

“Hygiejne på tværs” –
tværsektorielt samarbejde omkring
patient/borger med behov for
infektionshygiejnisk bistand –
hvordan løses opgaven?

Bente Bloch

Master of Public Health

MPH 2012:2



norden

Nordic School of Public Health
NHV

"Hygiejne på tværs" – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven?

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-26-3



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
”Hygiejne på tværs” – tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan løses opgaven?				
Författare				
Bente Bloch				
Författarens befattning och adress				
Hygiejnesygeplejerske Sygehus Sønderjylland Egelund 10, 6200 Aabenraa, Danmark				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
17.02.2012			Docent Bengt Åhgren	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
59	Dansk	Dansk/engelsk	1104-5701	978-91-86739-26-3

Baggrund: Patientbehandling på sygehuse sker i et højt specialiseret tempo, hvor flere patienter modtager kompliceret pleje og behandling, som ofte fortsætter i kommunerne efter udskrivelsen. Efter strukturreformen skal aftaler om infektionshygiejnisk bistand fra sygehus til kommune indskrives i sundhedsaftaler.

Formål: Formålet med studiet var at udforske og analysere samarbejde på tværs af sektorer, og få en øget forståelse for fænomenet tværsektorielt samarbejde i relation til patient/borger med behov for ydelser, hvori der indgår infektionshygiejnisk bistand.

Metode: Studiet er et kvalitativt multiple casestudie, hvor empirien hentes via semistrukturerede interviews. Teorigrundlaget er perspektivet på tværsektorielt samarbejde, eksempler på modeller for samarbejde, og styrker og svagheder i samarbejde.

Resultat: Studiet viste, at motiverende faktorer for tværsektorielt samarbejde i praksis var: fokus på organisering og struktur i organisationerne, at arbejde sammen i netværk, bevidsthed om klare kommunikationsveje og fokus på faglighed og kompetencer i forhold til infektionshygiejne. Struktureret samarbejde mellem kommune og sygehus med oprettelse af hygiejneorganisation mellem sektorer, gav adgang til ekspertviden, tryghed hos plejepersonalet og motivere til at arbejde med infektionshygiejne som indsatsområde.

Konklusion: Nosokomielle infektioner hos patienter og borgere i sektorovergange, kan sandsynligvis forebygges ved dels at tilføre viden om infektionshygiejne til personale på alle niveauer i organisationerne, og dels ved at indgå et formelt samarbejde mellem kommune og sygehus omkring etablering af en tværsektoriel hygiejneorganisation.

Nyckelord

tværsektorielt samarbejde, infektionshygiejne, strukturreform, casestudie



Master of Public Health –Thesis–

Title and subtitle of the thesis Intersectoral collaboration surrounding patients in need of infection control measures—how do we do it?				
Author Bente Bloch				
Author's position and address Infection Control Nurse Sygehus Sønderjylland Egelund 10, 6200 Aabenraa, Danmark				
Date of approval 17.02.2012			Supervisor NHV/External Docent Bengt Åhgren	
No. of pages 59	Language—thesis Danish	Language—abstract Danish/english	ISSN-no 1104–5701	ISBN-no 978-91-86739-26-3

Background: Today, patient care in hospitals is highly specialised and undertaken at high speed. Many patients receive complex treatment and care, which often continues in the primary-care sector after the patient is discharged. Structural reform of the health care sector requires infection control measures in intersectoral health agreements.

Aim: This study aimed to investigate and analyse intersectoral collaboration and gain better understanding of collaboration across health sectors in relation to the treatment and care of patients requiring treatment and care for infection control.

Method: This is a qualitative, multiple-case study, wherein semi-structured interviews form the basis of the empirical knowledge. The theory underpinning the study is the perspective on intersectoral collaboration, examples of models of collaboration, and the strengths and weaknesses of collaboration.

Results: The findings showed that the motivational factors for intersectoral collaboration include focus on organisational structure and organisation, collaboration through networks, awareness of the importance of clear communication, and focus on the relationship between professional competencies and infection hygiene. Structured collaboration with the establishment of an actual infection control organisation resulted in access to expert knowledge, security among personnel, and motivation to work with infection control as an area of focus.

Conclusion: Patient transference of nosocomial infections from one health sector to another likely can be prevented by increasing workers' knowledge of infection control in all sectors, and by formalised collaboration across health sectors to establish an intersectoral, infection control organization.

Key words

intersectoral collaboration, infection control, structural reform, case study

INDOLDSFORTEGNELSE

1	Baggrund	5
	1.1 Indledning	5
	1.2 Infektionshygiejne	5
	1.3 Folkesundhedsperspektiv	7
	1.4 Strukturreform	8
2	Problemformulering	9
	2.1 Formål	10
	2.2 Forskningsspørgsmål	10
3	Teoretisk referenceramme	10
	3.1 Tværsektorielt samarbejde	10
	3.2 Samarbejde i netværk	12
	3.3 Modeller for samarbejde	13
	3.4 Styrker og svagheder i samarbejde	14
	3.5 Definitioner	14
4	Metode	15
	4.1 Design	15
	4.2 Casestudie	16
	4.3 Beskrivelse af settings	17
	4.4 Informanter	17
	4.5 Interview og analyse af interview	18
	4.6 Dokumentgennemgang	19
	4.7 Litteraturgennemgang	20
	4.8 Reliabilitet og validitet	20
	4.9 Etik	20
5	Resultat	21
	5.1 Interviews	21
	5.2 Interviews - sammenfatning.....	32
	5.3 Dokumentgennemgang.....	34
6	Diskussion	35
	6.1 Diskussion af resultat	36
	6.2 Diskussion af metode	44
7	Konklusion og perspektiv	46
8	Referencer	48
9	Bilagsfortegnelse	54
10	Tak	59

1 BAGGRUND

1.1 Indledning

Efter den danske strukturreform i 2007 med dannelse af regioner og sammenlægning af kommuner, har det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger fået en ny betydning. Med strukturreformen skulle der udvikles nye og effektive samarbejdsformer, som sikrede koordinering og planlægning af patientforløb, dette blev beskrevet i Sundhedsloven, hvor af det fremgår, at kommuner og regioner skal samarbejde omkring patientens vej gennem sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2009). Vigtigheden af dette samarbejde skal ses i sammenhæng med, at hver gang en patient/borger passerer en sektorovergang, er der risiko for tab af information og manglende opfølgning på behandling (Smith 2011).

Sammenhængende patientforløb er et fokus område mellem sektorer i det danske sundhedsvæsen (Region Syddanmark 2011), men for at patientforløb skal blive succesfulde kræves der en struktur i ledelsessystemet, som understøtter denne måde at arbejde på (Ahgren og Axelsson 2005).

I en gennemgang af danske og svenske politiske strategier, der som formål har, at forbedre samarbejdet omkring patientpleje mellem primær og sekundær sektor, angives at trods politiske initiativer, er manglende og dårligt udviklede strukturer, til at støtte implementering af funktioner, barrierer for samarbejde (Wadmann et al, 2009).

Vigtigheden af samarbejde mellem sektorer er øget inden for sundhedsvæsenet på grund af den øgede specialisering og professionalisering som finder sted, og netop samarbejde mellem sektorer er komplekst, idet denne samarbejdsform inkluderer både interprofessionelt - og interorganisatorisk samarbejde (Ahgren, Axelsson og Axelsson 2009). Konsekvenserne af den øgede specialisering kan betyde opsplittede patientforløb og medføre, at patienterne havner mellem to organisationer (Axelsson og Axelsson 2007), og derved ikke får det optimale tilbud om behandling og forebyggelse. Et eksempel på dette kan være bistand til patienter af infektionshygiejnisk karakter.

1.2 Infektionshygiejne

Mange behandlinger der tidligere krævede indlæggelse foregår i dag ambulant, lige som patienter udskrives hurtigere til videre behandling og pleje i hjemmet. Desuden kan den øgede specialisering betyde mere komplicerede efterforløb. Som eksempler kan nævnes dialysebehandling, pleje og behandling af sår, dræn og kateter, men det kan også være hjælp daglig personlig pleje. Denne problemstilling stiller store krav til samarbejde mellem regionernes sygehuse og kommunerne – samarbejde på tværs af sektorer.

Infektioner som patienter/borgere pådrager sig i forbindelse med pleje og behandling under indlæggelse eller i primærsektor kan have store konsekvenser for patienten, og medfører desuden store samfundsøkonomiske omkostninger. Studier viser, at 8-10 % af indlagte

patienter får en infektion i forbindelse med indlæggelse eller behandling på sygehus (Pittet et al 2000).

Et norsk studie fra primærsektoren viser, at en ud af 14 beboere i ældreinstitutioner har en infektion, og at der på institutioner er registreret flere udbrud af MRSA - methicillin resistente *staphylococcus aureus* (Eriksen, Elstrøm og Hartung 2005), og at infektioner blandt plejehjemsbeboere er årsag til adskillige gener, i form af svækkelse, hospitalsindlæggelse og død (Koch et al 2009).

Det anslås, at mellem 10-50 % af infektioner kan forebygges ved, at personalet har viden om og følger de generelle hygiejniske retningslinjer vedrørende håndhygiejne, aseptik, håndtering af utensilier, rengøring og desinfektion (Pedersen og Kolmos 2007), hvor håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående handling til at afbryde smitteveje (Pittet 1999). Imidlertid er der viden om, at compliance i forhold til efterlevelse af håndhygiejne retningslinjer er mangelfuld (Pittet D 2001, 2000), og et nyt dansk studie viser, at den infektionshygiejniske viden og affødte adfærd blandt medarbejdere på plejehjem, på flere punkter er mangelfuld (Andersen 2011).

Central Enhed for Infektionshygiejne, Statens Serum Institut angiver, at forebyggelse af institutionserhvervede infektioner gennem tilrettelæggelse af hygiejniske arbejdsrutiner er vigtigt, både på sygehuse og i primærsektoren. Derfor skal infektionshygiejne tillægges sammen vægt, uanset om det er på sygehus, på plejehjem eller i hjemmeplejen (Statens Serum Institut 2011c). Forebyggelse af smitte og spredning af infektioner er vigtigt uanset, om det er på et hospital eller i primærsektoren, og konsekvenserne for den enkelte patient/borger er den samme.

Mikroorganismer spredes og smitter på samme måde uanset om det er på hospital eller uden for hospital, og forebyggelse af infektioner er den samme, nemlig viden om og overholdelse af de generelle hygiejniske retningslinjer. Det er derfor vigtigt, at personale har denne viden, og kan anvende korrekte forholdsregler, så risikoen for smitteoverførsel via direkte og indirekte kontakt undgås eller minimeres, og der kræves ajourført viden om infektionshygiejne, handlingskompetencer, og mulighed for tilgang til ekspertviden på området, for at kunne agere hensigtsmæssigt i en forandringsfuld hverdag (Statens Serum Institut 2011b). SENIC studiet (Haley et al 1985) viser, at hvis personale er uddannet med fokus på infektionshygiejne, og organisationen har et system til overvågning af infektioner, kan infektionsraten reduceres med 32 % målt på urinvejsinfektioner, pneumonier, postoperative sårinfektioner og bakteræmi/sepsis.

Norske prævalensundersøgelser i primærsektoren understøtter dette, i det der her ses færre infektioner på de plejehjem, som har et infektionshygiejneprogram i forhold til dem, der ikke har (Eriksen, Elstrøm og Hartung 2005).

I Sverige har man fokus på infektionshygiejnisk bistand til primærsektoren, og siden 1997 har der været ansat hygiejnesygeplejersker i vårdhygien med arbejdsområder på plejehjem, institutioner, hjemmepleje etc. (Wiklund 2010), ligesom der gennem målrettede

projekter, er sat fokus på, at begrænse infektioner i primærsektoren (Mannerquist og Thore 2010).

I Danmark er der ikke krav om etablering af en hygiejneorganisation i primærsektor eller krav om overordnede infektionshygiejniske retningslinjer gældende for primærsektor/plejehjem. Det er således op til den enkelte kommune at organisere infektionshygiejnen, og holde personalets viden ajour på området. Der er dog muligt for kommunerne, at indhente råd og vejledning ved den Centrale Enhed for Infektionshygiejne på Statens Serum institut og hos embedslægerne.

1.3 Folkesundhedsperspektiv

Ottawa chartret for Health Promotion beskriver samarbejde mellem sektorer som et krav for at forbedre folkesundheden, og fremhæver behovet for samarbejde mellem sektorer for at kunne arbejde forebyggende og sundhedsfremmende (WHO 1986).

I sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark og de tilhørende kommuner fremgår det, at der skal indgås aftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patient rettet forebyggelse. Det overordnede mål er, at sikre borgere og patienter med behov for forebyggelse en systematisk, sammenhængende og koordineret indsats. Sygehuse og kommuner har således et fælles ansvar for sammenhængende forebyggelsesindsatser, og sundhedsaftaler skal være med til at sikre sammenhæng mellem de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer (Region Syddanmark 2011a).

Begreberne forebyggelse og sundhedsfremme beskrives i Ottawa deklARATIONEN (WHO 1986), men ofte er der ikke enighed om forståelsen af begreberne, og netop denne uklarhed om definitionen kan betyde, at politikere og sundhedsprofessionelle er uenige om vigtigheden af sundhedsfremme (Vallgård 2009).

Når folkesundhed ses i et tværsektorielt perspektiv, må man være opmærksom på de funktionelle forskelle på opgaver og roller, der er inden for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme (Axelsson og Axelsson 2006). I tværsektoriel forebyggelse indgår aktører fra flere administrative sektorer fra både den primære og sekundære sektor, og ofte er forskellige faggrupper uenige om, hvordan forebyggelsesbegrebet skal anvendes. En hovedårsag her til kan være, at forskellige faggrupper har deres arbejdsfelt forskellige steder i forhold til sygdom, ulykke uønsket adfærd etc. (Sundhedsstyrelsen 2005).

Arbejdet med folkesundhed har en lang tradition bag sig. Infektionshygiejniske tiltag som vaccination, kloakering, vandforsyning, smitteopsporing og smittebekæmpelse, har været centrale områder i dette arbejde (WHO 2009, Jensen 2000), men trusler på folkesundheden ændrer sig over tid. For hundrede år siden døde der millioner af mennesker på grund af Den Spanske Syge, hvor det i dag mere er sygdomme/lidelser relateret til livsstil, der er fokus på (Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen 2007).

Alligevel må den stigende forekomst af resistente mikroorganismer med manglende eller begrænsede behandlingsmuligheder tages ganske alvorligt (Statens Serum Institut 2011a,

WHO 2001). Resistensudviklingen opstår, dels på grund af det stigende antibiotikaforbrug, dels i forbindelse med den stigende import af fødevarer fra tredje verdenslande, og dels med en øget rejseaktivitet, som nu udgør en reel trussel mod folkesundheden (Dalsgaard, Aarestrup og Frimodt - Møller 2011).

1.4 Strukturreformen

Ansvar for folkesundheden i Danmark er en fælles opgave for stat, regioner og kommuner, som skal samarbejde på tværs af sektorer for at sikre sammenhængene patientforløb af høj kvalitet. Det er desuden en delt opgave mellem regioner og kommuner, at de patientrettede forebyggelsesopgaver, som er fastlagt i sundhedsloven, skal udføres i samarbejde, og der er krav om, at der skal indgås aftaler om de lovbundne opgaver (Sundhedsstyrelsen 2009).

Samarbejdet omkring sundhed mellem amter og kommuner havde siden kommunalreformen i 1970 været klar og stabil, og siden 1994 været delvis formaliseret gennem lovgivning (Strandberg-Larsen, Nielsen og Krasnik 2007). Ved strukturreformen i 2007 blev kommunerne imidlertid pålagt nye opgaver, og medfinansiering på sundhedsområdet blandt andet inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Et markant enkelt element ved strukturreformen var, at sygehusene skulle drives af regionerne, og regionerne havde ikke mulighed for at opkræve skatter fra kommunernes borgere til finansiering. Finansieringen af sygehusene sker i dag dels ved tildeling af bloktilskud fra staten, og dels ved bidrag fra de kommuner, som ligger i de pågældende regioner. Medfinansieringen betyder, at kommunerne finansierer ca. 20 % af de regionale sundhedsopgaver. Herudover skal kommunerne selv finansiere sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning, pleje og omsorg (Danielsen 2009).

1.4.1 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne blev indført i forbindelse med strukturreformen i 2007, og er et redskab til samarbejde omkring opgaver og indsatser på sundhedsområdet på tværs af region og kommune, (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2009). Sundhedsaftalerne består af en grundaftale gældende mellem region og kommune, og specifikke aftaler gældende for det enkelte sygehus og samarbejdskommuner.

Sundhedsaftalens grundaftale omfatter seks områder, hvor det er obligatorisk at indgå aftaler, og som skal indeholde en fælles plan for hvordan implementering sikres.

Områderne er

1. Indlæggelse og udskrivningsforløb
2. Træningsområdet
3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
4. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
6. Opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sundhedsaftalerne er genforhandlet i 2011, og som noget nyt er der udviklet fælles politisk vision for det tværsektorielle sundhedsarbejde, hvilket er gjort i erkendelsen af de udfordringer på sundhedsområdet, som kommune og region har til fælles på tværs af sektorer (Stougaard 2011).

