



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2019 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

MRSA-bærerskap - Helsepersonells erfaringer

MRSA-colonization - Health care professionals '
experiences

Lars Varheim
Folkehelsevitenskap

MRSA-bærerskap
Helsepersonells erfaringer

Innholdsfortegnelse

1	Forord	4
2	Sammendrag	5
3	Abstract	6
4	Innledning	7
5	Bakgrunn	9
5.1	Antibiotika og antibiotikaresistens	9
5.2	Gule stafylokokker (Staphylococcus aureus)	10
5.3	Smittemåte	11
5.4	MRSA	11
5.5	Nasjonal oppfølging av MRSA	12
5.5.1	Aktører	13
5.5.2	Basale smittevernrutiner	16
5.5.3	MRSA-veilederen – noen utvalgte deler	17
5.6	Erfaringer med MRSA-bærerskap	20
5.7	Samhandling	23
5.8	Teori om planlagt adferd	24
6	Målsetning	28
7	Metode	29
7.1	Rekruttering	31
7.2	Datainnsamling	32
7.3	Dataanalyse	33
7.4	Forskningsetiske aspekter	34
8	Resultater	36
8.1	Ubalanse i kunnskap	36
8.2	Ubalanse i samhandling	39
8.3	Ubalanse i praksis	43
9	Diskusjon	45
9.1	Ubalanse i kunnskap	45
9.2	Ubalanse i samhandling	48
9.3	Ubalanse i praksis	50
9.4	Teori om planlagt atferd	52
9.5	Metodediskusjon	55
10	Konklusjon	58
11	Referanseliste	61
12	Vedlegg	68

Informasjonsbrev / Samtykkeerklæring	68
Intervjuguide	70
NSD - Tilbakemelding	74

1 Forord

Masteroppgaven representerer punktum i det som har blitt en lang reise. Det hele startet med en diplomutdannelse i smittskydd ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Gøteborg. Hvor jeg tok min utdannelse som hygiene-sykepleier. En del av fagene der var folkehelse-relaterte og det ble derfor en introduksjon i folkehelsevitenskap.

Diplomutdannelsen representerte for meg en «halv» utdanning og det var derfor naturlig å fullføre den med en master i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU).

Jeg har etter NHV jobbet for smittevern-avdelingen i Sykehuset Østfold som hygiene-sykepleier. I hverdagen er fokuset stort på å begrense fremveksten av antibiotikaresistens. MRSA er bare en del av dette, men er ikke en uvesentlig del av arbeidsdagen som går med på undervisning og rådgivning relatert til akkurat den problematikken. Veilederen er kompleks, og hverdagen er kompleks. Rådene skal tilpasses den enkeltes kontekst.

Min hverdag er fokus i all hovedsak rettet inn mot sykehuset. Det er ikke tvil om at det er utenfor sykehuset utfordringene er størst i MRSA-oppfølgingen. Jeg har bare fått glimt av dette når noen fra kommunen har tatt kontakt om råd i spesielle problemstillinger. Derfor har denne masteroppgaven blitt til fordi jeg har ønsket å gå dypere inn i hvordan anbefalingene i MRSA-veilederen blir etterlevd og hvilke erfaringer som helsepersonell i kommunene sitter med. Nå i etterkant har jeg fått ny kunnskap og jeg håper at denne kunnskapen kan være med på å optimalisere samarbeidet mellom smittevern-avdelingen og kommunene i Østfold.

I et forord er det på sin plass å takke de som har hatt betydning for meg i denne lange prosessen. Det er mange å takke. Først og fremst min kone Nina, som har holdt ut med meg gjennom hele denne perioden. Uten deg hadde intet gått. Mine kolleger ved smittevern. Jon, Gro, Anette, Anne-Lise, Ole og Lena fortjener alle en stor takk for at de har gitt meg muligheten i en hektisk hverdag. Dekket opp for meg når jeg har vært opptatt med studiene og i skriveprosessen. Min hovedveileder Ingeborg må jeg også takke. Uten dine råd og at du har vært tilgjengelig ville nok ikke masteroppgaven blitt fullført. Jeg vil også takke ledere og kommuneleger som har hjulpen meg med å finne aktuelle kandidater for intervju. Til slutt så må jeg takke de som har stilt opp til intervju. Uten deres vilje til å bruke tiden deres på dette, hadde det ikke blitt mye å skrive om.

2 Sammendrag

Bakgrunn: Antibiotikaresistens beskrives av WHO som en vår tids største trusler mot den globale folkehelsen. MRSA er en del av denne problematikken. Norden og Nederland har hatt en utpreget «seek and destroy»-tilnærming. Retningslinjene er samlet i en nasjonal veileder som er omfattende og kompleks. Det er mange faktorer og mange aktører som kan være involvert samtidig. Det er funnet lite kunnskap om helsepersonells erfaringer i denne konteksten. Målsetningen med denne masteroppgaven er å få bidra til økt kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell i Østfold innehar etter å ha vært involvert i oppfølging av MRSA.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell fra sin oppfølging av MRSA-bærere?

Metode: Studien er kvalitativ forskningsmetode og datainnsamling har vært gjennom semistrukturert forskningsintervju. Det ble utviklet en temabasert intervjuguide i forkant. Inkluderingskriterier var at man er helsetjenestepersonell. Arbeidssted i Østfold og har hatt erfaring med oppfølging av en eller flere personer med påvist MRSA. Til sammen syv informanter har blitt intervjuet i perioden mars til juni 2019. Analyse har blitt gjort ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater: Det overgripende tema for de erfaringene som kom frem i studien er *Ubalanse*. Erfaringene ble videre kategorisert i tre ulike undertemaer; *Ubalanse i kunnskap*, *Ubalanse i samhandling* og *Ubalanse i praksis*. Ubalansen kom til uttrykk ved at informantene erfarte å være uforberedt i møte med MRSA-bæreren. Funn i studien viser stort sprik i forkunnskaper og det ble beskrevet smittefrykt. Det erfares at hvem som lederer oppfølgingen kan variere og at det er mangler i samhandlingen mellom sykehus og kommunene med tanke på å gjøre innhold i veiledere kjent og innarbeidet. Det er også ubalanse i forhold til MRSA-veileder og den praktiske gjennomføringen. Enten ved at retningslinjene ikke gir svar eller ved at de ikke lar seg gjennomføre og det ikke finnes alternativer.

Konklusjon: Erfaringene beskriver en ikke optimal oppfølging av MRSA, som kan gi en økt mulighet for smittespredning og økt forekomst av MRSA i samfunnet. På sikt kan det få konsekvenser for folkehelsen.

3 Abstract

Background: Antibiotic resistance is described by World health organization (WHO) as one of the greatest threats to global public health of our time. MRSA is part of this problem. The Nordic and the Netherlands have had a distinct "seek and destroy" approach. The national guidelines are comprehensive and complex. Little knowledge has been found about health care professionals' experiences in this context. The aim of this master's thesis is to contribute to increased knowledge of what experiences healthcare professionals in Østfold have after being involved in the follow-up of MRSA.

Research question: What experiences does healthcare professionals have from their follow-up of MRSA carriers?

Method: The study is a qualitative research method and data collection has been through a semi-structured research interview. A theme-based interview guide was developed in advance. Inclusion criteria were; healthcare professional. Workplace in Østfold and have had experience in following up one or more people with proven MRSA. A total of seven informants have been interviewed in the period March to June 2019. Analysis has been done using systematic text condensation (STC).

Results: The overall theme of the experiences that emerged in the study is Imbalance. The experiences were further categorized into three different sub-themes; Imbalance in knowledge, Imbalance in interaction and Imbalance in practice. The imbalance was expressed by the informants' as experience of being unprepared to meet with the MRSA carrier. Findings in the study show a large gap in prior knowledge and infectious fear was described. It is learned that who is leading the follow-up can vary and that there are shortcomings in the interaction between hospitals and the municipalities in relation to making content in guideline known and incorporated. There is also imbalance in relation to the MRSA guideline and the practical implementation. Either because the guidelines do not provide answers or because they cannot be implemented and there are no alternatives.

Conclusion: The experience describes a not optimal follow-up of MRSA, which can provide an increased spread of MRSA and increased prevalence in society. In the long run, it can have consequences for public health.

4 Innledning

Infeksjonssykdommer har gjennom historien formet verden. Store utbrudd har lagt byer og land øde. Enten det har vært snakk om svartedauen eller europeernes eksport av kopper, meslinger og flekktyfus til indianerne i Amerika (Stenøien, 2015). Alexander Fleming (1881-1955) oppdaget penicillin i 1928 og er nok den som er mest kjent fra en tid hvor en rekke antibiotika ble oppdaget. Denne utviklingen fikk stor betydning for bekjempelsen av infeksjonssykdommer og innvirkning på folkehelsen over hele kloden. Bare få år etter at penicillin ble tatt i bruk kommersielt, vokste det frem resistente stammer. Antibiotika generelt ble i etterkrigsårene sett på som et supermiddel som kunne kurere det meste. Feilbruk og høyt forbruk har vært det som har drevet resistensutviklingen fremover. Men i de første tiårene etter andre verdenskrig ble det utviklet mange forskjellige typer antibiotika og resistensproblematikken ble ikke tatt tak i (Solberg, 2013). Siden den gang har denne problematikken, da i kombinasjon med manglende utvikling av nye antibiotika, eskalert til noe som Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver som et økende folkehelseproblem (WHO, 2014). Siden 60-tallet finnes det nå MRSA i hele verden og forekomsten i enkelte land er svært høy. Først snakket man om at MRSA primært var et problem innen helsetjenesten, men de seneste årene har spredning ellers i samfunnet og kanskje spesielt innen husdyrhold fått økt fokus (Mattilsynet, 2017).

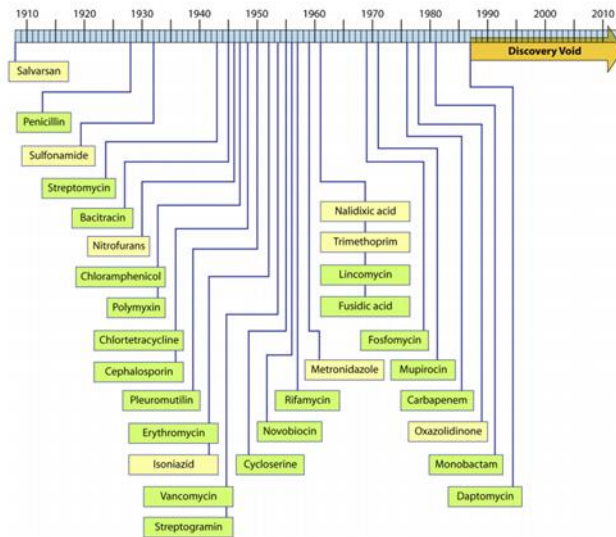
Norden og Nederland har hatt en annen tilnærming til bekjempelsen av MRSA enn resten av Europa og verden. Norden og Nederland har hatt en utpreget «seek and destroy»-tilnærming. Hvor man har definert hvem som skal undersøkes og en omfattende oppfølging når man finner MRSA hos en person (Haug, 2018). I Norge har man definert MRSA som en allmennfarlig smittsom sykdom (Smittevernloven, 1995, § 1-3). Bekjempelsen blitt styrt i stor grad fra Folkehelseinstituttet med sin nasjonale veileder som kom i 2004 (Folkehelseinstituttet, 2004) og som ble revidert sist i 2009 (Folkehelseinstituttet, 2009). Det overordnede målet med disse tiltakene var at «*MRSA skal ikke etablere seg og bli en fast del av bakteriefloraen ved norske sykehus og sykehjem*» (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 9). Til tross for at tilnærmingen har vist seg effektiv, har antallet med MRSA økt hvert år. Sakte, men sikkert. Fra under 100 tilfeller per år i år 2000, til over 2500 tilfeller per år i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2018a). Uavhengig av dette kan man slå fast at tiltakene har vært forebyggende hvis vi sammenligner oss med resten av verden. Nylige tall viser at de mest vanlige resistensmekanismene er ansvarlig for over 33000 dødsfall i Europa årlig. MRSA står alene for mer enn 7000 av disse (Cassini et al., 2019). For Norge sin del dør mellom 59 til 79

mennesker per år av resistente bakterier. Av disse utgjør MRSA 5-6 dødsfall. Dette utgjør ikke i seg selv et folkehelseproblem i Norge, men tallene utenfor Norden viser at det er viktigere enn noen gang å opprettholde fokuset på denne utfordringen. Internasjonalt er dette bare et akselererende problem (WHO, 2018). I en mer og mer globalisert verden vil flere tilfeller av MRSA bli importert fra utlandet. Enten ved at nordmenn tar de med seg hjem fra utenlandsopphold eller at utlendinger bringer det inn i landet. Det vil derfor være vitalt at vi har oppfølging av MRSA (og andre resistentmekanismer) som fungerer. Når infeksjoner ikke lengre kan behandles med antibiotika som vi vanligvis ville brukt, må dyrere medisiner benyttes. Dette forlenger sykdomsforløpet og behandlingsforløp. Kostnaden øker selvfølgelig, men mest skremmende er at det vil få konsekvenser for den moderne medisinen slik vi kjenner den i dag. Operasjoner som er ren rutine, med god prognose, vil bli mye farligere uten effektiv antibiotika. Tarmkirurgi, organtransplantasjoner og kreftbehandling og kirurgi er helt avhengig av effektiv antibiotika. Antibiotikaresistens er en av de største truslene for den globale helsen i verden i dag (WHO, 2018).

