

Hygiejne i medvind – samarbejde
om udvikling af kommunale
hygiejneorganisationer
– et kvalitativt studie

Dorthe Mogensen

Master of Public Health

MPH 2014:16



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Hygiejne i medvind – samarbejde om udvikling af kommunale hygiejneorganisationer
– et kvalitativt studie.

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-81-2



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Hygiejne i medvind, – samarbejde om udvikling af kommunale hygiejneorganisationer – et kvalitativt studie.				
Författare Dorthe Mogensen				
Författarens befattning och adress Hygiejnesygeplejerske Herlev Hospital Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev, Danmark				
Datum då examensarbetet godkändes 12.09.2014			Handledare NHV/Extern Professor Bengt Åhgren	
Antal sidor 51	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-81-2

Baggrund: Hygiejne er et nyt indsatsområde, som er skrevet ind i Sundhedsaftalerne 2011-2014. Sundhedsaftalen beskriver, at der i kommunerne er stigende behov for infektionshygiejnisk rådgivning i de kommunale institutioner.

Formål: Formålet med dette studie var at undersøge, beskrive og analysere, hvordan kommuner på baggrund af Sundhedsaftalen 2011-2014 arbejder med og internt samarbejder om udvikling af en hygiejneorganisation. Desuden var formålet at afdække om Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne og netværksdannelsen omkring hospitalerne, havde betydning for udviklingen af hygiejneorganisation.

Metode: Studiet er et kvalitativt studie, hvor det empiriske materiale blev indsamlet ved semistrukturerede interview med medlemmer af hygiejnenetværket med hospitalet. Som analysemetode blev anvendt kvalitativ indholdsanalyse. Den teoretiske ramme for studiet er fokuseret på forskellige former for samarbejde, og styrker og svagheder ved samarbejde.

Resultat: Studiet viste, at kommuner i Region Hovedstaden arbejder på forskellig vis med udvikling af en hygiejneorganisation. En afgørende faktor for arbejdet var ledelsesforankring. Samarbejdet kompliceredes af, at kommunen blev opfattet som en stor, uoverskuelig organisation. Sundhedsaftalen, forebyggelsespakken om hygiejne og samarbejdet med hospitalet blev opfattet, som motiverende faktorer for udvikling af en hygiejneorganisation. Det blev opfattet, som en nødvendighed, at kommunen havde adgang til en hygiejnesygeplejerske, så arbejdet med hygiejne ikke kun blev baseret på interesse, men på kompetencer inden for området.

Konklusion: Der er forskellige forhold, som er af afgørende betydning for samarbejde om udvikling af en kommunal hygiejneorganisation. Hygiejneorganisationen skal være ledelsesforankret, og der skal være ledelsesgodkendte rammer for og ressourcer til arbejdet. Kommunen skal have direkte adgang til specialistviden på hygiejneområdet.

Nyckelord

hygiejneorganisation, sundhedsaftaler, samarbejde, infektionshygiejne



norden

Nordic School of Public Health
NHV

MPH 2014:16
Dnr U12/08:374

Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Collaboration in the municipality - developing an infection control organization – A qualitative study.				
Author Dorthe Mogensen				
Author's position and address Infection Control Nurse Herlev Hospital Hervel Ringvej 75, 2730 Herlev				
Date of approval 12.09.2014			Supervisor NHV/External Professor Bengt Åhgren	
No. of pages 51	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/english	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-81-2

Background: Infection control is a new focus area in **the intersectoral health agreements 2011-2014**, which states that municipalities need guidance regarding infection control.

Aim: The present study aimed to investigate, describe and analyze, how municipalities in Denmark's Capital Region collaborate internally while building an infection control organization. The study also aimed to determine how hygiene suggestions from the National Board of Health and networking with hospitals affected the development of the infection control organization.

Method: The empirical material of this qualitative study included semi-structured interviews with network members. Data was analyzed with qualitative content analysis. Theories supporting the study were different perspectives on collaboration.

Results: The study found that municipalities in the Capital Region collaborate in different ways while developing an infection control organization. Management participation played a crucial role. The municipality was considered a large confusing organization. Motivation factors included the health agreements, hygiene suggestions from the National Board of Health and networking with hospitals. Access to an infection control nurse was considered a necessary element, basing collaboration on competencies, rather than personal interest.

Conclusion: Different circumstances are crucial when developing an infection control organization. Management must participate, and also must approve settings and resources. The municipality must have direct access to expert knowledge about infection control.

Key words

infection control organization, health agreements, collaboration, infection control

1. INTRODUKTION	5
1.1 Baggrund.....	5
1.2 Infektionshygiejne.....	6
1.3 Sundhedsaftalen	7
1.4 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne	9
1.5 Center for Forebyggelse i praksis	9
1.6 Tidligere undersøgelser af området.....	10
1.7 Folkesundhedsperspektiv.....	10
2. PROBLEMFORMULERING.....	11
2.1 Formål.....	12
2.2 Forskningsspørgsmål.....	12
3. TEORETISK RAMME	12
3.1 Samarbejde.....	13
3.2 Interprofessionelt samarbejde	14
3.3 Interorganisatorisk samarbejde	15
3.4 Multidisciplinære teams	15
3.5 Styrker og svagheder ved samarbejde	16
4. METODE.....	17
4.1 Design.....	17
4.2 Informanter	18
4.3 Dataindsamling	19
4.4 Dataanalyse	19
4.5 Troværdighed, pålidelighed og overførbarhed	20
4.6 Ethiske overvejelser	21
5. RESULTAT	21
5.1 Analyse af interviews	21
5.2 Sammenfatning af resultaterne fra interviews	29
6. Diskussion.....	30
6.1 Diskussion af resultater	30
6.2 Diskussion af metode	37
7. Konklusion og perspektivering.....	39
8. Tak.....	40
9. Referencer.....	41
10. Bilagsfortegnelse.....	46

1. INTRODUKTION

1.1 Baggrund

Hygiejne et nyt indsatsområde i Sundhedsaftale 2011-2014 i Region Hovedstaden. Sundhedsaftalen præciserer, at der i kommunernes egne organisationer er et stigende behov for rådgivning om multiresistente mikroorganismer og infektionshygiejnisk rådgivning i relation hertil. Sundhedsaftalen beskriver også, at udover konkret rådgivning om håndtering af specifikke hygiejnerelaterede problemstillinger, er der i mange kommuner et ønske om opkvalificering af personale i dag- og døgntilbud samt i plejesektoren i forhold til generel viden om hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme (Region Hovedstaden 2011).

Sundhedsstyrelsen i Danmark udgav i november 2012 en forebyggelsespakke på hygiejneområdet (Sundhedsstyrelsen 2012). Formålet med forebyggelsespakken om hygiejne er at understøtte kommunernes hygiejneindsats, både samarbejdet på tværs af kommunale forvaltninger, samt med hospitaler og praktiserende læger. Herudover at bidrage til, at hygiejnearbejdet bliver ledelsesmæssigt forankret i kommunerne.

Der er i dag ikke lovkrav til kommunerne om etablering af en kommunal hygiejneorganisation. Men med udgivelsen af forebyggelsespakken om hygiejne i 2012 blev vigtigheden af en styrkelse af den kommunale hygiejneindsats understreget.

Mangelfuld hygiejne bidrager til udbredelsen af smitsomme sygdomme. Spredningen af smitsomme sygdomme og resistente bakterier kan være en stor belastning for den enkelte borger og har også samfundsøkonomiske konsekvenser i form af sygefravær og tabt arbejdsevne (Sundhedsstyrelsen 2012, Wiklund 2011, Wiklund, S. et al. 2013).

Forebyggelsespakken om hygiejne understreger, at der er store kommunale omkostninger forbundet med mangelfuld hygiejne, samt et meget stort forebyggelsespotentiale i at undgå smittespredning generelt i befolkningen, samt specifikt blandt særligt sårbare grupper af borgere, hvor smittespredning og infektionssygdomme kan have alvorlige konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2012).

I disse år, hvor befolkningen bliver tiltagende ældre, stiller det store krav til samfundet som sådant, og specielt til kommunerne at kunne håndtere denne situation. Immunforsvaret svækkes med alderen, og ældre medborgere er derfor særligt sårbare overfor infektioner og smitte. Konsekvenserne af en infektion hos ældre er samtidig alvorligere (Sundhedsstyrelsen 2012).

Sundhedslovens opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivelser og mere ambulant behandling betyder, at

kommunerne i stigende grad overtager tiltagende flere og mere komplicerede opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi (Region Hovedstaden 2011). Mange patienter, som tidligere var indlagt i længere tid, udskrives i dag hurtigt fra hospitalerne til fortsat behandling, pleje og hjælp fra kommunen for at kunne håndtere situationen i hjemmet. Kommunerne skal være klar til at påtage sig disse opgaver.

1.2 Infektionshygiejne

Der er i Danmark en række centrale aktører indenfor infektionshygiejne. Infektionshygiejne er i alle regioner organiseret på regionsniveau og på hospitalsniveau. De lokale infektionshygiejniske enheder i regioner og hospitaler udarbejder infektionskontrolprogrammer/hygiejnepolitikker, og arbejdet med infektionshygiejne varetages af lokale hygiejnekomiteer og hygiejneteams/enheder, evt. i samarbejde med hygiejnekoordinatorer/hygiejneressourcepersoner i de enkelte organisatoriske enheder (Statens Serum Institut 2013a). Infektionshygiejne er ligeledes en del af Den Danske Kvalitetsmodel, som alle offentlige og private hospitaler i Danmark er akkrediteret efter (IKAS 2013).

Primærsektor har ikke haft samme tradition for organisering af arbejdet med infektionshygiejne med fastlæggelse af en hygiejnepolitik, oprettelse af hygiejnekomite, udarbejdelse af retningslinjer og udnævnelse af et infektionshygiejnisk team, som det ses på hospitalerne. En stigning i forekomsten af resistente eller særlig virulente mikroorganismer som fx MRSA (Methicillin resistente *Staphylococcus aureus*) og *Clostridium difficile* 027 har dog de senere år sat fokus på nødvendigheden af at oprette en sådan organisering af infektionshygiejnen i primærsektoren (Statens Serum Institut 2013b). Det har således været op til den enkelte kommune at organisere arbejdet med infektionshygiejne (Rønne 2009, Bloch 2012). IKAS og Den danske Kvalitetsmodel har også udarbejdet akkrediterings standarder for primærsektor (IKAS 2013). Infektionshygiejne er ligeledes en del af disse standarderne, men implementering af standarderne er frivilligt for kommunerne. Ganske få kommuner (tre i region Hovedstaden) arbejder med at implementere disse standarder (IKAS 2013).

Smittespredning kan forebygges ved at overholde de generelle infektionshygiejniske forholdsregler (Statens Serum Institut 2011). Forebyggelse af smittespredning og infektioner er vigtigt, uanset om pleje- og behandlingsopgaven foregår på hospitalet, på en kommunal institution eller i en borgers hjem. Mikroorganismer spredtes og smitter på samme måde, og måden at forebygge på er ved at overholde de generelle infektionshygiejniske retningslinjer.

At forebygge smittespredning og infektioner hos borgere kræver viden og handlekompetence inden for området. Et stort amerikansk studie af effekten af at

forebygge infektioner på hospitaler, SENIC-studiet, viste, at opbyggelse af hygiejneorganisationer med fokus på viden om forebyggelse af smittespredning og overvågning af infektioner med feedback til klinikken og ledelsen på hospitaler, reducerede antallet af hospitalserhvervede infektioner med ca. 1/3 (Haley 1985). SENIC-studiet ligger til grund for den nuværende organisering af infektionshygiejnen i Danmark.

I Sverige har der siden 1997 været hygiejnesygeplejersker knyttet til primærsektor. Vårdhygien er betjent af hjemmepleje, plejehjem, institutioner o.a. Vårdhygien er organisatorisk tilknyttet de svenske lån/landsting, og oftest betaler brugerne (kommunerne, institutionerne) for den infektionshygiejniske bistand de modtager, og den er således ikke tilgængelig for alle (Smittskyttinstitutet 2010, Wiklund 2010).

Også Norge har fokus på betydningen af hygiejne i kommunale institutioner (Eriksen et al. 2005). Der har i en del år været udført obligatoriske prævalensundersøgelser med fokus på plejerelaterede infektioner hos borgerne på plejehjem. Ligeledes er der lovmæssigt krav om, at sykehjem har et infektionskontrolprogram. Elstrøm (2013) har i en undersøgelse om smittespredning af MRSA på plejehjem i Norge, påvist, at ved overholdelse af smitteverntiltakene mod MRSA på sykehjem, sker der mindre smittespredning af MRSA mellem beboerne, end ved isolation af MRSA-positive beboere, og derved opnås større livskvalitet for den enkelte beboer (Elstrøm 2013).

I Sundhedsstyrelsens vejledning ”Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedsloven § 119, stk 3” kapitel 6 er beskrevet, at kommunerne har behov for rådgivning om generel hygiejne fx via aftaler indgået mellem kommuner og regioner (Sundhedsstyrelsen 2009).

1.3 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalerne er lovmæssigt forankret i Sundhedsloven, og det obligatoriske indhold er beskrevet i ”Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”, og forpligter regioner og kommuner til at indgå aftaler om sammenhæng, indsatsområder, arbejdsdeling og kommunikation (Sundhedsstyrelsen 2014).

De gældende sundhedsaftaler er anden udgave efter strukturreformen i 2007. I Region Hovedstaden består sundhedsaftalen af en grundaftale og en tillægsaftale, der er indgået mellem Regionen og den enkelte kommune. Grundaftalen, der er fælles for alle kommuner, består af en generel del og en operationel del. I den generelle del er de politiske mål og de gensidige forpligtelser, som parterne har aftalt, beskrevet. I den

operationelle del er de politiske mål konkretiseret og samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner beskrevet (Region Hovedstaden 2011).