I Region Syddanmark blev der allerede ved de første sundhedsaftaler lavet aftaler om indlæggelses- og udskrivningsforløb i Sam:Bo, som er samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark. Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløb mellem sektorer (Stougaard 2011).

Infektionshygiejne er nævnt som et område i strategien for Region Syddanmarks rådgivningstilbud til kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme, hvor tilbud om rådgivning skal afklares i nærmere dialog internt mellem det enkelte sygehus og kommunen.

Desuden er hygiejne nævnt i Sundhedsstyrelsens vejledning til forebyggelsesopgaver, som et af de områder hvor kommunerne med fordel kan udnytte de kompetencer som regionen/sygehusene besidder, og gennem sundhedsaftalerne skabe klarhed om, og beskrive arbejdsfordelingen ved rådgivning (Sundhedsstyrelsen 2009).

1.4.2 Samarbejde omkring infektionshygiejne

På det infektionshygiejniske område blev der ved strukturreformen i 2007 indført betaling for kommuner der ønskede infektionshygiejnisk bistand fra sygehuset. Dette betød at efterspørgslen efter denne ydelse fra sygehus til kommune faldt væsentlig. De tidligere aftaler vedrørende samarbejde omkring infektionshygiejnisk bistand blev ikke genforhandlet i forbindelse med sundhedsaftalerne i 2011 i Sygehus Sønderjyllands optageområde, hvilket betyder, at kommunerne ikke længere har adgang til specialist viden på det infektionshygiejniske fagområde. Ud af de 22 kommuner som ligger i Region Syddanmarks område, valgte kun fem kommuner på Fyn med tilknytning til Odense Universitets Hospital, at indgå sundhedsaftale om etablering af tværsektorielt samarbejde på infektionshygiejne området.

2 PROBLEMMFORMULERING

Omlægning af patientbehandling og indførelse af accelererede patientforløb på sygehusene lægger større pres på primærsektorer. Dette stiller større krav til viden hos plejepersonalet i kommunerne om behandling og pleje af patienter, herunder viden om forebyggelse af smittespredning mellem patient/borgerne og borger/ personale.

Før kommunalreformen var der et godt og konstruktivt samarbejde mellem sygehusets hygiejnesygeplejersker, og ledere og personale i primærsektoren, omkring borgere med behov for infektionshygiejnisk bistand. Der var hyppige henvendelser fra primærsektoren

til hygiejnesygeplejerskerne på Sygehus Sønderjylland vedrørende rådgivning, vejledning og medvirken til kompetenceløft i form af undervisning af personale. Dette formelle samarbejde blev efter strukturreformen i 2007 nedtonet, i første omgang med indførelse af betaling for ydelser på tværs af sektorerne, og ved de senest forhandlede sundhedsaftaler, helt at udelade aftaler på det infektionshygiejniske område. Kommunerne i Sygehus Sønderjyllands optageområde har ikke selv etableret hygiejneorganisationer, ansat hygiejnesygeplejerske eller uddannet personale specielt til at varetage hygiejneområdet. Dette kan betyde en forskel i den behandling patienterne får på sygehuset set i forhold til primærsektor, medførende risiko for at påføre patienten øgede gener, og i værste fald sprede smitte. Med udgangspunkt i ovenstående studeres fænomenet samarbejde mellem primær og sekundær sektor med fokus på patienter der har behov for ydelser som indbefatter infektionshygiejnisk bistand.

2.1 Formål

Formålet med studiet er at udforske og analysere samarbejde på tværs af sektorer, og få en helheds forståelse for fænomenet tværsektorielt samarbejde i relation til patient/borger med behov ydelser som indbefatter infektionshygiejnisk bistand.

2.2 Forskningsspørgsmål

Tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan kan opgaven løses?

Suppleret med følgende spørgsmål

- Hvordan skabes/opstår tværsektorielt samarbejde mellem kommuner og region/sygehus. Herunder hvilke faktorer har indflydelse på samarbejde mellem sektorer?
- Hvordan lykkes - eller hvorfor mislykkes tværsektorielt samarbejde?

3 TEORETISK REFERENCERAMME

3.1 Tværsektorielt samarbejde

Vigtigheden af samarbejde på tværs mellem sektorer er beskrevet i Ottawa chartret fra 1986 (WHO 1986), hvor det fremgår, at sundhedsfremmende arbejde, sker i et samspil mellem den politisk/økonomiske verden, det omgivne miljø og mellem sundhedssektorer. Desuden beskriver Rotman, at tværsektorielt samarbejde er et af de syv basale principper som karakteriserer sundhedsfremme (Rotman 2001), hvilket betyder at samarbejde på tværs af sektorer, indgår som et element i at arbejde sundhedsfremmende.

En sektor eller en organisation er jfr. WHO's definition under påvirkning af omgivelserne, og er dermed en del af et komplekst netværk af institutioner, andre organisationer og den samfundsmæssige kontekst (WHO 1986, 1998).

Der er flere måder at definere begrebet samarbejde på, og samarbejde anvendes ofte i en overordnet betydning, for forskellige måder at agere sammen på.

Alter og Hage ser samarbejde som en egenskab ved relationer mellem aktører, som forudsætter gensidig forståelse, fælles mål og værdier, samt evnen til at arbejde sammen om dette (Alter og Hage 1993). Denne definition indeholder både adfærds- og attitudemæssige elementer ved organisationen og hos de involverede aktører, og dermed organisationens og/eller aktørernes vilje til at samarbejde.

Samarbejde mellem sektorer og organisationer vil ofte være præget af gensidig afhængighed i forhold til at skulle levere et produkt, service eller en ydelse. Denne afhængighed skyldes i høj grad den øgede specialisering og differentiering som finder sted i sundhedsvæsenet, og nødvendiggør samarbejde mellem organisationer (Axelsson og Axelsson 2007, Strandberg-Larsen, Nielsen og Krasnik 2007).

Specialiseringen betyder, at en enkelt faggruppe varetager en bestemt specialist funktion, som er knyttet til en enhed i sundhedssektoren. På specialistområder, er organisationerne ofte afhængige af at samarbejde på tværs af sektorer og politiske niveauer, hvilket udfordrer opgave- og ansvarsfordeling, samt løsning af fælles opgaver.

Kompleksiteten i at beskrive samarbejde, viser sig blandt andet ved, at ordet integration er kommet ind i litteraturen, hvor det anvendes som et overordnet begreb for samarbejde, og der i definitionen ligger, at forskellige aktører eller aktiviteter føres sammen til en større helhed (Axelsson og Axelsson 2007). Kompleksiteten i samarbejdet mellem sektorer ligger i, at integrere myndigheder, organisationer, fag og professioner, og derfor anses samarbejde mellem sektorer også som den mest komplekse form for integration, idet der indgår både et interorganisatorisk og interprofessionelt aspekt (Axelsson og Axelsson 2007).

Interorganisatorisk integration foregår mellem forskellige myndigheder og organisationer, og interprofessionelt integration foregår mellem forskellige faggrupper og professioner.

Tværfagligt samarbejde er interaktion mellem repræsentanter fra forskellige fag, hvor samarbejdet har et dobbelt formål. For det første at sikre kvalitet i arbejdet ved at den samlede faglige kompetence bliver udnyttet optimalt, og for det andet at udvikling er et fælles kundskabsgrundlag på tværs af fag og stimulering til faglig udvikling inden for de involverede fag (Lauvås og Lauvås 2004).

De basale elementer for samarbejde omkring levering af ydelser, er alsidighed, tilgængelighed og det at kunne få systemerne til at interagere sammen. Dette anses som nået, når der er sammenhæng mellem ressourcer, ekspertise og ydelser, og de kan leveres på tværs af udbydere og programmer (Alter og Hage 1993, Strandberg-Larsen, Nielsen og Krasnik 2007).

Alter og Hage (1993) identificerer to niveauer, som skal tænkes ind i samarbejde, dels på det administrative niveau hvor øverste ledelse interagerer på tværs af organisationer, og

dels på det operationelle niveau, hvor der samarbejdes på front-line personale- eller case manager niveau.

3.2 Samarbejde i netværk

Samarbejde i netværk mellem organisationer har fået øget fokus inden for ledelse og organisation inden for de senere år, og netværk som dominerende organisations form, ses af flere forskere som den overvejende samarbejdsform i fremtiden (Gustafsson 2007).

Alter og Hage (1993) definerer interorganisatorisk netværk som sociale former for aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning, mellem enheder fra separate organisationer. Koordinering i netværk finder sted på alle hierarkiske niveauer, og forskellige metoder til at opnå koordinering inden for netværket kan være nødvendigt (Alter og Hage 1993, Dinesen et al 2007).

Når netværk ses i et interorganisatorisk perspektiv er koordinering mellem parterne en ledelsesopgave, hvor netværket og integration af parternes kapabilitet er det centrale fokus og formål (Gustafsson 2007). Gustafsson beskriver imidlertid, at det er en generel erfaring, at interorganisatorisk ledelse er vanskeligt og mangelfuldt, og at netværk ofte ikke opfylder forventningerne. En væsentlig årsag kan være ledelsernes mentale forankring i en hierarkisk opbygget organisering, og manglende indsigt i netværksorganisering. En stor udfordring er, at der ikke er en overordnet ledelse i interorganisatorisk netværk, men at de enkelte netværks enheder refererer til flere forskellige og uafhængige magtcentre, som typisk har en uklar indbyrdes relation.

Hvis der ikke findes en fælles styring og ledelse i tværsektorielt samarbejde, kan samarbejdet/integrationen vertikalt mellem organisationer imidlertid være besværlig eller umulig, og problemet løses i nogle tilfælde ved at indføre fx styregrupper/teams for det grænseoverskridende samarbejde (Axelsson og Axelsson 2007).

Gustafsson (2007) angiver fire hovedelementer i et netværk, netværkets parter som udgør netværkets ressourcer, netværksprocesserne er kernen i netværket med koordinering, fælles opgaveløsning og udveksling af informationer. Visionen for netværket er den fælles interesse og formål som deltagerne kan samles om. Det fjerde element er netværkets arkitektur, her indgår de strukturelle rammer for form og indhold i samarbejdet, fordeling af opgaver og beslutningskompetencer (Gustafsson 2007, Dinesen et al 2007).

Gustafsson har ud fra gennemgang af litteratur skitseret syv forskellige modeller for netværks konfigurationer, hvoraf en er systemisk netværk.

I systemisk netværk arbejder parter sammen om en totalopgave der går på tværs af organisationer/sektorer (Alter og Hage 1993), et eksempel på dette kan være et patientbehandlingsforløb mellem kommune og sygehus. I et systemisk netværk angives der at være to yderpunkter af netværk, gående fra mindre organisationer som er indbyrdes afhængige af hinanden, til netværk gennem store organisationer, som grundlæggende er hierarkiske opbyggede, og hvor netværk komplementerer hinanden.

3.3 Modeller for samarbejde

Der er flere modeller for samarbejde, hvor der indgår stigende grad af, at integrere forskellige elementer i samarbejdet. Graden af samarbejde kan ses på et kontinuum gående fra fuld segregation til fuld integration. Formen går fra regelbundne møder med udveksling af informationer, formelle overenskomster fx sundhedsaftaler (sammenhængende patientforløb), samordningsorganer med særskilt case manager, grænseoverskridende multiprofessionelle teams, til fuld integration mellem organisationer, hvor fælles budget og sammenlægning vil føre til en ny organisation (Axelsson og Axelsson 2007, Ahgren og Axelsson 2005).

I det følgende beskrives to modeller for samarbejde case manager og grænseoverskridende multidisciplinære teams.

3.3.1 Case manager

At skabe en samordningsfunktion eller gruppe med repræsentanter fra organisationerne, kan være en model for samarbejde. Oprettelse af en funktion med en case manager, har til opgave at fremme samarbejdet mellem organisationerne for at lette patienternes vej mellem organisationerne. For at case manager funktionen skal fungere anfører Kelly og Penney, at der skal være en klar definition af rolle, forventninger og ansvar, samt tid og rum til at integrere funktionen og følge op cases (Kelly og Penney 2011). Opgaven med at koordinere sammenhænge mellem sektorer uddelegeres oftere og oftere til en specialist fx case manager.

Vinge og Strandberg-Larsen problematiserer denne uddelegeringen, idet ansvar for design af enheder og relationer som udspringer af behovet for sammenhæng mellem enheder/sektorer, er og bliver ledelsens ansvar (Vinge og Strandberg-Larsen 2010). Samme forfattere anfører, at ledere i sundhedsvæsenet har ladet specialiseringen komme så vidt, at koordinationen ikke kan følge med, og det dermed er de grundlæggende strukturer der er problemet. Frem for at løse disse, søges problemet løst ved at uddelegere til nye "sammenhængsmedarbejdere", hvor der kun laves symptombehandling, idet der ikke er ledelsesmæssig kompetence til at løse de grundlæggende strukturelle problemer, som angives som årsag til manglende sammenhæng (Vinge og Strandberg-Larsen 2010).

3.3.2 Grænseoverskridende multidisciplinære teams

Grænseoverskridende multidisciplinære teams er en samarbejdsform, som indebærer samarbejde mellem de involverede organisationers personale. Disse teams kan fungere relativt selvstændigt, men der indgår ofte en styregruppe sammensat af repræsentanter fra de involverede organisationer. Hvis samarbejdet forstærkes yderligere med fx fælles budget, kan det i yderste led føre til sammenlægning af organisationer. Dette kan umiddelbart minimere behovet for det komplekse tværsektorielle samarbejde, men på den

anden side kan det komplekse samarbejde også opstå i forhold til nye organisationer (Axelsson og Axelsson 2007).

3.4 Styrker og svagheder i samarbejde

Huxham og Vangen angiver, at hvis der ikke er klare fordele ved at samarbejde bør der være en valmulighed for at undgå samarbejde, dog er de af den opfattelse, at netop på folkesundhedsområdet er der klare fordele ved samarbejde (Huxham og Vangen 2005). Derfor er fokus på styrker og svagheder vigtigt, når der samarbejdes på tværs af sektorer, lige som det også er vigtigt, at være bevidst om, hvornår samarbejde lykkes eller mislykkes og, at de erfaringer der gøres tages med til den videre udvikling af samarbejdet.

Janne Seemann (Seemann 2007, 1996) angiver, at kritiske samarbejdsrelationer kan være en hindring for at samarbejde lykkes. Dette kan fx være uenighed om ideologi, arbejdsmetoder og principper. Samme forfatter angiver fem kritiske relationer som er afgørende for om samarbejde lykkes. Enighed om hvem der gør hvad, enighed om metoder og principper, enighed om overordnede mål, kendskab til hinandens struktur, kultur og processer, og enighed om en fælles samarbejdsform.

Janne Seemann angiver desuden tre forudsætninger, der skal være til stede når samarbejde skal lykkes. Alle involverede parter skal kunne se et udbytte ved samarbejdet, parterne er ikke konkurrerende, og parterne skal se hinanden som komplementerende ved at udnytte hinandens ressourcer – en synergieffekt. Janne Seemann påpeger desuden, at fokus er på resultater vertikalt i en organisation, idet driften er tilrettelagt vertikalt, og at samarbejde på tværs ikke honoreres. Kunsten er at finde balancen mellem det der går på tværs af organisationer/sektorer, og det man selv har ansvar for.

Styrker og svagheder i samarbejde beskrives desuden af Axelsson og Axelsson (2007), hvor der er fokus på struktur, kultur og reviradfærd. Forhindringer af strukturel karakter kan være regelsystemer, finansieringssystemer med forskelligt budget og ansvarsområde, og forskelligt informationsteknologi udstyr. Kulturelle forhindringer kan have indflydelse på kommunikation og samarbejde, idet personer med forskellig uddannelsesbaggrund kan have forskellig sprogbrug, attitude og prioritering af opgaver. Revir adfærd er et eksempel på en hindring, hvor både kulturelt og strukturelt ligger til grund. Adfærden henviser til personale, som forsvare sit arbejdsområde, sit fag – sit territorium. En modsætning til revirtænkning er altruistisk lederskab som anses som en forudsætning for at kunne have et grænseoverskridende samarbejde.

3.5 Definitioner

Infektionshygiejnisk bistand: Handlinger som tager udgangspunkt i generelle infektionshygiejniske retningslinjer som er håndhygiejne, genbrug af udstyr, anvendelse af værnemidler, håndtering af patientmaterialer, affald og vasketøj (Statens Serum Institut 2011b).

Nosokomielle infektioner: Infektion som en patient eller borger har pådraget sig i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet (Center for Disease Control and Prevention og Statens Serum Institut).

Sundhedsvæsen: Det samlede net af autoriserede institutioner og personalegrupper, hvis formål er at undersøge, behandle og pleje syge mennesker samt forebygge sygdom (Vallgård og Krasnik 1999).

Sam:Bo: Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (Region Syddanmark 2011c).

Sundhedskoordinationsudvalget: Et politisk udvalg bestående af repræsentanter fra region, kommune og almen praksis. Udvalget er lovbestemt (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010).

Det lokale samordningsforum: Har ansvaret for den praktiske implementering af- og opfølgning på sundhedsaftalen. Repræsentanter for almen praksis deltager i de lokale samordningsfora (Region Syddanmark 2011a).