5 Bakgrunn

5.1 Antibiotika og antibiotikaresistens

Infeksjoner har alltid spilt en stor rolle i menneskets historie og alltid påvirket folkehelsen. Parallelt har mennesket alltid prøvd å helbrede og bekjempe sykdom utfra den forståelsen de har hatt i den aktuelle tiden for hvorfor sykdom oppstår. Selv før man visste hva mikroorganismer var, var det samfunn som benyttet seg av midler som hadde effekt mot noen spesifikke infeksjoner. Man kan si at utvikling av kjemiske substanser til bekjempelse av infeksjoner kan deles i tre perioder. Første periode strekker seg fra 1600-tallet hvor ekstrakter fra kinabark og ipecacuanbusken i Sør-Amerika viste seg å kunne kurere malaria og amøbedysenteri. Neste periode går fra ca. 1850-tallet og frem til 1930-årene, hvor man utviklet flere syntetiske midler. Dette arbeidet kulminerte med fremstillingen av sulfonamidene. Sulfonamidene viste seg å være effektiv mot en rekke infeksjoner uten at man helt hadde kartlagt virkningsmekanismene før lenge i etterkant (Andresen, 2019). Tredje perioden kan vi si startet med Alexander Flemings (1881-1955) oppdagelse av penicillinet på slutten av 1920-tallet. Det tok ennå ti år før man hadde medisiner som kunne brukes og det gikk enda et tiår til siste del av 1940-tallet får utviklingen skjøt fart og en rekke antibiotika ble utviklet (Solberg, 2013). Tiden frem til midten av 1960-tallet blir kalt antibiotikaenes gullalder. Etter dette ble fremstillingen av ny antibiotika gradvis sjeldnere. Begrepet antibiotika ble først tatt i bruk av Selmán Waksman (1888 – 1973) i 1942 (Spring, 1975). Han definerte antibiotika som stoff produsert av mikroorganismer og som dreper eller hemmer veksten av andre mikroorganismer. Denne definisjonen var lenge i bruk, men etter hvert ble stoffer som har blitt fremstilt syntetisk innlemmet (Solberg, 2013). Faktum er at etter 1987 er det ikke oppdaget nye med nye virkningsmekanismer og at nesten all antibiotika som brukes i dag tilhører klasser som ble oppdaget før 1970 (Solberg, 2013). Dette er illustrert i figur 1.



Figur 1 - Discovery void (Gwynn, Portnoy, Rittenhouse, & Payne, 2010)

Årsaken til at utviklingen har stoppet opp er sammensatt (Gwynn, Portnoy, Rittenhouse, & Payne, 2010). Men det er liten tvil om at det er større økonomisk gevinst i å utvikle medisiner til å behandle kroniske tilstander, enn mot infeksjoner som behandles over en kort periode (Projan, 2003).

Omtrent samtidig med at Alexander Fleming mottok sin nobelpris i 1945 (Medicinska Nobelinstituttet, 2017), advarte han mot at misbruk av penicillin kan føre til seleksjon av bakterier som er resistente mot penicillinet. En forklaring på hva antibiotikaresistens er «*at bakteriene er motstandsdyktige mot antibiotika. Det vil si at et antibiotikum ikke klarer å drepe eller hemme veksten av bakteriene, slik at en eventuell infeksjon ikke kureres*» (Antibiotika.no, 2015).

Fleming fikk sørgelig rett. Bare ti år etter at penicillinet ble tilgjengelig til allmenn bruk, var penicillinresistens et faktum (Rosenblatt-Farrell, 2009). Siden den gang har en rekke typer resistensmekanismer kommet til og dette har vokst seg til å bli en trussel for den globale folkehelsen (WHO, 2018).

5.2 Gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*)

Stafylokokker ble første gang påvist i 1881, inndeling i gruppene gule og hvite stafylokokker ble første gang beskrevet i 1884 (Wikipedia, 2019). Stafylokokker er helt vanlig og naturlig bakterie ute i naturen og finnes hos både mennesker og dyr. Det finnes mer enn 30 forskjellige

underarter, svært få av dem har evne til å skape sykdom. Gule stafylokokker er den vanligste kilden til infeksjon hos mennesker av disse underartene (Folkehelseinstituttet, 2018b). Omlag tjue til tretti prosent av den norske befolkningen er bærere av fra tid til annen (Folkehelseinstituttet, 2017). Dette er en bakterie vi kan ha på hud eller i nesen uten at vi merker at den er der. Dette kalles bærerskap. Den er også kjent for å skape infeksjoner. Som regel ganske ufarlige hud og sårinfeksjoner. Men har potensialet for ganske dramatiske forløp. Det avhenger ofte av menneskets motstandskraft, men også hvis mikroben kommer innenfor kroppens naturlige barrierer (hud og slimhinner). Gule stafylokokker kan produsere giftstoffer som kan blant annet forårsake matforgiftning (Folkehelseinstituttet, 2018b). Gule stafylokokker er den mest vanlige mikroben ved sykehusoppståtte infeksjoner (Klein, Smith, & Laxminarayan, 2007). Fordi den er kjent for å skape sykdom er det naturlig at den er der de syke er. Den blir av den grunn betegnet som en sykehusbakterie.

5.3 Smittemåte

Gule stafylokokker smitter primært via kontaktsmitte (Folkehelseinstituttet, 2018b). Enten ved direkte kontaktsmitte, der det er en direkte fysisk kontakt med en bærer og en annen person. Eksempel på kan være fra pasient til pleier som har fysisk kontakt i en stellesituasjon. Eller ved indirekte kontaktsmitte, der smitten overføres via et forurenset mellomledd. Det kan være dørhåndtak, kaffekanner eller som i eksemplet over, hvis pleieren ikke utfører korrekt håndhygiene før han går til neste pasient. Da blir pleierens hender det forurensete mellomleddet. I enkelte situasjoner kan også smittemåten være luftbåren. Når bærerskapet sitter i halsen og den som blir eksponert for smitten blir truffet av dråper ved hoste eller når helsepersonell utfører en prosedyre i hals/luftveier på pasienten. Stafylokokkene kan også smitte via støv som virvles opp i luften og setter seg i nesen.

5.4 MRSA

MRSA står for meticillinresistente *Staphylococcus aureus* og betyr rett og slett meticillinresistente gule stafylokokker. Etter penicillin ble tatt i bruk utviklet de fleste gule stafylokokkene resistens. På 1950-tallet tok man i bruk meticillin som erstatning for penicillin, men allerede tidlig på 1960-tallet kom de første rapportene om resistens også mot dette. Nå er ikke meticillin lengre ett antibiotika som brukes i noen større grad, men betegnelsen henger fortsatt med. MRSA er ofte resistent mot flere typer antibiotika. Når

MRSA vokste frem var den relatert til helseinstitusjoner. Dette stemmer fremdeles i dag, men man har sett at MRSA også har blitt fremtredende ute i samfunnet ellers og i tilknytning til dyrehold (Folkehelseinstituttet, 2018b).

5.5 Nasjonal oppfølging av MRSA

Norge har tidlig hatt et ønske om å hindre at vi skulle få den samme utviklingen her som i store deler av verden. Nederland og Norden har tradisjonelt hatt en restriktiv antibiotikapolitikk. Hvor reseptordningen har bidratt til at antibiotikaforbruket aldri har blitt så ekstrem som man har sett i andre land. Det ble tidlig på 2000-tallet klart at man måtte innføre tiltak. Norge fikk sin første nasjonale veileder i 2004 (Folkehelseinstituttet, 2004) og fulgte opp med en oppdatert versjon i 2009 (Folkehelseinstituttet, 2009). De øvrige nordiske landene fikk også sine tilsvarende på plass i samme tidsperiode. Nederland har noen år før satt standarden for den «seek-and-destroy» tilnærmingen som de nordiske landene langt på vei har kopiert (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 69). MRSA er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995a). I dette begrepet er knyttet opp mot smittevernloven og tilhørende forskrifter som fører med seg rettigheter, tiltak og plikter. Allmennfarlige smittsomme sykdommer skal meldes inn sentralt via MSIS (*MSIS-forskriften*, (2003)). Veilederen og dens tiltak er forankret i smittevernloven (1994). Det er disse tiltakene som presenteres videre.

Strategien er som følgende i de forskjellige delene av helsetjenesten (Elstrøm & Aavitsland, 2008):

Sykehus

I sykehus letes det aktivt etter MRSA hos både pasienter og ansatte. De personene som har økt risiko for å være bærer skal undersøkes ved innleggelse og ansettelse. Tiltakene for å hindre smittespredning er å isolere pasienter og arbeidsrestriksjon for ansatte. For begge gruppene ønsker man å sanere bort bærerskapet.

Sykehjem

I sykehjem letes det aktivt etter MRSA hos både pasienter og ansatte. Som i sykehus ønsker man å sanere bort bærerskapet hos begge gruppene. Arbeidsrestriksjon anbefales for ansatte som er MRSA-bærere, mens man ikke isolerer beboere. Pleiepersonell benytter seg av forsterkede smitteverntiltak, som beskyttelsesutstyr i nærkontakt med disse beboerne.

Hjemmesykepleie

I hjemmesykepleie anbefales det å undersøke ved mistanke eller i forbindelse med smitteoppsporing rundt nyoppdagede tilfeller. Her anbefales smittebegrensede tiltak som sanering av bærerskap hos begge grupper, samt at ansatte benytter seg av forsterkede smitteverntiltak som beskyttelsesutstyr i nærkontakt med brukerne. Arbeidsrestriksjon anbefales ikke for ansatte i denne delen av helsetjenesten.

Utenfor fast helsetjeneste

Alle personer skal tilbys å sanere bort MRSA-bærerskap. Utover dette anbefales det utfra hvor infeksjonsmottakelig personen er eller hvis vedkommende har tilstander eller arbeid som tilsier at han kommer i hyppig kontakt med helseinstitusjoner.

5.5.1 Aktører

Under presenteres aktører som er involvert i den nasjonale beredskapen for å hindre spredning av MRSA i helsetjenesten. Både nasjonalt og lokalt.

Nasjonale aktører

Nasjonalt er det myndighetene med Stortinget og departement som er ansvarlig for lover og forskrifter. I tillegg utarbeides det nasjonale retningslinjer eller nasjonale faglige anbefalinger fra aktører som Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet. Det er Folkehelseinstituttet som har utarbeidet MRSA-veilederen, som da er nasjonal faglig anbefalinger. Folkehelseinstituttet er en nasjonal kompetanseinstitusjon som vanligvis ikke har direkte kontakt med helsepersonell, men det kan nevnes at de har en telefontjeneste (Smittevernvakta) hvor det er

mulig å innhente råd. I tillegg har man Statens helsetilsyn som har tilsynsmyndighet i forhold til helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten

Det er smittevernavdelingene tilknyttet hvert sykehus som fungerer som kompetanseknutepunkter lokalt. Loven pålegger spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 6-3). Denne bistanden gjelder også smittevernekspertise.

I Østfold er det inngått flere forskjellige avtaler med de kommunene som er innenfor nedslagsfeltet til Sykehuset Østfold. En av disse er en avtale om smittevernbistand, som de fleste kommunene i fylket (minus Rømskog og pluss Vestby) har sluttet seg til. I avtalen er smittevernavdelingen ansvarlig for å etablere og revidere infeksjonskontrollprogrammet (IKP), som kommunene er forpliktet å følge (Avdeling for smittevern, Sykehuset Østfold, 2018 og 2019). Kommunene er forpliktet til å ha IKP (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005, § 2-1) og det skal inneholde alle nødvendige tiltak for å forebygge infeksjoner, samt håndtering og oppfølging av utbrudd. IKP inneholder blant annet basale smittevernrutiner og tiltakene i fra MRSA-veilederen. MRSA-veilederen er nasjonal og til tross for at den er omfattende, omhandler den ikke alle aspekter av MRSA-oppfølgingen. Prosedyreverket som IKP representerer inneholder prosedyrer og rutiner som komplimenterer og utdyper veilederen. Smittevernavdelingen har i tillegg laget en miniveileder om MRSA (2019). Som er en sammenfatning av anbefalingene, prosedyrer og retningslinjer til fastleger og sykehjemsleger. Dette er et tiltak for å gjøre tiltakene mer tilgjengelig og mer praktisk anvendbart. I tillegg innebærer avtalen at smittevern skal gi undervisning, rådgivning, legge til rette for infeksjonsovervåking, samt være behjelpelig ved smitteoppsporing m.m.

Kommunen og kommunelegen

Helse- og omsorgstjenesteloven sier noe om hvilket helsetilbud som kommunene skal yte (2011, § 3-2). Kommunene har også et ansvar for tilrettelegging slik at fastleger kan være en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 8). Pleierelaterte tjenester som utføres i heldøgns institusjoner omfattes av forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005). Det sentrale punktet i denne forskriften er

at institusjonene skal ha et infeksjonskontrollprogram (IKP). Den plasserer ansvaret for utarbeidelse, iverksettelse og vedlikehold hos ledelsen av institusjonene. I Østfold har som nevnt kommunene inngått en avtale med sykehuset om at Smittevern avdelingen har ansvaret for IKP. De som jobber ved institusjonen, har en plikt til å kjenne til IKP og en plikt til å følge det. Viktig å nevne at forskriften ikke gjelder for helsetjenester utenfor institusjon, så for hjemmesykepleien er det ikke samme kravet til å ha et eget IKP. Smittevernloven (1994) forankrer alt smittevern arbeid. Den inneholder overvåkende, forebyggende og begrensende tiltak mot smittsomme sykdommer. Hovedformålet er å verne befolkningen og sikre at nødvendige smitteverntiltak blir utført og at dette blir samordnet. Smittevernloven plasserer smittevernansvaret i en kommune hos kommunen og kommunelegen (1994, § 7-1 og § 7-2). Her står det klart hvilke oppgaver kommunelegen skal utføre. I og med dette overordnede ansvaret, skal vurderinger relatert til allmennfarlige smittsomme sykdommer gjøres i samråd med blant annet kommunelegen. I tillegg skal kommunelegen bistå de i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer.