Sundhedsaftalen lægger op til et ligeværdigt og forpligtende samarbejde mellem kommuner og region. I aftalen er beskrevet mål og rammer for kommunernes adgang til hospitalernes specialistviden, fx infektionshygiejne. Hygiejne var som nævnt et nyt fokusområde i sundhedsaftalen 2011-2014.

På baggrund af et stort antal henvendelser til hygiejneorganisationerne på hospitalerne fra kommunale dag-og døgntilbud beskrives i aftalen et stigende behov for infektionshygiejnisk rådgivning i kommunerne.

Som en direkte konsekvens af Sundhedsaftale 2011-2014, er organiseringen af hygiejnearbejdet i kommunerne nu under etablering i Region Hovedstaden. Siden 2011 har der været etableret et tværsektorielt samarbejde på hygiejneområdet. Dette samarbejde, som Sundhedsaftalerne 2011-2014 har beskrevet rammerne for, forpligtiger Region Hovedstaden til at yder generel infektionshygiejnisk rådgivning til alle kommuner i regionen (Region Hovedstaden 2011). Rådgivningen er gratis for kommunerne og ydes af områdehospitalernes hygiejneorganisationer. Omfanget af den gratis rådgivning er konkretiseret af regionen, og består af 3 netværk etableret i forbindelse med hygiejneorganisationerne ved de 3 områdehospitaler.

Netværksdeltagerne er nøglemedarbejdere i kommunerne, og kommunerne har mulighed for at sende henholdsvis en medarbejder fra ældre/plejeområdet og en medarbejder fra børne-/ungeområdet til netværksmøderne. Fra hospitalerne deltager hygiejnesygeplejersker og hygiejneoverlæge, og hospitalet er tovholder i netværket. Derudover er der lagt op til, at ledelsesniveauet i både hospitalet og kommunerne deltager i netværket.

Udover netværket er der aftalt afholdelse af et årligt hygiejnekursus af en dags varighed, for centrale personer i kommunernes hygiejneorganisationer. Formålet med kurset er at skabe en kompetenceudvikling af kommunernes ressourcepersoner, som så skal formidle viden om infektionshygiejne videre ud i de lokale organisationer (Region Hovedstaden 2011).

Ligeledes beskriver aftalen, at der er behov for formalisering af rådgivningsfunktionen, og at det kan foregå på forskellig vis, fx ved aftale om honorering pr. ydelse eller ved at klynger af kommuner finansierer aflønning af en hygiejnesygeplejerske, som organisatorisk er knyttet til en mikrobiologisk afdeling. Sådanne aftaler findes for øjeblikket ikke.

Med Region Hovedstadens tilbud om gratis hygiejnerådgivning bliver kommunerne støttet i etableringen/udviklingen af en hygiejneorganisation, som kan understøtte kommunens (infektions)forebyggende arbejde (Region Hovedstaden 2011).

1.4 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne

Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 en række forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats af høj kvalitet. Formålet med forebyggelsespakkerne er at tilføre kommunerne redskaber til prioritering og planlægning af den kommunale indsats på de forskellige forebyggelsesområder (Sundhedsstyrelsen 2012).

Forebyggelsespakken om hygiejne udkom i november 2012.

Formålet med forebyggelsespakken om hygiejne var at understøtte kommunens hygiejneindsats, herunder samarbejdet på tværs af kommunale forvaltninger samt med sygehuse og praktiserende læger. Herunder at bidrage til en ledelsesmæssig forankring af hygiejnearbejdet.

Pakken beskriver en række fakta på hygiejneområder, fx forekomst af smitsom sygdom i forskellige aldersgrupper, smittespredning af multiresistente bakterier på plejehjem, mangelfuld hygiejne, som årsag til sygdom, omkostninger pga. mangelfuld hygiejne samt lovgivning på området. Ligeledes beskriver pakken god videnskabelig dokumentation for effektive forebyggende indsatser på hygiejneområder.

Forebyggelsespakken kommer med anbefalinger, som kan styrke hygiejneindsatsen i kommunerne. Pakken anbefaler rammer for arbejdet, akut beredskab, løbende opgaver, information og undervisning. Endelig beskrives, hvilke kompetencer det ville være hensigtsmæssigt at have i kommunen, fx anbefales det, at kommunen har adgang til specialuddannet hygiejnesygeplejerske eller lignende.

1.5 Center for Forebyggelse i praksis

I 2013 blev i samarbejde mellem Kommunernes Landsforening og ministeriet for Sundhed og Forebyggelse etableret Center for Forebyggelse i praksis.

Center for Forebyggelse i praksis skal hjælpe kommunerne med at implementere Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker ved bl.a. at lave temadage, yde rådgivning og holde oplæg (Center for Forebyggelse i Praksis 2014).

1.6 Tidligere undersøgelser af området

Etablering af hygiejneorganisationer i kommunerne har ikke været undersøgt tidligere, heller ikke betydningen for kommunerne af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke, som jo er ganske ny, fra november 2012.

Fokus på sammenhængende patientforløb og samarbejdet om at forbygge smittespredning i sektorovergange mellem regioner og kommuner, og i kommunerne internt, er bl.a. en af årsagerne til at Sundhedsaftalerne 2011-2014 i RegionH indeholder aftaler om hygiejnebistand til kommunerne (Region Hovedstaden 2011).

Det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand er undersøgt i et MPH arbejde (Bloch, 2012). Studiet viste bl.a. at fokus på organisering og struktur i samarbejdet mellem kommune og region var motiverende faktorer i arbejdet med hygiejne omkring borgerne. Ligeledes viste studiet, at nosokomielle infektioner sandsynligvis kan forebygges ved dels at tilføre viden om infektionshygiejne til personale på alle niveauer i organisationerne og ved at indgå formelt samarbejde mellem kommune og region.

I et dansk studie fra 2011 viser Andersen (2011), at viden om infektionshygiejne og korrekt adfærd på området på flere punkter var mangelfuld. Studiets fund understreger behovet for en indsats på det infektionshygiejniske område (Andersen 2011).

Ligeledes peger Elstrøms studie (Elstrøm 2013) om smittespredning med MRSA på norske plejehjem, som formodentlig kan forebygges ved overholdelse af generelle infektionshygiejniske tiltag, på, at infektionshygiejnen har en relevant plads, og at der er behov for opbygningen af hygiejneorganisationer i primærsektor.

1.7 Folkesundhedsperspektiv

Lige siden Ottawa Charter for Health Promotion fra 1986 og frem til den seneste konference om health promotion i Nairobi i 2009 beskrives det, at arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse er en af hjørnestene i folkesundheden, og bl.a. bidrager dette arbejde til at håndtere smitsomme sygdomme og andre trusler mod folkesundheden (WHO 1986, WHO 2009).

I tråd med dette ønsker regeringen i Danmark at prioritere danskernes sundhed. Med syv nye nationale sundhedsmål skal danskernes sundhed øges inden for de næste 10 år (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2014). Blandt andet fremhæves, at kvaliteten i de kommunale sundhedsydelser skal styrkes, både hvad angår borgere med kroniske sygdomme, men også specifikt med at forebygge indlæggelser fx pga. forebyggelige infektioner så som blærebetændelse hos gamle, svækkede borgere. Ligeledes nævnes

indsatsen mod de multiresistente bakterier, som udgør et stigende problem, som et område regeringen vil styrke indsatsen overfor (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2013).

Arbejdet med folkesundhed har lang tradition bag sig, og infektionshygiejniske tiltag har gennem mange, mange år betydet en forbedring af folkesundheden. Forbedringer som fødevarehygiejne, kloakering, renovation, vandforsyning, vaccination, smittebekæmpelse og antibiotika har haft afgørende betydning for den globale folkesundhed, og har det også i dag (Jensen 2004). Alle disse tiltag har primært i udviklede lande medført, at det har været muligt, at bekæmpe alvorlige, evt. dødelige smitsomme sygdomme blandt i forvejen raske, ofte yngre mennesker. Infektionssygdomme anses dog stadig for en trussel mod folkesundheden i verden. Hovedproblemet i dag er infektioner hos i forvejen svækkede personer, oftest gamle mennesker. Dette er en gruppe patienter, som i meget stor udstrækning i dag skal plejes og behandles i primærsektor (Region Hovedstaden 2011).

Selvom fokus i dag i sundhedsfremme og forebyggelse primært fokuserer på de ikke smitsomme sygdomme, fx livsstilssygdomme, så må den stigende forekomst af resistente mikroorganismer, de begrænsede behandlingsmuligheder, og overforbrug af antibiotika tages ganske alvorligt (Danmap 2012). Resistensudviklingen opstår, dels pga. stigende antibiotikaforbrug, både i patientbehandlingen, og i fødevareproduktionen, og dels pga. en øget rejseaktivitet blandt borgere i den udviklede del af verden (Dalsgaard, Aarestrup og Frimodt-Møller 2009).

2. PROBLEMFORMULERING

Kommunerne i Danmark har efter strukturreformen i 2007 fået langt flere og mere komplicerede pleje og behandlingsforløb at tage vare på. Sundhedslovens opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivelser og mere ambulant behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager tiltagende flere og mere komplicerede opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi (Region Hovedstaden 2011). Mange patienter, som tidligere var indlagt i længere tid, udskrives i dag hurtigt fra hospitalerne til fortsat behandling, pleje og hjælp fra kommunen for at kunne håndtere situationen i hjemmet. Kommunerne skal være klar til at påtage sig disse opgaver.

Som tidligere nævnt ses i disse år, hvor befolkningen bliver tiltagende ældre, at der stilles større og større krav til samfundet som sådant, og specielt til kommunerne om at kunne håndtere denne situation. Immunforsvaret svækkes med alderen, og ældre medborgere og borgere, som har været igennem svære behandlingsforløb, med eksempelvis kemoterapi, er derfor særligt sårbare overfor infektioner og smitte.

Konsekvenserne af en infektion hos disse borgere er samtidig alvorligere (Sundhedsstyrelsen 2012).

En af konsekvenserne af de mange flere og komplicerede pleje- og behandlingsopgaver er, at der stilles større krav til viden hos plejepersonale, som tager sig af disse patienter, bl.a. viden om infektionshygiejne, for at forhindre smittespredning.

I Sundhedsaftalen 2011-2014 gældende for Region Hovedstaden blev for første gang beskrevet samarbejde mellem region og kommuner vedrørende infektionshygiejne. Der blev i aftalerne lagt op til etablering af hygiejneorganisationer i kommunerne med regionen som rådgiver og formidler af undervisning til centrale ressourcepersoner i kommunerne.

2.1 Formål

Formålet med dette studie er at undersøge, beskrive og analysere, hvordan kommuner, på baggrund af Sundhedsaftalen 2011-2014, arbejder med og internt samarbejder om udvikling af en hygiejneorganisation, med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne og Region Hovedstadens tilbud om netværk og hygiejekursus som idékatalog.

2.2 Forskningsspørgsmål

Hvordan samarbejdes i den enkelte kommune i Region Hovedstaden om at udvikle en kommunal hygiejneorganisation?

Suppleret med følgende spørgsmål:

- Hvilken betydning har Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne for samarbejdet i kommunen om udvikling en kommunal hygiejneorganisation?
- Hvilken betydning har netværksdannelsen omkring områdehospitalerne for udviklingen af hygiejneorganisationen i kommunen?

3. TEORETISK RAMME

Den valgte teoretiske ramme skal bidrage til at belyse problemformuleringen i diskussionen af resultaterne, som er fremkommet efter analyse af interviews. Til dette er valgt at beskrive teori om forskellige former for samarbejde.

3.1 Samarbejde

Ifølge Ottawa Charter (WHO 1986) er health promotion et fælles anliggende. Derfor er samarbejde på tværs en nødvendighed for, at individer kan opnå kontrol over, og forbedre deres sundhed. Sektorer, organisationer, professioner, samfundet, som sådant må arbejde sammen for at opnå sundhedsfremme generelt i samfundet og for den enkelte borger.

Samarbejde handler om mennesker, og samarbejde kan foregå overalt fx mellem nationer, organisationer, afdelinger, men samarbejde er langt fra ligetil (Holdt Christensen, 2012). De fleste forskere påpeger, at det på mange områder, hvor samarbejde er blevet forsøgt, er mislykkedes at få samarbejdet til at fungere. Dog findes der et område, hvor der er opnået store fordele med samarbejde, nemlig folkesundhedsarbejdet (Axelsson og Axelsson 2007).

Samarbejde er en struktur til at løse opgaven, men også en ramme for sociale relationer. Holdt Christensen (2012) beskriver samarbejde, som et yderst komplekst fænomen, som er afhængig af både strukturelle og relationelle processer. I ethvert samarbejde skal individers indsats koordineres, så de såvel individuelt, men også i høj grad sammen leverer den forventede arbejdsindsats. Ligeledes må ethvert samarbejde, såvel som alt andet arbejdet motiveres, for hvis individet mister motivationen, så påvirkes ikke kun den individuelle arbejdsindsats, men også den samlede indsats fra deltagerne i samarbejdet. Koordination og motivation bliver således de væsentligste begreber indenfor samarbejde. Set i den sammenhæng handler samarbejde ikke kun om at få løst nogle arbejdsopgaver, men også om hvordan mennesker agerer, altså om sociale relationer og processer mellem deltagere i samarbejdet, og hvordan dette påvirker løsningen af arbejdsopgaven.

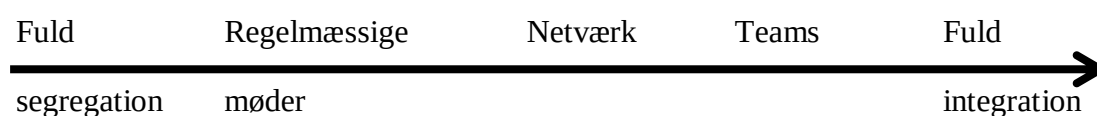
Koordination af samarbejde er centralt, fordi samarbejde er præget af en eller anden form for gensidig afhængighed. Når mennesker samarbejder, er der enten eksplicit eller implicit brug for viden om, hvem der gør hvad, hvornår. Holdt Christensen (2012) definerer bl.a. koordination af arbejdsopgaver ud fra de betingelser, som arbejdsopgaverne udføres under. En af de betingelser er tilstedeværende ressourcer til at udføre opgaven.