4 METODE

4.1 Design

Til at belyse forskningsspørgsmålet er valgt en kvalitativ tilgang. Studiet er et undersøgende multiple casestudie, hvor empirien er hentet fra semistrukturerede interviews, offentlige dokumenter, og litteratur.

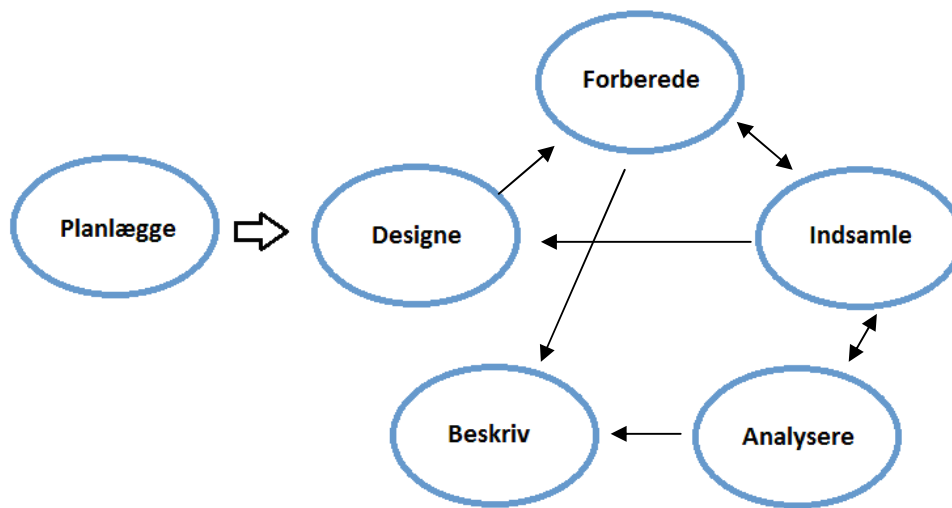
Valget af design sker på baggrund af opgavens problemstilling, og det teoretiske grundlag. Den kvalitative undersøgende tilgang er valgt for at få belyst erfaringer og oplevelser, og derved få en forståelse for fænomenet. Det kvalitative studie forventes at bidrage med data til at synliggøre det komplekse i tværsektorielt samarbejde, som ikke lader sig måle eller veje. Kvalitativ indholdsanalyse anvendes til gennemgang og analyse af empiri (Lundman og Granheim 2008).

Merriam angiver at der er tre hovedområder for indsamling af data i et kvalitativt studie interview, observation og dokumenter, og der vurderes hvilken metode, som bedst kan være med til at besvare forskningsspørgsmålet. Ofte er der en primær metode, og i blandt anvendes kun en af metoderne. Hvor det er muligt anbefales det dog at anvende mere end en metode, idet det vil øge validiteten af fundene (Merriam 2002).

4.2 Casestudie

Casestudiet blev valgt fordi, der gives mulighed for at anvende forskellige måder til at indsamle data (Yin, 2009). Case studiet beskrives af Robert K. Yin som værende særlig fordelagtig som metode i de tilfælde, hvor der ønskes belyst moderne fænomener i deres naturlige omgivelser, og hvor det er vanskeligt at lave en klar adskillelse af fænomenet, og omgivelserne fænomenet er en del af (Yin, 2009).

Studiet indeholder de elementer som Yin angiver for et casestudie: plan, prepare, collect, analyze, share (Yin 2009).



Figur 1. Model for casestudie (Yin 2009) med egen oversættelse

I et undersøgende case studie er målet, at analysere case studiets data ved at opbygge en forklaring om casen. At undersøge et fænomen, som i dette studie er tværsektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand, er at fastsætte en række årsags sammenhænge omkring fænomenet. Dette gøres ved at spørge hvordan og hvorfor en hændelse opstod ud fra spørgsmål, som tager udgangspunkt i den teoretiske referenceramme, og de valgte dokumenter (Yin 2009).

Der er valgt et multiple case studie, hvor der indgår to cases. Ifølge Yin giver dette valg, set i forhold til et single case studie, mulighed for direkte sammenligning, og vil derved styrke den analytiske konklusion på studiet (Yin 2009).

Case defineres ud fra de valgte enheder som ønskes analyseret. Yin beskriver at analyseenheder både kan være individer og grupper af individer (Yin 2009). Valg af flere cases giver mulighed for at kunne vise forskelligheder, kontraster og mønstre.

Analysen af case foretages ved at lede efter fælles mønstre i de to cases. I et undersøgende case studie, skal mønstrene være relaterede til den afhængige og den uafhængige variabel

(Yin 2009). Mønstrene bliver sammenholdt med teori, empiri og dokumenter, og fremføres i studiets afsnit omhandlende resultat og diskussion.

4.3 Beskrivelse af settings

Ved udvælgelse af cases beskriver Patton (1990) at det er vigtigt, at vælge ”informationsrige” cases, hvor der gives mulighed for at indhente oplysninger og elementer, som kan være med til at belyse studiets problemstilling i dybden. Udvalget af case til studiet blev gjort med baggrund i, at få besvaret forskningsspørgsmålet, og to enheder blev defineret. Dels kommuner som indgik i en kontekst, hvor der er indgået et formelt samarbejde på tværs af sektorer i form af specifikke sundhedsaftale på det infektionshygiejniske område, og dels kommuner som ikke har indgået denne aftale. Derved vil der sandsynligvis fremkomme forskellige aspekter og elementer omkring det tværsektorielle samarbejde inden for feltet.

På denne baggrund er der udvalgt fire kommuner i Region Syddanmark. To kommuner i Sygehus Sønderjyllands optageområde, som ikke har indgået specifik sundhedsaftaler på det infektionshygiejniske område. Begge kommuner har før strukturreformen og indgåelse af sundhedsaftaler haft hyppig kontakt med hygiejnesygeplejerskerne på Sygehus Sønderjylland, disse to kommuner udgør Case U. De to øvrige kommuner som har indgået specifik sundhedsaftale på det infektionshygiejniske område, udvælges på Fyn i Odense Universitets Hospitals optageområde og udgør Case M.

4.4 Informanter

Emner og antal af informanter er valgt på baggrund af en antagelse om, at de vil kunne bidrage med data så ny kundskab vil kunne nås (Kvale og Brinkman, 2009).

Der udvælges nøgleaktører med særlig viden og indsigt i tværsektorielt samarbejdet omkring patienter med behov for infektionshygiejnisk bistand.

Informanterne i de fire kommuner er udvalgt fra ledelsesniveau, hvor informanterne har været involverede i udformning af sundhedsaftaler på politisk niveau. Udvalget er sket i samarbejde med plejecenterchef og sundhedskonsulent i case U og i samarbejde med hygiejnesygeplejerske i case M.

I case U indgår desuden en case manager ansat på Sygehus Sønderjylland som informant, en lignende funktion findes ikke i Case M.

For at validere behovet for adgang til infektionshygiejnisk råd og vejledning, er der desuden valgt to teamledere fra case U, idet de har den tætte kontakt til borgere og sundhedspersonale (frontline personale), og har erfaring fra før strukturreformen med samarbejde på tværs af amt og kommune.

Alle informanter blev indledningsvis kontaktet via telefon. Ved denne samtale blev der givet en kort introduktion til studiet formål og metode, og der blev efterfølgende givet mundtligt tilsagn fra informanten deltagelse i interviewet. Efterfølgende fik alle tilsendt en

kort beskrivelse af studiet med dets formål og forskningsspørgsmålet. Aftaler om mødetidspunkt blev gjort via mail og telefon.

Interviewene blev afviklet på informanternes arbejdsplads/kontor. Optakt og afslutninger sker ud fra Kvale og Brinkmanns (2009) beskrivelse af iscenesættelse af et interview.

Interviewet introduceres med en briefing, hvor informanten informeres om formål og struktur på interviewet, at interviewet optages på digital optager, fortrolighed og respondentens anonymitet i det færdige materiale. Informanten bekræftede efterfølgende sit samtykke om deltagelse. Afslutningsvis en debriefing, hvor der blev samlet op på interviewet, og hvor informanten kunne give udtryk for sin oplevelse af at deltage i interviewet.

Informanterne fra case U benævnes U1 og U2 (ledere), U3 (case manager), U4 og U5 (teamledere). U= uden aftale om hygiejnisk bistand.

Informanterne fra case M benævnes M1 og M2 (ledere). M= med aftale om hygiejnisk bistand.

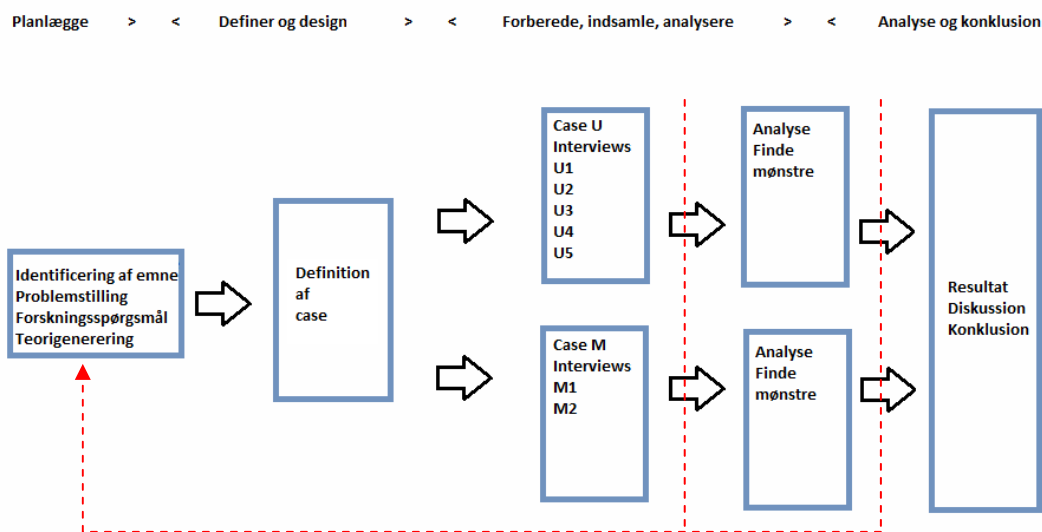


Fig. 2. Skematisk oversigt over casestudie (stiplet linie indikerer teorigenerering).

4.5 Interview og analyse af interview

Et interview er ifølge Kvale og Brinkman en samtale der har en struktur og et formål (2009). Det semistrukturerede interview med temaopbyggede spørgsmål, er valgt i dette studie, og formålet er at indhente beskrivelse af de interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af det beskrevne fænomen. Det semistrukturerede interview er kendetegnet ved, at der stilles åbne spørgsmål ud fra en spørgeguide.

Et vigtigt kvalifikationskriterium ved interview er, at forskeren er velinformeret om interviewemnet (Kvale og Brinkmann, 2009). Forfatteren til denne opgave har en forforståelse for emnet på baggrund af professionelle og personlige erfaringer. Dette kan være medvirkende til at forstå informanternes livsverden, men samtidig skal forfatteren være bevidst om ikke at lade denne forforståelse påvirke tolkning og analyse af resultatet. Der er derfor en bevidsthed om, at det er informantens og ikke forskerens synspunkter der skal formidles i studiet (Kvale og Brinkman 2009).

Som redskab til interviewene blev der med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2009) udarbejdet en delvis struktureret interviewguide (bilag 1), hvor de overordnede temaer på forhånd var fastlagte. For hvert tema var der formuleret åbne spørgsmål, med udgangspunkt i den teoretiske referenceramme, og gennemgang af de udvalgte dokumenter.

De indsamlede interview blev transskriberet af forskeren, samme dag som interviewet blev afviklet. Overvejelser og observationer blev noteret ned under vejs eller umiddelbart efter interviewene.

Indholdet i interviewene blev efterfølgende analyseret med inspiration fra Georgis meningskondenserings model (Werts et al 2011, Kvale og Brinkmann 2009), med inspiration fra Graneheim og Lundmans artikel om kvalitativ indholdsanalyse (Graneheim og Lundman 2004). Meningskondensering indebærer, at informanternes meninger udtrykkes i en kortere formulering, hvor lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn og hovedbudskabet omformuleres i få ord. Georgi's meningskondenserings form anvendes fordi man her beskæftiger sig systematisk med data, som udtrykkes i almindeligt sprog (Kvale & Brinkmann).

Analysen gennemgår fem trin. 1) Interviewet læses igennem for at få en fornemmelse af helheden. 2) De naturlige meningsenheder bestemmes. 3) Udsagn tematiseres ud fra de dominerende meningsenheder. 4) Meningsenhedernes holdes op mod studiets formål. 5) Centrale temaer knyttes sammen i et deskriptivt udsagn.

4.6 Dokumentgennemgang

Et dokument kan indgå i forskning, og kan være et skrevet dokument eller lyd- og videooptagelser (Bowling, 2007). De dokumenter som indgår i dette studie er skrevne dokumenter, som er med til at belyse forskningsspørgsmålet. Dokumenterne er nationale-, regionale- og kommunale dokumenter, som alle er offentligt tilgængelige, og hentet via Sundhedsstyrelsens og Region Syddanmarks hjemmesider, samt de inkluderede kommuners hjemmesider.

De officielle dokumenter blev udvalgt med baggrund i, at det er relevant lovstof og aftaler som ligger til grund for samarbejdet omkring patienter/borger i grænsefladen mellem primær og sekundær sektor. Dokumenterne fremgår af bilag 2.

4.7 Litteraturgennemgang

For at belyse opgavens forskningsspørgsmål, blev der ved start på studiet udført en grundig gennemgang af litteraturen, denne del blev bistået af bibliotekar fra sygehusets fagbibliotek. Litteraturen danner grundlag for den teoretiske referenceramme, og teorien anvendes som et af elementerne i analysen i den indsamlede empiri. Gennem studiet sker der desuden en generering af teori, når der er behov for at belyse og understøtte vinkler undervejs i studiet, med ny viden.

Gennemgang af litteratur udføres med henblik på at give en teoretisk ramme for tværsektorielle samarbejde. Der søges i databaserne PubMed, CINAHL, WEB Knowledge, socialological abstracts og Google Scholar. Desuden er der søgt i referencelister i allerede identificeret litteratur, hvorved litteratursøgningen fik en ”sneboldeffekt”, idet der blev hentet inspiration fra referencelister i den fundne litteratur.

4.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet refererer til hvor reproduktiv og konsistens det anvendte instrument er. I hvilken grad vil man kunne opnå enslydende svar fra informanten, hvis fx interviewet gentages. Det samme interview med samme ordlyd vil aldrig kunne gentages, og derfor kan det være svært at vurdere reliabiliteten. Af samme grund er det vigtigt at strukturere tema og spørgsmål, hvilket i dette studie er gjort ved at anvende den semistrukturerede interviewform (Bowling 2002, Kvale og Brinkmann 2009).

Validiteten refererer til sandhed, rigtighed og styrken af udsagn i et studie. Validitet kan vurderes ud fra seriøsiteten i det materiale der fremlægges som dokumentation for, at de anvendte metoder og de tolkninger der er foretaget er relevante, pålidelige og troværdige. Validiteten siger noget om hvorvidt man får belyst det område man ønsker at belyse (Bowling 2002, Kvale og Brinkmann, 2009).

Som fagperson vil man være præget af sin forforståelse, med den faglige og personlige forestilling om hvordan tingene er. Kvale og Brinkmann anfører, at analysedelen er en balance mellem at lade teksten tale, holdt op mod forfatterens perspektiv, og derfor er kritisk selvrefleksion en nødvendighed (Kvale og Brinkmann, 2009).

4.9 Etik

De deltagende informanter er forud for interviewet oplyst om, at det er frivilligt at deltage i studiet, og at alle informanter holdes anonyme. Informanterne har givet tilsagn om, at resultatet af studiet vil blive udgivet.

Tilgangen til dette studie kræver ikke datatilsynets godkendelse.

5 RESULTAT

5.1 Interviews

Gennem analyse og kodning af interviews fremstod et ens mønster i case M og U i forhold til forskningsspørgsmålet. Meningsenhederne fremstod med seks centrale temaer med relation til samarbejde på tværs af organisationer omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand. De centrale temaer var organisering af samarbejde, økonomi, kommunikation, sundhedsaftaler, infektionshygiejne og forebyggelse og sundhedsfremme. I de følgende afsnit præsenteres resultatet fra de to cases ud fra de seks centrale temaer. Sidst i afsnittet fremlægges resultatet af gennemgang af dokumenter.

Tabel 1. Skematisk oversigt over centrale temaer og tilhørende afsnit

Centralt tema	5.1.1 Case U – leder	5.1.2 Case U – teamledere	5.1.3 Case M - leder
Organisering af samarbejde	5.1.1.1	5.1.2.1	5.1.3.1
Økonomi	5.1.1.2	5.1.2.2	5.1.3.2
Kommunikation	5.1.1.3	5.1.2.3	5.1.3.3
Sundhedsaftaler	5.1.1.4	5.1.2.4	5.1.3.4
Infektionshygiejne	5.1.1.5	5.1.2.5	5.1.3.5
Forebyggelse og sundhedsfremme	5.1.1.6	5.1.2.6	5.1.3.6

Direkte citater fra informanterne er i det efterfølgende skrevet med *kursiv* (Rienecker L og Jørgensen PS 2006).

5.1.1 Case U – ledelsesniveau

Kommuner uden indgået sundhedsaftale vedrørende infektionshygiejne.