Fastlegen

Fastlegen (eller behandlende lege) er den som har ansvaret for den individuelle oppfølgingen. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012, § 19) slår fast at fastlegen har ansvar for koordinering og samarbeid. Med dette menes at fastlegen er ansvarlig for å samkjøre de medisinskfaglige tjenestene som en person mottar og i tillegg skal fastlegen samarbeide med andre som yter tjenester. MRSA er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og det utløser en del plikter hos behandlende lege. Blant annet skal legen gi informasjon og smittevernveiledning (Smittevernloven, 1994, § 2-1). Denne informasjonen skal ikke bare være om hva MRSA er, men gi personlig smittevernveiledning i forhold til andre situasjoner og problemstillinger som kan og oppstår i hverdagen. Eksempler på dette kan være arbeidsrestriksjoner. Kan man jobbe? Hva med skoler og barnehager? Kan man gå til frisør m.m. Folkehelseinstituttet har utarbeidet et informasjonsskriv som fastlegen kan benytte seg av til formålet (Folkehelseinstituttet, 2016b). Behovet for sanering skal vurderes, men uansett skal alle som har fått påvist MRSA få til bud om dette. Videre skal han avgjøre om det er nødvendig med smitteoppsporing for å finne andre tilfeller. Det er spesielt anbefalt å undersøke og sanere hele husstander hvis pasient eller andre i husstanden arbeider i helsetjenesten, er bruker av eller er planlagt innlagt/henvist til helsetjeneste. Og ikke minst der husstandsmedlemmer har nedsatt immunforsvar eller har risikofaktorer for bærerskap.

Fastlegen er i tillegg ansvarlig for å følge opp med kontrollprøver hos de som har gjennomgått en sanering (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 43)

Annet helsepersonell

Annet helsepersonell inkluderer alle som er involvert i oppfølgingen av en MRSA-bærer, enten det er i eller utenfor helseinstitusjon. Hver enkelt har en selvstendig plikt etter helsepersonelloven (1999, § 4) å utføre arbeidet på en forsvarlig måte. Dette innebærer å arbeide på en slik måte at ikke pasienter utsettes for unødvendig smitte eller smitterisiko. Ledere av de kommunale virksomhetene, har et ansvar for at arbeidet blir organisert slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, § 16). Ledelsen har et ansvar for at personell har kjennskap til infeksjonskontrollprogrammet og dets innhold, samt at infeksjonskontrollprogrammet benyttes i den daglige pleie og omsorg (Akselsen, 2018).

MRSA-bæreren

Den som får påvist MRSA har også rettigheter og plikter. Legen har en plikt til å gi informasjon og personlig veiledning. I og med at MRSA er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom har MRSA-bæreren rett til gratis legehjelp og behandling (Smittevernloven, 1994, § 6-2). MRSA-bæreren er pliktet til å ta imot og følge den informasjonen og personlige smittevernveiledningen som legen gir (Smittevernloven, 1994, § 5-1).

5.5.2 Basale smittevernrutiner

Basale smittevernrutiner er rutiner for å hindre smittespredning generelt i helsetjenesten. Etterlevelse av disse prinsippene er viktig for et effektivt smittevern. De er gjeldende uavhengig om det er kjent smitte eller ikke hos pasientene. Hovedprinsippet er at alle kroppsvæsker, ikke-intakt hud og slimhinner kan inneholde smitte. Elementene i basale smittevernrutiner er som følger: *håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse mot stikkskader* (Folkehelseinstituttet, 2010).

I tillegg kan disse rutinene utvides til isolering ved kjent eller mistenkt infeksjon med enkelte mikroorganismer. Dette gjelder for eksempel MRSA ved innleggelse i sykehus og noe i sykehjem. Basale smittevernsrutiner er en integrert del av infeksjonskontrollprogrammet.

5.5.3 MRSA-veilederen – noen utvalgte deler

Videre vil noen av anbefalingene i veilederen bli gjennomgått mer inngående, men kun de delene som er relevante for oppgaven. Tiltakene i veilederen baserer seg på en god etterlevelse av de basale smittevernsrutinene.

Hvem skal undersøkes for MRSA?

Kriteriene for å undersøkes for MRSA er som følger ((Folkehelseinstituttet, 2009, s. 16):

- Alle som tidligere har fått påvist MRSA og ikke har blitt oppfulgt korrekt (mer enn 12 mnd.).
- Alle som siste 12 måneder har fått påvist MRSA, selv om kontrollprøver i etterkant har vært negative.
- Alle som har bodd i samme husstand eller har vært i nærkontakt med en MRSA-bærer uten adekvat beskyttelse.
- Alle som siste 12 måneder har vært innlagt i helseinstitusjon utenfor Norden
- Alle som siste 12 måneder har mottatt omfattende behandling eller undersøkelse i land utenfor Norden
- Alle som har jobbet som helsearbeider og/eller har arbeidet i barnehjem eller flyktningleir i land utenfor Norden
- Alle som siste 12 måneder har opphold seg mer enn 6 uker sammenhengende i land utenfor Norden og har risikofaktorer for bærerskap, som hud og sårinfeksjon, kroniske hudlidelser eller innlagt medisinsk utstyr gjennom hud og slimhinner.

Prøvetakingslokasjoner

Når man tar prøver for å sjekke om vedkommende er bærer av MRSA tas det fra følgende lokasjoner (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 17):

- Ytterst i hvert nesebor

- Svelgvegg og mandlene begge sider.
- Perineum – området rett før anus.
- Sår eksem, ferske arr og andre defekter i huden
- Innstikksteder for fremmedlegemer
- Urinprøve hvis personen har permanent urinveiskateter

Håndtering i sykehjem

MRSA-bærer i sykehjem anbefales å tildeles enerom. Langvarig isolering anbefales ikke. Kortvarig kan være aktuelt i den første fasen eller under aktiv infeksjon. Når beboeren ikke isoleres, skal personalet bruke beskyttelsesutstyr ved undersøkelse og behandling. I tillegg ved pleie, rengjøring og sengereing. Beskyttelsesutstyret tas av og håndhygiene utføres før rommet forlates. Videre anbefales at beboeren er ferdig stelt, er ren og pen i tøyet og har nye bandasjer og bleier, samt at berøringspunkter er desinfisert på rullator, rullestol eller lignende og utført håndhygiene før han entrer fellesarealer. Det anbefales at pasientens rom rengjøres og berøringspunkter desinfiseres hver dag. Sengetøy byttes hver dag. Avfall og skittentøy fjernes. I avdelingens fellesarealer er det ingen andre tiltak enn basale smittevernsrutiner. Andre beboere og besøkende bør oppfordres til god håndhygiene. Men veilederen anbefaler ikke lengre opphold i andre avdelinger eller nærkontakt med beboere fra andre avdelinger. Videre anbefales det at undersøkelse, trening og behandling skal foregå i beboerens rom eller avdeling.

Håndtering i hjemmesykepleien

Tiltakene i hjemmesykepleien avviker en del fra tiltakene som gjelder i sykehjem. Her flyttes tjenesten ut fra helseinstitusjon og inn i det private hjem. Ansatte skal bruke beskyttelsesutstyr når de undersøker og behandler. I pleiesituasjoner og på- og avkledning, samt ved håndtering av brukt tøy, sengereing og rengjøring. Det er vanlig rengjøring som gjelder i brukerens hjem. Rengjøringsutstyret skal ikke brukes andre steder. Utover å være ren, pen og utføre håndhygiene, er det ingen andre smitteforebyggende tiltak. Hvis vedkommende skal i kontakt med helsetjenesten, så oppfordres han til å opplyse om bærertilstanden. Fastlegen må opplyse om dette i henvisningen til behandling/undersøkelse.

Håndtering i helsetjenester utenfor institusjon og hjemmesykepleie

Med helsetjenester utenfor institusjon og hjemmesykepleie menes alle de behandlings- og undersøkelsessteder som ikke er tilknyttet en helseinstitusjon. Som for eksempel fastlegekontor, tannlegekontor, helsesøstre og fysioterapeuter og liknende. Etterlevelse av basale smittevernsrutiner skal ligge i bunn og virksomheter av denne typen. Det anbefales å ha et internkontrollsystem med nedskrevne rutiner for hvordan man skal håndtere MRSA-smitte.

Sanering av bærerskap

Sanering er destroy delen av «Seek & destroy»-tilnærmingen veilederen bygger på (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 21). Dette er en behandling som tar sikte på å fjerne MRSA-bærerskapet fra de som bærer den. Alle som får påvist MRSA skal få tilbud om å gjennomgå behandling som tar sikte på å fjerne MRSA. Før sanering kan begynne bør aktive infeksjoner være ferdigbehandlet og alle andre i husstanden er kartlagt. Selve saneringen består av 5-10 dager hvor MRSA-bæreren smører inn hele kroppen to ganger pr dag med et desinfeksjonsmiddel (klorheksidinglukonatoppløsning). Løsningen dusjes av mellom hver gang. Nye rene håndklær hver gang. I tillegg skal man skifte tøy og sengetøy hver dag. Ny tannbørste etter hver gangs bruk. Man skal ikke ta tannkrem rett fra tuben. Sminke og kremer må ofte kastes. Hvis man har MRSA i nesen skal man smøre ytterst i neseborene daglig med antibakteriell salve (Mupirocin). Hvis det er påvist MRSA i hals skal man bruke bakteriedrepende gurglevann (klorheksidin). Halsbærerskap har vist seg å være vanskelig å fjerne (H. S. M. Ammerlaan et al., 2011) og vil ofte gjøre at behandlende lege (ofte i samråd med smittevernoverlegen) velger å sette vedkommende på systemisk antibiotikabehandling.

Oppfølging etter sanering

Etter saneringen er gjennomført skal det tas kontrollprøver. Komplette sett hver gang (minimum nese, hals og perineum). Det skal tas kontrollprøver etter en, to og tre uker etter fullført sanering. Hvis alle disse prøvene er negative for MRSA, kan man si at saneringen har vært vellykket. Men man har sett at MRSA har vokst frem igjen etter dette og veilederen krever derfor at MRSA-bæreren følges opp med nye kontrollprøver etter tre, seks og tolv måneder år før man kan frikjenne helt (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 22).

5.6 Erfaringer med MRSA-bærerskap

Det er flere studier som presenterer erfaringer med MRSA. De fleste norske studiene som omhandler MRSA er epidemiologiske som ser på forekomst og smitteveier eller studier av konkrete utbrudd på en institusjon eller lignende. I tillegg finnes det mange som går på påvisingsmetoder og som er mikrobiologisk relaterte. Det er kun funnet en norsk studie som ser spesifikk på opplevde erfaringer hos helsepersonell. Av utenlandske studier er det naturlig å se til øvrige land i Norden, samt Nederland, da disse landene har samme tilnærming (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 69).

MRSA-veilederen hadde i sin tid sitt utspring fra Nederland. I etterkant av implementeringen har man sett på effekten av å ha en veileder og effekten av den anbefalte saneringsbehandlingen. Funn der viser at man lykkes å fjerne MRSA hos 80 % av de som gjennomførte et saneringsregime. 63 % lykkes etter en gangs forsøk. Interessant er at sannsynligheten for å lykkes økte med 20 % hvis man fulgte det anbefalte saneringsregimet. De har i tillegg sett på hvilke faktorer hos bæreren som gjør at man mislykkes. De mest betydningsfulle determinantene for å mislykkes ved første forsøk var (odds ratio i parentes); KOLS (OR 5,1), halsbærerskap (OR 3,6), avhengig av hjelp i hverdagen (OR 2,7), har innlagt et fremmedlegeme gjennom hud eller slimhinner (OR 2,4) eller perianalt bærerskap (OR 2,0) (H. S. M. Ammerlaan et al., 2011).

For at man skal kunne ha så gunstig oppfølging som mulig er det viktig at det helsepersonellet som følger opp MRSA-bærere har kunnskap om hva MRSA er og hvordan det smitter, samt at de er kjent med de forskjellige elementene i oppfølgingen (Lindberg, Skytt, Högman, & Carlsson, 2012). Litteraturen viser at det ikke nødvendigvis er tilfelle at helsepersonell har denne kunnskapen.

En skotsk studie viste et sviktende kunnskapsnivå hos både leger og sykepleiere vedrørende kunnskap om MRSA (Easton et al., 2007). De fleste hadde kjennskap til hva MRSA var, men 74 % visste ikke de vanligste lokasjonene for infeksjon. I tillegg fant de mangler i kunnskap om behandling hos begge gruppene. 68 % uttrykt at de trengte mer informasjon eller opplæring. En svensk studie så på kunnskap i tillegg til atferd og holdninger hos sykepleiere ansatt i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Uavhengig av hvilket nivå i helsetjenesten de arbeidet vektet sykepleierne sitt eget ansvar høyt med tanke på å hindre smittespredning. Studien fant en forskjell i at de som jobbet på infeksjonsmedisinsk avdeling vektet sitt eget ansvar for oppfølging av smittevernrutiner relatert til resistente mikrober høyere, enn de som

ikke jobbet ved en slik spesialavdeling. Forskjellen lå i kunnskapsnivået (Lindberg et al., 2012).