Hvordan individet motiveres i samarbejdet, afhænger særligt af tre faktorer, påpeger Holdt Christensen (2012). For det første skal opgaven, der samarbejdes om, opleves meningsfuld af den enkelte. For det andet skal den enkelte opleve et vist ansvar for resultatet af ens arbejdsindsats, og for det tredje at den enkelte har en viden om konsekvenserne af ens arbejdsindsats.

Samarbejde kan defineres på mange ofte modstridende måder. Derfor anvender mange i stedet begrebet integration, som kan defineres som et overordnet begreb for samarbejde,

som helt enkelt betyder, at forskellige aktører eller aktiviteter er blevet ført sammen til en større helhed (Axelsson og Axelsson 2007).

Graden af integration i samarbejde kan, som Axelsson og Axelsson (2007), og Ahgren og Axelsson (2005) har gjort, beskrives på et kontinuum, som begynder med fuld segregation og fører frem til fuld integration. Kontinuumet går fra jævnlige møder med udveksling af information, til henvisning af patienter, fælles kliniske retningslinjer, over mere strukturerede netværk, til grænseoverskridende multidisciplinære teams, med casemanager/leder til fuld integration mellem organisationer, hvor fælles budget og sammenlægning fører til oprettelsen af en ny organisation. Kontinuumet er illustreret i figur 1.



Figur 1. Kontinuum af integrationsformer (Ahgren og Axelsson 2005)

3.2 Interprofessionelt samarbejde

Samarbejde mellem professioner er blevet mere og mere almindeligt, og mere og mere nødvendigt inden for velfærds-, pleje- og behandlingsområdet i takt med, at ydelserne er blevet mere og mere specialiserede og komplekse (Axelsson og Axelsson, 2009). Samarbejde kan foregå på flere niveauer fx interprofessionelt mellem forskellige professioner og faggrupper.

Interprofessionelt samarbejde afhænger af forskellige faktorer. Forskellige faggrupper skal være til stede, ledelse, og ikke mindst skal gruppen have kompetencer til at arbejde interprofessionelt. Interprofessionelt samarbejde er karakteriseret af, at medlemmerne i et interprofessionelt team ikke bare referere og henviser til hinanden, når behovet opstår, men er fælles om al planlægning, og har en fælles referenceramme og fælles værdier for samarbejdet, fælles værktøjer og arbejdsmetoder, og høj grad af effektiv kommunikation og information (Vyt, 2008). Vyt (2008) beskriver ligeledes, at for at teamet skal fungere effektivt, er der behov for jævnlige møder, hvor der er personlig kontakt mellem teammedlemmerne og teamledelsen. Effektiv ledelse af teamet er nødvendigt. Ledelsen skal have organisatoriske kompetencer, og kunne stimulere til samarbejde, åbenhed og refleksion. Sidst men ikke mindst nævner Vyt (2008), at værdier og mål for arbejdet, samt evaluering af disse er vigtige elementer i interprofessionelt samarbejde.

3.3 Interorganisatorisk samarbejde

Som nævnt er begrebet integration brugt til at beskrive kompleksiteten i samarbejde (Axelsson og Axelsson 2007). Forskellige aktører eller aktiviteter føres sammen til en større helhed. Ifølge Axelsson og Axelsson (2007) findes der to grundlæggende mekanismer, som får integration til at fremkomme. Nemlig en hierarkisk organisation eller konkurrence om et marked. Derudover beskriver de, at der også findes en tredje måde, til at opnå integration, nemlig ved hjælp af et netværk. I et netværk sker integrationen gennem et frivilligt samarbejde mellem aktører. Denne form for integration kaldes horisontal integration, hvorimod den integration der sker i et hierarki kaldes vertikal integrering.

At integrere aktiviteter mellem forskellige afdelinger, forvaltninger i en organisation kan ofte være svært for ledelsen i organisationen. Endnu sværere kan det være at integrere aktiviteter mellem forskellige organisationer (Axelsson og Axelsson, 2006). Det betyder, at den hierarkiske opbygning af en organisation, som kan sikre integrationen, bliver afløst af et mere frivilligt og dermed mindre forpligtende vertikalt samarbejde mellem organisationerne.

Tværsektorielt samarbejde er den mest komplekse form for samarbejde, da det både indeholder samarbejde på tværs af organisationer/sektorer og samarbejde på tværs af professioner, tværfagligt samarbejde. Formålet med at arbejde tværsektorielt er at sikre bedre sammenhæng i ydelser på tværs af sektorer, og dermed opnå en kvalitetsforbedring for borgerne (Axelsson og Axelsson 2007).

Ledelse af interorganisatorisk integration og samarbejde er problematisk. Der findes flere barrierer, som ledelse skal overkomme, fx forskellige administrative grænser, regler og love og forskellige budgetter. Ligeledes findes forskellige kulturer og værdier i forskellige afdelinger og faggrupper, som skal overkommes (Axelsson og Axelsson, 2006).

3.4 Multidisciplinære teams

Axelsson og Axelsson (2009) beskriver et team, som en speciel arbejdsgruppe, der er sammensat af personer med forskellige, men komplementerende kompetencer. Dette indebærer, at teamet som helhed har en større kompetence end de enkelte delkompetencer, som indgår i teamet. I et team er det ligeledes muligt at samle de kompetencer, der er behov for, for at løse en bestemt problemstilling. Teamet er oftest sammensat af personer med forskellige professioner, men kan lige så ofte bestå af

personer fra forskellige afdelinger fra organisationen, eller fra forskellige organisationer. I denne sammenhæng kaldes teamet ofte for et græseoverskridende multidisciplinært team.

Disse teams kan fungere relativt selvstændigt, men ofte findes en styregruppe, som består af medlemmer fra de involverede organisationer eller forvaltninger (Axelsson og Axelsson 2007). Ligeledes kan disse teams ofte have en teamleder, hvis opgave det er at påvirke de andre i teamet til at nå de fælles mål. Teamlederen kan ofte være rekrutteret til opgaven. Ifølge Axelsson og Axelsson (2006) etableringen af multidisciplinære teams en måde at samarbejde interprofessionelt og interorganisatorisk på.

Ifølge Berlin, Carlström og Sandberg (2009) kan teamet beskrives som en organisatorisk løsning, der under optimale forudsætninger, med oftest et begrænset antal deltagere, som med samarbejde mellem forskellige professioner, enheder og kompetencer formår at skabe synergi, dvs. positiv gevinst og merværdi af samarbejdet.

3.5 Styrker og svagheder ved samarbejde

Samarbejde skal lede til bedre udnyttelse af ressourcer og bedre kvalitet (Willumsen, 2007).

Holdt Christensen (2012) beskriver, at samarbejde rummer synergieffekter, når samlingen af individer leverer en arbejdsindsats, der er større end summen af individernes arbejdsindsats. Lykkes dette, er det en styrke ved samarbejdet. Det omvendte gør sig også gældende. Synergital er også en mulighed ved samarbejde, og opstår dette, er det en svaghed ved samarbejdet.

Hvis ikke der er klare fordele ved at samarbejde, bør samarbejde undgås (Huxham og Vrangén, 2005). Derfor er det vigtigt at fokusere på styrker og svagheder i samarbejde, og således bliver evaluering af samarbejdet vigtigt. Spørgsmål som, hvornår og hvorfor lykkes samarbejde, og hvornår og hvorfor mislykkes samarbejde, bliver vigtige.

Der findes både styrker og svagheder ved samarbejde, ofte kan de beskrives som to sider af samme sag (Andersson et al, 2011). Fx kan dårlig eller utilstrækkelig kommunikation skabe problemer i forhold til, hvem gør hvad, og hvilke mål, samarbejdet skal forfølge, hvorimod god kommunikation kan sikre, at alle parter kender deres rolle i samarbejdet, og er enige om mål for samarbejdet, og dermed styrkes samarbejdet, med positivt resultat til følge.

Tillid er en anden vigtig faktor i samarbejde, som oftest beskrives som en styrke for samarbejdet. Tillid opstår, når kommunikationen fungerer, og parterne kender hinanden godt (Andersson et al, 2011).

Axelsson og Axelsson (2007) beskriver, at der findes både strukturelle og kulturelle forhindringer for samarbejde. De strukturelle forhindringer kan være forskellige regelsystemer, finansieringssystemer med forskelligt budget og ansvarsområde, eksisterende administrative afgrænsninger mellem forskellige myndigheder og organisationer, og forskellige informationssystemer med manglende kompatibilitet. De kulturelle forhindringer kan afhænge af forskellig opfattelse af kerneopgaven og synet på patienterne eller borgerne. Den faglige baggrund kan ligeledes skabe forskelle i synet på opgaven, da forskellige professioner kan have forskelligt sprog, attituder og værdier. Dermed skabes forhindringer for samarbejdet.

Axelsson og Axelsson (2007) beskriver derudover også en anden alvorlig både strukturel og kulturel forhindring for samarbejde, nemlig revir adfærd. Revir adfærd henviser til personer i samarbejdet, ofte ledere, som forsvare sit område eller fag – sit territorie. Dermed bliver forskelligheder i samarbejdet til en svaghed. Som modsætning til revir adfærd, og som styrke for samarbejdet beskriver Axelsson og Axelsson (2009) altruistisk ledelse, hvor helheden og samarbejdet er vigtigere end eget territorie. Dermed bliver forskelligheder i samarbejdet set som et styrke. Det altruistiske lederskab i samarbejde anses for en forudsætning for at kunne have et grænseoverskridende samarbejde.

4. METODE

Undersøgelsens metode er den systematiske fremgangsmåde, som forfatteren benytter til udforske undersøgelsens problemformulering, og som sætter læseren i stand til at følge/gentage undersøgelsen, og på de beskrevne præmisser, nå frem til samme resultat som forfatteren (Rienecker og Jørgensen 2012).

4.1 Design

Valg af studiedesign er sket på baggrund af studiets formål og de tilhørende forskningsspørgsmål. Formålet med dette studie var at undersøge og beskrive, hvordan kommuner i Region Hovedstaden arbejder med at udvikle en hygiejneorganisation, og derfor er en kvalitativ tilgang til at belyse forskningsspørgsmålene valgt. Ved hjælp af kvalitative forskningsmetoder og fænomenologisk tilgang er det muligt at få viden om og forståelse for personers opfattelse af deres livsverden, og de fænomener, som indgår i denne, og passer godt som metode til at undersøge dynamiske processer, som fx samarbejde (Malterud 2011), (Kvale og Brinkmann 2009). Kvalitative metoder åbner for forskning på områder, hvor der kun findes sparsom viden om området, og

problemstillingen er sammensat, og hvor man kan forvente mange forskellige svar (Malterud 2011).

Studiet anvender en kvalitativ forskningsmetode med et induktivt tilsnit, det vil sige at studiet kan bruges til at udvikle en beskrivelse af, hvordan kommuner i Region Hovedstaden arbejder med udviklingen af hygiejneorganisationer. Data er fremkommet ved semistrukturerede interview med netværkspersoner fra 7 forskellige kommuner i regionen. Det vil således være netværkspersonernes oplevelse af hygiejneorganisationen i deres kommune, som fremkommer i undersøgelsen.

I kvalitative metoder anses forskeren som en aktiv deltager, og forskerens perspektiv og position vil få betydning for resultater af studiet.

4.2 Informanter

Til at belyse forskningsspørgsmålene blev der foretaget semistrukturerede interview med udvalgte medlemmer af netværkene med områdehospitalerne, ud fra en forventning om, at netop medlemmerne af netværket måtte vide mest om hygiejneorganisationen og hygiejnearbejdet i kommunen (Malterud 2011). Medlemmerne af netværket er udvalgt af kommunen i henhold til de kriterier, som er udstukket for samarbejdet. De er centrale nøglepersoner indenfor ældrepleje-området eller børne/unge-området.

Informanterne bestred forskellige stillinger og opgaver i kommunen, fx sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske, afdelingsleder, ledende sundhedsplejerske, udviklingssygeplejerske og hygiejnesygeplejerske. To af informanterne havde lederstillinger, tre var menige sygeplejersker, henholdsvis hjemmesygeplejerske eller sundhedsplejerske, en var udviklingssygeplejerske og en var hygiejnesygeplejerske. Alle havde arbejdet indenfor sygeplejefaget i mange år. Alle var kvinder.

Alle informanterne blev indledningsvis kontaktet telefonisk. Ved denne indledende samtale blev der givet en kort beskrivelse af formålet med studiet. Efterfølgende blev der givet mundtligt tilsagn om deltagelse i interviewet. Herefter modtog deltagerne en mail med vedhæftet brev om formål og beskrivelse af studiet, samt hvordan interviewet forventedes at forløbe (Bilag 1).

Alle interview blev foretaget på informanternes arbejdsplads, og havde en varighed af 30 – 60 minutter.

4.3 Dataindsamling

Et interview er en samtale, som har et formål og en struktur, og som producerer viden gennem samtalen mellem den interviewede og interviewerens (Kvale og Brinkmann 2009).

Empirien til dette studie blev indsamlet ved syv semistrukturerede interviews, som blev optaget på bånd med diktafon. Derefter blev de, samme dag som de var blevet afholdt, transskriberet af interviewerens. Til brug ved interviewene blev udfærdiget en interviewguide med seks temaer relateret til forskningsspørgsmålene og formålet med studiet. Hvert af de seks temaer var forsynet med åbne spørgsmål, som primært blev indledt med *hvad* eller *hvordan* for at give mulighed for refleksion i forbindelse med besvarelser af spørgsmålene (Bilag 2). Interviewspørgsmålene giver mulighed for mere konkrete beskrivelser af fænomenet, som er ønsket i dette studie, hvor formål og forskningsspørgsmål søger efter en forklaring af fænomenet (Tinggaard og Brinkmann 2010).