5.1.1.1 Organisering af samarbejde

Generelt oplevedes det hos alle lederne, at der på områder med indgået formelle aftaler fungerede det tværsektorielle samarbejde. Som et positivt eksempel nævntes Sam:Bo samarbejdsaftalen mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark, hvor der er fastsatte møder med fast struktur på aftaler omkring overgange mellem sektorer. Den formelle kontakt suppleret med øget personlig kendskab fremhævedes ligeledes som et område der var med til at fremme samarbejdet

Der var en holdning til, at sundhedsaftalerne og ændring i sundhedsloven har været medvirkende til at forbedre det tværsektorielle samarbejde, og at dette behov har været der i mange år, men ikke været prioriteret.

” ..på grund af sundhedslovens ændring er vi tvunget til et mere sammenhængende sundhedsvæsen, og der oplever jeg det virkelig har rykket de sidste to år, og det er også min opfattelse at kommunerne har den opfattelse”.

Tværsektorielt samarbejde oplevedes i sekundærsektor som ressourcekrævende, og på den baggrund etableredes case manager funktionen på sygehuset. Ved etablering af en sådan funktion er det vigtigt at afklare roller i samarbejdet.

” .. altså jeg synes det er en underlig funktion og jeg synes det er en underlig konstellation, hvis jeg skal se på det generelt så er det svært at finde ud af hvad hun laver” (kommune).

Det at have orden i egen organisation blev angivet som at have stor betydning, når der skal samarbejdes på tværs af sektorer. Ændringer i egen organisation hvor personale var blevet flyttet således, at der ikke var kontinuitet i det personale der indgik sundhedsaftalerne fra den ene aftale til den anden, oplevedes som et problem i forhold til at få indflydelse på indholdet i sundhedsaftalerne.

”Man skal arbejde på tværs i organisationer, men også internt i egen organisation. Internt i vores organisation har der ikke været meget – jeg tror ikke der har været meget tid til at være opmærksom på det her felt”.

Case manager fremhævede vigtigheden af at kigge ind i egen organisation, for at vurdere om sygehuset lever op til sine forpligtelser i sundhedsaftalerne, først da kan man stille krav til modparten.

Der var en bevidsthed om, at det er to forskellige politiske organisationer som skal samarbejde, og at den politiske prioritering kan være forskellig i region og kommune. Der var fokus på, at man i kommunerne ikke vil miste sin ret til at råde over eget område.

”Jeg kan sagtens følge, at det er nemmere når man har et fælles afsæt hele vejen igennem, men samtidig kan man også sige, at det er jo der, man fjerner noget af den kommunalpolitiske egenrådighed eller styring”.

Case manager gav udtryk for, at afklaring af gensidige forventninger, og respekt for hinandens arbejdsområder var vigtige faktorer i det tværsektorielle samarbejde, og at samarbejde handler om netværksdannelse mellem sektorer og internt i kommuner.

Case manager erfarede, at samarbejde i uformelle netværk kan fungerer mellem kommune og sygehus, men påpegede dog, at samarbejde i netværk har meget større chance for at lykkes, hvis det blev beskrevet i sundhedsaftalerne.

5.1.1.2 Økonomi

Der blev givet udtryk for en klar sammenhæng mellem økonomi og samarbejde. Den politiske ledelse skal være medinddraget, idet der var en opfattelse af, at opgaver der flyttes mellem sektorer koster dem penge. Der var en oplevelse af at der flyttes opgaver til kommunerne uden, at der følger økonomi med. Dog blev der givet udtryk for, at hvis der skulle opstå situationer med behov for infektionshygiejnisk bistand, så var man indstillet på at betale for denne ydelse.

Manglende aftale omkring infektionshygiejnisk bistand fra sygehuset til kommunen mente man skyldtes besparelser i kommunerne.

” .. vi er nødt til at spørge vores aftalepartnere (sygehuset), og hvis de ikke vil yde den service mere, som de tidligere har gjort er vi nødt til at sige OK, det kan vi ikke gøre noget ved”.

5.1.1.3 Kommunikation

Der blev givet udtryk for, at manglende indflydelse på indhold i sundhedsaftalerne, skyldtes dårlig kommunikation mellem sektorerne omkring hvilke opgaver, der lægges ud i kommunerne, og herunder, manglende forståelse for hinandens områder ” *Man glemmer nogle gange hvad en kommune er, og så tror Regionen den er ”storebror”.*

Manglende struktureret kommunikation mellem kommune og sygehus blev set som et problem, dels fordi aftale om gensidig orientering ikke blev overholdt, og dels fordi man talte forbi hinanden.

5.1.1.4 Sundhedsaftaler

I den seneste proces omkring udformning af sundhedsaftaler oplevedes det, at der havde været mere struktur og mere accept af hinandens synspunkter, og processen generelt havde været positiv, men samtidig var der en opfattelse at manglende indflydelse på indhold i sundhedsaftaler.

Manglende fokus i egen organisation på hygiejneområdet, både på det politiske niveau og ude i organisationen var en hindring for at området blev prioriteret i sundhedsaftaler.

” .. det handler mest om at få kroniker området på plads...så der har ikke været fokus på hygiejne”.

Skulle der være fokus på infektionshygiejne, var opfattelsen, at den ansvarlige leder måtte have faglig indsigt.

Struktur i egen organisation med klare kommunikationsveje var vigtigt når der skulle formuleres og indgås sundhedsaftaler. Der var ikke entydighed omkring, hvem der skulle have indflydelse på indholdet i aftalerne, om det beslutningen skulle foregå på

ledelsesniveau, eller om plejepersonale gennem teamleder skulle have indflydelse på indholdet i sundhedsaftalerne.

5.1.1.5 Infektionshygiejne

Hvis hygiejne skulle have fokus i kommunerne, var der en holdning til, at der skulle arbejdes målrettet med, at tænke hygiejne ind i opbygningen af organisationen. Der blev givet udtryk for, at manglende samarbejde omkring hygiejne blev oplevet som et problem.

”Jeg ved det er et ønske udefra (fra plejepersonalet) i hvert fald, de har været rigtig glade for det samarbejde der har været”.

I kommunerne oplevedes der manglende fokus på hygiejneområdet, idet det ikke var klart defineret i organisationen hvem der havde ansvaret ” *Lige nu aner jeg ikke hvem der har håndsret over hygiejneområde*”, men også, at en af de store udfordringer ville blive, at få sat fokus på hygiejne ” *Tænker i grunden den største udfordring blive, at få folk gjort interesserede i den der hygiejne*”.

Der var en bevidsthed om at hygiejne var et vigtigt område, og uddannelse og kompetenceløft til personalet skulle prioriteres. Der var et ønske om, at der blev samarbejdet på tværs omkring et formelt samarbejde på området, som eventuelt kunne ske ved tilkøb af ydelser, dog var der ikke enighed blandt informanterne om, hvorvidt der skulle opbygges egen hygiejneorganisation, eller om der skulle indgås et samarbejde med sygehusets hygiejneorganisation. ” *Jeg tror da det er rigtigt at altså vi skal opbygge det i vores egen organisation, hvis vi vil gøre mere konkret ved hygiejnen*”.

Case manager gav udtryk for, at der var en holdning til, at man gerne ville samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser, og at der i primærsektoren skulle være mere fokus på forebyggelsesfaktorer, som fx at borgeren får nok at drikke så urinvejsinfektion kan forebygges. Case manager havde en holdning til, at grundlæggende sygepleje er fornem sygepleje, men at der var mere prestige i at yde specialist opgaver.

5.1.1.6 Forebyggelse og sundhedsfremme

Ledernes syn på forebyggelse og sundhedsfremme knyttede sig tæt op til at undgå sygdom hos personalet. Dette kunne ske ved, at øge personalets viden om forebyggelse af infektioner, som derved kunne mindske sygefraværet. Der blev angivet, at der også kunne være et økonomisk incitament i forhold til at forebygge infektioner

5.1.2 Case U – teamledere

Kommuner uden indgået sundhedsaftale vedrørende infektionshygiejne.

5.1.2.1 Organisering af samarbejde

Det oplevedes at der var blevet, en bedre struktur på nogle områder i samarbejdet på tværs, fordi det var blevet mere formelt. Sam:Bo havde betydet et bedre samarbejde omkring udskrivelser, men hygiejne var ikke tænkt ind i det formelle samarbejde ” *Det er ikke tænkt ind i tilbagemeldingen, der tænker man ikke hygiejne*”.

Der var en oplevelse af, at det ikke udelukkende skyldtes sundhedsaftalerne, at samarbejdet var blevet forbedret mellem kommune og sygehus. Det fokus der var på egen organisation i forbindelse med strukturreformen betød også, at man så meget ind ad i egen organisation. Personale i det udførende led gav udtryk for, at der var tillid til at ledelsen kunne etablere rammerne for samarbejdet mellem kommune og region, og at de havde kompetencerne til at indgå sundhedsaftaler. Der på grund af omstruktureringer uklarhed om, hvor i egen organisation opgaverne skulle varetages, og af den grund var hygiejne ikke kommet med i sundhedsaftalen.

Manglende oplysninger ved udskrivelse af patienter til kommunerne om speciel pleje og behandling med relation til infektionshygiejne, blev påpeget som et problem. I stedet opstod der uformelt samarbejde, hvor der enten blev taget kontakt til en tidligere kollega, eller der blev taget kontakt hygiejnesygeplejerskerne på sygehuset vel vidende, at denne løsning ikke indgik i sundhedsaftalen mellem kommune og sygehus.

Der var et ønske om at der etableredes en struktur, hvor der indgik et samarbejde mellem kommune og sygehus, og der var flere forslag til hvordan en organisering af infektionshygiejnen i kommunen kunne se ud. Et forslag omhandlede ansættelse af egen hygiejnesygeplejerske, eller en sygeplejerske i kommunen med fokus på hygiejne.

Den fremtidige organisering med en formel samarbejdsaftale med hygiejnesygeplejerske på sygehuset blev dog vægtet, idet der var bevidsthed om, at der var behov for evidensbaseret specialistviden, og denne opgave kunne ikke løses i kommunen.

5.1.2.2 Økonomi

Ingen af informanterne i denne gruppe, omtalte det økonomiske aspekt.

5.1.2.3 Kommunikation

Teamlederne gav udtryk for, at samarbejdet lykkedes, der hvor man var god til at kommunikere, og hvor der var en løbende dialog mellem sygehus og kommune omkring patient/borger. Samarbejde mislykkes hvis der ikke var dialog mellem sektorer, og kendskab til hinandens arbejdsområde. Dialogen med sygehuset var vigtig, fordi der her indgik faglighed på det infektionshygiejniske område.

Ud over vigtigheden af kommunikationen på tværs af sektorer, var man også meget bevidst om kommunikationen internt i organisationen, hvor oplysninger kunne gå tabt, hvis ikke der var klare kommunikationsveje.

5.1.2.4 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne sås af teamlederne som et redskab mellem sygehuset og kommunen til at få organiseret og legaliseret samarbejdet, så der var hjælp at hente, når de faglige udfordringer blev sat i spil herunder de hygiejnemæssige udfordringer. Det erfarede at problemstillinger omkring patienter som blev udskrevet, var blevet mere komplekse, og derfor var der behov for samarbejde på tværs.

Der blev givet udtryk for manglende indflydelse på sundhedsaftalernes indehold. Der var frustrationer over, at man på trods af flere tilkendegivelser af et stort ønske om tilgang til infektionshygiejnisk rådgivning, vejledning og undervisning, så blev det ikke hørt op ad i systemet ” *Indflydelse på indholdet i sundhedsaftalerne har været meget lille .. det har man besluttet et andet sted*”.

I forhold til sundhedsaftalerne så oplevedes der et stort behov for, at hygiejne kom til at indgå som et element der i. Der var ønske om et samarbejde med både hygiejnesygeplejerske og klinisk mikrobiologisk afdeling på sygehuset omkring infektionshygiejniske problemstillinger hos patient/borger, idet der oplevedes at være behov for tilgang til faglige ressourcepersoner.

5.1.2.5 Infektionshygiejne

Personale tæt på plejen oplevede, at der var manglende fokus på hygiejne i overgange mellem sektorer. Hygiejne blev ikke i tale sat ved udskrivelser, og hygiejne var underforstået noget som alle havde overblik over, og derfor ikke nødvendigt at drøfte. Det var implicit, at der ved udskrivelser fokuseredes på fx ernæring, medicinering, genoptræning etc.; men hygiejne var et område som ikke blev drøftet, fordi der var en gensidig forventning om at alt plejepersonale havde kompetencer på dette område.

”Man taler ikke sammen i sektorovergange i forhold til forebyggelse overhovedet, det synes jeg er mistænksomt. Der er fokus på ernæring og alt mulig andet, men hygiejne det har vi en gensidig fornemmelse af det har vi begge to styr på”.

” .. hverken sygehus eller os, er gode til at tale hygiejne med hinanden, for man har en gensidig fornemmelse af det har man bare styr på, og derved får vi det ikke rigtig i tale sat”.

Der var et stort ønske om, at i de tilfælde hvor en patient med en kompliceret infektion skulle udskrives, ville det være optimalt, hvis der blev indkaldt til et møde, hvor der blev informeret om infektionen og de retningslinjer der hører til, idet manglende viden kunne gøre personalet usikre i mødet med borgeren.

Der oplevedes specielt behov for tilgang til infektionshygiejnisk specialistviden når der på plejehjem eller i hjemmeplejen var udbrud af fx Norovirus, eller en patient med resistente

mikroorganismer blev udskrevet, og skulle have hjælp fra kommunen. Embedslægen nævntes som en mulig kontakt i disse tilfælde, men ved kontakt til hygiejnesygeplejerskerne oplevedes større lydhørhed over for praktiske problematikker.

”Det kan virke lav praksis når man sidder og taler om det i en sundhedsaftale men det har rigtig stor betydning i vores hverdag at vi har fokus på det område” (hygiejne).

Manglende tilgang til infektionshygiejnisk bistand, vejledning og, rådgivning oplevedes som et problem.

” ..det er jo problematisk, fordi om nogen må jeg sige så har vi jo gavn af at have lige præcis hygiejnesygeplejerskerne ind over”.

Der blev givet udtryk for, at der var behov for at øge fokus på hygiejne i kommunerne og øge personalets kompetencer og viden på det infektionshygiejniske område. Der var en oplevelse af manglede viden hos personalet på det infektionshygiejniske område ved plejeopgaver af speciel karakter, og at personalet havde tillid til informationer i form af råd og vejledning, som kom fra hygiejnesygeplejersken.

På grund af forskel i niveau på faggruppernes uddannelse, blev der taget højde for, at personale blev undervist i, hvordan den eksakte behandling og pleje skulle foregå *”De har det ikke med i deres uddannelse...de faglærte har hygiejne med i deres undervisning”*, men alligevel blev der givet udtryk for, at der i organisationen var en forudfattet mening om, at al sundhedspersonale ved noget om hygiejne.

Der var erfaring for, at plejepersonalets compliance i forhold til at følge de generelle hygiejniske retningslinjer, ikke altid var til stede, manglende viden, men også tidspres blev givet som årsag.

”Medarbejderne de ved godt at nu skal de gøre sådan, men når de er ude i hjemmene så gør de det ikke, de tænker ikke over det på den måde. Selvfølgelig kan det også være noget der handler om tidspres, men jeg vil også sige at noget handler om uddannelse”.

Manglende prioritering hos ledelsen af hygiejneområdet, og måske også manglende viden hos plejepersonalet betød, at der til stadighed skulle laves kontrol på om personalet overholder retningslinjerne vedrørende uniformer, ure, smykker og ringe understøtter dette.

” ..det(hygiejne) er blevet et appendiks, på en eller anden måde er det blevet parkeret – jeg ved ikke om det er ledelsens prioritering eller om det er manglende indsigt i vores område på detailniveau – hvor vigtigt det er”.

Der var en opfattelse af, at hvis nosokomielle infektioner blev indberettet som utilsigtede hændelser, så ville problemstillingerne blive synliggjort, og der ville komme fokus på nødvendigheden af, at tilgodeses det infektionshygiejniske område i kommunerne bl.a. ved at kompetenceudvikle personalet. Der var en forventning til fremtiden om at forbedre

samarbejde omkring patienter på tværs af sektorer, men også at der var forståelse fra sygehuset om, at tingene fungerer anderledes i kommunerne og specielt når det drejede sig om hjælp til borger i eget hjem.

5.1.2.6 Sundhedsfremme og forebyggelse

Teamlederne så en tydelig sammenhæng mellem forebyggende tiltag og hygiejne, og det blev tilkendegivet, at fokus på generelle hygiejniske retningslinjer for at forebygge infektioner hos borgerne var vigtigt. Der blev påpeget, at det at give viden til plejepersonalet om forebyggelse af infektioner blev prioriteret, idet viden om hygiejne var med til at forebygge indlæggelser.

5.1.3 Case M – ledelsesniveau

Kommuner med indgået sundhedsaftale vedrørende infektionshygiejne.

5.1.3.1 Organisering af samarbejde

Der blev givet udtryk for et godt samarbejde på tværs mellem sygehus og kommune, hovedsagelig fordi samarbejdet var formaliseret og organiseret i den regionale model med Sam:Bo. Det gode samarbejde havde der gennem flere år været arbejdet hen i mod at få etableret ”..for det er vigtigt vi kan snakke sammen hen over sektorer”.