Erfaring med å være en MRSA-bærer har blitt beskrevet i flere studier. En svensk studie hadde som hensikt å utforske individuell erfaring og forståelse av MRSA-kolonisering (Lindberg, Carlsson, Högman, & Skytt, 2009). Gjennom intervjuer av MRSA-bærere beskrives flere interessante erfaringer. De erfarte at hvis de ikke hadde en pågående infeksjon, så merket man ikke fysisk at man hadde MRSA. Det ble også beskrevet flere negative erfaringer i forhold til omgivelsene. MRSA-bærerens møte med familie og venner, samt i møte med helsetjenester. Andre erfaringer var at bæreren ikke visste hva MRSA var og ei heller hvor denne smitten kom fra. Deltakerne beskrev det å være kolonisert med ord som; avsmak, usikkerhet, å være uren, ha pest, bakteriefrykt, psykologisk stress og redsel for ikke å oppføre seg korrekt. Studien ser også på erfaringer knyttet til kontakt med helsetjeneste. Det ble en opplevelse av restriksjoner og rutiner i helsetjenesten. Der beskrev de at de ikke fikk lov til å besøke familie og kjente som var innlagt på sykehus. Når de selv var i kontakt med helsetjenesten ble de møtt av personell som kledd som om de var klare for en reise til det ytre rom. De hadde også erfart at når man skulle til undersøkelse fikk man ikke benytte hovedinngangen, men ble loset inn via en bakdør og inn til et tømt undersøkelsesrom. På grunn av bærerskapet opplevde de store forskjeller i møte med ulike helsearbeidere. Det var forskjeller i hva slags informasjon som ble gitt – spesielt i forhold til alvorligheten av et MRSA-bærerskap. Informasjonen som ble gitt var som regel adekvat, men mangelfull. Ofte for mye informasjon på samme tid. De opplevde også mangelfull oppfølging. Det konkluderes med at skal MRSA-bæreren føle seg godt ivaretatt, kreves det at helsepersonell har kunnskap om MRSA og smittevernrutiner. Samt evner å være empatisk i sitt møte med bæreren. Integritet er viktig. Møter ble både beskrevet som lette og som besværlig. Det siste hvis helsepersonell oppførte seg som om bæreren var en smittsom person.

Forekomsten av MRSA er lav i vår del av verden. Helsepersonell opplever MRSA som en trussel og hevder at prosedyrer som man sjelden gjør, som det å håndtere MRSA-bærere, får dem til å føle redsel og usikkerhet (Maria Lindberg, Carlsson, & Skytt, 2014). Helsepersonell mente at den lave prevalensen av MRSA i Sverige gir en begrenset mulighet til å få kompetanse. Dette sammenfaller med en annen studie hvor 80 primærleger fra flere land i Europa ble intervjuet og det konkluderes med at de fleste legene oppfatter antibiotikaresistens som et nasjonalt problem, men ikke et problem i den daglige praksisen (Wood et al., 2013).

En svensk studie har sett på pleiepersonells erfaringer med pasienter med påvist MRSA (Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm, & Fossum, 2016). Følgende temaer utkrystalliserte seg i analysen: «*Føle seg uvitende*», «*Redd og utrygg*», «*Føle seg kompetent og trygg*» og til slutt «*Føle seg stresset og overarbeidet*». Studien viste at kompetanse var en viktig faktor som styrte hvilke erfaringer man satt igjen med til slutt. Hvor det å ha kompetanse gav trygghet, mens uvitenhet førte til følelse av frykt og utrygghet. «*Redd og utrygg*» ble beskrevet å få konsekvenser for pleien til MRSA-pasienten, da egentlig ingen hadde et ønske om å pleie eller gå inn på rommet til denne pasienten. Det ble erfart at å få en slik pasient kunne skape konflikter på arbeidsplassen. Man vil ikke ha ansvaret for pasienten. De som ble intervjuet beskrev også mindre direkte hudkontakt med en MRSA-bærer enn med andre pasienter. Det ble også beskrevet at pasienten ble oversett og av den grunn kunne oppleve at han ikke fikk tilstrekkelig informasjon om sin tilstand. Helsepersonell som uttrykte denne frykten fortalte samtidig at hvis de hadde blitt kurset, samt hatt kontakt med smittevern i forkant ville de antakelig behandlet pasienten annerledes. Temaet «*Føle seg kompetent og trygg*» viser at jo mer man kunne om MRSA, jo mer positiv var man til denne pasientgruppen. Det var et funn at jo flere MRSA-pasienter de hadde hatt erfaringer med, jo tryggere følte de seg. Siste tema var «*Føle seg stresset og overarbeidet*». De fleste intervjupersonene uttrykte at det medførte økt arbeidsbelastning å ha ansvaret for en MRSA-pasient. Denne økte arbeidsbelastningen førte samtidig for at stressnivået økte. I en fra før hektisk arbeidsdag skal man i tillegg ha en MRSA-pasient, hvor man isolerer og som man måtte ha på seg beskyttelsesutstyr for hver gang man skulle i kontakt med. Det ble beskrevet at i perioder hvor arbeidsbelastningen var spesielt høy kunne det føre til at rutiner ble strukket, på bekostning av hygien, for å klare rekke alle oppgavene i hverdagen. En norsk studie har sett på helsepersonells erfaringer med å pleie MRSA-bærere i til sammen 42 sykehjem i Oslo (Thorstad, Sie og Andersen, 2011). De fant blant annet at sykehjemmene var preget av å være gamle. Med fellesbad og ingen mulighet til å isolere. Lokalene vanskeliggjorde rutiner med desinfeksjon av overflater. Det ble beskrevet at sykehjemmene var underbemannet. Erfaringene var at det var vanskelig å oppretthold en god smitteforebyggende standard under slike forutsetninger. Bemanningen besto i tillegg av en høy andel ansatte uten helserelatert erfaring (studenter). 17 % hadde erfaring med MRSA fra før og kun 7 % av sykepleierne hadde erfaring med flere enn ett tilfelle. Det kommer frem at helsepersonellet var redd for å få MRSA i en slik setting. Studien konkluderer med at over 50 % av de ansatte beskrev at de var bekymret for å miste jobben på grunn av økt risiko for smitte. Det fremkom erfaringer med at kollegaer hadde sluttet i jobber på grunn av smitrefrykt.

Litteraturen viser at det har noe for seg å følge de nasjonale anbefalingene. Man har en større sannsynlighet for å lykkes med å fjerne MRSA hos bæreren. Dog viser forskningen at det kan være en stor belastning å være MRSA-bærer. Kunnskap er en viktig faktor for både bærer og helsepersonellet. Kunnskap er viktig for bæreren for å forstå situasjonen. Kunnskap og erfaring er viktig for helsepersonellet for å håndtere MRSA på en trygg måte slik at en ikke utsetter seg selv og andre for smitte. Studiene over viser at der kunnskap og erfaring mangler utfører helsepersonell handlinger som ikke alltid samsvarer med retningslinjene.

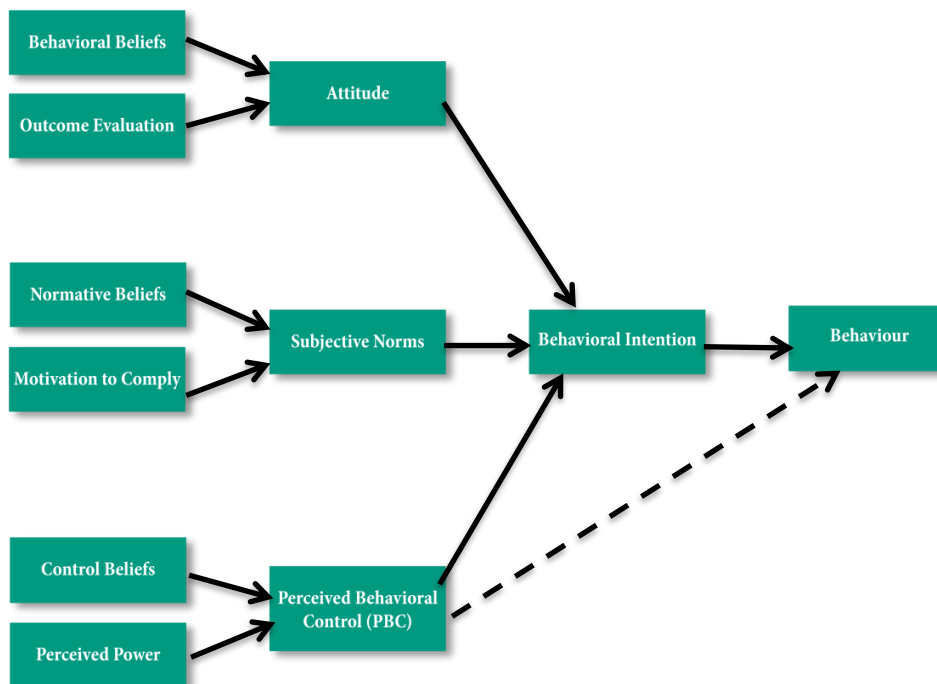
5.7 Samhandling

Som beskrevet tidligere er det mange aktører involvert i oppfølgingen av MRSA. Det er klart at det vil være større eller mindre grad av samhandling rundt enkelttilfeller med MRSA-bærerskap. Avhengig av aktuelle sykdommer eller andre psykososiale faktorer. Myndighetene legger opp til mer vertikal og horisontal samhandling i helsetjenesten. Samhandlingsreformen (Helse- og sosialdepartementet, 2009) er et uttrykk for dette og kom på plass for blant annet å motvirke økt fragmenteringen av de tjenestene gis pasienter. Nå er dette et stort felt og langt utenfor hva som er aktuelt i denne oppgaven. Men det kunne vært interessant å se på effekten av samhandling. Reeves, Pelone, Harrison, Goldman og Zwarenstein (2017) har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av tverrfaglig samarbeid for å se om det har effekt på praksis og helsetjenestene som leveres. De finner liten effekt. De finner at en liten positiv effekt på økt funksjonsnivå hos pasienter. De finner en liten forbedring i helsepersonells etterlevelse av retningslinjer og det kan være noe ressursbesparende. Men de finner ingen belegg for å hevde at tverrfaglig samarbeid gir en bedre kvalitet på pleie og behandling. Sørensen, Stenberg, & Garnweidner-Holme (2018) har også gjort en systematisk gjennomgang av litteratur fra Skandinavia for å se på hvilke forutsetninger som må være til stede for å igangsette tverrfaglig samarbeid i norsk primærhelsetjeneste. De finner flere barrierer som gjør tverrfaglig samarbeid vanskelig i norsk primærhelsetjeneste. Forskjellig journalsystem, det må settes av tid, helsepersonell har problemer med å få tak i fastlege. Men Sørensen, Stenberg og Garnweidner-Holme konkluderer med at arbeidspraksis og relasjonene mellom helsetjenesteprofesjonene, ledere og helseinstitusjoner ikke er adekvate på overordnet nivå. Forutsetningene for tverrfaglig samarbeid er for umodent.

5.8 Teori om planlagt adferd

Theory of planned behavior (TPB), eller teorien om planlagt atferd på norsk, er en sosialpsykologisk modell som prøver å forklare hvilke faktorer som fører til en bestemt handling (Ajzen, 1985). Teorien har blitt mye brukt i forbindelse med å forstå og endre til en mer ønsket helsefremmende atferd, som for eksempel slutte å røyke. I litteraturen finner man noen studier som tar i bruk denne teorien for å forklare helsepersonells vilje til å ta i bruk nye retningslinjer og behandlingsmåter. Et par av disse studiene vil bli presentert senere.

TPB har sitt utspring og er en utvidelse av teorien om overveid handling (Theory of Reasoned Action) fra syttitallet. Denne teorien ble utviklet av Martin Fishbein sent på 60-tallet (Fishbein, 1967) og senere utvidet av Icek Ajzen på 80-tallet (Ajzen, 1985). TPB forklarer at adferd er en konsekvens av en persons intensjon. Intensjonen er den sterkeste predikatoren for om en handling kommer til å bli utført eller ikke. Intensjonen påvirkes igjen av tre faktorer; *holdning mot atferden*, *subjektiv norm* og *opplevd atferdskontroll*. Og summen av disse tre faktorene sier noe om hvor sterk intensjonen er for å utføre en spesifikk atferd (Ajzen og Madden, 1986). Under forklares disse faktorene mer inngående.



Figur 2 – Theory of planned behaviour (Ajzen and Madden, 1986)

Holdning mot atferden (Attitude)

Med holdning mot atferden menes «hva tenker jeg?». En positiv eller negativ holdning mot atferden påvirker intensjonen direkte. Denne faktoren påvirkes av to hovedkomponenter; hva vedkommende tror de personlige konsekvensene av å utføre denne handlingen blir (*behavioural beliefs*) og om disse konsekvensene er positive eller negative for vedkommende (*outcome evaluation*). Et eksempel på dette er å begynne å trene. Her er da atferden å trene. Intensjonen er at «jeg ønsker å begynne å trene». Holdningen er da at «å trene er bra for meg». Konsekvensen (*behavioural beliefs*) kan da være «hvis jeg begynner å trene kan det forhindre at jeg får hjerteinfarkt.». Evalueringen (*outcome evaluation*) kan da være «jeg ønsker ikke å få hjerteinfarkt». Vedkommende har da en positiv holdning til det å begynne å trene.

Subjektiv norm (Subjective Norms)

Med subjektiv norm menes «hva tenker andre?». Altså den grad av sosialt press vedkommende føler fra andre. Dette må være personer som er betydningsfulle for vedkommende. Denne faktoren påvirkes igjen av to hovedkomponenter; hva vedkommende tror andre mener er riktig å gjøre (*normative beliefs*) og egen motivasjon til å gjennomføre hva de andre mener man skal gjøre (*motivation to comply*). Begge komponentene må være til stede. Hvis vedkommende tror at «Min kone mener at jeg bør begynne å trene» og konas mening i tillegg betyr mye, så vil vedkommende ha en positiv subjektiv norm som igjen påvirker intensjonen direkte og som øker sannsynligheten for at vedkommende begynner å trene.