Interviewguide blev udfærdiget i henhold til Kvale og Brinkmanns (2009) forslag til iscenesættelse af et interview. Alle interview blev indledt med en præsentation/briefing af interviewerens, formålet med og strukturen på interviewet, information om fortrolighed og anonymitet, og herefter blev informanten bedt om at præsentere sig selv og bekræfte sit samtykke til deltagelse i interviewet. Afslutningsvis en debriefing, hvor der blev samlet op fra interviewerens side, og informanten kunne udtrykke eventuelle yderligere synspunkter.

4.4 Dataanalyse

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er kvaliteten af interviewene afgørende for den efterfølgende analyse og afrapportering af resultaterne. Et vigtigt kriterie er, at interviewerens er velinformeret om formålet med interview, dvs. hvad interviewerens interviewer om, såvel som hvorfor og hvordan. Forfatteren til dette studie har en forforståelse for emnet på baggrund af sin profession som hygiejnesygeplejerske, samt sin rolle som tovholder i det ene af de tre netværk mellem kommunerne og områdehospitalet i Region Hovedstaden. Dette kan have betydning i forhold til at forstå informanternes livsverden. Forfatteren skal i bearbejdningen af data, analyse og tolkning være meget bevidst om og opmærksom på, ikke at lade sig påvirke af denne forforståelse (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvalitativ indholdsanalyse, som beskrevet af Lundman og Graneheim (2008) og Schreier (2013), blev brugt til at analysere alle interviews, og følgende trin i analyseprocessen blev fulgt:

- Hver enkelt interviewtekst blev grundigt gennemlæst flere gange for at opnå et overordnet indtryk af teksten
- Derefter blev ord og sætninger, som udtrykte en central mening, en meningsenhed, identificeret
- Meningsenheder blev systematisk kondenseret og abstraheret, uden at den oprindelige mening blev ændret
- Derefter blev meningsenhederne udstyret med en etiket, en kode, som kort beskriver indholdet i meningsenheden
- Herefter blev flere koder med sammenligneligt indhold sammensat i kategorier, som til sidst blev grupperet i centrale, deskriptive temaer

Analyseprocessen starter allerede i forbindelse med selve interviewet, den efterfølgende transskribering og gennemlæsning (Malterud 2011). Det er også forfatterens oplevelse i forbindelse med dette studie.

Efter gennemlæsning af interviews blev meningsbærende enheder, som henholder sig til forskningsspørgsmålene, identificeret, for derefter at blive kondenseret og abstraheret til kortere udsagn, uden at meningen derved tabes. Udsagnene forsynes med koder, som derefter blev sammensat i kategorier, som slutteligt grupperes i temaer.

4.5 Troværdighed, pålidelighed og overførbarhed

Et hvert resultat af et studie bør være så troværdigt som muligt, og derfor bør studiet evalueres i forhold til, hvordan resultatet er fremkommet (Graneheim og Lundmann 2004).

Ifølge Lundemann og Graneheim (2008) er det vigtigt, at en forsker nøje beskriver systematikken i analyseprocessen, for at læseren kan følge hele processen med at nå frem til studiets resultat og konklusion, og dermed bevise for læseren, at resultatet er troværdigt. Det er også i forhold til troværdighed, at forfatterens forforståelse og erfaringer er af stor betydning for studiet. Det er vigtigt at være bevidst om forforståelsen, og i hvor høj grad denne kan have præget resultatet af studiet.

Pålideligheden i studiet handler om sandhed og rigtighed i de resultater og tolkninger, som vises i studiet, samt den styrke hvormed resultaterne udtrykkes. Forskeren bør præsentere sine resultater, så læseren kan gennemskue, hvordan disse er fremkommet, og samtidig får læseren mulighed for selv at fortolke resultaterne på en eventuel anden måde (Graneheim og Lundemann 2004).

Overførbarhed handler om i hvilken grad resultaterne kan overføres til andre kontekster. Forfatteren kan komme med forslag til og beskrive eventuelle forudsætninger for

studiets overførbarhed, men læseren er den, som vurderer, om studiet er overførbart til andre kontekster. Det er derfor vigtigt, at forfatteren tydeligt beskriver studiets kontekst, udvalg, informanter, dataindsamling, og analyse (Graneheim og Lundemann 2008).

4.6 Etiske overvejelser

Da der ikke indgår patienter eller personhenførbare data i studiet, skal der således ikke i forhold til persondataloven og Databeskyttelsesdirektivet indhentes godkendelse fra De Videnskabsetiske Komitéer, fordi det udelukkende er biomedicinske undersøgelser og forskning, som skal godkendes af disse myndigheder (Datatilsynet 2013, Den Nationale Videnskabsetiske Komite 2013).

Alle deltagere blev mundtligt og skriftligt informeret om undersøgelsen. De blev oplyst om frivillighed, anonymitet og fortrolighed i forhold til undersøgelsen, og om at studiets resultater vil blive offentliggjort i en MPH opgave, samt at de vil få mulighed for at se den færdige og godkendte opgave.

5. RESULTAT

5.1 Analyse af interviews

I forbindelse med analyse af de syv interviews fremkom fem centrale, deskriptive temaer i forhold til forskningsspørgsmålet.

- Ledelsesforankring af hygiejneorganisationen i kommunen er nødvendigt
- Samarbejde i en stor organisation er kompliceret
- Sundhedsaftaler, forebyggelsespakken og netværket har betydning for arbejdet med hygiejne i kommunen
- Prioritering af ansættelse af hygiejnesygeplejerske eller anden sygeplejerske, som har hygiejne som primæropgave og særlige kompetencer i forhold til infektionshygiejne
- Fokus på hygiejne i kommunen holdes i live af ildsjæle

I det følgende fremlægges resultaterne fra analysen af interviews og tematiseringen af koder fremkommet i forbindelse med den kvalitative indholdsanalyse.

I det følgende er direkte citater fra informanterne skrevet med *kursiv*, og i citaterne kan forekomme parenteser med opklarende ord eller sætninger i forhold til betydningen af citatet, som forfatteren har tilføjet citatet (Rienecker og Jørgensen 2012).

5.1.1 Ledelsesforankring af hygiejneorganisationen i kommunen er nødvendigt

Generelt oplevede alle informanterne, at der fandtes en eller anden form for hygiejneorganisation eller organisering af arbejdet med hygiejne i deres kommune. Graden af organisering, og om man reelt kunne kalde det en organisation, blev oplevet meget forskelligt. At ledelsesforankring var absolut nødvendigt for at lykkes, var alle informanter enige om.

Nogle oplevede, at de var organisationen, eller at den var meget spinkel. De kendte ikke til en overordnet ansvarlig leder, og oplevede, at arbejdet med organisationen var svært, og at det var svært at få truffet beslutninger. De syntes ikke, at hygiejnearbejdet blev prioriteret som vigtigt i kommunen.

Der er mig som hygiejnesygeplejerske, det er organisationen. Det er svært at få en hygiejneorganisation op at stå. Få en ledelsesmæssig forankring, få noget kommunikation ud, så man også ved, hvor man går hen. Jeg kan bare ikke komme op, der hvor beslutningerne tages.

Jeg ser den som meget problematisk (hygiejneorganisationen). Fordi der ikke er nogen lederforankring. Jeg har længe haft en eller anden fornemmelse af, for at sige det meget plat, at jeg blev ansat, og så er der ikke nogen problemer. Så tager jeg mig af det. Uden at der er nogen lederforankring.

Hygiejne er alles, og dermed ingens.

Andre oplever en meget uformel organisering, og ikke en egentlig organisation, hvor de enten var meget alene med arbejdet, eller havde sporadisk kontakt med enten en sundhedsplejerske eller en sygeplejerske fra ældreplejen. Opgaven var i sin tid blevet udstukket, da de var blevet bedt om at deltage i netværket med områdepitalet og klyngekommunerne, og begrænsede sig til denne deltagelse.

Den ser sådan ud, at jeg sidder som repræsentant for ældreplejen, og så har vi en som sidder for sundhedsplejen, som har alle skolerne og alle institutionerne, børneinstitutionerne,det vil sige, en egentlig organisation har vi ikke, vi taler sammen og kender hinanden.

Den er vel næsten ikke eksisterende, tænker jeg umiddelbart. Øhm, der er ikke noget sådan stort fælles udgangspunkt, hvor det breder sig ud til de forskellige enheder, men vi arbejder jo med det.....Der er jo et spirende samarbejde.

Den er der, men den er på mange niveauer.

Så blev jeg bedt fra ledelsesplan om, at jeg skulle sidde i netværket, og man bestemte, at det faktisk var nok med en person. Og hvor jeg tænkte, jamen det er jo ikke nok for mig, fordi jeg arbejder som sundhedsplejerske, jeg ved ikke, hvad det er, der sker på plejehjemmene, og hvad det er, der sker ude i hjemmeplejen, så jeg har ønsket at få en med til og har fået det, men vedkommende har ikke været der endnu.

Der er langt igen. Der mangler ressourcer.

Andre nævnte, næsten som det første, at der var ledere eller direktører med i hygiejneorganisationen, og nævnte hvilke ledere var med i organisationen. Ligeledes nævnte de, hvem i organisationen, der havde givet dem mandat til arbejdet eller et kommissorium at arbejde ud fra. Det oplevedes også, at ledelsesforankringen, den tætte kontakt til leder og chef, gav en følelse af at være en organisation. De omtalte oftest organisationen som ”vi” og ”os”, og gav udtryk for en form for fællesskab om arbejdet.

Den består af sundhedschef, hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske.

Her i kommunen har vi valgt at samle alle lederne, faktisk på chefniveau.

Altså, vi har valgt at prioritere, når jeg siger vi, så er det et koordinationsnetværk, det er et netværk af direktører, som arbejder med de problematikker, som går på tværs af kommunen. Det er dem, der har givet os mandat til at arbejde med netværk, som vi gør.

Der var generel enighed om, at ledelsesforankring var nødvendigt, for at lykkes med at etablere en hygiejneorganisation i kommunen.

Den ser ud sådan (en fremtidig hygiejneorganisation), at der sidder en overordnet, som ligesom er den, der finder ud af hvordanhvordan vi griber det her an.

Det er jo nok at få etableret det her og få sat fokus på det (den største udfordring for hygiejneorganisationen), og at de højere ledelsesniveauer ser, at det er noget der er nødvendigt. Det tror jeg bliver det sværeste, på en måde at få opbakning til det, fordi det kræver, ...det kræver, det kommer ikke af sig selv.

Så længe den konneks ikke er der, mellem hygiejnesygeplejersken og de beslutningsdygtige, så er der ikke noget der fungerer.

Generelt oplevede de fleste, at der var et *spirende samarbejde* om en hygiejneorganisation i gang. Dog var der stor forskel på de enkelte kommuner, et par kommuner var rigtigt langt i processen, og andre kun lige begyndt.

5.1.2 Samarbejde i en stor organisation er kompliceret

Flere gav udtryk for, at en kommune er en stor uoverskuelig organisation. Som menig sundhedsplejerske eller hjemmesygeplejerske kan det være svært at overskue hele organisationen, især når man samtidig skal passe sit job, som almindelig sundhedsplejerske eller hjemmesygeplejerske.

Jeg håber, at vi kan få et bredere samarbejde, måske, eller jeg håber også på, at vi kan få lavet en organisation, en styregruppe, og så simpelthen starte det op fra bunden af. Lokal styregruppe, og så på tværs af kommunen. De forskellige organisationer.

...også den hjemmesygeplejerske, der er med, hun skulle jo gerne være min samarbejdspartner. Men der har ikke rigtigt været så meget samarbejde endnu.

De forskellige områder i kommunen, ældrepleje og børn/unge opleves også som svære at samarbejde om. Flere af informanterne nævner, at samarbejde på tværs af kommunen forskellige forvaltninger er på vej.

Det er lidt forskelligt, øh, hvad skal man sige borgerkategorier, det er nogle andre problemstillinger, hun har, øh, så det er ikke ret meget vi samarbejder, faktisk, altså vi har, ...det er med, ...at vi sparrer lidt og siger, nå men det kunne være spændende at gøre det og det, men det med at få det gjort, det er lidt svært.

Vi skal til at etablere fælles, ved godt at børneområdet er lidt anderledes.

Der er jo et spirende samarbejde, i hvert fald, i forhold til os der sidder i netværksgruppen, ikk`?

Jamen jeg har jo sådan set ikke rigtig nogen tæt samarbejdspartner, men der er jo et spirende grundlag, i hvert fald i forhold til hjemmeplejen og også til sundhedsplejen. Men det er begyndende.

Og det kan godt være, at der er nogle andre tiltag, men som jeg ikke ved, fordi det er jo rigtigt svært at øh, i og med jeg sidder i sundhedsplejen, jeg har jo ikke tæt samarbejde med hverken hjemmepleje eller plejehjem, det er jo lidt sporadisk.

En enkelt kommune/informant fortalte, at som udgangspunkt var der lagt op til samarbejde på tværs af 3 kommuner, og derfor var hun alene i netværket med hospitalet.

5.1.3 Sundhedsaftaler, forebyggelsespakken og netværket har betydning for arbejdet med hygiejne i kommunen

5.1.3.1 Sundhedsaftalen

Alle informanter vidste, at netværkssamarbejdet med områdehospitalet og klyngekommunerne var etableret på baggrund af Sundhedsaftalen 2011-2014. De oplevede Sundhedsaftalen som en ledetråd og en støtte i etableringen af hygiejneorganisationen i kommunen. Ligeledes oplevedes det, at Sundhedsaftalen forpligtede kommunen til at arbejde med hygiejne, og det lettede i nogle tilfælde arbejdet med hygiejne for ressourcepersonerne.

Vi gør det jo meget lig sundhedsaftalerne, men det er jo også fordi vi tænker, at det er den rigtige vej.

Man...vores overordnede leder, han går meget op i at efterkomme de ting, der kommer...

Øh...jeg tror, det har så meget betydning, at det er lettere at gøre opmærksom på, at det er en "skal" opgave, eller hvad man skal sige...øh, jeg er ikke sikker på, at vi var kommet så langt i forhold til...øh... at sætte det på dagsordenen, hvis ikke det havde været en del af sundhedsaftalen.

