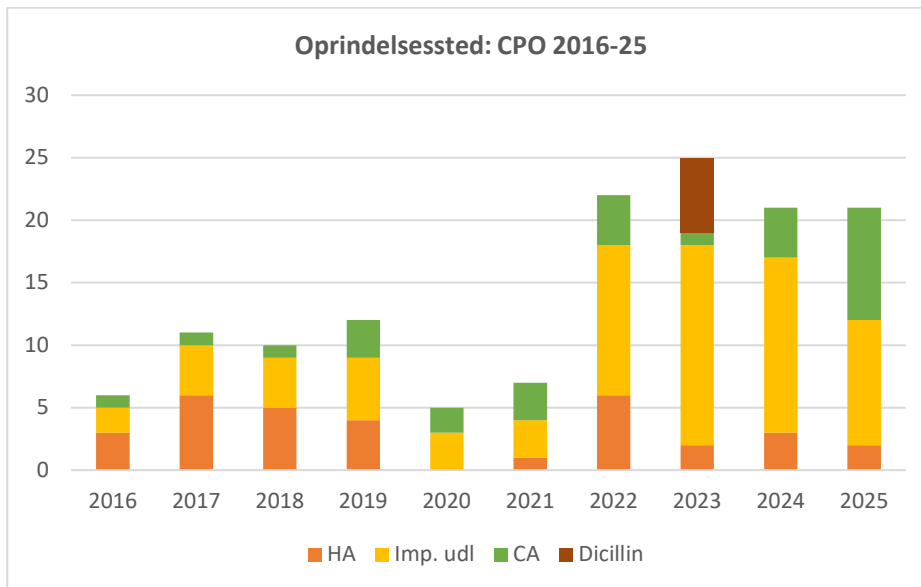


Fig. Forekomst af CPO fundet på KMA, OUH i perioden 2016 til 2025, fordelt på oprindelsessted.

Nøglepunkterne er fortsat:

- Antibiotic stewardship
- Generel hygiejne
- Indretning samt nudging af korrekt adfærd på bad/toilet i og omkring afløb

Vancomycin-resistente *Enterococcus faecium* (VRE)

Det fald, der i 2023 og 2024 blev set i forekomsten af kliniske fund med VRE, er fortsat i 2025. Ud fra overvågningen ses følgende i 2025:

- VRE findes primært i de samme specialer som tidligere
- Det kliniske prøvemateriale er fortsat altovervejende urin

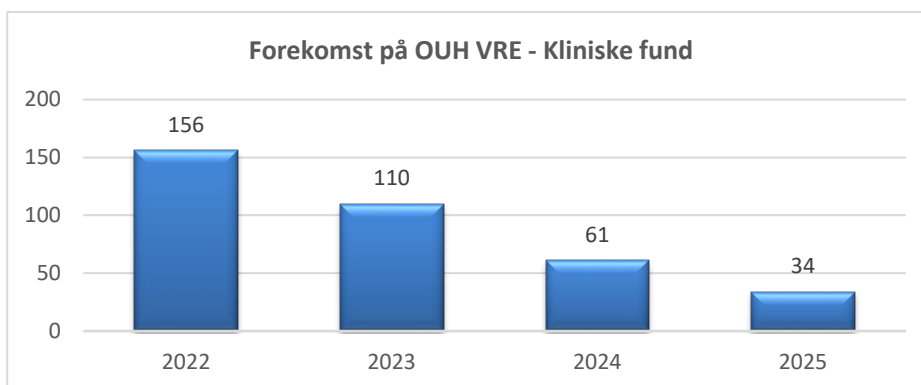


Fig. Forekomst af kliniske fund af VRE fundet på KMA, OUH i perioden 2022 til 2025.

Nøglepunkterne er fortsat:

- Antibiotic stewardship
- Generel hygiejne

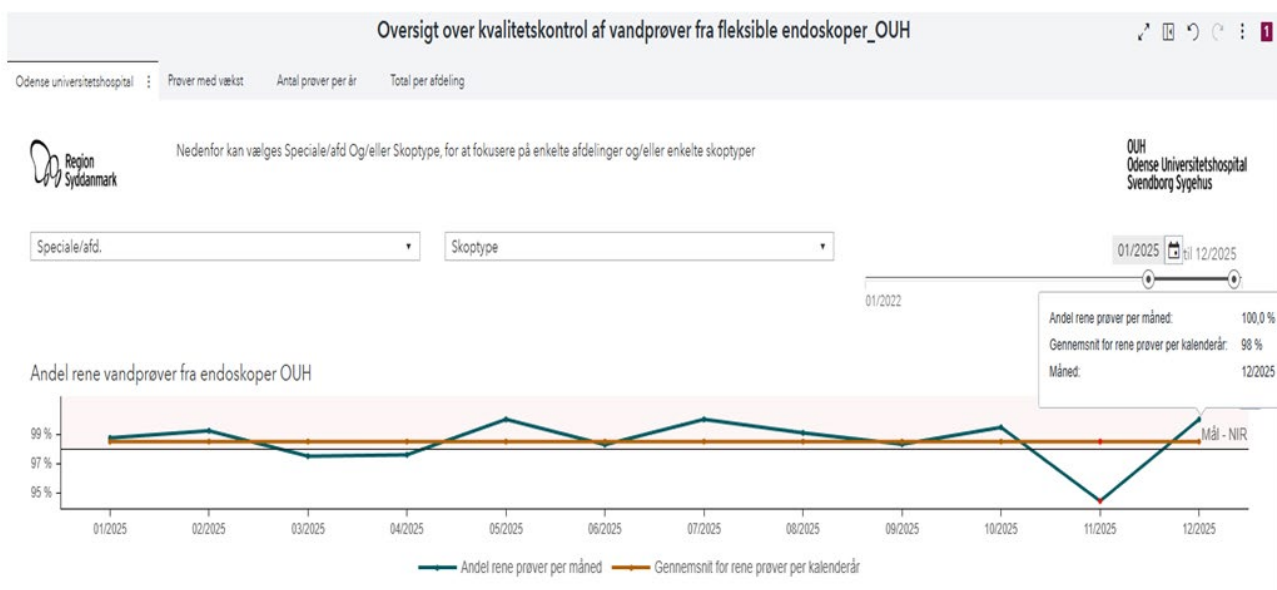
4.5 Infektionshygiejniske kvalitetskontroller