Der var en formodning om, at begge sektorer gerne ville samarbejde, og kun ville gøre det bedste for patienter og borgere, fordi begge sektorer havde denne interesse.

At topledelsen sad med i hygiejnekomiteen gjorde en forskel i forhold til samarbejdet mellem kommune og sygehus. Det formelle og strukturerede samarbejde omkring samarbejde med hygiejneorganisationen på sygehuset betød desuden noget i forhold til, at der for plejepersonalet var adgang til en ekspert på det infektionshygiejniske område. Desuden blev det fremhævet, at der var mere lydhørhed og større gennemslagskraft, når det var en person med specialist viden der udtalte sig eller kommenterede på problemstillinger, både i forhold til plejepersonale, men også når der skulle argumenteres over for chefer.

Samarbejdet mellem kommune og sygehus betød, at der var et struktureret samarbejde med en dedikeret hygiejnesygeplejerske ansat på sygehuset, som havde primærsektoren som arbejdsområde, dette samarbejde blev fremhævet som unik og af stor betydning.

Der var fast mødefrekvens i kommunens hygiejnekomite, hvor hygiejnesygeplejersken deltog. Der var etableret et netværk af hygiejnekoordinatorer fra hver institution, der i samarbejde med nærmeste leder og hygiejnesygeplejersken koordinerede den lokale infektionshygiejniske indsats. Systemet med hygiejnekoordinatorer var ledelsesforankret, og koordinatorerne udpeget af nærmeste leder. Koordinatorernes opgave var at medvirke til, at den infektionsforebyggende indsats løbende blev forbedret ved at identificere

indsatsområder, sikre implementering af retningslinjer og medvirke ved auditering inden for det enkelte område.

” Grunden til at det lykkes for os er at vi har fået det så bredt ud, at vi har fået en hygiejnekoordinator på hvert område, der har hovedansvaret for lige præcis deres område”.

Den velbeskrevne organisering både internt i organisationen og mellem sygehus og kommune, blev angivet som grundlaget for styrken i samarbejdet. Der var nedskrevet klare aftaler om, hvem der havde ansvaret for området i kommunen. Det at der var let adgang til ekspertviden, blev desuden fremhævet som en styrke.

Der var klar ledelsesmæssig opbakning på sundhedschefniveau til det infektionshygiejniske arbejde, og der var også opbakning hos de chefer der sad ude i organisationen på ældreområdet, som støttede op om hygiejnekoordinatorfunktionen ved at afsætte tid og ressourcer til funktionen. Dette fokus havde betydet, at der var blevet opbygget et netværk i netværket i form af mindre grupper, som havde specielt fokus på et område fx indretning af sygeplejehospiter.

Der var ikke tænkt en organisationsmodel med ansættelse af egen hygiejnesygeplejerske, der var en generel tendens til, at kommunen købte sig til ydelser, som man ikke selv havde mulighed for at levere, eller i tilfælde hvor kvaliteten af det kommunen selv kunne yde ikke var tilstrækkelig.

Det tværsektorielle samarbejde blev desuden set som en unik mulighed for at skabe læring, og utilsigtede hændelser blev nævnt som er mulig tilgang til at lære af hinanden. Manglende indsigt i hinandens arbejdsområder blev nævnt som værende en hindring for godt tværsektorielt samarbejde.

”Jeg tror vi skal gøre meget mere ud af at mødes på tværs.. man må tage det op og sætte sig rundt om bordet og kigge hinanden i øjnene, hvad kan vi gøre på begge sider af bordet for at få et bedre samarbejde”.

Generelt var der en meget positiv tilgang til samarbejdet mellem kommune og sygehus. Dog blev der givet udtryk for, at der var en klar ansvarsfordeling mellem kommuner og region, som bunder i kommunalpolitiske beslutninger, og den dagsorden kunne regionerne ikke lave om på. Samtidig var der en bevidsthed om betydningen af samarbejde på tværs af sektorer, hvor der skulle undgås at arbejde i silotænkning. *”Pas på med de siloer - og så prøv at gøre så meget som muligt på tværs”.* Man var i kommunerne bevidste om, at man ikke kunne rumme at have kompetencer/specialister inden for alle områder i egen organisation. Personalet ville gerne have disse udfordringer, men kompetencerne skulle følge med, hvilket også oplevedes som værende med til at øge arbejdsglæden.

Der var stort fokus på at få det tværsektorielle samarbejde vedligeholdt inden for hygiejneområdet, men også at se på andre områder inden for kommunen, hvor det kunne have betydning.

5.1.3.2 Økonomi

Økonomien var et fokus område på alle niveauer i organisationen, men der var en politisk forståelse for, at der skulle investeres i forebyggelse af infektioner.

Kommunerne betalte således et årligt beløb for at modtage infektionshygiejniske serviceydelser fra sygehusets hygiejneorganisation. Økonomien havde været vurderet i kommunerne, og ledelserne havde konkluderet, at hvis der skulle etableres tilgang til ekspertviden på infektionshygiejne området, måtte dette ske i samarbejde med sygehuset, selv om det betød en ekstra udgift for kommunen. Kommunen oplevede, at der var god sammenhæng i den ydelse, der blev givet set i forhold til udgiften.

” .. de (politikere) har tænkt det kan vi ikke gøre billigere selv ..selv om det ser ud af rigtig meget på papiret så får vi også rigtig meget for pengene”.

Der var et stærkt incitament til at samarbejde på tværs af sektorer, for at få forebygget indlæggelse af borgere, idet man var bevidst om, at det på grund af medfinansiering betød en udgift for kommunen, for hver gang en borger blev indlagt.

5.1.3.3 Kommunikation

Der blev ikke oplevet problem i forhold til kommunikationsveje. Ingen var i tvivl om, hvem der skulle kontaktes, hvis der opstod en infektionshygiejnisk problemstilling. Der var en klar aftale i kontrakten mellem sygehus og kommune om, at spørgsmål af infektionshygiejnisk karakter ikke skulle ind over lederens bord. Hygiejnekoordinatorerne ude på institutionerne kontaktede hygiejnesygeplejersken direkte.

Denne kommunikation blev styrket af, at der altid var hurtig respons på henvendelser til hygiejnesygeplejersken. Klare aftaler og viden om at hygiejnesygeplejersken var fagperson med specialist viden, oplevedes som en styrke i samarbejdet.

5.1.3.4 Sundhedsaftaler

Der var stor tilfredshed med, at kommunen havde valgt at indgå aftale på det infektionshygiejniske område, og det blev set som et naturligt element i pleje og behandling af borgerne. Indgåelse af sundhedsaftaler mellem kommune og region blev oplevet som det fokus der skulle til på området. Kommunen fik på den måde en hygiejneorganisation, hvor der altid var tilgang til en fagperson med opdateret viden på området. Indgåelse af sundhedsaftalerne havde desuden været med til at sætte fokus på hygiejneområdet i hele kommunen.

5.1.3.5 Infektionshygiejne

Der var stor fokus på hygiejne på ledelsesniveau, og informanterne gav udtryk for, at selv om de nu sad i en ledelsesposition, så havde de på baggrund af deres grunduddannelse som sygeplejersker deres faglige viden om området.

Det tætte samarbejde med hygiejnesygeplejersken gav tryghed hos personalet, ved at vide de altid kunne kontakte hygiejnesygeplejersken ved tvivlsspørgsmål og fx ved infektionsudbrud ” ..hun er eksperten og det er hende vi læner os op ad”.

Med det velbeskrevne uddannelsesprogram for hygiejnekoordinatorer, var der en visionær tilgang til kompetenceudvikling af hygiejnekoordinatorerne. Der var til stadighed fokus på, hvilken viden personalet havde om hygiejne, og hvilke behov der var for yderligere uddannelse/kompetenceudvikling. Som eksempel blev nævnt compliance i forhold til efterlevelse af retningslinjer, hvor der blev set, at der var forskel på den viden personalet havde, og de handlinger der faktisk blev gjort.

Der blev givet udtryk for, at i fremtiden ville alle blive stillet over for store udfordringer inden for infektionshygiejnen, ikke mindst på grund af den stigende forekomst af resistente mikroorganismer. Der var en holdning til, at hygiejne generelt var et overset område, hvilket kunne ses ved, at kun få kommuner havde lavet aftaler på det infektionshygiejniske område. Der var en opfattelse af, at det manglende fokus på hygiejne skyldtes, at hygiejne ved alle noget om blot man har en sundhedsfaglig grunduddannelse ” ..når man har fået sin grunduddannelse så er det vel godt nok”.

”Man underkender lidt det der hygiejne, det er lige som om det er noget der bare er der og det gør vi bare(..) altså jeg tror vi kommer til at opleve mange flere resistente mikroorganismer, altså det er da nok vores største trussel i fremtiden”.

Der var en klar holdning til at der var brug for at kunne trække på specialister. Det havde haft stor betydning for infektionshygiejnen i kommunen, at der var lavet aftaler om samarbejde på tværs, men der var også en bevidsthed om, at det infektionshygiejniske område i fremtiden både ville blive en udfordring og en trussel.

5.1.3.6 Sundhedsfremme og forebyggelse

Hygiejne blev tænkt som et grundelement i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Der blev givet udtryk for, at der hos personalet var stor fokus på forebyggelse af infektioner, men der var også bevidsthed hos ledelsen om, at afhængig af hvilken uddannelse plejepersonalet havde, så var der forskellig viden om og kompetencer i forhold hygiejne.

Kommunen så samarbejdet omkring hygiejne i et bredt perspektiv. Der blev samarbejdet med sundhedsafdelingen, fordi man her så et udviklingspotentiale. Pleje- og omsorgsområdet blev ikke set som det eneste sted, hvor der skulle laves en indsats, men

også skole- og daginstitutionsområdet kunne have glæde af samarbejdet omkring hygiejne som forebyggende indsats.

Det politiske niveau i kommunerne blev præsenteret for forebyggende tiltag, så der var viden om de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der blev lavet bredt i kommunen, men også med baggrund i at det både det politiske - og ledelses niveauet skulle få forståelse for konsekvenser af et udbrud med en smitsom mikroorganisme, som kunne medføre øgede udgifter til fx personlige værnemidler.

5.2 Sammenfatning af interviews

I de to cases dannede der sig et mønster af faktorer, som havde indflydelse på det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand, og hvilke faktorer der havde indflydelse på om samarbejdet lykkedes eller mislykkedes.

Mønstret viste, at faktorer som i praksis motiverede for tværsektorielt samarbejde var områderne: organisering og struktur i organisationen, at arbejde sammen i netværk, bevidsthed om klare kommunikationsveje og fokus på faglighed/kompetencer i forhold til infektionshygiejne. Regionernes indblanding i kommunernes ret til selvbestemmelse i begge cases blev nævnt som en hindring for samarbejde mellem sygehus og kommune.

Nedenstående skematiske oversigt viser de motiverende faktorer som reelt var implementerede og fungerede i begge cases, samt de hindringer der oplevedes for tværsektorielt samarbejde med fokus på infektionshygiejne.

Tabel 2. Skematisk oversigt over motiverende og hindrende faktorer for tværsektorielt samarbejde.

	Motiverende faktorer for tværsektorielt samarbejde	Hindrende faktorer for tværsektorielt samarbejde
Case U Uden sundhedsaftaler om infektionshygiejne	<ul style="list-style-type: none"> • Organisering og struktur i organisationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ledelse ○ Ansvar • Netværk - uformelt • Fokus på kommunikation • Fokus på faglighed/kompetence i forhold til infektionshygiejne 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklar aftaler/organisering • Uklare kommunikationsveje • Manglende forståelse for hinandens arbejdsområde • Manglende respekt for kommunal egen bestemmelse • Uklare roller (case manager) • Uklare beslutningskompetence ift. indhold i sundhedsaftale • Uklart ansvarsområde • Økonomi
Case M Med sundhedsaftaler om infektionshygiejne	<ul style="list-style-type: none"> • Politisk bevågenhed • Økonomisk bevågenhed • Organisering og struktur i organisationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ledelse ○ Ansvar • Formelt indgåede aftaler • Oprettelse af netværk • Klare kommunikationsveje • Alle i organisationens plejeenhed kender til aftale med hygiejnesygeplejerske • Fokus på faglighed/kompetence i forhold til infektionshygiejne • Hygiejnekoordinatorer giver en vedvarende fokus på hygiejne • Lære af hinanden (på tværs) • Infektionshygiejniske retningslinjer tilpasset primærsektor 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende respekt for kommunal egen bestemmelse

5.3 Dokumentgennemgang

Ved gennemgang af sundhedsaftalernes grundaftale og specifikke aftaler fremkom dels lovkrav og dels rådgivningstilbud i forhold til samarbejde omkring hygiejne på tværs af sektorer.

Sundhedsvæsenet er underlagt Sundhedsloven, og Sundhedsstyrelsen varetager den generelle sundhedsfaglige vejledning af regioner og kommuner, om at udføre opgaver efter Sundhedsloven, herunder forebyggelsesopgaver.

Af Sundhedslovens fremgår det, at den regionale forebyggelsesopgave har to hensigter

- 1 At tilbyde patienterne forebyggelse i sundhedsvæsenet og praksissektor
- 2 At rådgive kommunerne om varetagelse af de kommunale forebyggelsesindsatser

Sundhedskoordinationsudvalgene (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010) blev dannet i forbindelse med strukturreformen. Koordinationsudvalgets har til formål, at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af regioner og kommuner, ved at udarbejde udkast til generel sundhedsaftale. Sundhedskoordinationsudvalget er således et centralt forum for styrkelse af samarbejdet mellem region, praksissektor og kommune (Region Syddanmark 2011a). Repræsentanter i udvalget udpeges af regionsrådet, kommunekontaktudvalg og praksisudvalg.

Den endelige beslutning om indgåelse af sundhedsaftalerne sker mellem regionsråd og kommunalbestyrelse.

Sundhedsaftalerne er både et politisk dokument og et arbejdsredskab til daglig drift, der skal være med til at sikre samordning mellem kommune og region for at sikre indsatsen i forbindelse med patient behandlingsforløb. Via de lovbundne sundhedsaftaler er regioner og kommuner forpligtet til at indgå aftaler om arbejdsdeling, sammenhæng, dialog, og hvor der er behov for det - en sammenhængende forebyggelsesindsats.

I sundhedsaftalernes grundaftale er der seks områder, hvor der skal indgås aftaler, forebyggelse og sundhedsfremme er et af de obligatoriske områder. Der beskrives eksempler på hvilke områder der kan tænkes ind i aftalerne fx faldforebyggelse, livsstilsinterventioner (Region Syddanmark 201a), og infektionshygiejne indgår ikke som et eksempel på en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, men beskrives i de specifikke sundhedsaftaler mellem det enkelte sygehus og kommune, som et område hvor der kan indgås aftale om rådgivning omkring infektionshygiejnisk bistand. Dette beskrives i vejledningen til regionens forebyggelsesopgave, hvor et afsnit omhandler rådgivning om hygiejne. Her fremgår det at

”Hygiejne er et væsentligt element i forebyggelse af smitsomme sygdomme. Kommunerne har ansvaret for opgaver i relation til almen hygiejne og smitsomme sygdomme i eget drift område. Regionerne har tilsvarende ansvar for egne dag- og døgntilbud samt sygehus”. (Sundhedsstyrelsen 2009, side 35).

Af vejledningen fremgår desuden, at regionernes kompetence på hygiejneområdet er samlet i sygehusenes infektionshygiejniske afdelinger som er knyttet til sygehusene, og at mange kommuner har en størrelse, der gør det svært at opbygge og fastholde en tilsvarende generel kompetence om hygiejne.

Der beskrives desuden, at vejledning på det infektionshygiejniske område kan søges hos embedslægerne, men samtidig påpeges, at mange kommuner har behov for rådgivning og vejledning til personale om generel hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme. I forhold til at opbygge kommunal hygiejneorganisation beskriver vejledningen.

”Det vil være relevant at arbejde videre med at sikre kommunerne adgang til rådgivning om generel hygiejne fx via lokale aftaler indgået mellem region og kommune. Opgaverne kan omfatte kompetenceudvikling af kommunens personale og håndtering af konkrete hygiejniske problemstillinger”. (Sundhedsstyrelsen 2009, side 35).

5.3.1 Sundhedsaftale - case U

På det obligatoriske område ”Forebyggelse og sundhedsfremme” indeholdt aftalerne tiltag omkring koordinering af tilbud for sundheds professionelle, faldforebyggelse og livsstilsinterventioner. Desuden indgik en beskrivelse af løbende dialog vedrørende nationale prioriteringer i den patientrettede forebyggelse.

5.3.2 Sundhedsaftale – case M

For sygehusene i Case M var der på baggrund af det obligatoriske område i sundhedsaftalen ”Forebyggelse og sundhedsfremme” indgået kontrakt på det infektionshygiejniske område ”Kontrakt vedrørende servicering af det infektionshygiejniske område”. I kontrakten var beskrevet baggrunden for indgåelse af kontrakten, kontraktens løbetid og at aftalen var indgået mellem sygehusets mikrobiologiske afdeling og den pågældende kommune. Kontrakten indeholdt nøjagtig beskrivelse af organisering og udgifter for kommunen. I beskrivelse af ydelser indgik etablering af kommunal hygiejneorganisation, udarbejdelse af infektionshygiejniske retningslinjer til brug i kommuner, uddannelse af hygiejnekoordinatorer ved afholdelse af grundkursus og temadage, løbende rådgivning og afvikling af audit på relevante områder.