5.1.3.2 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke

Forebyggelsespakken om hygiejne, som Sundhedsstyrelsen udsendte i november 2012 var også kendt af alle informanterne. De kendte den ikke i alle detaljer, og ikke alle arbejdede med den, hverken helt eller delvist. Men der fandtes en bevidsthed om, at pakken var der, og at kommunerne kunne/skulle bruge den til inspiration for hygiejnearbejdet.

Vi er først lige begyndt at bruge den rigtigt, eller nej, det passer ikke, i sundhedsplejen har vi brugt den.

Jeg kender pakken på det overordnede plan.

Åh...det håber jeg i hvert fald, ikk' (om forebyggelsespakken har indflydelse på hygiejnen i kommunen). Øh, vi har da sådan løst talt om at det kunne være rigtig godt, at hygiejne kom ind i sundhedspolitikken.

Sundhedsplejerskerne bruger pakken. Det er noget, man skal.

En enkelt informant havde kort før interviewet fået at vide, at hun ikke skulle forholde sig til forebyggelsespakken om hygiejne på nuværende tidspunkt.

Så den skal jeg ikke røre ved før 2016, har kommunen besluttet.

Nogle informanter havde en hel del erfaring med pakken og oplevede, at den havde fået fokus i kommunen generelt, også som en del af de i alt 13 forebyggelsespakker, som Sundhedsstyrelsen har udgivet i 2012-2013.

Vi er blevet bedt af vores forebyggelsesafdeling om at forholde os til, hvor langt vi er i forhold til indholdet i pakken, hvordan vi i kommunen lever op til pakkerne.

Vi har helt klart brugt den i forhold til at beskrive de opgaver, vores netværk skulle have, og hvad ressourcepersonerne skulle, og alt det der.

Den har bestemt betydning, og den er et godt redskab.

Det oplevedes også, at det, at forebyggelsespakken havde Sundhedsstyrelsen som afsender, betød, at der skal fokus på hygiejne fra ledelsens side i kommunen. Derfor opfattede informanterne, at den var en støtte i deres arbejde med hygiejne.

Jeg oplever da, at der er kommet mere fokus på det, med denne her pakke. At det fra højere in...ja fra sundhedsstyrelsens side ligesom er prioriteret..... at der kommer mere fokus på det, også fra kommunens ledelses side.

Jeg tænker, at den skubber på vej.

Først var det, at det kom ind i Sundhedsaftalen, og så kom de her forebyggelsespakker, så har man noget håndgribeligt at arbejde ud fra.

Så jeg er rigtig glad for denne her forebyggelsespakke, og jeg tænker, at den er en løftestang til noget af det arbejde, vi allerede gør.

En informant brugte forebyggelsespakken som checkliste for hygiejnearbejdet i kommunen, og så den som et arbejdsredskab til det fremtidige arbejde i hygiejneorganisationen.

Vi gør det, at vi har været inde og kigge på alle de anbefalinger, der er, og hakke af, hvad vi laver, og hvad vi ikke laver.

Når vi nu skal lave en ny sundhedspolitik, så tager vi denne her forebyggelsespakke i anvendelse til at stille skarpt på, hvad det er for områder, vi skal blive bedre til.

5.1.3.3 Netværket med områdehospitalet og klyngekommunerne

Alle informanterne oplevede samarbejdet i netværket med områdehospitalet, hygiejnesygeplejerskerne og klyngekommunerne, som meget værdifuldt. Den viden, de fik i kraft af netværksmøderne, og den erfaringsudveksling med netværkspersoner fra andre kommuner, oplevedes meget betydningsfuld og motiverende i forhold til arbejdet i egen kommune.

Jeg synes, at det er vildt dejligt.

Men jeg synes, at hvis vi snakker om det netværk, synes jeg, det er utrolig godtmen bl.a. det at sidde og høre så meget....så meget fra hinandens kommuner, hvad man gør der, og hvad man gør der, og hvor langt de er der, øh, det giver rigtigt godt.

Jeg synes, at det har givet mig rigtig meget materiale og energi til at arbejde med det lokale netværk. Idéer og ting og sager. Så det, synes jeg, har været meget værd.

Jeg synes, at selve vores netværksmøder er meget givtige, ikk', man får noget inspiration til at gå hjem og kunne arbejde videre, så det synes jeg har været rigtig godt.

Man bliver klædt på, og er sammen med andre, som synes, at det er vigtigt. Det motiverer, og man deler, at det er vigtigt.

Det opleves, at netværksmøderne giver mulighed for at være fagligt opdateret indenfor hygiejne og den nyeste viden på området. Ligeledes gav det mulighed for at få råd og vejledning fra hygiejnesygeplejerskerne på områdehospitalerne.

Hygiejnesygeplejerskerne, hvis kerneopgave er infektionshygiejne, opleves som eksperter, man kan læne sig op af. Det opleves som trygt, som hygiejneressourceperson i kommunen, at kunne læne sig op af hygiejnesygeplejerskerne.

...så kommer der måske en ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som vi bliver lidt forvirrede over, og så kan vi da godt sidde og snakke i hjemmeplejen og sundhedsplejen, hvad synes I, og hvad mener I, og hvordan tror I, det skal tolkes, men der har vi brug for nogen, som ved, hvad der er for nogle faldgrupper. Den ekspertise har vi ikke i kommunerne.

Det betyder alt. Det vil jeg sige. Uden det samarbejde, og uden den måde ligesom at holde os opdateret på, det kan vi ikke alene.

Vi kan slet ikke holde os opdateret med alt det der. Så da har vi meget brug for en...øh, for nogle råd og for vejledning fra hygiejnesygeplejerskerne på regionens hospitaler.

Det er jo dejligt at have en livline at kunne ringe til. Det er jeg rigtig glad for. Det vil jeg nødig undvære.

5.1.4 Prioritering af ansættelse af hygiejnesygeplejerske eller anden sygeplejerske, som har hygiejne som primæropgave og særlige kompetencer i forhold til infektionshygiejne

Hvis hygiejnen i kommunerne rigtigt skulle have en chance og lykkes, så gav alle udtryk for den holdning, at det, udover ledelsesforankring, ville kræve, at kommunen ansatte en hygiejnesygeplejerske, eller en anden sygeplejerske, som havde hygiejne, som primæropgave, og som havde særlig kompetence eller uddannelse på hygiejneområdet. Det blev foreslået, at flere små kommuner med fordel kunne dele en hygiejnesygeplejerske.

..da er en af betingelserne næsten, for at det hele skal lykkes rigtigt, det er faktisk, at vi får ansat en hygiejnesygeplejerske til det. Eller også, at der bliver sat rigtig mange timer af til det her område, for ellers løber det ud i sandet.

Altså, jeg håber jo, at når vi kigger et par år frem, at så har vi faktisk selv en hygiejnesygeplejerske. Det er jo en ret stor kommune, og eller en projektleder, udviklingsmedarbejder, som har det som sin opgave.

For mig ville det være logisk, at det var en fuldtidsstilling.

Det opfattes, at den viden en specialuddannet hygiejnesygeplejerske har, den viden er der behov for ude i kommunerne. De enkelte netværkspersoner har ikke hygiejnen, som kerneområde, men fx sundhedspleje, ældrepleje eller i nogen tilfælde ledelse som kerneområde. Dermed oplevede de, at hygiejnen ofte blev nedprioriteret, hvilket skabte bekymring for fremtidens udfordringer.

Jeg kan blive bekymret for, om vores viden rækker, til det vi bliver udsat for. Der er da nogle udfordringer, og da bliver vi nødt til at udbygge vores viden, og den viden kan vi ikke akkumulere i kommunerne, at vi kan. Jeg mener, at vi bliver nødt til at have et tæt samarbejde med nogen, altså jeg forestiller mig, at vi bliver nødt til at have en ansat på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på hospitalet, og kommunerne skulle finansiere, at der var en halv stilling til, at vi kunne trække på hygiejnesygeplejersker fra regionens hospitaler.

Vi er meget mere ude i det praktiske og har rigtig mange andre ting, som vi er smadder gode til i kommunerne, men det kræver en specialuddannet i hygiejne, og det har vi ikke.

5.1.5 Fokus på hygiejne i kommunen holdes i live af ildsjæle

Der var stor enighed blandt informanterne om, at arbejdet med hygiejne i kommunerne i stor udstrækning blev båret af ildsjæle. Interessen for hygiejne var tydelig hos alle. Deres kerneområde indenfor sygeplejen var et andet end hygiejne, men interessen for hygiejne havde fulgt dem gennem lang tid.

... det jeg tænker er, at vi måske skal blive bedre til alle sammen at sørge for, at det ikke bliver en ildsjæl, som holder ting i gang. For jeg tror, hvis ikke jeg havde interesseret mig for hygiejne, var det her aldrig kommet op at stå her i kommunen.

... jeg har altid interesseret mig meget for hygiejne, og selvfølgelig også havde en viden...

... jeg synes altid, det har været rigtigt meget spændende, hygiejne, og så har vi haft vores udfordringer her.

Det kræver et enormt ildsjælsengagement, hvor der er en, der kan bryde mure ned, for at kunne arbejde...

5.2 Sammenfatning af resultaterne fra interviews

Analyse af interviews viste, at alle kommunerne arbejdede med hygiejne. Alle informanter fandt arbejdet med hygiejne rigtigt vigtigt, ikke mindst i forhold til fremtidige udfordringer med multiresistente bakterier og komplicerede plejeopgaver. Der fandtes store forskelle i niveauet af organisering, og det var meget tydeligt, at i de kommuner, hvor organisationen var ledelsesforankret, var man nået længst i beskrivelsen af og arbejdet med en hygiejneorganisation. Ledelsesforankringen kunne bestå i et kommissorium, et mandat eller deltagelse fra leder i hygiejneorganisationen.

Alle oplevede kommunen, som stor og uoverskuelig i forhold til at skulle skabe en organisation for hele kommunen. De fandt, at der var store forskelle i forhold til de forskellige områder, fx ældreområdet, handicapområdet og børne-/ungeområdet, og at disse områder var med til at besværliggøre arbejdet med hygiejne.

Informanterne oplevede alle, at Sundhedsaftaler, forebyggelsespakke og ikke mindst netværksmøderne med områdehospitalerne var meget motiverende for arbejdet med hygiejne i deres kommune. Det, at der var lavet aftaler, og at Sundhedsstyrelsen stod som afsender, betød, at kommunerne skulle arbejde med hygiejne.

Det blev oplevet som et meget stort ansvar at skulle rådgive om hygiejne. Derfor mente informanterne, at det var vigtigt, at der i hygiejneorganisationen var viden og

kompetencer tilstede, gerne i form af en specialuddannet hygiejnesygeplejerske. Alle håbede i fremtiden, at det i en eller anden form ville blive prioriteret i deres kommune.

De fleste oplevede, at det, der i dag løftede hygiejnearbejdet i kommunen, var personer med særlig interesse for hygiejne. Flere brugte begrebet ”en ildsjæl”. Der var enighed om, at det ikke var hensigtsmæssigt i det lange løb.

6. DISKUSSION

Formålet med dette studie har været at undersøge, beskrive og analysere, hvordan kommuner i Region Hovedstaden arbejder med og internt samarbejder om at udvikle en hygiejneorganisation. Herunder hvilken betydning Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne og netværket med områdehospitalerne har for dette arbejde.

Med udgangspunkt i studiets teoretiske referenceramme og nye referencer, hvor dette skønnes relevant, diskuteres først studiets resultater. Denne diskussion vil tage udgangspunkt i de fem identificerede temaer. Derefter diskuteres studiets metode.

6.1 Diskussion af resultater

6.1.1 Ledelsesforankring af hygiejneorganisationen er nødvendigt

Gennem forpligtende sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne er der indgået aftale om at etablering af hygiejnenetværk og hygiejnekurser. Der er i aftalen lagt op til, at ledelsesniveauet fra hospitalet og kommunen deltager i samarbejdet. Dette samarbejde har fungeret siden 2011 (Region Hovedstaden 2011). Formålet med dette tværsektorielle samarbejde er at støtte kommunerne i at etablere egne hygiejneorganisationer.

For at der kan være ledelsesforankring, må der nødvendigvis være ledere involverede i en eller anden udstrækning. Huxham og Vangen (2005) beskriver, hvordan det er ledelsens opgave at udvælge de rette personer til samarbejdet, sikre, at de har de rette kompetencer og sørge for at rammerne er til stede, og samtidig få ”ting” til at ske. Ledelse handler om at påvirke andre mennesker, for eksempel til at opnå visse mål eller at udvikle en virksomhed i en vis retning (Axelsson og Axelsson 2009).

Alle informanter oplevede, at der i deres kommune var en eller anden form for organisering af arbejdet med hygiejne. En del af informanterne oplevede, at organiseringen var meget begrænset, og at en egentlig organisation ikke fandtes, og at

de var meget alene om opgaven. I de tilfælde, hvor arbejdet blev oplevet som svært eller problematisk, gav informanterne tydeligt udtryk for, at ledelsesforankringen ikke fandtes, eller at den var meget sporadisk, uformel eller svær at nå.

Som informanterne giver udtryk for, er samarbejde langt fra altid lige til (Holdt Christensen 2012, Huxham og Vangen 2005). Som Holdt Christensen (2012) beskriver, er samarbejde en struktur til at løse en opgave, og hvordan et samarbejde koordineres og motiveres bliver dermed rigtigt vigtigt. Huxham og Vangen (2005) understreger, at hvis der ikke er fordele ved at samarbejde, så bør samarbejde undgås

En leder eller forankring i ledelsen er vigtigt, når det handler om at etablere en organisation eller et netværk. Derfor synes det ikke underligt, at den del af informanterne, som oplevede arbejdet med hygiejne som problematisk og svært, efterlyser ledelsesforankring i deres arbejde med hygiejne. Det at etablere en hygiejneorganisation i en kommune må således også kræve ledelse i en eller anden form. Lederen har en vigtig rolle i forhold til at specificere hvilken rolle, deltagerene i netværket/organisationen skal have, og hvad de forventes at bidrage med (Gustafsson 2007). Ledelsesforankring handler således blandt andet om koordination og motivation.