Opplevd atferdskontroll (Perceived Behavioural Control (PBC))

Når Ajzen utvidet teorien om overveid handling, lå selve utvidelsen i å legge til opplevd atferdskontroll i tillegg til holdning til atferden og subjektiv norm (Ajzen, 1985). Hvor stor kontroll opplever vi å ha på det som skal skje. Bakgrunnen for dette var at det ikke er slik at intensjonen alltid fører til den samme handlingen. Det er mer som styrer dette. Det kan være ytre forhold eller andre barrierer som styrer aktiviteten direkte. Denne faktoren påvirker ikke bare intensjonen, men kan også påvirke selve adferden direkte. Med opplevd atferdskontroll (*perceived behavioral control (PBC)*) menes «har jeg ferdighetene?» eller «har jeg muligheten?». Vår grad av kontroll over den atferden som skal utføres. Denne faktoren har

iboende to hovedkomponenter; den grad av personlig kontroll vedkommende merker eller føler overfor aktiviteten (*control beliefs*) og hvor ofte barrierer oppstår (*control frequency*). Den første komponenten er knyttet opp til barrierer. Det kan være kunnskap, arbeidsmengde, dårlig vær, familie og fasiliteter. Hvis man ønsker å begynne å trene, men tror ikke man rekker treningsstudioet fordi man har for mye å gjøre på jobben. Da vil arbeidsmengden her være en barriere. Men det avhenger av hvor ofte man har mye å gjøre på jobben om man begynner å trene eller ei. Er det bare i dag man har så mye å gjøre på jobben, eller skjer det flere ganger i uken?

Studier hvor teorien om planlagt atferd er brukt i sammenheng med helsepersonell og retningslinjer

I en finsk studie (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) publisert i *Implementation Science* i 2010 fant de at teorien om planlagt atferd (TPB) var et brukbart fundament for implementering av kliniske retningslinjer i helsesektoren. Bakgrunnen var utviklingen av kunnskapsmoduler integrert i den elektroniske pasientjournalen som en beslutningsstøtte til helsepersonell i kliniske vurderinger. Studien ønsket å se på hvilke faktorer som påvirket helsepersonells intensjon til å ta i bruk dette verktøyet. Målgruppen var leger, sykepleiere og andre helseprofesjoner (fysioterapeuter, jordmødre, tilsvarende helsefagarbeidere med mere) i tre sykehusdistrikter. De fant at leger og sykepleiere var grunnleggende mer positiv til å bruke denne typen beslutningsstøtte, enn andre helseprofesjoner. Hvis man så på yrkesgruppene adskilt og på hvilke faktorer som var viktigst for de som hadde en positiv intensjon, så fant man forskjeller. Hos legene var persipert atferdskontroll den sterkeste faktoren for hva som påvirket intensjonen. Med fokus på innhold og utforming. For sykepleiere og andre helseprofesjoner var subjektiv norm den sterkeste faktoren. Noe som forfatterne mente gav en indikasjon på at de som ble utsatt for et større sosialt press om å bruke beslutningsstøtten var mer positiv til å bruke det, enn de som ikke ble utsatt for dette presset. En israelsk studie har sett på sykepleieres intensjon for ta i bruk retningslinjer og tok utgangspunkt i TPB for å forklare hvilke faktorer som påvirker intensjonen (Kogan og Tabak, 2012). 91 sykepleiere svarte på fire forskjellige spørreskjemaer. Et av hovedfunnene i studien var at de sykepleierne som hadde en positiv opplevd adferdskontroll var de som hadde sterkest intensjon til å arbeide i samsvar med retningslinjer. Klaic, McDermott og Haines (2019) så på hvorfor implementasjon av evidensbasert praksis var så lav i klinisk sektor i Australia. Ved bruk av fokusgrupper ble til

sammen 49 helsepersonell intervjuet. De forskjellige profesjonene ble ikke sett hver for seg. Hovedfunnene var at deltakerne hadde en positiv holdning til å bruke evidensbasert praksis, men *normative beliefs* var lav. Spesielt i de tilfellene hvor arbeidsplassen ikke verdsatte engasjement i å utvikle prosedyrer etter prinsippene med evidensbasert praksis. Disse arbeidsplassrelaterte betingelsene var en sterkere faktor på *opplevd atferdskontroll*, enn personlige faktorer som for eksempel ferdigheter.

6 Målsetning

Antibiotikaresistens er et stadig økende problem. Verdens helseorganisasjon (2014) erklærer at dette er i ferd med å bli en av de store trusslene mot folkehelsen i verden. MRSA er en del av denne trusselen og Norge ønsker å beholde den gunstige forekomsten av MRSA (Departementene, 2015). Men trusselen fra utlandet bare eskalerer, og det er viktigere enn noen gang at vi har effektive tiltak mot en lik utvikling også her. Et av verktøyene er en nasjonal veileder hvor man har samlet de anbefalingene som Folkehelseinstituttet mener helsetjenesten skal følge for å hindre at MRSA etablerer seg (Folkehelseinstituttet, 2009).

MRSA-veilederen er omfattende og kompleks. Det er mange faktorer og mange aktører som kan være involvert samtidig. Det finnes mange studier om hvordan det oppleves å være MRSA-bærer. Det finnes færre om helsepersonells erfaringer med MRSA-bærere. Jeg har funnet lite norsk kunnskap om helsepersonells erfaringer i norsk kontekst. Målsetningen med denne masteroppgaven er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell i Østfold sitter med etter å ha vært involvert i oppfølging av MRSA.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å svare på i oppgaven er som følger:

Hvilke erfaringer har helsepersonell fra sin oppfølging av MRSA-bærere?

7 Metode

Hvilken kunnskap man søker bestemmer forskningsmetoden. I studien ønsket jeg å se på helsepersonells erfaringer. Malterud (2017, s. 30) skriver om kvalitativ forskningsmetode at den åpner mulighetene for vitenskapelig innsyn i menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandling. I studien søker man erfaringer og da vil kvalitativ metode være egnet til formålet.

Datainnsamlingsmetoden som ble valgt var semistrukturert forskningsintervju. Begrunnelsen for dette valget var at dette er den mest egnede metoden for å få frem de personlige opplevelser og erfaringene til intervjupersonene fra sin hverdag (Malterud, 2011 s. 97).

Kvale og Brinkmann definerer et semistrukturert intervju på følgende måte:

«En planlagt og fleksibel samtale som har til formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet» (Kvale and Brinkmann, 2009 s.325).

Planlagt fordi man har et mål og mening med samtalen. Formålet er å prøve å sette seg inn i erfaringer hentet fra intervjupersonenes arbeidshverdag. Prøve å sette seg inn i vedkommendes perspektiv. Et slikt forskningsintervju kan ligne en vanlig samtale, men det er et profesjonelt intervju hvor tema er tenkt grundig igjennom i forkant. Det tiltalte meg også at det skulle forgå tematisk og ikke så stramt strukturert. Ved bruk av åpne spørsmål skulle det være intervjupersonen som bestemmer hvilke erfaringer og opplevelser som han ønsker å løfte frem (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjueren bestemmer tema, men ikke hva intervjupersonen skal mene om det.

Det å utvikle en intervjuguide (Vedlegg 2) viste seg å være en ganske arbeidskrevende prosess. For å holde fokus hadde jeg problemstillingen foran meg hele tiden. For hvert spørsmål brukte jeg kriteriene som beskrevet av Monica Dalen (2011, s.27). Måten spørsmålet blir stilt på skal være utløsende for informantens fortelling og av den grunn var det viktig å vurdere hvert spørsmål nøye. Er spørsmålet klart og utvetydelig? Kan spørsmålet bli feiloppfattet? Er spørsmålet på noen måte ledende? Det er informantens egen fortelling jeg var ute etter. Jeg måtte også være oppmerksom på hvem spørsmålet stiltes til. Det hadde ingen

hensikt å spørre om spesiell kunnskap eller informasjon som kanskje informanten ikke innehar. Viktig var også å spørre seg om spørsmålet rørte innom noe som var sensitivt og hvor det er mulighet for at informanten ikke hadde lyst til å uttale seg om. Man ønsket ikke å sette vedkommende i en vanskelig posisjon. Det kan definitivt virke negativt på den fortellerviljen. Til slutt, gir spørsmålstillingen informanten mulighet til komme med egne og utradisjonelle oppfatninger? Dette har med min forforståelse å gjøre. Være bevist på ikke å låse svarmulighetene, men være åpen på at det finnes alternative oppfatninger. Guiden ble delt inn i følgende deler. Brifing, innledning, hoveddel, avslutning og debriefing. Jeg tilstrebet en tilnærming etter «traktprinsippet» og inndelingen følger dette prinsippet (Dalen, 2011 s. 26). Brifingen i starten setter konteksten for intervjuet. Samtykkeerklæringen går igjennom og underskrives. Jeg forteller om min bakgrunn og formålet med intervjuet. Avklaring av roller og hvordan opptakeren fungerer. Informanten får mulighet til å stille spørsmål før selve intervjuet starter. Selve spørsmålene ble tilstrebet å være åpne. At informanten skulle fortelle fritt. Som intervjuer vet man ikke helt hvilken retning fortellingen tar, men jeg hadde gjort meg noen tanker om hva jeg ønsket å vite og hadde laget underspørsmål som kunne brukes hvis behovet skulle være der. Om fortellingen stoppet opp eller at den tok en annen retning utover tema. Disse underspørsmålene skulle være mitt verktøy til å styre samtalen. Innledningen var ment å ha en pen inngang til tematikken. At man starter litt perifert for det egentlige temaet. Tanken var at informanten skulle fortelle om seg selv og sin bakgrunn. Det ble spurt om utdanning og yrkesbakgrunn, samt om antibiotikaresistens generelt. Dette er viktig fordi jeg ønsket å vite om antibiotikaresistens var et tema under utdanningene og hvor mye informanten har vært borti tematikken i sin yrkespraksis. Dette regnet jeg som viktige bakgrunnsopplysninger i forhold til når informanten skal fortelle om sine erfaringer med å håndtere MRSA-bærere senere i intervjuet. Hoveddelen skulle handle om MRSA. Med åpne spørsmål ønsket jeg å avdekke hvilke personlige tanker de hadde om MRSA. Om hvordan de håndterer MRSA på arbeidsplassen og hvilke roller informanter har. Så fortsatte jeg med å fokusere mer personlig. Problemstillingen spør om erfaringer og erfaringer er personlig opplevelser. Jeg spør om hvilke vurderinger informanten gjør i forhold til MRSA-bærere. I tillegg ønsket jeg å høre om holdningene. Om de oppfører seg annerledes i forhold til denne typen pasienter/brukere kontra andre som ikke har fått påvist MRSA. Om hvor komfortable de er i en slik setting. I tillegg ønsket jeg å høre om hvilke utfordringer de har opplevd. Avslutningsvis ønsket jeg å forhøre meg om hvor de hentet beslutningsstøtte fra. Det er mange aktører og mange forskjellige tilgjengelige ressurser i vår tid. Tanken her var at jeg regnet med å få mange forskjellige svar og at forskjellig yrkesgruppe brukte forskjellige

ressurser. Det ville være spennende å se hvilke samarbeidspartnere som de involverte. Underspørsmålene her hadde jeg tenkt å spørre om veilederen, om IKP. Planen var at hvis det var en fastlege, skulle jeg spørre om kommunelegen. Hvis informanten var pleiepersonell, skulle jeg spørre om både fastlege og kommunelege. I tillegg ville jeg ha med et spørsmål om informasjonen har vært god nok. Helt til slutt i hoveddelen spør jeg om de ser for seg noen forbedringstiltak. Dette var et veldig åpent spørsmål, som ikke pekte på noen spesifikk del av oppfølgingen av MRSA-bærere. Tanken med dette spørsmålet var at det ville belyse de manglene informanten eventuelt har erfart og som ikke har kommet frem tidligere i intervjuet. Avslutningsdelen ble slått sammen med debrifingsdelen, der hovedpunktene i intervjuet oppsummeres av meg og tanken var da å spørre om det er noe som ikke har blitt nevnt som burde nevnes.

7.1 Rekruttering

Inkluderingskriterier var at man var helsepersonell. Arbeidssted i Østfold og har hatt erfaring med oppfølging av en eller flere personer med påvist MRSA. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble ikke forespurt.

Rekruttering av intervjupersoner har forgått via flere kanaler. Først via en henvendelse til et samarbeidsmøte som arrangeres av smittevern avdelingen på sykehuset for samarbeidende kommuneleger. Der ble vi enige om at undertegnede skulle sende kommunelegene en ferdig e-post som de videresendte til fastleger i sine kommuner. I tillegg har rekrutteringen blitt gjort slik at man henvender seg til institusjoner hvor vi visste det har vært MRSA-bærere.

Henvendelsen ble da blitt gjort via leder. Leder har da som regel peket ut nøkkelpersoner som var sentrale rundt den eller de brukerne/pasientene som hadde MRSA. Aktuelle informanter har da blitt kontaktet direkte av meg via telefon eller per epost. De har blitt tilsendt informasjonsskriv i forkant (Vedlegg 1). Innholdet i dette skrivet har blitt gjennomgått på nytt i forkant av intervju og informanten har skrevet under på samtykkeerklæringen da. De har spesifikt måtte krysse av for at de sa seg villig til å la seg intervju. Tabell 1 viser oversikt over informantene i denne studien.