6 DISKUSSION

Formålet med dette studie har været, at udforske og analysere samarbejdet på tværs af sektorer, og få en helhedsforståelse af fænomenet tværsektorielt samarbejde i relation til patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand. Herunder hvordan lykkes – eller hvorfor mislykkes det tværsektorielle samarbejde.

Med udgangspunkt i studiets teoretiske referenceramme og nye relevante referencer diskuteres først studiets resultat og efterfølgende studiets metode.

6.1 Diskussion af resultat

6.1.1 Organisering og struktur

Gennem lovbundne sundhedsaftaler er regioner og de tilhørende kommuner forpligtet til at indgå aftaler om arbejdsdeling, sammenhæng, dialog, og hvor der ses behov for det også en sammenhængende forebyggelsesindsats (Sundhedsstyrelsen 2009).

Informanter fra begge cases fremhævede vigtigheden af, at formelle aftaler omkring organisering og struktur i organisationerne var nødvendigt, hvis samarbejdet skulle lykkes. Alle fremhævede Sam:Bo som et godt eksempel på et struktureret samarbejde omkring indlæggelser og udskrivelser. I case M, hvor der var indgået sundhedsaftale på hygiejneområdet, betød det, at der ved indlæggelser og udskrivelser var opmærksomhed på infektionshygiejniske problemstillinger relateret til den aktuelle situation.

I case U indgik de infektionshygiejniske problemstillinger ikke som en naturlig del af dialogen i udskrivelsesprocessen. Umiddelbart var der ikke et svar på, hvorfor det forholdt sig sådan, men der var en holdning til, at det skyldtes generel manglende fokus på - og prioritering af infektionshygiejne området. Informanterne havde en oplevelse, at folk generelt mente, at hygiejne det var et område som al plejepersonale havde viden om, og derfor bliver det ikke et nævnt i forbindelse med udskrivelse af patienter. Dog blev der påpeget, at behovet for dialog om infektionshygiejniske problemstillinger absolut var nødvendigt.

Manglende struktur i egen organisation i forbindelse med strukturreformen, kunne betyde uklare kommandoveje og i den forbindelse kunne der opstå misforståelser med manglende fokus på samarbejdet omkring sundhedsaftaler til følge. Er der på trods af politiske initiativer manglende og dårligt udviklede strukturer til at støtte implementering af funktioner, ses det som en barriere for samarbejde (Wadmann, Strandberg-Larsen og Vrangbæk 2009).

Informanterne fremhævede vigtigheden af, at både politisk og administrativ ledelse må have fokus på og forståelse for, at der er brug for formelle aftaler på området for at forbedre samarbejdet på tværs og derved medvirke til at forebygge nosokomielle infektioner. Dette understøttes af Saint et al (2010) som angiver, at lederskab med fokus på kultur, at overvinde barrierer, inspirere medarbejdere og tænke strategisk, spiller en vigtig rolle i forebyggende infektionshygiejniske tiltag. Viljen til at samarbejde på tværs kom til udtryk hos alle informanter, og blev specielt fremhævet i case M og hos teamlederne i case U. Viljen men også evnen til at samarbejde fremhæver Alter og Hage (1993) er nødvendig i relationen mellem aktørerne, når der skal samarbejdes, en attitude der signalere at det vil jeg/vi og en adfærd der viser der gør jeg/vi.

I samarbejde på tværs af sektorer/organisationer ligger der en udfordring i, at der vil være flere ledelser involveret, flere problemer/udfordringer og også flere løsninger. Samarbejde på tværs rummer altså større kompleksitet, blandt andet fordi der ikke findes noget traditionelt magtcenter for arbejdet (Gustafsson 2007).

En case manager, som et indskudt led mellem sygehus og kommune for at varetage det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger, kan være en løsning. Her er en tydelig definition af rolle, forventninger og ansvar for case manager funktionen vigtig, hvis funktionen skal lykkes (Kelly og Penney 2011), lige som funktionen skal være forankret i dialognetværket med tydelige kommunikationsveje (Seemann 2007). Vinge og Strandberg - Larsen (2010) påpeger, at selv om der indskydes en funktion med en koordinerende funktion, som fx en case manager, så har ledelsen ansvaret for design af enheder og relationer, som udspringer af behovet for sammenhæng mellem sektorer.

I casene var en sammenfaldende faktor, som hindring for samarbejde mellem kommune og region, kommunernes oplevelse af, at regionen ville bestemme over kommunerne.

Informanterne gav udtryk for, at der var manglende respekt for det kommunale selvstyre og det råderum som der ligger i at have en folkevalgt politisk ledelse. Dette blev oplevet ved, at regionen ind imellem agerede som ”storebror” over for kommunerne.

Der er politisk indgåede aftaler herunder budget, som skal overholdes, men hindringen kan også være et eksempel på, at der grundlæggende er forskellig kultur og struktur i kommuner og region, kan ligger til grund. Adfærd kan tolkes som et forsvar for sit arbejdsområde, sit fag, sin person – sit territorium. Denne revirtænkning er en hindring for samarbejde, hvorimod det altruistiske lederskab hvor der er vilje til at indgå kompromisser, og opgive dele af sit eget territorium, ses som en forudsætning for, at kunne have et grænseoverskridende samarbejde (Axelsson og Axelsson 2007). Denne adfærd kan ses hos ledere, som har ansvar for et afgrænset område, men kan også forekomme mellem professionelle grupper der vil bevare sit arbejdsområde, sine kundskaber og synspunkter mod hinanden.

6.1.1.1 Sundhedsaftaler

Begge cases indgår i den samme kontekst i forhold til Sundhedslovens krav om at indgå sundhedsaftaler mellem kommuner og region/sygehuse.

Kravet om samarbejde på tværs af sektorer, og sammenhæng mellem sundhedsvæsenets ydelser, har imidlertid vist sig at være en vision som kan være svær at realisere (Vinge og Strandberg-Larsen 2010), og i erkendelse af at udfordringen i samarbejdet mellem kommune og region er omfattende og dybtgående, er der i sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 i Region Syddanmark udviklet fælles vision og fælles politikker og strategier (Region Syddanmark 2011). I den forbindelse er det vigtigt, at være bevidst om, at der er to niveauer som skal tænkes ind i samarbejdet (Alter og Hage 1993). Fælles visioner, politikker og strategier er udviklet mellem ledere på det politisk administrative niveau, mens det er frontline personalet på det operationelle niveau, som skal håndterer udfordringerne i hverdagen. Frontline personalet må formodes at have mest indsigt i hvilke ydelser, der er brug for i plejeopgaver hos borger og patienter, og hvor samarbejdet mellem kommuner og

sygehus kan styrkes, for at have adgang til den ekspertviden som er nødvendig i forhold til forebyggelse af infektioner opstået i forbindelse med pleje og behandling af sundhedspersonale (Haley 1985).

Det politiske fokus på et område er centralt, men hvis strukturen i organisationen mangler er det en hindring for samarbejdet (Wadmann, Strandberg-Larsen og Vrangbæk 2009). En oplevelse af manglende indflydelse på indholdet i de specifikke sundhedsaftaler som kommer frem i case U, kan i denne sammenhæng være tæt forbundet med manglende struktur omkring kommunikationsveje mellem niveauerne i organisationerne.

6.1.2 Økonomi

Det var interessant at se de forskellige syn på økonomien i det tværsektorielle samarbejde. Case M kunne på trods af udgiften til infektionshygiejnisk bistand se fordelene ved at have adgang til ekspertise på det infektionshygiejniske område, og der var en holdning til, at ønskede man det, måtte man betale for ydelsen. Oplevelsen var at den økonomiske ramme, der var aftalt i den specifikke sundhedsaftale, levede op til den ydelse der var aftalt omkring samarbejdet med sygehuset. Case U så økonomien som en hindring for samarbejde, idet der var en oplevelse af, at den ydelse man tidligere – før strukturreformen - havde fået omkostningsfrit, den skulle der nu betales for, og den prioritering havde man ikke gjort i de sønderjyske kommuner. Desuden blev der givet udtryk for, at der i case U var en modsatrettet opfattelse mellem sygehus og kommune om hvem der havde opsagt samarbejdet, hvilket understøtter vigtigheden af krav til kommunikation og kommunikationsveje som beskrevet i sundhedsaftalerne (Region Syddanmark 2011).

De indgåede sundhedsaftaler bør i princippet være økonomisk neutral, men der blev givet udtryk for i begge cases, at ”pludselig” kan en opgave være flyttet fra sygehus over til kommunen. Med de mere komplicerede patienter der udskrives til pleje i kommunerne, sættes der af en af informanterne spørgsmålstegn ved, om det er en finansieret opgaveflytning, eller det er en opgaveglidning, hvor der ikke følger ressourcer med. Af sundhedsaftalens grundaftale fremgår det, at i tilfælde af opgaveflytning fra region til kommune, skal opgaverne være planlagte, aftalte, og forgå smidigt og ubureaukratisk med henblik på at parterne har tid til planlægning (Region Syddanmark 2011). Dette afspejler vigtigheden af, at der er klare aftaler mellem kommuner og sygehus om opgavefordeling, og understøttes af Seemann (2007,1996), som angiver, at hvis ikke der er klare samarbejdsrelationer, med beskrivelse af hvem der gør hvad, kan det være en hindring for at samarbejde skal lykkes. Samme forfatter angiver desuden en eller anden form for honorering for samarbejde, kan være en motiverende faktor.

6.1.3 Arbejde i netværk

Alle involverede parter i et samarbejde skal kunne se et udbytte, og de involverede parterne skal se hinanden som komplementerende ved at udnytte hinandens ressourcer, og derved få en synergieffekt (Seemann 2007), og ikke se hinanden som konkurrenter.

En måde at få samarbejde til at lykkes på, er ved samarbejde i netværk, dette anføres i begge cases, som en samarbejdsform, der fremmer det tværsektorielle samarbejde, dog argumenteres der for samarbejde i netværk på forskellig måde. Case U fremhæver det uformelle netværk som en måde at få indhentet infektionshygiejnisk råd og vejledning, og at den mulighed var en nødvendighed i mange situationer, for at indhente råd og vejledning om en infektionshygiejnisk problemstilling. Case M der imod fremhævede, at de formelle aftaler om etablering af tværsektorielt samarbejde med netværk mellem kommune og hygiejnesygeplejerske på sygehuset, og netværket af infektionshygiejnekoordinatorer i kommunen, var af stor betydning for udveksling af informationer, løsning af opgaver og koordinering af patientforløb med en infektionshygiejnisk problemstilling.

Samarbejde i netværk kan finde sted på alle niveauer i et hierarki (Alter og Hage 1993 og Dinesen et al 2007), og kan være en metode for samarbejde mellem kommune og sygehus. Samarbejde i netværk mellem organisationer, kræver engagement og indsigt i metoden hos ledelsen, og der skal være forståelse for organisering i netværk og bevidsthed om, at i et systemisk netværk arbejdes der på tværs af organisationer omkring totalopgaver, som i dette tilfælde kan være et patientforløb (Gustaffson 2007).

Axelsson og Axelsson (2007) beskriver, at en måde at implementere det grænseoverskridende samarbejde på er ved, at de samarbejdende organisationer organiserer sig med teams på tværs af grænserne, hvor der er involvering af personale fra begge organisationer, som indgår i velbeskrevne og veldefinerede teams, og på den baggrund arbejder relativt selvstændigt. Denne måde at organisere sig på var valgt i case M med opbyggelse af hygiejneorganisation, der fungerede som et grænseoverskridende team, og informanterne i case M oplevede, at en af fordelene ved denne organisering var, at der oplevedes større gennemslagskraft på området, når der var specialister involveret i beslutninger.

Denne måde at samarbejde på fremhævedes også af case manager, som påpegede, at uformelle netværk skal løftes op på et officielt plan med en stram organisering, for at få gennemslagskraft. Ved at samarbejde på tværs udnyttes ressourcerne fra begge sektorer i et samspil, hvorved der opstår en synergieffekt (Seemann 1996).

6.1.4 Kommunikation

Kommunikation nævnes af alle informanterne om et vigtigt element i samarbejde, klare kommunikationsveje både indenfor egen organisation og på tværs af sektorer er vigtige og skal prioriteres. I samarbejdsaftalen Sam:Bo omkring indlæggelse og udskrivelse er der et krav om, at kommunikationsveje skal være tydelige. Eftersom alle informanter nævnte Sam:Bo, som et samarbejdsområde der fungerer mellem kommune og sygehus, understøtter det, at klare kommunikationsveje er en motiverende faktor for samarbejde.

Informanterne nævner faglighed og personalets uddannelsesniveau i forskellige sammenhænge. Som tidligere nævnt kan forskellig kultur være en hindring for samarbejde. Axelsson og Axelsson (2007) angiver, at kulturelle forhindringer kan have indflydelse på

kommunikation og samarbejde, idet personer med forskellig uddannelsesbaggrund kan have forskellig sprogbrug, attitude og prioritering af opgaver.

Uklare kommunikationsveje var formentlig årsag til, at der i case U var en oplevelse af manglende indflydelse på indholdet i sundhedsaftalerne. Der var en oplevelse af, et misforhold mellem det politisk administrative niveau som indgik sundhedsaftalerne på vegne af andre, og det operationelle niveau, hvor der var et stærkt ønske om, at få infektionshygiejniske ydelser fra sygehuset med ind i aftalerne.

Via de lovbundne sundhedsaftaler (Region Syddanmark 2011) er region og de tilhørende kommuner forpligtet til at indgå aftaler om arbejdsdeling, sammenhæng, dialog, og hvor der er behov for det - en sammenhængende forebyggelsesindsats. Alligevel var der som nævnt tidligere en oplevelse hos informanterne om, at opgaver blev overdraget uden forudgående aftaler. Vigtigheden af dialog med henblik på fælles forståelse og ressourcebehov, samt fastlæggelse af kompetenceudvikling ved overdragelse af opgaver, er netop beskrevet i sundhedsaftalerne for at imødegå at disse situationer opstår.

Uklare aftaler fremgår af case U som en hindring for samarbejde. Et eksempel på dette kan være den rådgivning der gennem lokale aftaler skal arbejdes med for at sikre kommunerne adgang til rådgivning om generel hygiejne (Sundhedsstyrelses 2009), her er der ikke en klar beskrivelse og definition af hvad ”rådgivning” omfatter, og derfor svær at arbejde ud fra for både kommune og sygehus.

6.1.5 Infektionshygiejne og faglighed

Alle informanter var enige om, at prioriteringen omkring indgåelse af sundhedsaftaler på hygiejneområdet, kan hænge sammen med hvilken opfattelse og forståelse der er af, at infektionshygiejne er et indsatsområde.

” Mange tror at når man har fået sin grunduddannelse så er det vel godt nok, og hygiejne det kan alle, ..hygiejne er blevet et appendiks, ..man tror alt personale ved noget om hygiejne, men det afhænger af uddannelse, ..tænker i grunden den største udfordring bliver, at få folk gjort interesserede i den der hygiejne”.

Udsagnene kan tolkes, som at der er en udbredt holdning til, at hygiejne er noget grundlæggende som alle, der har gennemgået en sundhedsfaglig uddannelse, og arbejder med pleje af patienter, ved noget om. Derfor bliver infektionshygiejne ikke i tale sat, og får ikke fokus ved indgåelse af sundhedsaftaler, med mindre der i organisationen sidder personer med speciel interesse for området, eller der kan ses et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv i at have hygiejne som et fokus område. Men netop det interprofessionelle tværsektorielle samarbejde mellem faggrupper og professioner fremhæves som komplekst (Axelsson og Axelsson 2007).

Efterlevelse af de infektionshygiejniske retningslinjer er et vedvarende indsatsområde på brugerniveau i begge cases. Case M anvender audit redskabet til at sætte fokus på efterlevelse, mens der i case U er mere sporadisk kontrol af personalets hånd- og uniformshygiejne. Ud fra Sundhedsstyrelsens årlige rapporter om tilsyn på plejehjem kan ses, at 99 % af alle plejehjem har en procedure for instruktion til personalet i håndhygiejne (Sundhedsstyrelsen 2011). Af rapporten fremgår desuden, at der i forhold til hvor vidt personalet undlader at bære smykker og ur på hænder og underarme, er sket en forbedring på området fra 2009 til 2010, således at 94 % lever op til dette krav. Rapporterne beskriver imidlertid ikke, hvorvidt personalet udfører korrekt håndhygiejne, men udelukkende om forudsætningerne for håndhygiejne er til stede.

Studier viser, at der er en divergens i forhold til selve det at udføre korrekt håndhygiejne, idet under halvdelen af sundhedspersonale udfører korrekt håndhygiejne, og der desuden blandt sundhedspersonale generelt er manglende efterlevelse af grundlæggende infektionshygiejniske retningslinjer (Andersen 2011, Pittet 2000, 1991,). Denne viden understreger, at et kontinuerligt fokus på efterlevelse af de infektionshygiejniske retningslinjer er vigtigt set i forhold til at forbygge nosokomielle infektioner.