Dette understreges også af Saint et al (2010), som beskriver, at ledelse med fokus på kultur, at overskride barrierer, at inspirere medarbejderne, og tænke strategisk spiller en vigtig rolle i forhold til arbejde med hygiejne.

I samarbejdet i kommunen på tværs af forvaltninger og institutioner ligger der en udfordring i, at flere ledelser kan være involverede. Både hjemmesygeplejersken og sundhedsplejersken vil have hver deres leder og tilhøre hver deres organisation i kommunen, og evt. andre involverede vil også have deres forvaltning/daglige leder at forholde sig til (Gustafsson 2007). Dette kan skabe en konfliktfyldt situation for den medarbejder, som deltager i netværket. Axelsson og Axelsson (2007) beskriver, hvordan denne både horisontalt styrede hygiejneorganisation og den vertikalt styrede hjemmesygeplejerske- eller sundhedsplejerskeorganisation i kommunen indebærer modstridende krav og forventninger til medarbejderen, som deltager i hygiejneorganisationen. Medarbejderen har en forpligtelse i forhold til at være hjemmesygeplejerske eller sundhedsplejerske, og dermed tage del i det almindelige daglige hjemmesygeplejerske- og sundhedsplejerskearbejde, men skal også finde tid/ressourcer til arbejdet i hygiejneorganisationen, som i flere tilfælde ikke ifølge informanterne eksisterer. At finde den tid kræver opbakning fra ledelsen. Medarbejderen står i et konfliktfyldt krydspres mellem egen leder/organisation og hygiejnearbejdet, som alle informanterne syntes var et meget vigtigt område. Derfor bliver det, som både Huxham og Vangen (2006) og Axelsson og Axelsson (2009) nævner, vigtigt med altruistisk lederskab, både i den horisontale hjemmesygeplejerskeorganisation og i hygiejneorganisationen, således at

medarbejderen får tid til arbejdet, og alle kan se, at der er en gunstig virkning af arbejdet med hygiejne.

Axelsson og Axelsson (2009) beskriver ligeledes, hvordan der, udover strukturelle komplikationer i forhold til samarbejde i multidisciplinære teams, kan være kulturelle forskelle mellem forskellige professioner, som komplicerer samarbejdet, hvilket netop understreger behovet for, at der findes en stærk ledelsesforankring og lederinvolvering, når en kommune skal udvikle en hygiejneorganisation på tværs af organisationen.

Det var tydeligt at se, at de informanter, som oplevede at have en hygiejneorganisation, havde en klar opfattelse af, hvad deres rolle var, og hvilke rammer der var for arbejdet. De havde fra overordnede leder/ledere i kommunen fået mandat til eller kommissorium for arbejdet, og mødtes jævnligt med ledere eller direktører for at planlægge arbejdet, eller de var selv på ledelsesniveauet i kommunen, og de kunne dermed selv disponere over deres tid og arbejde. De oplevede, at deres leder eller de overordnede i kommunen, ligesom de selv, syntes at hygiejne var et vigtigt område, som skulle prioriteres. De oplevede dermed, at der fandtes mål, vision og rammer for arbejdet med hygiejne, hvilket netop af flere er beskrevet som en ledelsesopgave (Axelsson og Axelsson 2009 og Holdt Christensen 2012).

6.1.2 Samarbejde i en stor organisation er kompliceret

En kommune kan ses som én organisation, bestående af forskellige andre organisationer. I kommunen findes altså organisationer i organisationen.

I Danmark kaldes kommuner også for primærkommuner. Kommunen er den mindste politiske og organisatoriske enhed i landet. Kommunen udøver et nærmere bestemt selvstyre over visse anliggender, som er fælles for kommunernes borgere. Kommunens hovedopgaver er bl.a. folkeskole, børnepasning, ældrepleje, sundheds- og socialforsorg, miljø, teknik, redningsberedskab og andet (Gyldendal 2009-2014).

Denne beskrivelse af kommunerne som komplekse organisationer afspejles i informanternes oplevelser. Flere af informanterne gav udtryk for, at de oplevede kommunen, som en stor uoverskuelig organisation, og at skulle samarbejde om hygiejne på tværs af hele organisationen og på tværs af forskellige interesseområder oplevedes svært. Disse oplevelser, som informanterne gav udtryk for kan forklares med begrebet integration. Der findes i kommunen, som den komplekse organisation kommunen er, et stort behov for integration mellem de forskellige aktører i hygiejneorganisationen, og derfor er der behov for at være bevidst om, at samarbejdet om etablering af hygiejneorganisationen styres hen mod højre side af Ahgren og Axelssons (2005) kontinuum af integrationsformer. Også Lauvås og Lauvås (2007) beskriver, at

samarbejde i teams/netværk skal læres, og at aktiv involvering, grundig forberedelse, fokus på sociale færdigheder og opgavefærdigheder er vigtigt.

Både i Sundhedsaftalen (Region hovedstaden 2011) og i Forebyggelsespakken om hygiejne (Sundhedsstyrelsen 2012) forventes kommunen at etablere en hygiejneorganisation, som samarbejder på tværs af kommunen som organisation. Holdt Christensen (2012) beskriver to idealer for samarbejde. Det ene ideal kaldes effektivitetsidealet og kendes oprindeligt fra industrialiseringens systematik og standardisering, hvor formelle koordineringsmekanismer og forudsigelighed var styrende for samarbejdet. Det andet ideal kaldes kreativitetsidealet og omfatter dynamiske processer, fleksibilitet og udvikling af sociale relationer. Samarbejdet i en hygiejneorganisation i en kommune kan med fordel ansues fra begge synsvinkler. Hvis ledelsen i kommunen skaber rammerne for samarbejdet ud fra en effektivitetsmæssigt synsvinkel, så vil medarbejderne i fællesskab være i stand til at løse opgaverne i et relationelt samarbejde. De vil få et fælles ansvar for opgaven, og med mål, vision og rammerne for hygiejnearbejdet vil de selv kunne træffe beslutninger. Når man husker på, hvor bredt en område en kommune dækker, børn, ældre, socialforsorg etc., så synes det derfor ikke underligt, at informanterne opfattede det som uoverskueligt, at skulle etablere en hygiejneorganisation i kommunen, når rammerne i mange tilfælde manglede.

Hygiejneorganisationen i kommunen, som går på tværs af organisationens forskellige enheder og forvaltninger, vil være sammensat af forskellige personer fra forskellige professioner. Således opstår en multidisciplinær organisation/team, som også ifølge Axelsson og Axelsson (2009) kan kaldes en måde at samarbejde interprofessionelt, interorganisatorisk og intersektorielt på. Denne form for samarbejde betegner Axelsson og Axelsson (2009), som den vanskeligste måde at samarbejde på. Også Huxham og Vangen (2005) skriver, at samarbejde er vanskeligt, og at det kan være ualmindelig svært, at opnå fordele ved at samarbejde, så medmindre formålet virkeligt er værd at opnå, så skal man overveje nøje, inden samarbejde forsøges etableret. Medlemmerne i organisationen er styrede af deres egne chefer, og disse chefer danner ofte en form for styregruppe, som tegner rammerne for den fælles organisation. Som Vyt (2008) beskriver, er det vigtigt, at der i forhold til det interprofessionelle samarbejde om hygiejne i kommunen, er mål og værdier for arbejdet, og at der i det hele taget er en parathed til at arbejde på den måde i organisationen, for at det skal lykkes. Også Vyt (2008) understreger, at ledelse af samarbejdet er nødvendigt.

Som flere af informanterne bemærkede, findes der store forskelle på de forskellige områder i kommunen. At disse store forskelle findes og komplicerer samarbejdet, understøttes af Axelsson og Axelsson (2007), som finder, at der er forskellige forhold, som gør samarbejdet mellem forskellige afdelinger og forvaltninger besværligt. Som

tidligere nævnt, kan det dreje det sig om både kulturelle og strukturelle forhindringer for samarbejde, såvel som forskellige lovgivningsmæssige krav til de forskellige områder.

Kouzes og Micos (1979) beskrivelse af de problemer der opstod i forbindelse med implementering af organisationsudviklingsopgaver i organisationer, ”human services organizations”, hvis kerneydelser netop er de, som også en kommune har som kerneydelser, sundhed- og socialforsorg, skole og ældrepleje, kan støtte informanternes oplevelser. Kouzes og Mico (1979) fandt, at man ofte benyttede sig af samme principper for implementering af udviklingsopgaver, som man benyttede sig af i industrien, og at det betød, at implementeringen mislykkedes. I samarbejdet i kommunen om udvikling af hygiejneorganisationen vil det være vigtigt, hvis målet skal nås, at være opmærksom på, at de forskellige niveauer/domæner i organisationen har forskellige kompetencer og succeskriterier og forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt i forhold til lige præcis deres arbejdsopgave. De principper og succeskriterier, som hver især giver mening i det enkelte domæne, skaber usikkerhed, problemer og adskillelse mellem domænerne, og kan dermed forhindrer samarbejde om udvikling og implementering af en fælles opgave. Når informanterne oplever, at lederne ikke prioritere arbejdet med hygiejne, så kan det være fordi, lederne i større udstrækning fokuserer på effektivitet, opgaverne skal løses, og mest muligt skal nås for de tilstedeværende ressourcer, mens medarbejderne, de professionelle, fokuserer på kvalitet i ydelsen til borgeren. Plejeopgaven skal være sikker for borgeren, så der ikke opstår en infektion eller smitte spredes til andre borgere. Kouzes og Mico (1979) understreger at for at overkomme disse problemer, er det vigtigt for domænerne, at udvikle fælles mål og fælles strukturer til at opnå den udvikling og implementering af opgaven, som er nødvendigt.

6.1.3 Sundhedsaftaler, forebyggelsespakken og netværket har betydning for arbejdet med hygiejne i kommunen

Alle informanter gav udtryk for, at sundhedsaftaler, forebyggelsespakke om hygiejne og ikke mindst netværket med områdehospitalet og de andre kommuner havde stor betydning for arbejdet med hygiejne i kommunen. Især oplevede de at få personlig gevinst af netværkssamarbejdet med områdehospitalet og de andre hygiejneressourcepersoner fra andre kommuner.

6.1.3.1 Sundhedsaftalen

Tilstedeværelsen af en formel aftale på området forpligter, motivere og letter samarbejdet. Med Sundhedsaftalen 2011-2014 (Region Hovedstaden 2011) blev det for første gang beskrevet, at kommunerne forventedes at arbejde struktureret med hygiejne, således som regionen/hospitalerne har gjort i mange år. Eftersom Sundhedsaftalerne er

lovmæssigt forankret i Sundhedsloven, er dette en opgave for kommunerne, som ikke kan tilsidesættes. Dermed er hygiejne blevet sat på dagsordenen i kommunerne.

Det, at Sundhedsaftalen er forankret i Sundhedsloven, kan af kommunerne, som ser meget alvorligt på det kommunale selvstyre, opfattes som en hæmsko og være med til at ”dræbe” motivationen til samarbejde. Arbejdet og prioriteringerne i kommunerne styres i en bestemt retning, og kan af forvaltningerne opfattes som tvang til fx samarbejde om en hygiejneorganisation, og dermed skabe problemer for de ansvarlige for opgaven.

Informanterne oplever, at Sundhedsaftalen forpligter kommunen, og giver udtryk for, at arbejdet med hygiejne ikke ville være kommet så langt, hvis det ikke var for Sundhedsaftalen. Sundhedsaftalen er et dokument på 80 sider, som beskriver 13 forskellige overordnede områder, som regionen og kommunerne samarbejder om. Dokumentet er udarbejdet i fællesskab mellem regionen og kommunerne, og derfor forekommer det naturligt, at kommunerne også prioriterer hygiejne, som et af de 13 områder i aftalen (Region Hovedstaden 2011). Dermed kan Sundhedsaftalen ses som en motivationsfaktor til at samarbejde om udviklingen af en hygiejneorganisation i kommunen. Som Holdt Christensen (2012) beskriver, må ethvert samarbejde motiveres, hvis det skal lykkes at løse arbejdsopgaven.

6.1.3.2 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne skal give kommunerne redskaber og inspiration til arbejdet med hygiejne. Eftersom pakken indeholder mange forskellige forslag til indsatsområder, både rettet mod syge og gamle, børn og unge, medarbejdere og virksomheder, så kan det forekomme overvældende, at skulle forholde sig til alle disse områder på en gang.

Informanterne opfattede pakken som en checkliste, et redskab og en hjælp i deres arbejde med hygiejne. Således kan pakken være med til at hjælpe det interprofessionelle samarbejde om hygiejne på vej, som Vyt (2008) beskriver. Forebyggelsespakken kan være den fælles referenceramme og et fælles redskab til at opnå samarbejdet om mål og værdier for hygiejneorganisationen.

Forebyggelsespakken om hygiejne støtter op om det interorganisatoriske samarbejde i kommune og kan dermed, som både Alter og Hage (1993) og Axelsson og Axelsson (2007) påpeger, være med til at sikre en bedre kvalitet i de ydelser, som kommunen leverer til borgeren. Det faktum, at pakken indeholder forslag til indsatsområder meget bredt sætter fokus på vigtigheden af at samarbejde på tværs i kommunen.