Kvalitetskontrol af endoskoper

IHE har iht. NIR for genbehandling af fleksible endoskoper forsat overvågning af rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper ved bakteriemålinger i skyllevandet af fem endoskoper pr. mdr. pr. endoskopiafsnit (antal prøvesæt skal være mindst 60 pr. år pr. afsnit).

Endoskopi-afsnittene foretager prøvetagningen på et udvalgt antal endoskoper, der er repræsentative for de anvendte typer.

IHE foretager løbende udtræk over afdelingernes indsendte prøver, så der kan sendes besked til de afdelinger, som i ringere grad får foretaget vandprøvekontrol, og afdelingernes opmærksomhed derved skærpes.



98 % af samtlige indsendte prøver blev fundet rene, og i tilfælde med positiv vækst blev der iværksat skærpet opmærksomhed på den manuelle rengøring, oplæring af nyt personale samt forespørgsel til service af endoskopvaskemaskinen.

Operationsstuers luftkvalitet

Der foretages fortsat kvalitetskontrol af luften på hospitalets ortopædkirurgiske laminar airflow-stuer (LAF) iht. Statens Serum Instituts retningslinjer på området. Resultatet ses og vurderes af Infektionshygiejnisk enhed. I 2025 lå en enkelt af målingerne på grænseværdien, hvorfor det blev anbefalet at sætte adfærd som fokusområde på LAF stuer.

Kontrol af ledningsvand

IHE foretager årligt kontrol af ledningsvandet for forekomst af *Legionella pneumophila* på udvalgte afdelinger som f.eks. de intensive afdelinger og afdelinger med svært immunsupprimerede patienter. Herudover kontrolleres ved mistanke om hospitalserhvervede Legionella-tilfælde. Ved fund af forhøjede værdier er årsagen i vandsystemet udredt og afhjulpet i samarbejde med BDS. Siden efteråret er der foretaget gennemskylning af vandrør i et sengeafsnit med svært immunsupprimerede patienter. Dette for at afsøge, om det kan reducere den lave forekomst af *Legionella* i vandet yderligere.

4.6 Rengøring

Tættere samarbejde

I 2025 fik nyansatte funktionsledere to lektioners præsentation i infektionshygiejne ved en hygiejnesygeplejerske, ligesom styrkelse af samarbejdet mellem RHS og IHE er fortsat fra 2024, i form af en hygiejnesygeplejerskes som fysisk har besøgt RHS ugentligt.

Der er et fortsat samarbejde med AMU-Fyn, hvor en hygiejnesygeplejerske underviser to lektioner i infektionshygiejne på serviceassistentuddannelsen.

Ekstern rengøringskontrol

Eksterne rengøringskontrol er ændret fra 2 gange til 1 gang og samtidig faciliteres den ene interne rengøringskontrol nu også af den eksterne auditor. Både de interne og de eksterne rengøringskontroller udføres og vurderes under hensyntagen til DS/INSTA800 og Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR).

I 2025 deltog en hygiejnesygeplejerske på en udvalgt dag, og fulgte efterfølgende op med de afdelinger, hvor der var bemærkninger til det infektionshygiejniske. Som tidligere år, når der er bemærkninger til fund, har de involverede afdelinger modtaget resultaterne af kontrollen fra RHS.

4.7 Byggesager

Det nye OUH

I forbindelse med byggeriet af det nye OUH deltager IHE i forskellig grad i diverse forberedelsesspor, herunder Logistik, Tunge procedureområder, Lægemiddelområdet, Ambulatorieområdet, Intensiv, Højisolation samt Børn, unge og familier.

Nyborg Sygehus

IHE har deltaget i møder vedr. Generalplan for Nyborg Sygehus på områder for Endoskopicer, Høreklubben, Fertilitetsklubben, Dagshospital og fællesambulatorium, Dexa-skannere og Osteoporose ambulatorium.

Svendborg Sygehus

IHE har været inddraget i etablering af yderligere to nye operationsstuer samt ombygning af en operationsstue på Svendborg Sygehus med sluse samt ventilation svarende til NIR-klasse 4. Ombygningen er påbegyndt i 2024, men grundet forsinkelse forventes op-stuerne først færdige i foråret 2026, hvor IHE vil deltage i test af stuerne i form af CFU-målinger mhp. at NIR-klasse 4 opnås, da opbygning af ventilationen vil være den samme, som på flere opr. stuer på det nye OUH.

I forbindelse med test af op-stuer i Svendborg udarbejdes i samarbejde med BDS en protokol for test, hvor metoden er beskrevet, og hvor resultater samles og bearbejdes mhp. brug, når op-stuerne på det nye OUH skal testes.