Tabell 1 - Oversikt over informanter

	Kjønn	Aldergruppe	Yrke	Arbeidssted	Kommune- størrelse
Informant1	Kvinne	40-49	Fastlege / Kommunelege	Legekontor	Liten
Informant2	Mann	50-59	Fastlege / Kommunelege	Legekontor	Liten
Informant3	Kvinne	50-59	Helsefagarbeider	Sykehjem	Stor
Informant4	Kvinne	40-49	Sykepleier	Sykehjem	Stor
Informant5	Kvinne	20-29	Helsefagarbeider	Avlastningsinstitusjon for barn	Stor
Informant6	Mann	50-59	Sykepleier	Sykehjem	Stor
Informant7	Mann	40-49	Vernepleier	Bo- og behandling for hjemmeboende (Lett psykisk utviklingshemmede og rus)	Stor

7.2 Datainnsamling

Det har vært et viktig poeng å tilpasse seg informantene slik at det å delta skulle innebære minst mulig ulempe i hverdagen. Det var informantene som bestemte tid og sted. Uten unntak ble alle intervjuene gjort på informantenes arbeidsteder. På forhånd hadde informantene funnet et sted hvor vi kunne snakke uforstyrret. Det kunne være et kontor, møterom eller lignende. Stort sett klarte vi å være uforstyrret. Intervjuene ble gjennomført i perioden mars til juni 2019. Intervjulengde varierte fra ca. 20 til 40 minutter.

Det ble gjort opptak under intervjuet for å få med mest mulig informasjonen. Dette ble gjort ved hjelp av opptaker og en ekstern mikrofon. Videre har opptakene blitt overført til sikker lagring på NMBUs servere. Lydfilene har deretter blitt konvertert fra MPEG-4 til WAV-format via nettstedet online-convert.com. Etter konverteringen var lydfilene klare for transkribering.

Transkribering fra lyd til tekst har blitt gjort ad verbum, ord for ord. Dette ble gjort ved hjelp av dataprogrammet Transcriber v.1.5.1 (Barras et al., 2017). I motsetning til mange andre alternativer var dette et gratis verktøy for segmentering, merking og transkribering av tekst. Transcriber fungerte helt fint til studiens formål.

7.3 Dataanalyse

Dataanalysen har blitt gjort ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC). Metoden ble valgt da den er velegnet og overkommelig for nybegynnere og gir en lettfattelig innføring i kvalitativ analyseprosess på en systematisk måte (Malterud, 2017).

Første trinn begynte allerede under transkriberingen hvor man begynner å skaffe seg et inntrykk av materialet. Når den jobben var gjort ble teksten lest igjennom i sin helhet på nytt. Dette for å finne mulige temaer. Malterud skriver «*På dette trinnet skal vi arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes*» (Malterud, 2017, s. 99). En viktig forskjell fra STC og andre analysemetoder er at STC begrenser antall temaer som man jobber med. Fire til åtte foreløpige temaer anbefales. Ut fra analysen kom jeg frem til følgende temaer: *Smittefrykt, Kommunikasjon, Forkunnskaper, Individuell tilpassing og Annet*. *Smittefrykt* fordi de fleste informantene beskrev dette på en eller annen måte.

Kommunikasjon fordi det var beskrevet mange involverte aktører hvor kommunikasjon dem imellom ble beskrevet på en eller annen måte. *Forkunnskaper* var et tema i innledningen av intervjuet. *Individuell tilpassing* fordi en del handlet om personlig tilpassing for MRSA-bæreren. Men tanken var at dette temaet kanskje skulle romme litt mer. Stigma. Integritet. Temaet *Annet* skulle romme alt annet som var interessant og som ikke passet inn i de andre temaene.

Analysens andre trinn handler om å finne sitater, eller det som Malterud (Malterud, 2017, s. 100) kaller meningsbærende enheter. Det er kun den teksten som omhandler de temaene som var valgt ut. De meningsbærende enhetene ble klippet ut og organisert under tema. Min veileder kom med innspill i denne fasen. Malterud anser det som en styrke å ha med flere i denne fasen. Rett og slett for å ha en å sparre med. I denne prosessen ble det gå et skritt tilbake for så å gå to frem. Temaene ble justert. *Smittefrykt* og *Forkunnskaper* ble til *Kunnskaper* da overdreven smittefrykt virker å ha bakgrunn i mangel på kunnskap. *Forkunnskaper* ble også for snevert, kunnskap alene rommer ulik kunnskap. *Individuell tilpassing* ble for snevert. Dette temaet ble endret til *Praksis* og skulle romme der MRSA-veilederens anbefalinger ikke fungerte i praksis. *Kommunikasjon* ble byttet ut med *samhandling*, da det ble mer dekkende for å se på hvordan de forskjellige aktørene samhandlet. Etter at temaene ble omgjort var det nødvendig med en ny runde for å finne meningsbærende enheter på nytt. Disse ble atter en gang organisert under hvert sitt tema. På

nytt ble temaene diskutert. Jeg og veileder ble enig om at informantenes erfaring med oppfølging av MRSA-bærere var preget av en ubalanse mellom erfaringene de hadde og hva nasjonal veileder beskriver. Denne ubalanse måtte komme frem i temaene. Det ble derfor besluttet å ha ett overordnet tema *Ubalanse*, og så ha *Ubalanse i kunnskaper*, *Ubalanse i samhandling* og *Ubalanse i praksis* som undertemaer.

I analysens tredje og fjerde trinn (Malterud, 2017, s. 105-112) ble de meningsbærende enhetene samlet, og det ble utarbeidet et sammendrag av innholdet for hvert av undertemaene. Sammendragene ble med videre inn i teksten under resultater.

7.4 Forskningsetiske aspekter

All forskning er underlagt etiske standarder. Prinsippene er at alle mennesker som deltar i forskning skal behandles med respekt. Man skal tilstrebe at forskningen bidrar til gode konsekvenser. At den er rettferdig utformet og utført. Man skal følge anerkjente forskningsprinsipper og man skal opptre på en ansvarlig måte med en åpenhet og ærlighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Samtykke skal være informert, klart og presist, frivillig og det skal være dokumenterbart. Dette ble sikret ved å utarbeide ett kombinert samtykkeerklæring og informasjonsskriv (Vedlegg 1). Innholdet i brevet forklarte formålet for studien, at det var frivillig deltakelse og at de kunne uten å oppgi grunn trekke seg fra studien. Skrivet ble tilsendt i forkant slik at de som ble forespurt kunne sette seg inn i hva det innebar å delta i forkant. Informasjonen ble gjentatt og underskrevet rett før intervjuet kunne starte. I dette skrivet forklares ikke bare formålet med studien, men også hvordan man har tenkt å ivareta anonymitet og konfidensialitet til deltakerne. Alle som deltar i et forskningsprosjekt, har krav på konfidensialitet. Nå involveres ingen sårbare grupper i denne studien. Ei heller er det snakk om helseopplysninger. Men, i og med at det skulle benyttes opptaker, måtte jeg ta høyde for at opptak av stemmer aldri kan være helt anonymt. Det vil alltid være noen som kan gjenkjenne en persons stemme. Derfor var det nødvendig å søke Norsk senter for forskningsdata (NSD) slik at de fikk tatt en gjennomgang av hvordan personopplysninger og data blir ivaretatt slik at det sikret deltakernes anonymitet. Godkjenningen er vedlagt til slutt i oppgaven (Vedlegg 3).

Opptak av intervjuene blir oppbevart på en sikker server lokalisert på NMBU. Lydopptakene ble transkribert og den transkriberte teksten inneholder ingen persondata. Lydopptakene blir

slettet når masteroppgaven er levert og studien er over. Mens teksten blir bevart med tanke på eventuell etterprøvbarhet. Det er kun undertegnede og veilederen som har hatt tilgang til lydopptak og tekst. I den endelige oppgaven vil informantene ha blitt anonymisert ved at de i teksten blir kalt Informant1, Informant2 og så videre. Det vil komme frem kjønn, aldersgruppe, yrke, samt stor, mellomstor og liten kommune.

Siden jeg jobber for Avdeling for smittevern ved Sykehuset Østfold var jeg veldig klar over at det kunne være en innvirkende faktor. Spesielt de som ble rekruttert via leder kunne ha følt seg presset til å delta fordi virksomheten ønsker et godt forhold til Smittevern avdelingen. I tillegg kan dette også ha vært en påvirkende faktor under intervjuene. At jeg kommer som en ekspert innen smittevern kan ha påvirket de svarene jeg fikk. At de svarer det de tror er riktig, eller at jeg setter de i en vanskelig posisjon hvis de ikke føler de har kunnskap om det jeg spør om. Jeg har prøvd å unngå dette etter beste evne ved å følge kriteriene beskrevet av Monica Dalen (2011, s. 27).

8 Resultater

Utgangspunktet for denne studien er ganske åpen. Problemstillingen «*Hvilke erfaringer har helsepersonell fra sin oppfølging av MRSA-bærere?*» peker ikke i noen spesiell retning. Derfor favnet data svært bredt og det var ikke like lett å finne en fellesnevner. Etter hvert i analyseprosessen steg «ubalanse» frem som et slags overgripende tema for de erfaringene informantene satt igjen med. Denne ubalansen ble beskrevet innen ulike områder. Den kom til uttrykk ved at informantene hadde erfart å ikke være forberedt i møte med MRSA-bæreren. Funn i studien viser stort sprik i forkunnskaper og det ble beskrevet smittefrykt som en konsekvens av kunnskapsmangel. Det er også ubalanse i forhold til MRSA-veileder og den praktiske gjennomføringen. Problemstillingene som informantene står ovenfor, er veldig forskjellig og veilederen/infeksjonskontrollprogrammet gir ikke svar på alt. Informantene uttrykte denne ubalansen på mange ulike måter. Disse erfaringene er samlet i tre ulike undertemaer; *Ubalanse i kunnskap, Ubalanse i samhandling og Ubalanse i praksis.*

8.1 Ubalanse i kunnskap

En stor andel av de meningsbærende enhetene handlet om erfaringer relatert til kunnskap. Hvor det var en ubalanse mellom de krav til kunnskap som krevdes i en gitt situasjon og den kunnskapen som vedkommende hadde på dette tidspunktet. Informantene bekreftet enten mangel på kunnskap om MRSA og oppfølgingen generelt, eller at kunnskapsmangelen var situasjonsbetinget. Et eksempel på dette var at bygningen ikke var konstruert med tanke på å håndtere smitte. Med fellesbad og mangel på isolat. Dette førte til en opplevd ubalanse der forkunnskapene ikke var tilstrekkelig for å løse de utfordringene som oppsto. Alle uttrykker at de var uforberedt ved første møte. Blant de intervjuede var det stor variasjon i forkunnskapene. Noen gav uttrykk for å ha en rimelig oversikt. Andre gjorde kjent at de hadde liten kunnskap. Noen kjente heller ikke til MRSA-veilederen på forhånd og har prøvd å løse det etter beste evne.

Informant1:

Jeg tenker at vi alle og ... mine kollegaer tenker på samme måte som meg ... noen vet mer og andre mindre ... og det som ... hvis de vet mer har det vært mye erfaringsbasert. Så du har plutselig fått dette i fanget ... og så måtte du bare lete og da

har du blitt god på det. Tenker at vi har godt av å få oppfriskning på det ... og det skjer jo sikkert mye hele veien hvor vi ikke greier å oppdatere oss på det ... og det er veldig, veldig viktig. Både antibiotikabruk og håndtering av MRSA og screening. Jeg vet ikke hva. Hvordan vi skal få dette her til vet ikke jeg ... jeg tenker i form av kurs ... kanskje på kveldstid ... som ikke koster mye ... og som kanskje arrangeres lokalt.

Informant2:

... så ... jeg tror dette her er den første jeg har hatt, altså ... men det var jo da å lese seg opp på folkehelseinstituttets anbefalinger ... det kan gjøre noen og enhver svett

Informant5:

... hvis vi hadde fått tilstrekkelig informasjon ... helt fra begynnelsen ... nå er det litt sånn ... hvis vi spør om noe, så er det ikke sikkert at de vi spør helt vet, så ... det blir litt sånn ... at vi bare gjør det vi tenker at er logisk og mest fornuftig ...

Intervjuer:

Kjente du til MRSA i forkant?

Informant7:

Lite. Man hadde jo sett litt i media og sånn. Det har jo vært fremme, men, ja ... ikke noe videre utfyllende informasjon.

Et annet aspekt av ubalanse i kunnskap er hvorvidt informantene føler at tema er relevant for deres hverdag. Resistens er riktig nok et økende problem i Norge og verden for øvrig. Å begrense utviklingen er en prioritert oppgave for helsemyndighetene. En nasjonal veileder for å hindre at MRSA etablerer seg i helsevesenet er en del av mange konkrete tiltak mot dette (Folkehelseinstituttet, 2009). I tillegg er problematikken ofte fremme i media. Til sammen skaper dette et bilde av at antibiotikaresistens finnes over alt i samfunnet. Mens det informantene forteller fra sin hverdag er en helt annen. Det er helt klart en ubalanse mellom hva myndigheter og media uttrykker og hva helsepersonellet erfarer. Flere opplever ikke antibiotikaresistens generelt som en stor del av hverdagen, og at de erfaringene som kommer frem i studien gjelder for de fleste en enkeltepisode med en eller flere bærere.

Informant1:

nei, vi har jo hatt MRSA da ... som har vært mest ... som vi hadde to ... jeg hadde to pasienter ... to tilfeller ... veldig spesielt. men ellers ser jeg ikke sånn store resistens sånn generelt ... Så det ville jeg ikke oppfatte som et problem.