6.1.3.3 Netværket med områdehospitalet og klyngekommunerne

I oprettelsen af en lokal kommunal hygiejneorganisation vil det naturligvis være vigtigt at have viden indenfor området. Netværket med områdehospitalet og

klyngekommunerne er et forum, hvor hygiejneressourcepersonerne kan hente viden og inspiration. Alle informanter gav udtryk for, at netværksmøderne var meget betydningsfulde for dem. Netop oplevelsen af fællesskab, og oplevelsen af at hygiejne skulle prioriteres, blev tydelig i forbindelse med netværksmøderne. Dermed bliver det tværsektorielle samarbejde mellem kommunerne (hygiejneressourcepersonerne) og regionen (hospitalet/hygiejnesygeplejerskerne) vigtigt for udviklingen af kommunale hygiejneorganisationer. Kommunerne kan hente viden og uddannelse af hygiejneressourcepersonerne i regionen, og netværkssamarbejdet kan derfor, som Axelsson og Axelsson (2007) og Alter og Hage (1993) beskriver, ses som en støtte til at forbedre kvaliteten af kommunens ydelser.

6.1.4 Prioritering af ansættelse af hygiejnesygeplejerske eller anden sygeplejerske, som har hygiejne som primæropgave og særlige kompetencer i forhold til infektionshygiejne

Blandt alle informanterne var der bred enighed om, at hvis det rigtigt skulle lykkes at skabe en velfungerende hygiejneorganisation i kommunen, så var det en nødvendighed, at kommunen udover ledelsesforankring også prioriterede ansættelse af en hygiejnesygeplejerske, eller en anden sygeplejerske, som havde hygiejne som primæropgave og havde særlige kompetencer eller uddannelse på hygiejneområdet. Informanterne begrundede dette med, at den viden, de selv og kommunen havde på hygiejneområdet, ikke ville være tilstrækkelig fremover, samt at det var svært at forene eget kerneområde, fx sundhedspleje med arbejdet med hygiejne i hele kommunen og også på andre områder end ens eget kerneområde. Disse betragtninger støttes af Axelsson og Axelsson (2007), som netop beskriver det interprofessionelle, tværsektorielle samarbejde mellem faggrupper og professioner som komplekst. Også Huxham og Vangen (2005) beskriver, at det for at styre det svære samarbejdet i den rigtige retning, kan være vigtigt med ledelse gennem struktur, processer og deltagelse. Denne rolle ville en hygiejnesygeplejerske, ansat til opgaven kunne udfylde. Ligeledes understøttes betragtningerne af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne (Sundhedsstyrelsen 2012), som beskriver hvilke kompetencer, det vil være hensigtsmæssigt for en kommune at have. Pakken beskriver, at adgang til specialuddannet hygiejnesygeplejerske eller lignende, som kan bistå kommunen med udarbejdelse af hygiejnepolitikker, retningslinjer og uddannelse af hygiejneressourcepersoner er hensigtsmæssigt. Også Region Hovedstadens Sundhedsaftalen 2011-2014 (Region Hovedstaden 2011) foreslår, at kommunerne har adgang til en hygiejnesygeplejerskes kompetencer.

Hygiejneressourcepersonernes forslag om ansættelse af hygiejnesygeplejerske kan også ses som et symptom på deres oplevelse af, at det er svært at samarbejde om

hygiejnearbejdet i en stor kompleks kommune, og at de ikke har tid nok til opgaven, at den ikke prioriteres højt nok. Hvis kommunen ansætter en hygiejnesygeplejerske, kan det opleves som opbakning til og prioritering af hygiejnearbejdet. En hygiejnesygeplejerske kan ses som en ressource, og som Holdt Christensen (2012) påpeger, er en af betingelserne for at en opgave kan udføres tilstedeværelsen af ressourcer. Dermed vil ansættelsen af en hygiejnesygeplejerske i informanternes øjne sikre udviklingen af en hygiejneorganisation i kommunen.

6.1.5 Fokus på hygiejne i kommunen holdes i live af ildsjæle

Informanterne gav alle udtryk for, at de havde en særlig interesse for hygiejne, og at det var denne interesse, som gjorde, at de var hygiejneressourcepersoner. Ligeledes var det denne særlige interesse, der gjorde, at arbejdet med hygiejne i kommunen i visse tilfælde fungerede på trods af manglende ledelsesforankring, eller at arbejdet med hygiejneorganisationen var kommet så langt, som det var. Denne opfattelse kan tolkes som om, hygiejneressourcepersonerne oplever at være alene om arbejdet med hygiejneorganisationen, eller at de oplever, at de er dem, der trækker læsset. Som Holdt Christensen (2012) beskriver, er samarbejde en struktur til at løse en opgave, men også en ramme for sociale relationer. Oplevelsen af at stå alene med en opgave, og kun drives frem af sin egen interesse, og ikke af samarbejde, opbakning, mål og værdier kan være kompromitterende for udviklingen af en hygiejneorganisation i kommunen.

6.2 Diskussion af metode

Validitet handler om gyldighed, hvad fortæller studiet egentlig, hvor troværdige er resultaterne, og i hvilke situationer er de troværdige og gyldige (Malterud 2011). Validitet er et krav i både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Malterud (2011) skelner mellem ekstern og intern validitet. Valg af dataindsamlingsmetode og udvælgelse af informanter er vigtig for at sikre studiets interne validitet.

Valget af et kvalitativt studie med semistrukturerede interviews som metode har vist sig at give nuanceret viden og forståelse af informanternes oplevelser i forhold til studiets problemformulering og forskningsspørgsmål. Ligeledes har kombinationen af teorivalget og de indsamlede og fortolkede data kunne belyse problemformuleringen. Studiet er forsøgt præsenteret på en enkelt og gennemskuelig måde, og der er argumenteret for emnets relevans og undersøgelsesmetodens mulighed for at besvare problemformuleringen på en troværdig og pålidelig måde. Forfatteren har forsøgt tydeligt at beskrive overvejelser og valg for at få studiet til at fremstå troværdigt, og dermed sikre studiets interne validitet.

Informanterne blev valgt fra forskellige kommuner spredt over hele regionen for at få så nuanceret et billede af, hvordan forskellige kommuner i hele regionen arbejder med udviklingen af en hygiejneorganisation. Ligeledes valgtes bevidst at interviewe ressourcepersoner fra både ældre/plejeområdet og børne/ungeområdet, både for at sikre at fænomenet samarbejde i kommunen blev belyst, men også fordi enkelte kommuner havde valgt kun at deltage i netværket med én ressourceperson. Der er forfatterens oplevelse, at alle informanterne gerne ville deltage i studiet, var meget interesserede i problemstillingen, og åbent og ærligt svarede på spørgsmål og delte deres oplevelser med forfatteren. Dermed fik forfatteren god mulighed for at belyse problemstillingen og sikre studiets interne validitet. Dog oplevede forfatteren, at det var svært for enkelte af informanterne at komme med negative oplevelser i forhold til manglende ressourcer og ledelsesforankring. Det var svært, trods anonymitet, at kritisere sin arbejdsplads, hvilket kan være en svaghed for studiet, at det muligvis ikke, trods fornemmelsen af åbenhed og ærlighed, er hele sandheden, som er blevet afdækket i interviewene. Åbenheden og ærligheden kan også hænge sammen med, at de fleste af informanterne kendte forfatteren fra netværksmøderne, og at man der har diskuteret generelle problemstillinger i forbindelse med udviklingen af en kommunal hygiejneorganisation, og netop søger at hjælpe og støtte ressourcepersonerne i deres arbejde.

Syv interviews er ikke mange. Forfatteren er dog af den opfattelse, at yderligere interviews med hygiejnerressourcepersoner ikke ville have bidraget til et anderledes resultat, men det ville muligvis kunne have styrket studiets eksterne validitet.

I studiet er data indsamlet udelukkende fra informanter, som alle deltager i et af de tre netværk med områdehospitalerne. Det kunne muligvis have styrket resultatet, hvis også ledere i kommunen, fx sundhedschefer eller børne/ungechefer havde været inddraget i studiet, og havde fået mulighed for at præsentere deres syn på fænomenet. Det kunne eventuelt være foregået ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, men også ved et semistruktureret interview dog med en anderledes spørgeguide. Det ville således have været muligt at skelne mellem lederes og medarbejderes opfattelse af fænomenet. Dette kunne være en form for triangulering, som både kunne have uddybet og nuanceret studiets resultat, og dermed øget studiets validitet, men også have synliggjort eventuelle modsatrettede opfattelser af fænomenet, som kunne have svækket den eksterne validitet (Malterud 2011).

Objektivitet og neutralitet i interviewsituationen er vigtig (Kvale og Brinkmann 2009). Forfatterens forforståelse og viden på området må ikke påvirke tolkning og analyse af resultatet, og det kan derfor ses som en svaghed for studiet, at forfatteren er hygiejnesygeplejerske og tovholder i to af netværkene. Forfatteren har været meget bevidst om dette, men kan på ingen måde udelukke, at det har påvirket interviewsituationen og den efterfølgende fortolkning af data.

Ved hjælp af de transskriberede interviews var det muligt at finde mønstre i informanternes oplevelse af fænomenet. Men syv interviews er ikke mange i forhold til, at der er 29 kommuner i regionen. Det må derfor pointeres, at det kan være svært at generalisere på hele Region Hovedstadens vegne ud fra de fremkomne resultater. Resultaterne kan nok mere siges at beskrive enkelte ressourcepersoners oplevelse af fænomenet. På baggrund af forfatterens kendskab til de to af netværkene, er forfatteren dog af den opfattelse, at andre ressourcepersoner ville beskrive lignende oplevelser.

Valg af teoretisk referenceramme har til dels været åben under dataindsamlingen og dataanalyse. Det har dog hele tiden stået klart for forfatteren, at teori om samarbejde skulle indgå. Det endelige valg teori i teorifremstillingen blev derfor først besluttet, da resultatet af analysen stod klart, således opleves det, at den valgte teori forklarer resultaterne tilfredsstillende. Valg af andre teorier ville formentlig have givet resultatdiskussionen et andet tilsnit, og kunne både have styrket og svækket studiet.

7. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Dette studie har vist, at der ikke er noget entydigt svar på forskningsspørgsmålet. Den måde, den enkelte kommune i Region Hovedstaden samarbejder om at udvikle en hygiejneorganisation, er forskellig fra kommune til kommune. Studiet har dog vist, at der er nogle fælles problemstillinger, som henholdsvis fremmer eller hæmmer samarbejdet om opgaven.

Studiet har tydeliggjort vigtigheden af følgende, forskellige forhold, for at samarbejde om udvikling af en hygiejneorganisation kan foregå.

- Hygiejneorganisationen skal være ledelsesforankret
- Der skal forefindes ledelsesgodkendt kommissorium eller lignende for arbejdet
- Der skal prioriteres ressourcer til arbejdet
- Kommunen skal have direkte adgang til specialviden på hygiejneområdet

Der er for forfatteren ingen tvivl om, at det faktum, at hygiejne er indeholdt i Sundhedsaftalen 2011-2014, er af afgørende betydning for at samarbejdet i kommunen om udvikling af hygiejneorganisationer i Region Hovedstaden er nået så langt, som det rent faktisk er. Det vil derfor være vigtigt, at der i den kommende udgave af Sundhedsaftalerne for 2015-2018 fortsat er fokus på hygiejne, og at aftalerne tydeligt beskriver forventninger til både regionen og de enkelte kommuner.

Sundhedsvæsenet står nu og i fremtiden overfor store udfordringer med blandt andet antibiotikaresistens, en aldrende befolkning, med deraf følgende sundhedsmæssige udfordringer, flere avancerede opgaver, men ikke flere ressourcer. En stor del af

sundhedsvæsenets opgaver løses i primær sektor. Det vil derfor være vigtigt fortsat at støtte kommunerne i deres arbejde med at være bedst muligt forberedt til denne udfordring, blandt andet ved at sikre, at de hygiejnemæssige problematikker løses kompetent.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne er et godt redskab til inspiration til arbejdet. Dette studies fund er netop nogle af de områder forebyggelsespakken anbefaler, at kommunerne arbejder med for at udvikle en hygiejneorganisation. Netop nu afholder Center for Forebyggelse i Praksis temadage om hygiejnepakken over hele landet, og især temadagen i Region Hovedstaden viste sig hurtigt at blive fuldt booket, og der er netop blevet annonceret yderligere en temadag i hovedstadsområdet. Dette bekræfter, at kommunerne i Region Hovedstaden arbejder aktivt for hygiejnen.

Kommunerne i Region Hovedstaden og regionen har sammen vist vilje til at arbejde positivt sammen om udvikling af kommunale hygiejneorganisationer. Med de engagerede medarbejdere, som dette studie har vist findes i alle kommunerne, ledelsesinvolvering i den enkelte kommune, fortsat støtte fra regionen og yderligere specialviden om hygiejne i kommunerne, så er fremtidsudsigterne for kommunale hygiejneorganisationer i Region Hovedstadens kommuner lyse og positive. Hygiejnen i Region Hovedstadens kommuner har **medvind**, men visse steder går det dog også lidt **op ad bakke**.

8. TAK

Først vil jeg sige tak til mine informanter, fordi de beredvilligt gav sig tid til at svare på mine spørgsmål og dele deres oplevelser med mig.

Dernæst vil jeg gerne give udtryk for min glæde ved at have været studerende på NHV. Det har været en udsøgt fornøjelse, og jeg er trist ved tanken om, at efter 2014 får andre ikke den mulighed at studere på NHV. Det har været en gave at møde højskolens kompetente medarbejdere og ligeledes en gave at møde så mange medstuderende fra hele Norden. Jeg havde håbet, at det fremover ville være muligt en gang imellem fortsat at få en lille ”dosis” NHV, når der dukkede et nyt og spændende kursus op.

Tak til Professor Bengt Åhgren for positiv, relevant og konstruktiv vejledning i forbindelse med denne opgave. Vejledningen har været meget motiverende for fremdriften af opgaven.

Tak til min arbejdsplads for at give mig denne mulighed for at studere, og ikke mindst tak til mine dejlige kollegaer for at klare det hele hjemme, når jeg har været i Göteborg.