Drage læring af hinanden på tværs af organisationer blev af case M fremhævet som en motiverende faktor for samarbejde, hvor uddannelse af hygiejnekoordinatorer var med til at øge kompetencen hos plejepersonalet. Personalet som deltager i den direkte pleje var i alle de medvirkende kommuner både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sundhedshjælpere. Lauvås og Lauvås (2004) fremhæver, at ved at arbejde på tværs af fag øges den samlede faglige kompetence og der udvikles et fælles kundskabsgrundlag, hvilket kan være med til at øge faglighed og viden på det infektionshygiejniske område.

Sundhedsstyrelsens vejledning (2009) beskriver, at kompetencen på infektionshygiejneområdet er samlet i sygehusenes infektionshygiejniske afdelinger som er knyttet til sygehusene. Der lægges i begge cases stor vægt på, at adgang til specialist viden på området er absolut nødvendigt, og netop i den erkendelse er der indgået et formaliseret samarbejde omkring opbyggelse af en hygiejneorganisation i de fynske kommuner. I de sønderjyske kommuner placeres ansvaret for viden hos teamlederne, hvor der bruges tid, ressourcer og uformelle netværk til at indhente viden og vejledning om infektionshygiejniske problemstillinger. Fra studier er der viden om, at personale med specifikke kompetencer på det infektionshygiejniske område, sammen med en løbende kontrol og overvågning af forekomst af infektioner, er elementer der kan være medvirkende til forebygge op til en tredjedel af nosokomielle infektioner på sygehuse (Haley et al 1985). Med viden om at mikroorganismene er de samme og smittespredning sker på samme måde i primærsektoren, må disse tiltag anses for vigtige også i kommunerne og fortsat være et fokusområde.

6.1.6 Forebyggelse og sundhedsfremme

På folkesundhedsområdet er der store fordele ved at samarbejde, idet der her er mulighed for at opnå en synergieffekt til gavn for patienter/borgere (Huxham og Vangen). Alle informanterne gav udtryk for, at infektionshygiejne blev set som et indsatsområde under forebyggelse og sundhedsfremme. På ledelsesniveau i begge cases var der overvejende fokus på at undgå sygdom blandt personalet, mens fokus hos teamledere var på forebyggelse af infektioner hos patienterne. I case M blev der givet udtryk for visioner om at det sundhedsfremmende element i infektionshygiejne skulle bredes ud blandt kommunens borgere gennem blandt andet håndhygiejne kampagner.

De to kommuner i case M havde set infektionshygiejne som et tiltag der skulle beskrives og aftales under ”Forebyggelse og sundhedsfremme”, der som nævnt tidligere, var et af de seks lovbundne områder, hvor på der skulle indgås sundhedsaftale mellem kommune og region. I de sønderjyske kommuner var der taget højde for omfanget af indsatsen gennem en formulering i sundhedsaftalerne, hvor af det fremgik, at ” *Kommunerne etablerer tilbud under hensyntagen til lokale prioriteringer og det regionale tilbud*”.

Det overordnede mål i grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme er, at borgere og patienter i Region Syddanmark med behov for forebyggelse skal tilbydes en systematisk, sammenhængende og koordineret indsats, hvor der skal være en oplevelse af, at det er den enkeltes behov der tages hensyn til ved en vurderet individuel indsats (Region Syddanmark 2011). En årsag til at der i casene er forskellig opfattelse af om infektionshygiejne skal tænkes ind i sundhedsaftalerne under forebyggelse og sundhedsfremme, kan hænge sammen med, at der som Valgård (2009) og Sundhedsstyrelsen (2005) beskriver, er forskellig opfattelse blandt forskellige faggrupper af, hvad forebyggelse og sundhedsfremme er, og derfor ubevidst kan have været manglende fokus ved indgåelse af sundhedsaftaler.

6.1.7 Sammenfatning af diskussion

Med strukturreformen blev samarbejdet mellem region og kommuner forsøgt sat i system med Sundhedslovens krav om indgåelse af sundhedsaftaler med beskrivelse af samarbejdet mellem sektorer. Hvis der var et krav om, at sundhedsaftalerne skulle omfatte infektionshygiejnisk bistand til kommunerne, og alle efterlevede kravet, ville det være det korte svar på studiets forskningsspørgsmål om hvordan opgaven løses, nemlig ved at indgå sundhedsaftaler på hygiejneområdet mellem kommune og sygehus. Studiet har imidlertid vist at den virkelige verden ser anderledes ud, idet der ved indgåelse af sundhedsaftaler, er nødvendigt med opmærksomhed på infektionshygiejne som værende et indsatsområde i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme.

Strukturreformen betød ændringer for sundhedsvæsenets mange parter, og spørgsmålet er om problematikken i grænsefladerne mellem sektorerne løses ved at indføre

sundhedsaftaler, med stramme og formelle regler. Seemann giver udtryk for, at det er en overorganisering, som kan medføre svækkelse af fleksibiliteten og begrænse innovationen (Seemann 2007). Dette studie har imidlertid vist, at netop ved at være stringent og indgå en specifik sundhedsaftale med detaljeret beskrivelse af samarbejde mellem sygehus og kommune, blev der hos personalet i primærsektoren oplevet tryghed og øget motivation til at engagere sig i det infektionshygiejniske fagområde, og stor tillid mellem parterne til at indgå i det tværsektorielle samarbejde.

Etablering af en hygiejneorganisation med et netværk af hygiejnekoordinatorer med specialuddannet hygiejnesygeplejerske som sparringspartner, var et resultat hos kommuner med visionære politikere og ledere i organisationer, hvor man kunne se både faglige og økonomiske fordele ved samarbejdet. Saint et al (2010) fremhæver netop, at lederskab spiller en vigtig rolle i forhold til at forebygge nosokomielle infektioner, gennem blandt andet at etablere partnerskaber på tværs af faggrupper.

Ved etablering af grænseoverskridende teams etableret mellem kommune og sygehus på det rette niveau og med velbeskrevet ansvar og organisering, opnås en faglig sparring, som er efterspurgt og nødvendig i kommunerne. Denne specialist viden på det infektionshygiejniske område kan, som det ser ud i dag, ikke rummes i kommunerne. Som nævnt i indledningen overgår behandling af patienter med komplekse pleje- og behandlings behov i et stigende antal til kommunerne. Her stilles der store krav til plejepersonalet, som skal agere på baggrund af forskellige faglige kvalifikationer og uddannelses niveau. Etablering af et formaliseret tværsektorielt samarbejde, må med koordinering, fælles opgaveløsning og udveksling af informationer, anses som en optimal løsning, og må formodes at skabe en synergi effekt i forhold til grænseoverskridende patientforløb.

Gustaffson (2007) angiver, at udfordringen i forhold til at skabe et netværk på tværs af organisationer, blandt andet er, at ledelserne i de samarbejdende organisationer skal være indstillet på og se muligheden i at netværket kan fungere på tværs af hierarkisk organiserede strukturer. Hvis samarbejde på tværs af organisationer skal fungere ses de bedste resultater når der arbejdes sammen i etablerede grænseoverskridende teams, hvor de involverede organisationer er repræsenteret. Kommunerne på Fyn er eksempler på dette, hvor der er faglig, økonomisk og organisatorisk opbakning til at etablere og drive det infektionshygiejniske samarbejde gennem etablerede hygiejneorganisationer.

Om oprettelse af en hygiejneorganisation i kommunerne har haft nogen indflydelse på forekomst af nosokomielle infektioner, kan ikke måles kvantitativt, idet der ikke udføres hverken prævalens- eller incidens undersøgelser på forekomst af infektioner i primærsektoren i Danmark. Det må dog formodes, at der i de kommuner, hvor der indføres hygiejneprogrammer, retningslinjer, overvågning og kontrol gælder det samme som på hospitaler, nemlig at forekomsten af nosokomielle infektioner nedbringes gennem disse tiltag (Saint et al 2010, Pittet 2005, Haley et al 1985).

Det økonomiske perspektiv i tværsektorielt samarbejde kan ikke overses. Der er en stram prioritering af de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet, og der er et incitament i

kommunerne til at undgå indlæggelser, idet det betyder øgede udgifter. I et større perspektiv kan der netop på det infektionshygiejniske område være motivation for, at forebygge infektioner, idet nosokomielle infektioner alene på sygehuse koster det danske samfund omkring en milliard kroner årligt (Pedersen og Kolmos 2007, Statens Serum Institut 2000). De samme estimater findes ikke for primærsektorer, men med viden om, at mikroorganismene er de samme og smittespredning sker på samme måde, ville et lignende regnestykke formentlig kunne laves for primærsektoren, og til sammenligning ville udgifter til opbyggelse af en hygiejneorganisation formentlig kun udgøre en brøkdel.

De motiverende og hindrende faktorer for tværsektorielt samarbejde, som blev fremført af informanterne, kan der argumenteres for, at det var givet på forhånd, men de fund som er gjort i studiet i forhold til henholdsvis motiverende og hindrende faktorer ved samarbejdet, er vigtige at drage læring af. Studiet har bekræftet, at der er et stort behov for et tæt samarbejde mellem sygehuse og kommuner inden for det infektionshygiejniske område, og at der fortsat er en indsats at gøre, hvor specielt det at få sat fokus på hygiejnen kan være et indsatsområde. I studiets problemformulering beskrives en undren over manglende indgåelse af sundhedsaftaler på det infektionshygiejniske område. Et svar kan til dels findes i nogle af informanternes udsagn, hvor der angives, at der på alle niveauer i organisationerne er manglende fokus og indsigt i det infektionshygiejniske område. Hvis der ikke er formelle aftaler betyder det, at plejepersonalet i kommunerne ikke har den adgang til specialistviden, som studiet viser der efterspørges, som igen kan betyde at de rette kompetencer ikke er til stede, og i sidste ende kan dette have konsekvenser for patient/borger.

6.2 Diskussion af metode

Valget af kvalitativt studie med interview som metode har givet mulighed for nuancering, uddybning og specificering af centrale emner i forhold til studiets forskningsspørgsmål, og kombinationen af den teoretiske deduktive og den empiriske induktive metode har været med til at belyse studiets problemformulering.

Det multiple case studie med to cases og informanter fra både det administrative og det operationelle niveau, oplever forfatteren har belyst fænomenet tværsektorielt samarbejde overvejende fra primære sektor, og i begrænset omfang fra sekundærsektor. Med reference til studiets problemstilling var denne prioritering bevidst, idet der var en forhåndsviden om, at initiativet til at indgå sundhedsaftaler på infektionshygiejneområdet lå hos kommunerne.

Der var en oplevelse af, at informanterne var interesserede i problemstillingen, og ærlige i besvarelsen af spørgsmålene, og på den baggrund vurderes det, at der er mulighed for direkte sammenligning af cases (Yin 2009). Dog var der en oplevelse af, at informanterne helst ville tale om det der gik godt, hvilket blev tolket om en positiv tilgang til at få det tværsektorielle samarbejde til at fungere. Om det hænger sammen med udvælgelsen af informanterne, kan der ikke siges noget om, men det at forfatteren oplevede alle

informanterne som meget interesserede i problemstillingen tolkes som, at informanterne var ildsjæle på området, og derved kan der være en bias i forhold til, hvis der også havde været udvalgt informanterne blandt personale, som ikke havde speciel interesse i – og/eller i det daglige ikke havde fokus på det tværsektorielle og infektionshygiejniske område.

Studiet kan derved kritiseres for at have for få og for nuancerede informanter, hvilket kan være en overvejelse, hvis studiespørgsmålet skal undersøges yderligere. I case M var der en oplevelse af, at der efter afvikling af de to interview ikke ville komme ny viden frem ved flere interview, fordi samarbejdet var velbeskrevet og vel integreret i casens kommuner, og af den grund indgik der ikke flere informanter der.

Når målet med at arbejde ud fra de generelle hygiejniske retningslinjer (Statens Serum Institut 2011b) er, at undgå at patienter og borgere får en nosokomial infektion, vil en måling på effekten af efterlevelse i forhold til forekomst af infektioner kun kunne dokumenteres ved en registrering af nosokomielle infektioner. Observation af personale i forhold til om de generelle hygiejniske retningslinjer følges kan udføres ved audit, men vil kun tegne et øjebliksbillede. Studiet kunne imidlertid have været suppleret med et observationsstudie af efterlevelse af de grundlæggende infektionshygiejniske retningslinjer hos personalet tæt på patient/borger. Denne tilgang blev fravalgt i dette studie, idet der er klar evidens for, at der generelt er manglende compliance i forhold mellem sundhedspersonalets viden og handlinger.

I studiet er anvendt indsamling af data fra to kilder, interviews som den overvejende metode, suppleret med gennemgang af dokumenter, dette støttes af Merriams anbefaling om at der skal anvendes mere end en indsamlingsmetode for at øge validiteten af studiet (Merriam 2002). Et observationsstudie kunne have indgået i en evt. triangulering, som Yin (2009) angiver som analyse redskab af cases, det er bevidst ikke valgt i dette studie, på grund af den evidens der allerede foreligger for manglende compliance.

Ud over at inddrage flere informanter i studiet, specielt fra sekundærsektor, kunne det være interessant at fokusere på om køns perspektivet har indflydelse på det tværsektorielle samarbejde, der indgik udelukkende kvinder i studiet, men måske mænd har et andet syn på hvordan tværsektorielt samarbejde skal organiseres. Et andet område som kunne være interessant at studere, er om uddannelsesniveaue hos personalet har indflydelse på, hvordan samarbejde fungerer, om forståelsen for hinandens fagområder er større og om der kommunikeres bedre, når det foregår inden for sammen faggruppe.

6.2.1 Reliabilitet og validitet

I et kvalitativt studie er reliabilitets kriterierne vanskelige at håndhæve, på grund af de sociale kontekster interviewundersøgelsen foregår i. I praksis betyder det, at det ikke vil være muligt at reproducere undersøgelsen, idet deltagelse i studiet kan forandre informantens udsagn gennem en efterfølgende refleksion og erfaringer, som er kommet til. Nøjagtigt det samme interview vil ikke kunne gentages, men en transparent og struktureret

metode er vigtig, og netop derfor er strukturen med interviewguiden med overordnede temaer og formulerede spørgsmål et vigtigt redskab.

Forfatterens forforståelse og viden på området må ikke påvirker tolkning og analyse af resultatet (Kvale og Brinkmann 2009). Forfatteren har været meget opmærksom på dette, men ved egen refleksion over interviewsituationerne, er der en opfattelse af, at fordi informanterne er bekendt med at interviewer er hygiejnesygeplejerske er der en forforståelse mellem informanter og interviewer, som betyder, at hvis intervieweren havde været en ”neutral” person, kunne svarene på de spørgsmålene måske have været mere uddybende og nuancerede.

Kvale og Brinkmann (2009) anvender begrebet pragmatisk validitet som ”*at gøre sand*”, som har at gøre med anvendelighed af videns udsagn. Den pragmatiske validitet sikres gennem tydeliggørelse af sammenhænge, og beskriver den kontekst som data fremkommer i. Dette gøres ikke for at skabe generaliserbarhed, men for at tydeliggøre kontekstafhængighed i beskrivelser og fortolkninger.

I et multiple case studie er det at finde sammenfaldende mønstre i forhold til henholdsvis den afhængige og den uafhængige variable med til at styrke studiets validitet (Yin 2009). Variablerne i dette studie var, om der havde været indgået aftale om infektionshygiejnisk bistand eller ikke i de grundlæggende sundhedsaftaler.

Gennem de semistrukturerede interviews var det muligt at lede efter mønstre i informanternes holdninger, opfattelse og beskrivelse af egen adfærd. Ud fra de fremkomne mønstre i de syv interview kan der ikke siges noget generelt om, at det er netop de faktorer som er fremhævet der har indflydelse på det tværsektorielle samarbejde, men sammenholdt med teorien giver det en pejling på, at det er centrale emner, der er fremkommet.

I forhold til anvendelighed af studiet ser forfatteren en mulighed i at anvende de indsamlede data til at sætte fokus på studiets problemstilling, hvilket kan gøres gennem de allerede eksisterende funktioner og fora der er etableret mellem kommuner og sygehuse til forbedring af samarbejdet. Den lydhørhed der blev oplevet i forbindelse med afvikling af interviewene støtter, at der er interesse og velvilje til at se på det tværsektorielle samarbejde omkring patient/borger med brug for ydelser hvori der indgår infektionshygiejnisk bistand.

Det engagement som informanterne udviste ved interviewene betød også åbenhed og tillid over for studiets forfatter blandt andet i form af navngivne personer som var relateret til hændelser. Med kun syv informanter i studiet ville anonymiteten over for informanternes blive brudt, hvorfor disse oplysninger af etisk hensyn er udeladt af studiet, vel vidende at det kunne have tilført studiet yderligere vinkler.

7 KONKLUSION OG PERSPEKTIV

Svaret på forskningsspørgsmålet kan være tre ting.

- En mere udbredt viden på alle niveauer i organisationerne om infektionshygiejne som indsatsområde, kan være med til at forebygge nosokomielle infektioner.

- Etablering af formelt samarbejde nedskrevet i sundhedsaftaler indgået mellem kommune og sygehus.
- Fokus på de faktorer som motiverer til tværsektorielt samarbejde.