Informant2:

... og det er ikke så veldig ofte vi får resistente synes jeg ... men det er noe der ... jeg synes ikke ... jeg opplever ikke det som noe problem

En ubalanse i kunnskap kunne komme til uttrykk som smittefrykt. Opplevd smittefrykt gjaldt ikke bare egen frykt, men informantene har i tillegg erfart smittefrykt hos kollegaer. Dette var frykt for selv å bli smittet, eller for at man skulle ta med seg smitte til andre. Som andre pasienter, kollegaer, men mest hjem til egen familie, venner eller andre man var i kontakt med. Dette kom til uttrykk i intervjuene på forskjellige måter.

Informant3:

Jeg var jo ikke det i første ... men så kom det en mann ... "ro dere ned ... det her går bra!" ... så liksom ... jeg hadde vært hos tannlegen i dette her og har jeg smitta der ... og så tenkte jeg på de hjemme ikke sant ... han sto der "ro dere ned!" ...

Informant5:

*... det er ... det er liksom sånn ... helt sånn panisk fra vi var på det rommet der borte helt lukket inne, liksom ... det sto liksom smitte ... obs obs ... og hvis vi trillet ... for ... vi hadde ikke noe eget bad der ... så vi måtte trille igjennom avdelingen ...
Egentlig har vi en fløy på utsiden hvor vi kunne trillet, men det var ikke så lett når det lå tyve centimeter med snø ...*

Informant5:

Ja, vi har noen ansatte som har sagt at "nei, jeg nekter å jobbe på ham" og ... skal heller ikke bistå i stell eller løfte eller være i nærkontakt i det hele tatt ...

Informant1

Ingen vil ha den pasienten, men sånn er det og man må jo forholde seg til regler og så ... blir det ...

8.2 Ubalanse i samhandling

Det er mange aktører involvert i oppfølgingen av MRSA-bærere. I intervjuene beskrives mange samarbeidskonstellasjoner. Det nevnes kommunikasjon mellom kommunelege og fastlege, hvor fastlege tar kontakt med kommunelege. Kommunelege informerer pleiepersonell om MRSA og håndtering. Det beskrives samarbeid mellom både fastlege og sykehjemslege og pleiepersonell, hvor man samstemmer oppfølgingen. En fastlege har erfart å involvere jordmor, skole, helsestasjon og barnevern i samme tilfelle der det handlet om en gravid mor med flere barn. Helsepersonell beskriver samarbeid med andre tjenesteytere som jobber tett på MRSA-bæreren. Det blir nevnt ansvarsgrupper og koordinatorrolle. I tillegg benyttes tolk ved flere anledninger. Smittevern er også nevnt i alle intervjuene. Erfaringene viser bredden og hvor mange ulike aktører som kan være involvert i hvert tilfelle. Ubalansen i samhandling kommer til uttrykk ved at det ikke er samme aktør som har initiativet eller leder oppfølgingen hos de tilfellene informantene beskriver. Noen ganger er det fastlegen eller kommunelegen, andre ganger er det pleiepersonell eller også smittevern som har initiativet.

Informant1

... så det er en kjempe kjempe jobb. Å setter i gang masse. Helsestasjon må involveres, jordmor må involveres, kommuneoverlege må involveres. Tolk, som skal være behjelpelig ...

Informant6:

... starten på det hele var jo egentlig at vi ble kontaktet av smittevern avdelingen på sykehuset ... ei som forteller at det har blitt funnet smitte på en pasient ... i kommunen ... og at vi da ... som da hadde kommet til oss ... og at vi må i gang med å screene beboere og ansatte ... som har vært i kontakt ... og det ble utvidet til ...

Informant7:

... når vi for eksempel skal ha med noen ut ... i offentlig ... når vi er i leiligheten sitter vi med munnbind og hvis vi må ha personen i bilen, så sitter vi uten noen ting ... så det har vært litt rart ... og også det når vi samarbeider ... med andre ... det er jo ansvarsgrupper ... vi har også en koordinatorrolle ... hvor det er ikke noen opplysningsplikt holdt jeg på å si rundt dette med MRSA, så vi kan ikke fortelle noe til andre som jobber kanskje tett på ...

Fastlegen er naturlig en sentral person siden behandlingsansvaret er nedfelt i lovverket (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 19). I dette ligger også et koordineringsansvar. Flere av informantene har erfaringer med fastlegens rolle i denne oppfølgingen. De av informantene som selv var fastleger gir uttrykk for at det å koordinere denne oppfølgingen kan være utfordrende. Særlig når flere instanser må involveres så øker kompleksiteten. Alt avhenger av hva slags person og i hvilken livssituasjon MRSA-bæreren var i.

Intervjuer:

... men selve ansvaret for å følge opp pasienten ligger hos fastlegen. Hvordan opplever du det?

Informant1:

Veldig vanskelig. Veldig, veldig vanskelig. Først, det kommer an på hvilken type pasient dette her er. Barn, voksen, gravid, mann, skolealder. Altså det kommer an på. Da må man forholde seg til det, med alle de begrensningene som dette her innebærer og så tenker jeg at vi må finne ut av alt selv, da. altså da må vi gå inn i folkehelseinstituttet og finne alle retningslinjene selv og da må vi også kommunisere dette her til helsestasjonen, jordmor, skole ... altså ... dette her er såpass alarmerende at barnet kan ... skal barnet få lov å gå i barnehage? Skal barnet få lov å gå på skole? skal gravide som var smittet ... i det tilfellet var pasienten jeg hadde som skulle til undersøkelse på sykehuset ... hvordan skulle man forholde seg til det? ...

Lovverket pålegger fastlegen behandling- og oppfølgingsansvaret, men i praksis opplever noen av informantene en ubalanse i forhold til at legen ikke tar dette ansvaret. Og at det er de som blir stående med det faktiske oppfølgingsansvaret. Noen opplevde det å bytte fastlege til en som engasjerte seg som en suksessfaktor.

Informant4:

... for den direktekontakten vi har her er det jo ... det er jo vi som følger opp ... det er ikke legen som følger opp

Informant7:

... det med bytte av fastlege ... vi hadde noen utfordringer med den første fastlegen ... det er svært avgjørende at fastlegen har et engasjement i denne ... prosessen det er å sanere. Dette fungerte ikke ved første saneringsforsøk, men dette er mye bedre nå ... med ny fastlege ... vi måtte bytte.

Intervjuer:

Hva konkret var det som ikke fungerte?

Informant7:

Nei ... fastleger har en hektisk hverdag ... og når kanskje interessen ikke er der helt heller, så blir det vanskelig ... det er vel den direkte årsaken til at vi valgte å styre dette selv ... ikke la fastlegen styre prosessen ... men at vi forhører oss med fastlegen om hvilke planer vi har og om det er noe som ikke kommer til å fungere og så videre.

Kommunelegen har et smittevern ansvar i kommunene og kan hvis behovet er der, være den som tar over oppfølgingsansvaret (Smittevernloven, 1994, § 7-2). Informanter har beskrevet tilfeller hvor kommunelegen har hatt en aktiv ledende rolle. I ett tilfelle hadde det blitt erfart at kommunelegen ikke ville involveres.

Intervjuer:

Men i en kommune er det da kommunelegen som er den som har smittevernansvaret?

Informant1:

Jeg må si at det her ble helt fraskrevet ansvar. "Kontakt sykehuset". "Det står i retningslinjene" det var det svaret vi fikk, rett og slett. Det var ikke noe direkte ... jeg

fikk ikke noe direkte ... ok dette er et problem. Kan ikke vi ta et møte og finne ut sammen.

Intervjuer:

... dere har fått det litt i fanget.

Informant5:

Veldig ... det var egentlig ikke så mange som ... vi har jo mange sykepleiere og dem vet jo på en måte hva det er, men ... så hadde vi besøk av hun kommuneoverlegen og da var det litt sånn ... dem vet jo også hva det er, men på en måte ... vi ble ikke så mye klokere ... sånn egentlig ... etter den samtalen.

Informant6:

... når det gjelder kommunelege, så er det veldig greit ... nå tok jeg med et skriv her ... det er fra daværende kommuneoverlege ... den ble sendt ut til alle sykehjem.

Flere har erfaringer fra råd og direkte involvering fra smittevern avdelingen. Hovedbudskapet er at erfaringene er stort sett positive. Men tilgjengelighet av infeksjonskontrollprogrammet (IKP) er et sentralt punkt i samhandlingen med kommunene. Kommunene på sin side har forpliktet seg til å følge IKP. Til tross for dette kommer ubalanse til uttrykk når noen av informantene at de ikke kjenner til IKP eller har problemer med å finne IKP. De som er inne og leter etter informasjon på sykehusets internetsider synes tilgjengeligheten er dårlig. Noen uttrykker at det er vanskelig å finne det de leter etter.

Informant4:

... jeg klikker meg ... fordi det er også litt av problemet ... du må klikke deg så himla mange ganger for å komme frem til hvordan jeg skal håndtere det.

Informant2:

Noen ganger har jeg vært inne på hjemmesiden til sykehuset og lett etter ting ... og uansett hva jeg søker, så finner jeg det ikke.

8.3 Ubalanse i praksis

Temaet ubalanse i praksis beskriver de erfaringene informantene hadde relatert til gjennomføringen av anbefalingene i veileder eller IKP. Med det menes både der hvor disse ikke gir svar på de problemstillingene man søker eller hvor det er vanskelig å utføre anbefalingene i praksis. Noen av informantene vet hvor de finner veilederen, men de finner ikke svar på det de søker. Denne ubalansen kommer til uttrykk i forbindelse med komplekse livssituasjoner og sykdomsbilder. Det kan være store familier med mange MRSA-bærere. Hvor det å sanere alle samtidig er en utfordring. I tillegg fortelles det om fremmedspråklige med en helt annen kultur, som oppfatter sykdom og myndigheter på en helt annen måte enn det som er vanlig i Norge.

Informant1:

For det dreier seg ... det hadde vært veldig lettvent om det var en frisk ung mann på førti år og som er oppegående, som skjønner hva man sier. Som snakker norsk, som skjønner hvor farlig dette her er og ikke ser på dette her som en helt absurd opplegg. Men vanligvis så er ikke det som er tilfellet ... det dreier seg om folk som ikke kan norsk, som ikke skjønner hva vi sier ... og så skjønner dem ingenting av at det må sanere hjemme. At de må vaske alt, at de må være på. At de ... altså det er så mye og det gjør hele opplegget vanskeligere, da ... Så det er en kjempe kjempe jobb. Å setter i gang masse. Helsestasjon må involveres, jordmor må involveres, kommuneoverlege må involveres. Tolk, som skal være behjelpelig. Hvorvidt de stoler på tolk, ikke sant? De har sine konspirasjonstanker og sine paranoide tanker og man vet jo ikke om deres bakgrunn. Det er ikke sikkert de oppfatter oss som hjelpemiddel. De kan oppfatte oss som ... fiender ... spion ... jeg vet ikke hva.

Det er også en ubalanse som kommer til uttrykk der anbefalingene er klare, men hvor informantene opplever at det ikke er mulig eller svært vanskelig å gjennomføre dem. Enten det er legen som skal klare å følge opp med kontrollprøver et helt år eller utfordringer knyttet til selve gjennomføringen av saneringsbehandlingen.

Informant2:

... delvis er det at legen skal huske på å få gjort dette her. Det andre er om pasienten selv kommer eller ikke kommer ... eller må taues inn ... eller det kommer an på hvor aktiv vedkommende er ... ligger han i en seng her nede på sykehjemmet så er det forholdsvis greit ... men er vedkommende ... for eksempel ute i det pulserende liv så kan jeg se for meg at det kan bli problematisk ... jeg ser bare hvor vanskelig det er å få tak i noen av disse gjestearbeiderne som vi skal sjekke for tuberkulose skal vi be dem komme å gjøre ditt og datt...det gir de jo katten i.

Informant5:

... det er ikke prøvd fordi han klarer ikke å gurgle ... han får all væske og mat gjennom PEG ... skal ikke ha noe i munnen i det hele tatt, så da lar det seg ikke gjøre ... men han har blitt ... han hadde det i underlivet og rundt PEG og der er det blitt sanert og der er han kvitt det ... men nese og hals er på en måte vanskelig å ...

Informant3:

Det kan være forskjell fordi hun som vi holder på med nå. For når hun blir smittevasket så sitter hun å gråter hele tiden ... Vi er så slemme mot henne. Så det er litt tøft synes jeg, liksom.

Informant4:

Så ... den ene pasienten har vi ikke klart ... og disse pasientene når de skal gjennom sanering ... så er det svake, skjøre menneske som er totalt utslitt etter en Hibiscrub-dag vet du hva ... de er nesten døden nær ... og det er ikke tull engang! så det er sånn ... skal man, eller skal man ikke.

9 Diskusjon

Resultatene fra denne studien viste at det overgripende tema blant helsepersonells erfaringer kunne relateres til opplevelse av *ubalanse*. Denne ubalansen kom til uttrykk på flere felt og ble delt inn i undertemaer; *Ubalanse i kunnskap*, *ubalanse i samhandling* og *ubalanse i praksis*. Jeg vil i diskusjonsdelen diskutere de funn som har kommet frem i studien, opp mot eksisterende kunnskap. De ulike elementene i MRSA-veilederen vil bli belyst der det faller naturlig inn. Diskusjonsdelen vil bli delt inn etter undertemaene. Ved hjelp av teorien om planlagt adferd skal jeg prøve å forklare bakenforliggende mekanismer for den erfarte ubalansen. Teoridiskusjonen tas i et eget underkapittel. Metodediskusjonen kommer til slutt i diskusjonskapittelet.