9. REFERENCER

- Ahgren, B. og Axelsson, R. 2005. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, vol. 5, pp 1-9.
- Alter, C og Hage, J. 1993. *Organizations Working Together*. SAGR Publicatione Inc. USA.
- Andersen, A. 2011. *Infektionshygiejne på plejehjem i Århus Kommune*. Aarhus Universitet, udgivelse nr. 115. Århus.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S.B., Eriksson, A., Axelsson, R. (2011). "Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review". *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, pp 1-10.
- Axelsson, R og Axelsson, S.B. (2006). "Integration and collaboration in public health – a conceptual framework.". *International journal of health planning and management*, vol. 21, pp 75-88.
- Axelsson, R og Axelsson, S.B. (2007). Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. In: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Axelsson, R og Axelsson, S.B. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 11-27).
- Axelsson, S.B og Axelsson, R. (2009). Multidisciplinära team och ledarskap – från revirtänkande till altruism. In: *Team. Vård, behandling och omsorg. Erfarenheter og reflektioner*. Berlin, J., Carlström, E. og Sandberg, H. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 149-169).
- Berlin, J, Carlström, E, Sandberg, H. (2009). Team I vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner. In: *Team. Vård, behandling och omsorg. Erfarenheter og reflektioner*. Berlin, J., Carlström, E. og Sandberg, H. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 15-24).
- Berlin, J, Carlström, E, Sandberg, H. (2009). Varför team? In: *Team. Vård, behandling och omsorg. Erfarenheter og reflektioner*. Berlin, J., Carlström, E. og Sandberg, H. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 263-276).
- Bloch, B., (2012). *Hygiejne på tværs – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven?* MPH 2012:2. Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health.
- Center for forebyggelse i praksis (2014). Available at: <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Center-for-Forebyggelse-i-Praksis/> [accessed January 2014]

Dalsgaard, A. Aarestrup, F. og Frimodt-Møller, N. (2009). Bakterier kender ingen grænser. Institut for Veterinær Sygdomsbiologi. Københavns Universitet. Available at: <http://politiken.dk/debat/analyse/ECE719967/bakterier-kender-ingen-graenser/> [accessed January 2014]

Danmap 2012. "DANMAP 2012 - Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark." Available at: https://www.google.dk/search?q=danmap+2013&oq=danmap&aqs=chrome.2.69j0l5.5327j0j8&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8 [accessed January 2014]

Datatilsynet (2013). *Persondataloven*. Available at: <http://www.datatilsynet.dk/offentlig/kort-om-persondataloven/> [accessed May 2013]

Den Nationale Videnskabsetiske Komite. Available at: <http://www.cvk.sum.dk/> [accessed May 2013]

Gyldendal (2009-2014). *Den Store Danske – Gyldendals åbne encyklopædi*. Available at: http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Danmarks_lokalforvaltning/kommune [accessed February 2014]

Eriksen H-M, Elstrøm P, Hartung S, Akselsen P E. 2005. "Smittevern i helseinstitutioner for ældre." *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, vol.13-14, pp. 1835-37.

Elstrøm, P. (2013). Å isolere beboere er ikke nødvendig for å forebygge smitte av MRSA på sykehjem. MPH 2013:1. Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health.

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.", *Nurse Education Today*, vol. 24, pp 105-112.

Gustafsson, J. (2007). Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa och välfärd . In: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Axelsson, R og Axelsson, S.B. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 61-86)

Haley, R W., Culver, D. V., White, J. W., Morgan, W. H., Emori, T. G., Munn, V. P. og Hooton, T. M. (1985). "The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US Hospitals.", *American Journal of Epidemiology*, vol. 121. No. 2, pp. 182-205.

Holdt Christensen, P. (2012). *Samarbejde – mellem mennesker i organisationen*. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, København K.

Huxham, C og Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge, London.

IKAS (2013). Institut for kvalitet og Akkreditering I Sundhedsvæsenet. *Den Danske Kvalitetsmodel. Standard for sygehuse*. Available at: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarter-for-sygehuse.aspx> [accessed January 2014]

IKAS (2013). Institut for kvalitet og Akkreditering I Sundhedsvæsenet. *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarter for kommuner*. Available at: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Kommuner/Akkrediteringsstandarter-for-kommuner.aspx> [accessed January 2013]

Jensen, K. (2004). *Medicinsk mikrobiologi og infektionspatologi*. 12. udg. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Kouzes, J M og Mico, P R. (1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *Journal of Applied Behavioral Science*, 15, pp 449-469.

Kvale, S og Brinkmann, S. (2008). *Interview – introduktion til et håndværk*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag, København K.

Lauvås, K og Lauvås, P. (2006) *Tværfagligt samarbejde – perspektiv og strategi*. 2. udg. Klim, Århus.

Lundman, B. og Graneheim, U.H. (2008). ”Kvalitativ innehållsanalys”. In: *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p. 159-172).

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3. udg. Universitetsforlaget, Oslo.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2013). *Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Available at: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Sundhedsudspil/Sundhedspolitisk-udspil-13052013.ashx [accessed January 2014]

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2014). *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Available at: http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-maal.ashx [accessed January 2014]

Region Hovedstaden (2011). *Sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2011-2014, Grundaftale og bilag*. Available at: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/1B57DD86-5DBD-405D-BFE6-93128239219E/0/Grundaftale20112014godkendtafSSTFINAL260411.pdf> [accessed February 2013]

Rienecker, L. og Jørgensen, P.S. (2012). *Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udg. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Rønne, T. (2009). "Forebyggelse af smitsomme sygdomme". In: *Forebyggende sundhedsarbejde*. Kamper-Jørgensen, F., Almind, G. og Jensen, B.B. (eds.) 5. udg. Munksgaard, København, pp 385-398.

Saint, S., Kowalski, C.P., Banaszak-Holl, J., Forman, J., Damschroder, L. og Krein, S.L. (2010). "The Importance of Leadership in Preventing Healthcare-Associated Infection: Results of a Multisite Qualitative Study". *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 31, no. 9. (p. 901-907)

Schreier, Margrit. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. 1.udg. Sage publications Ltd.; 2012.

Smittskyddsinstitutet, *Tema Vårdrelaterade smittor. Slutrapport, 2010-06-17*. Available at: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/slutrapport-tema-vardrelaterade-smittor-2009-2010.pdf> [accessed February 2013]

Statens Serum Institut (2011) *Generelle Infektionshygiejniske Retningslinjer*. Available at: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer.aspx> [accessed February 2013]

Statens Serum Institut – *Organisering af infektionshygiejnen – sygehusene og regionerne* (2013a). Available at: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Organisering/Sygehusene-regionerne.aspx> [accessed January 2014]

Statens Serum Institut – *Organisering af infektionshygiejnen – primærsektor* (2013b). Available at: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Organisering/Primaersektoren.aspx> [accessed January 2014]

Sundhedsstyrelsen (2009). *Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedsloven § 119, stk 3*. Available at: http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Regional_forebyggelse/Regionernes_forebyggelsesopgaver.pdf [accessed January 2013]

Sundhedsstyrelsen (2011). *Forebyggelsespakke – Hygiejne*. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/11nov/ForebyggPk/Hygiejne.pdf> [accessed January 2013]

Sundhedsstyrelsen (2014). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152> [accessed January 2014]

Tanggaard, L og Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: *Kvalitative Metoder*. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, København K.

Vyt, Andre. (2008). "Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care.", *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, vol. 24 (suppl 1), pp 106-109.

Willumsen, E. (2007). Interprofessionell samverkan och brukarmedverkan kring utsatte barn. In: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Axelsson, R og Axelsson, S.B. (eds.) Studentlitteratur, Lund, (p.183-202).

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [accessed January 2014]

World Health Organization (2009). *Overview: 7th Global Conference on Health Promotion*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html> [accessed January 2014]

Wiklund, S. (2010). *En solid grund att stå på*. Smittskyddsinstitutet. Available at: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/smittskydd/arkiv/2010/nr-2-2010/en-solid-grund-att-sta-pa/> [accessed January 2013]

Wiklund, S. (2011). *Vad innebär det att drabbas av ESBL-bildande tarmbakterier?* 2011:3. Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health.

Wiklund, S., Hallberg, U., Kahlmeter, G. og Tammelin, A. (2013). "Living with extended-spectrum β -lactamase: A qualitative study of patient experiences." *American Journal of Infection Control*, vol. 41:8, pp 723-7.

10. BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Information til informanter

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 1.

Information til deltagere i interviews

Du har telefonisk givet tilsagn om at deltage i et interview omhandlende udvikling af kommunale hygiejneorganisationer.

Du er spurgt om at deltage i undersøgelsen, da du er en af din kommunes hygiejneressourcepersoner.

Interviewet er en del af en undersøgelse, som jeg laver i forbindelse med, at jeg afslutter mit masterstudie i folkesundhedsvidenskab ved Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg.

Hvad går undersøgelsen ud på?

Jeg vil gerne undersøge, hvordan kommuner i Region Hovedstaden arbejder med og samarbejder om udviklingen af en hygiejneorganisation. Jeg vil derfor spørge ind til forholdene i din kommune, og dine oplevelser i den forbindelse, da du er en af din kommunes hygiejneressourcepersoner, og medlem af hygiejnenetværket. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne og RegionHs tilbud om netværk og hygiejnekursus vil blive berørt i løbet af interviewet.

Undersøgelsen forventes at kunne vise et billede af, hvordan kommuner i RegionH arbejder med udvikling af en hygiejneorganisation.

Hvad indebærer det at deltage i interviewet?

Du skal bruge ca. 30-45 minutter af din arbejdstid sammen med mig. Jeg vil stille dig ca. 6 overordnede spørgsmål med nogle få underspørgsmål, som du skal svare på. Der vil kun være dig og undertegnede tilstede ved interviewet. Interviewet vil blive optaget på bånd, og efterfølgende skrevet ud, således at jeg kan huske, hvad vi har talt om. Alle udtalelser fra interviews vil blive anonymiseret og opbevaret fortroligt. Når mit speciale er godkendt destrueres alt materiale fra interviews. Jeg vil ikke udtale mig specifikt om det, du fortæller mig, men anonymiserer alle udtalelser. Vores samtale vil blive behandlet fortroligt.

Hvem deltager?

I undersøgelsen deltager hygiejneressourcepersoner, som deltager i hygiejnenetværk mellem områdehospitalerne og kommunerne. Deltagerne er enten kommunelæger, sygeplejersker eller sundhedsplejersker.

Information om resultater

Når undersøgelsen og mit speciale er færdigt og godkendt, er det tilgængeligt på NHV's hjemmeside. Jeg regner derudover med at præsentere specialet ved et hygiejnenetværksmøde.

Har du yderligere spørgsmål, inden vi mødes, er du til enhver tid velkommen til at kontakte mig.

Venlig hilsen

Dorthe Mogensen, hygiejnesygeplejerske

Dorthe.Mogensen@regionh.dk

Tlf: 38685259

Bilag 2.

Interviewguide

Indledning/briefing

Præsentation af

- Interviewer
- Projektet
- Interviewets formål
- Interviewets struktur
 - Interviewet er delt op i overordnede temaer
 - Beskrivelse af hygiejneorganisationen i kommunen
 - Sundhedsaftalerne
 - Samarbejde i kommunen
 - Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke
 - Hygiejnenetværk med områdepitalets hygiejneorganisation
 - Fremtiden
 - Afslutning
- Anvendelse af materialet efterfølgende. Anonymisering
- Præsentation af informant, og informantens placering i kommunen

Formål

Formålet med dette studie er at undersøge, beskrive og analysere, hvordan kommuner arbejder med og internt samarbejder om udvikling af en hygiejneorganisation, med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne og RegionHs tilbud om netværk og hygiejnekursus som idékatalog.

Forskningsspørgsmål

Kommunale hygiejneorganisationer – hvordan arbejder kommuner i Region Hovedstaden med at udvikle disse?

- Hvilken betydning har Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne for arbejdet med at udvikle en kommunal hygiejneorganisation?
- Hvilken betydning har netværksdannelsen omkring områdepitalet for udviklingen af hygiejneorganisationen i kommunen?

Tema	Spørgsmål
Kommunale hygiejneorganisationer	Hvordan ser hygiejneorganisationen ud i din kommune?

	• Hvor længe har kommunen haft en hygiejneorganisation? • Hvem er medlemmer af organisationen? • Hvem er overordnet leder af organisationen? Hvad er din rolle i hygiejneorganisationen? • Hvad er din stilling i kommunen? • Hvilke arbejdsopgaver har du? • Har du specifikt tid afsat til arbejdet? • Hvor meget tid har du til arbejdet? • Hvem er din/dine nærmeste samarbejdspartnere i arbejdet? Har kommunen en hygiejnepolitik? Har kommunen handleplaner for kommunale institutioner?
Sundhedsaftalerne 2011-2014	Hvad er dit kendskab til indholdet af både de regionale og de kommunale sundhedsaftaler sundhedsaftalerne vedr. hygiejne? • Har du gjort dig nogle overvejelser om indholdet i sundhedsaftalerne vedrørende hygiejne? • Hvilken betydning ser du indholdet i sundhedsaftalerne har for arbejdet?
Internt samarbejde i kommunen	Hvordan samarbejder de forskellige kommunale enheder omkring hygiejne? • Ældre/pleje • Børn og unge
Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne	Hvordan er dit kendskab til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne?

	• Hvordan bruger hygiejneorganisationen Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne? • Hvilken betydning oplever du, at Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne har for hygiejnearbejdet i din kommune?
Hygiejnenetværk med kommunerne og områdehospitalet	Hvad betyder netværkssamarbejdet med de andre kommuner og områdehospitalet for hygiejnearbejdet og hygiejneorganisationen i din kommune? • Samarbejdet med de andre kommuner i netværket? • Samarbejdet med hospitalets hygiejnesygeplejersker? • Hvordan formidles den viden du får i forbindelse med netværksmøderne til resten af hygiejneorganisationen og videre ud i de kommunale institutioner?
Fremtidig hygiejneorganisation i kommunen	Hvordan ser hygiejneorganisationen i din kommune ud i fremtiden? Hvad ser du som de største udfordringer i fremtiden i forhold til hygiejnearbejdet og hygiejneorganisationen i kommunen?
Afslutning	Har du afsluttende bemærkninger i forhold til emnerne, som ikke er blevet berørt i løbet af interviewet?