Indgangsvinklen til at få ovenstående implementeret kan være gennem det øgede fokus, der er på kvalitet og patientsikkerhed i sundhedssektoren i Danmark hvilket blandt andet ses ved implementering af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og ved indførelsen af pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser. I relation til kommunerne drøftes det dog fortsat om og hvordan modellen skal udrulles i kommunerne for også der, at sætte fokus på kvalitetsarbejde herunder infektionshygiejne området (Institut for Kvalitet og Akkreditering), mens det fremgår af Sam:Bo aftalerne, at der er krav om kvalitetsmonitorering med fokus på forløb mellem sektorer (Region Syddanmark 2011c).

Indrapportering af utilsigtede hændelser som et middel til at sætte fokus på infektionshygiejne blev nævnt af en informant. Siden 2004 har der været pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser på sygehuse, og siden januar 2011 har alle typer af hospitaler og institutioner pligt til at anmelde utilsigtede hændelser (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010). Formålet med indrapporteringerne er, at anvende anmeldelserne til systematisk læring, så patientsikkerhed og kvalitetsudvikling i sundhedssektoren understøttes.

Den Centrale Enhed for Infektionshygiejne (Statens Serum Institut 2011) skriver i oktober nummeret af CEI-Nyt, at der ses frem til, at arbejde med de utilsigtede hændelser, idet de kan være medvirkende til at øge opmærksomheden på forebyggelse af infektioner i sundhedssektoren, gennem en lokal forankring i samarbejde mellem de infektionshygiejniske enheder og kvalitets- og patientsikkerheds enhederne.

En netop afholdt konference i Danmark med fokus på sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner viste, at der arbejdes med at udvikle og forbedre det tværsektorielle samarbejde. På konferencen fremførte Dorte Thrige, vicedirektør i Sundhedsstyrelsen, at en systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne skal danne grundlag for justering af de kommende aftaler.

Med viljen og fokus på det politisk administrative niveau, til at forbedre samarbejdet, og med ildsjælene i kommunerne til at sætte fokus på behovet for infektionshygiejnisk bistand, må det formodes, at de fremtidige udfordringer i samarbejdet mellem kommuner og regioner bliver positivt i forhold til at finde løsninger så infektionshygiejne ikke **kommer på tværs**, men **udføres på tværs**.

8 REFERENCER

Ahgren, B., Axelsson, SB. og Axelsson, R. 2009. "Evaluating intersectoral collaboration: a model for assessment by service users". *International Journal of Integrated care*. Vol 9, 26.feb.

Ahgren, B og Axelsson R 2005. "Evaluating integrated health care: a model for measurement". *International Journal of Integrated Care* vol. 5, 31. august, pp

Alter, C. og Hage, J. 1993. *Organizations Working Together*. SAGR Publications Inc.USA

Andersen, AM. 2011. *Infektionshygiejne på plejehjem i Århus Kommune*. Aarhus Universitet, udgivelse nr.115. Århus

Axelsson, R. og Axelsson, SB. 2007. Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning I: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, R. og Axelsson, SB. 2006. "Integration and collaboration in public health - A conceptual framework" *International Journal of Health Planning and Management*, 21 (1), pp.75-88.

Bowling, A. (2002). *Research metodes in health. Investigating health and health services*. Open Unerversity Press. 2. udgave

Center for Disease Control and Prevention. Healthcare associated Infections

<http://www.cdc.gov/hai/>

Accessed 6. november 2011

Dalsgaard, A. Aarestrup,F. og Frimodt-Møller,N 2011. Bakterier kender ingen grænser. Institut for Veterinær Sygdomsbiologi. Københavns Universitet.

http://www.ivs.life.ku.dk/Anden-formidling/Forskning/Bakterier_kender_ingen_graenser.aspx

Accessed 17. november 2011

Danielsen, M. 2009. "Finansiering og ressourcefordeling". I: *Sundhedsvæsenet på tværs – opgaver, organisation og regulering*. 1.udgave, Århus, pp. 102-113.

Dinesen, B., Gustaffson, J., Nøhr, C., Andersen, SK., Sejersen, H. og Toft E. 2007. "Implementation of the concept of home hospitalisation for heart patients by means of telehomecare technology: integration of clinical tasks". *International Journal of Integrated Care*, 30 maj.

Eriksen, H M, Elstrøm P.Hartung S. 2005. "Smittevern i helseinstitutioner for eldre". *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr. 13-14

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, no. 2, pp. 105-112.

Gustafsson, J. 2007, Ledarskap i interorganisatoriske nätverk for folkhälsa och välfärd I: Axelsson, R. og Axelsson, S.B.(eds). *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studenterlitteratur.

Haley, R.W., Culver, D.H., White, J.W., Morgan, W.M., Emori, T.G., Munn, V.P. og Hooton, T.M. 1985. "The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosokomial infections in US Hospitals". *American Journal of Edidemiology*. Vol. 121, No 2.

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

Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010. Sundhedsloven LBK nr. 913 af 13/07/2010 <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K35>
Accessed 29. august 2011

Indenrigs- og sundhedsministeriet 2009. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. BEK 778 af 13/08/2009. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=125826>
Accessed 20. oktober 2011

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. www.ikas.dk
Accessed 20. november 2011.

Jensen, K. 2000. *Medicinsk mikrobiologi og infektionspatologi*. Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busk. København

Kelly, M. og Penney, E. 2011. "Collaboration of Hospital Case Managers and Home Care Liasions When Transitioning Patients". *Professional Case Management*, Vol 16 no 3 128-136.

Kjøller, M., Juel, K. og Kamper-Jørgensen, F.(red.) 2007. Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed. København. <http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2008/2897%20Folkesundhedsrapporten%202007.aspx>

Koch, AM., Eriksen, HM., Elstrøm, P., Aavitsland, P. Og Hartung, S. 2009.

„ Severe consequences of health-associated infections among residents of nursing homes: a cohort study“. *Journal of Hospital Infection* marts; 71 (3)

Kolmos, H.J. og Jarløv, J.O. 2007. Infektionshygiejne – en nødvendig opgave for alle. *Ugeskrift for læger* 2007;169/48, pp. 4133

Kvale, S. og Brinkmann, S. 2009. *Interview – introduktion til et håndværk*. 2.udgave, Hans Reitzels Forlag. København.

Lauvås, K. og Lauvås, P. 2004. *Tværfagligt samarbejde Perspektiv og strategi*. 1. udgave KLIM, Århus

Lundman, B. og Graneheim UH. 2008. ”Kvalitativ innehålsanalys” i *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentertiliteratur.

Mannerquist, K. og Thore, M. Tryggare åldrande med hygien tänk. *Smittskydd* nr. 2 2010.

Merriam, BS and associates 2002. *Qualitative Research in Practice. Examples for discussion and analysis*. Jossey_Bass. San Francisco,CA. pp. 3-37.

Patton,MQ.1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage

Pedersen, KM og Kolmos. HJ 2007. Hospitalsinfektioner – en samfundsøkonomisk udfordring. *Ugeskrift for læger* 2007;169/48: 4135-38.

Pittet, D. 2005. “Infection control and quality health care in the new millennium”. *American journal of infection control* 33 (5) pp. 258- 267.

Pittet, D. 2001. “Improving adherence to hand hygiene practice: A multidisciplinary approach”. *Emergin Infectious Diseases*.7(2), pp. 234-240.

Pittet, D., Huqonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. og Perneget TV. 2000. “Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene”. *Lancet* ;356, pp. 1307- 1312.

Pittet, D., Dharan,S., Touveneau, S., Sauvan, V. og Perneger, TV: 1999. ”Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care”. *Archives of Internal Medicine*. April; 159(8), pp. 821-826.

Region Syddanmark 2011a.Tværasektorielt samarbejde om sundhed.

<http://www.regionyddanmark.dk/wm276686>

Accesses 20. november 2011

Region Syddanmark 2011b. Grundaftale for sundhedsaftalerne 2011-2014. Vision om fælles sundhed. Sundhedskoordinationsudvalget.

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm278031>

Accessed 15. oktober 2011

Regionsyddanmark 2011c. Sam:Bo

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm258038>

Accessed 23. november 2011

Region Syddanmark 2010. Strategi for Region Syddanmarks rådgivningstilbud til kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme.

Rienecker L. og Jørgensen S.P. 2006. *Den gode opgave*. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg. pp 249-259.

Rootman, I., 2001. WHO Working Group on Health Promotion Evaluation
I: Rotmann, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., Mc Queen, D.V., Potvin, L., Springett, J. og Ziglio, E (eds). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publication European Series nr. 92.

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: Result of a Multisite Qualitative Study". *Infection Control and Hospital Epidemiology*. September, vol. 31, no 9.

Seemann, J. 2007. "Samspel och konflikt i organisatoriska gränssnitt – analys av ett demensnätverk" I: Axelsson R. Axelsson S.(eds). *Folkhälsa i samverkan*. Studentlitteratur, Lund, pp 285-303.

Seemann, J. 1996. *Når organisationer skal samarbejde*. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer. Munksgaard, København.

Smith, E. 2011. Sammenhæng i sundhedsvæsenet er afgørende. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*. Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. 87.årgang nr.6 oktober,

Statens Serum Institut 2011a. *Danmap 2010: Antibiotika forbrug og – resistens*. EPI-Nyt uge 44.

Statens Serum Institut 2011b. *Generelle Infektionshygiejniske Retningslinjer*;
<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Infektionshygiejniske%20retningslinjer/Generelle%20-%20infektionshygiejniske%20retningslinjer.aspx>

Accessed 19. oktober 2011

Statens Serum Institut 2011c. Primærsektoren.

<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Primaersektoren.aspx>

Accessed 22. november 2011.

Statens Serum Institut 2000. *Hvad koster Sygehusinfektioner?* CAS-Nyt nr. 85.

Stougaard, AL. 2011. Fælles vision, politik og strategi på tværs af sektorerne. *Tidsskrift for Sundhedsvæsen*, 87. årgang nr. 6. oktober

Strandberg-Larsen, M., Nielsen, MB. og Krasnik, A. 2007. "Are joint health plans effective for coordination of health services? An analysis based on theory and Danish pre-reform results". *International Journal of Integrated Care* vol. 7, 3.oktober.

Sundhedsstyrelsen 2011a. Sundhedsaftaler.

<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler.aspx>

Accessed 26.april 2011

Sundhedsstyrelsen 2011b. Plejehjemstilsynet 2010. København.

http://www.sst.dk/publ/Publ2011/EFT/Plejehjem/Plejehjemstilsyn_Aarsrapport2010.pdf

Accessed 10. november 2011

Sundhedsstyrelsen 2009. Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119. stk. 3

http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Regional_forebyggelse/Regionernes_forebyggelsesopgaver.pdf

Accessed 29. august 2011

Sundhedsstyrelsen 2005. Terminologi – Forebyggelse. sundhedsfremme, og folkesundhed. Center for Forebyggelse. København.

<http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

Accessed 17.november 2011.

Vallgård, S. 2009. "Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historier og magtudøvelse" i *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Dansk Sygepleje Råd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København, pp 95-113

Vallgård, S. og Krasnik, A. 1999. *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik – en introduktion 2.* udgave. Munksgaard, København.

Vinge, S. og Strandberg-Larsen, M. 2010. Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for læger* 172/10: 775-777.

Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M. og Vrangbæk, K. 2009. "Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden". *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, 2. march.

Werts, F., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R. og Mc Spadden, E. 2011. Phenomenological Psychology: Amedeo Giorgi. I: *Five Ways of Doing Qualitative Analysis*. The Guilford Press, New York, pp. 52-55.

WHO 2009. World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Geneva Switzerland.

WHO 2001. WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. Executive Summary

WHO 1998, Health Promotion Glossary HPR/HEP 98.1

WHO 1986 Ottawa Charter for Health Promotion.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf Accessed: 5.maj 2011

Wiklund, S. 2010. En solid grund att stå på. *Smittskyddsinstitutet*

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/temaar-2009/artiklar/en-solid-grund-att-sta-pa/>

Yin, R. 2009. Case Study Research. *Design and Methods*. SAGE Publications 5. udgave

9 BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1. Interviewguide

Bilag 2. Oversigt over offentlige dokumenter

Bilag 1

Interviewguide

Indledning/briefing

Præsentation af

- Interviewer
- Projektet
- Interviewets formål
- Interviewets struktur
 - Interviewet er delt op i 4 overordnede temaer
 - Samarbejde på tværs af regioner
 - Sundhedsaftaler
 - Infektionshygiejne
 - Fremtiden
- Anvendelse af materialet efterfølgende. Anonymisering
- Præsentation af informant
 - Indplacering i organisationen (evt.organisationsdiagram)

Forskningsspørgsmål

Tværasektorielt samarbejde omkring patient/borger med behov for infektionshygiejnisk bistand – hvordan kan opgaven løses?

Suppleret med følgende spørgsmål

- Hvordan skabes/opstår tværasektorielt samarbejde mellem kommuner og region/sygehus. Herunder hvilke faktorer har indflydelse på samarbejde mellem sektorer?
- Hvorfor lykkes eller mislykkes tværasektorielt samarbejde?

Tema	Interviewspørgsmål
Samarbejde mellem sektorer	Hvordan oplever du samarbejde på tværs af sektorer? <ul style="list-style-type: none">• Der hvor du er indplaceret i organisationen? Hvordan lykkes/mislykkes samarbejde på tværs af sektorer? <ul style="list-style-type: none">• Hvilke faktorer har indflydelse på dette?• Økonomisk incitament?
Sundhedsaftaler	Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem kommune og region/sygehus i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftaler?

	<p>Hvordan oplevede du processen ift. udformning af sundhedsaftaler mellem kommune og region/sygehus?</p> <p>Hvordan har du haft indflydelse på indhold i sundhedsaftaler?</p> <p>Hvordan har du/i tolket den rådgivningsforpligtelse ift. hygiejne. (obs at få et svar om der ligger fx undervisning, kompetenceløft i det)</p> <p>Hvordan oplever du ledelsesmæssig interesse/opbakning til at skabe et netværk omkring patientforløb, hvordan har det fungeret?</p> <p>Hvordan har i sikret jer at infektionshygiejne blev en del af sundhedsaftalerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> • I hvilken grad har medarbejdere været involveret, og på hvilket niveau i organisationen?
<p>Infektionshygiejne</p>	<p>Hvordan oplever du samarbejde mellem kommune og region/sygehus omkring borger med behov for infektionshygiejnisk bistand?</p> <p>Hvordan håndterer i opgaver af infektionshygiejnisk karakter i kommunen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan sikrer i de nødvendige kompetencer på det INH område? <p>Hvilke overvejelser har du/i gjort dig i forbindelse med, at der i sundhedsloven fremgår, at kommunerne skal arbejde hen imod at etablere egen hygiejneorganisation?</p> <p>Et af de områder region og kommune skal indgå sundhedsaftaler om er ”Forebyggelse og sundhedsfremme”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan ser du sammenhængen mellem forebyggelse og

	sundhedsfremme og infektionshygiejne? (Tema 4 i SA)
Fremtid	Hvordan ser du det fremtidige samarbejde omkring det infektionshygiejniske samarbejde mellem sektorer kommune og region/sygehus? Hvad bliver den største udfordring ved samarbejde på tværs af sektorer omkring patient med behov for infektionshygiejnisk bistand? Dit bud på hvordan opgaven kan løses?
Afslutning	Er der elementer i det tværsektorielle samarbejde som ikke er kommet med?

Debriefing

- Afrunding
- Hvordan oplevede du interviewet

Bilag 2.

Officielle dokumenter som ligger til grund for samarbejdet omkring patienter/borger i grænsefladen mellem primær og sekundær sektor.

- Sundhedsloven (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010)
- Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (Indenrigs- og sundheds ministeriet 2009)
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens §119, stk.3.(Sundhedsstyrelsen 2009)
- Strategi for Region Syddanmarks rådgivningstilbud til kommunerne om forebyggelse af sundhedsfremme
- Grundaftalen for sundhedsaftalerne 2011-2014. Vision om fælles sundhed.
Specifikke sundhedsaftaler mellem Sønderborg Kommune og Region Syddanmark
- Specifikke sundhedsaftaler mellem Tønder Kommune og Region Syddanmark
- Specifikke sundhedsaftaler mellem Nyborg Kommune og Region Syddanmark, herunder beskrivelse af organisering
- Specifikke sundhedsaftaler mellem Svendborg Kommune og Region Syddanmark, herunder beskrivelse af organisering.
- Kontrakt vedrørende servicering på det infektionshygiejniske område, Svendborg Kommune og Odense Universitets Hospital

10 TAK

Tak til alle informanter, for beredvilligt at stille op til interview. Der blev vist engagement og stor interesse for studiets problemstilling. Uden jer intet studie!

Tak til de mange dygtige og inspirerende underviser og øvrigt personale på Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, som har været med til at skabe et positivt og lærende studiemiljø. En speciel tak til docent Bengt Åhgren for konstruktiv og opmuntrende vejledning.

Tak til de mange medstuderende, som jeg har mødt undervejs i mit studie, for inspirerende samarbejde og udfordrende diskussioner.

Mine kollegaer Kirsten, Tine og Tove i Strategi og Udviklingsafdelingen har måttet lægge øre og tid til mine overvejelser og bekymringer - i fortjener en stor tak for faglig sparring og opmuntring.