9.1 Ubalanse i kunnskap

Siste versjon av den nasjonale MRSA-veilederen er fra 2009 (Folkehelseinstituttet, 2009). Sammen med det lokale infeksjonskontrollprogram som baserer seg på veilederen, bør i løpet av de årene som har gått være godt innarbeidet. Veilederen er ment å gi kunnskap om hva MRSA er og hvordan dette skal håndteres for å hindre spredning i helsesektoren. Vår studie viste at det var stor variasjon i forkunnskapene, men alle informantene uttrykte mangel på kunnskap relatert til MRSA. Enten generelt eller situasjonsbestemt kunnskap. Eksempel på situasjonsbestemt kunnskap var når det ble erfart at institusjonens utforming ikke var egnet til å håndtere smitte. Hvor det kun var fellesbad og ingen isolat. Dette skapte ubalanse fordi den kunnskapen informantene hadde i øyeblikket ikke var tilstrekkelig for å løse utfordringene omgivelsene skapte. Thorstad et al. (2011) viste i sin studie at gamle og uegnede lokaler gav dårligere premisser for å hindre smittespredning. At informantene i vår studie erfarer mangel på kunnskap stemmer overens med funn i andre studier. Easton et al. (2007) finner et sviktende generelt kunnskapsnivå hos både leger og sykepleiere som gjelder kunnskap om MRSA. Studien viste at begge gruppene hadde kunnskap om hva MRSA var, men hadde manglende kunnskap om hvor det oftest skapte infeksjoner og hva slags behandling som var riktig. Majoriteten gav uttrykk for at de trengte mer kunnskap. Helsepersonell i Lindberg, Carlsson og Skytts (2014) studie bekreftet også mangel på kunnskap og erfaring om MRSA. De hadde erfart disse to egenskapene var viktig for å oppnå en gunstig pasient-tjenesteyter interaksjon. Pasienters erfaringer er ikke fokus i min studie, men det er viktig å ha med at MRSA-bærere er i en sårbar posisjon. Som profesjonelt helsepersonell er det ikke ubetydelig

hvordan de opptrer i møtet med en slik person (Lindberg et al., 2009). Gjennom informantenes fortellinger har det gitt innblikk i situasjoner som ikke er gode opplevelser for MRSA-bæreren. Som å bli henvist til en egen inngang, bli trillet utendørs eller at informanter hadde erfart at ingen vil ha denne typen pasienter. Mangelen på kunnskap kom også til uttrykk ved at informanter ønsket kurs og at forkunnskapene var erfaringsbasert. Kunnskap er helt vitalt for at kvaliteten på oppfølgingen blir så god som mulig (Andersson et al., 2016). Det overordnede målet er å hindre at MRSA spres videre og å etablere seg i helsetjenesten i Norge (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 9). I Nederland har de vist at etterlevelse av anbefalingene i MRSA-veilederen gir en økt måloppnåelse (H. S. M. Ammerlaan et al., 2011). Konsekvensen av kunnskapsmangel kan være at anbefalingene ikke blir fulgt. At man i større grad ikke lykkes å fjerne MRSA fra bæreren.

I og med at forekomsten av MRSA er lav i vår del av verden (Cassini et al., 2019), vil det generelt være vanskelig å erverve seg erfaring i å følge opp MRSA-bærere. Flere av informantene gir uttrykk for at MRSA eller annen antibiotikaresistens ikke er et problem i deres hverdag. Erfaringene de fremfører er enkeltepisoder med en eller flere bærere samtidig. Thorstad et al. (2011) finner i sin studie at kun 17 % av pleiepersonellet ved sykehjem i Oslo, hadde tidligere erfaring med å pleie en MRSA-bærer. I vår studie kommer ubalansen til uttrykk ved at media og helsemyndigheter signaliserer dette som et stort problem, men flere av informantene opplever ikke resistensproblematikken som aktuelt i deres situasjon og har derfor heller ikke erfaring med å håndtere dette. Erfaringen er at de stiller uforberedt når de står ovenfor en MRSA-bærer for første gang. Det er ikke utenkelig at den lave forekomsten gjør at denne kunnskapen ikke blir prioritert fordi det ikke oppleves som relevant. Lindberg et al. (2014) finner det samme i sin studie at helsepersonell erfarer det som problematisk at forekomsten i Sverige er så lav. Rett og slett for at man ikke får mulighet til å håndtere MRSA så ofte og at helsepersonell følte seg i en utsatt posisjon. Nå er både Norge og Sverige land med lav forekomst, men studier viser at det ikke nødvendigvis bare er relatert til lavforekomst land. Wood et al. (2013) fant at antibiotikaresistens ikke opplevdes som relevant hos utvalget av primærleger fra hele Europa. Dette var blant annet leger fra land med den høyeste forekomsten i Europa (Cassini et al., 2019), som Italia og Spania. Legene uttrykte at antibiotikaresistens var et nasjonalt anliggende, men at det ikke følte relevant i egen praksis. Konsekvensen av at helsepersonell ikke ser MRSA som relevant for sin hverdag blir at denne kunnskapen nedprioriteres. I et helsevesen som blir bare mer og mer kunnskapstrengende, kan det oppleves lite aktuelt. En best mulig oppfølging av MRSA krever kunnskap, i beste fall

bruker helsepersonellet lengre tid på å sette seg inn i oppfølgingen. Hvis ikke, vil det være en større mulighet for smitteoverføring og føre til økt forekomst. Noe som er uønsket.

Andersson et al. (2016) finner at helsepersonell følte seg uvitende, redde og i en utsatt posisjon når de ikke hadde fått adekvat informasjon i forkant for hvordan denne problematikken skulle håndteres, eller at de ikke hadde retningslinjer og/eller viste hvor de skulle finne dem. I min studie beskrives det at noen synes det vanskelig å finne den informasjonen de leter etter. Eller de synes informasjonen er kompleks og at er mye å sette seg inn i. En konsekvens av dette kan jo bli at helsearbeideren ikke setter seg inn i retningslinjene og forblir i en sårbar situasjon. Kunnskapsmangel kan gi en feiloppfatning av trusselbildet. Det er riktig nok en reell fare for å bli smittet hvis man ikke beskytter seg adekvat. MRSA smitter i hovedsak gjennom kontaktsmitte (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 57) og har man ikke fulgt basale smittevernrutiner og heller ikke benyttet seg av beskyttelsesutstyr, vil risikoen for å få MRSA være større (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 11-15). Informantene ytrer en frykt for ikke bare å bli smitte selv, men også å smitte andre. Det kan være andre pasienter, kollegaer eller at det er en frykt for å ta med seg smitte hjem til familie og kjære. Thorstad et al. (2011) viste i sin studie at det hersket den samme bekymringen for å bli smitte hos ansatte på sykehjem i Oslo. I den studien fant de at helsepersonell var mest bekymret for å miste jobben. Andersson, Lindholm og Fossum (2011) beskriver at helsepersonell som mangler kunnskap føler seg uvitende, redde og i en utsatt posisjon. Hun beskriver rett frem hysteriske situasjoner. Dette sammenfaller med beskrivelser fra informantene i vår studie, hvor fortellingene vitnet om at de fleste opplevde å være uforberedt på å måtte ha med en MRSA-bærer å gjøre. Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005) gjelder i hovedsak for heldøgns helseinstitusjoner. Men i MRSA-veilederen (2009 s. 42) står det også at helsetjenester utenfor institusjon og hjemmesykepleie bør ha et internkontrollsystem med nedskrevne rutiner for hvordan man skal håndtere MRSA-smitte. Og at tiltakene skal ha utgangspunkt i de basale smittevernrutinene. Det betyr at både institusjon og helsetjenester utenfor institusjon, må ha rutiner på plass. Men informantene i min studie tilkjenner kunnskapsmangel om hva MRSA er og hvordan man skulle håndtere det på en trygg måte. De forteller også om redsel blant ansatte før MRSA-bæreren kom. Og til tross for undervisning og rådgivning er det fremdeles ansatte som nekter å ha nærkontakt med MRSA-bærer. Dette er dramatisk for de som opplever denne frykten. Thorstad et al. (2011) beskriver også at helsepersonell har erfart at kollegaer har sluttet i yrket på grunn av at de ikke ville utsette seg for smitte. Lindberg et al. (2009) kommer frem til at skal den koloniserte føle

seg godt ivaretatt, innebærer det at helsepersonell har god kunnskap om MRSA og smittevernrutiner. Rett og slett fordi de har helsepersonellet kontroll over situasjonen. Beskytte seg og håndtere bæreren på en adekvat måte. Konsekvensen av smittefrykt har i vår studie vist at de kan få konsekvenser oppfølgingen av MRSA. Hvis ingen vil ta ansvaret for oppfølgingen, vil selvfølgelig MRSA-bæreren ikke bli sanert og vil kunne ha mulighet til å smitte andre. Men heldigvis er erfaringene også at alle MRSA-bærerne som informantene har fortalt om har fått oppfølging. Hvis det er en person som avhengig av stell og pleie, vil kvaliteten på den tjenesten vedkommende mottar bli av dårligere kvalitet (Andersson et al., 2016).

9.2 Ubalanse i samhandling

I studien forteller informantene om mange aktører som er involvert i oppfølgingen av MRSA. Det fortelles om fastleger, sykehjemsleger, kommuneleger, smittevern, jordmødre, helsestasjon, skoler, tolk og det erfares samhandling med andre tjenesteytere. Det kommer frem ulike samarbeidskonstellasjoner mellom disse aktørene. Grad av oppfølging og antall involverte aktører bestemmes i stor grad av MRSA-bæreren. Det totale sykdomsbildet og psykososiale utfordringer. MRSA-bærerskapet kommer i tillegg til andre utfordringer og er med på å komplisere den totale oppfølgingen. Informantene opplever at oppfølging av en MRSA-bærer kan være ukomplisert. Er vedkommende en ressurssterk person. Frisk, oppegående, selvhjulpen og har en god forståelse av situasjonen. Da trengs liten eller ingen grad av oppfølging. Det skal tilbys sanering, men bæreren trenger ikke å takke ja til tilbudet. Hovedmålet for den nasjonale oppfølgingen av MRSA er å hindre at MRSA etablerer seg i norske sykehus og helseinstitusjoner (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 9). Er ikke bæreren en forventet forbruker av helsetjenester faller han utenfor målgruppen, men legen er uansett pålagt å tilby fjerning av bærerskapet. Om vedkommende ønsker å gjennomføre dette vil det ikke være nødvendig for legen å involvere så mange andre aktører. Men studien gir eksempler på erfaringer om at oppfølging av MRSA kan være komplisert. Det blir nevnt faktorer ved bærere som var gravid, alenemor med mange barn, fremmedkulturell og fremmedspråklig. Det fortelles også om bærere som er gamle og svake, eller med medfødte handikap, samt psykisk sykdom. I disse kompliserte tilfellene vil det være varierende behov av samhandling for at MRSA-bæreren skal få dekket det behovet for hjelp og behandling som vedkommende trenger. Ubalansen i samhandling kommer til uttrykk ved at den som leder oppfølgingen av MRSA kan være forskjellige aktører. I informantenes beskrivelser er det flere

enn fastlegen eller kommunelegen har inntatt en ledende rolle, som annet helsepersonell eller smittevern. Fastlegen er den som skal koordinere denne oppfølgingen, samt samarbeide med andre tjenesteytere (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 19). Mens kommunen på sin side skal legge til rette for at fastlegen er en integrert del av den kommunale helsetjenesten (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 8). Litteraturen viser at tverrfaglig samarbeid kan være en utfordring. Og at i kommunene i dag er det lagt lite til rette for at et slikt samarbeid skal bli effektivt (Sørensen et al., 2018). Oppfølging av personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer kan gjøres i samråd med kommunelegen i kommunen. Kommunelegen har smittevernansvaret i kommunen, og skal yte bistand hvis det er behov, samt ta over ansvaret for oppfølgingen av MRSA-bæreren hvis situasjonen tilsier det (Smittevernloven, 1994, § 7-1 og § 7-2). Med bakgrunn i lovverket ville det være naturlig at enten fastlegen eller kommunelegen var den som ledet oppfølgingen av MRSA. Men i noen av erfaringene var ikke det tilfelle. Det kommer ikke frem hvorfor blir slik i disse tilfellene, men andre har erfart at fastlegen ikke engasjerte seg i oppfølgingen og at man av den grunn måtte gå til det skritt å skifte fastlege. Sørensen et al. (2018) finner at samarbeid med fastleger kan være utfordrende fordi de er vanskelig å komme i kontakt med. Andre igjen har erfart at kommunelegen ikke ville involveres når de henvende seg. Konsekvensen av at det er varierende aktører som leder oppfølgingen rundt en MRSA-bærer er at kvaliteten på oppfølgingen reduseres. Legen er en helt sentral aktør som skal ha ansvaret for den medisinske oppfølgingen. Informanter har erfart at MRSA-bærere har reagert på desinfeksjonsmiddel og det kan være at man bruker systemisk antibiotika. Dette er det kun leger som kan følge opp. Lovverket er klar på dette punktet (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). En redusert kvalitet på oppfølgingen kan få konsekvenser for om man lykkes å få fjernet MRSA fra bæreren. Som igjen kan føre til økt risiko for smitte til andre og en økt forekomst i samfunnet.

I Østfold er det inngått en avtale mellom sykehuset og kommunene om smittevernassistans. En vesentlig del av avtalen er at smittevernavdelingen skal etablere og revidere et Infeksjonskontrollprogram (IKP), som kommunene på sin side har forpliktet å følge (Avdeling for smittevern, Sykehuset Østfold, 2018 og 2019). Kommunene er pålagt å ha IKP i lovverket (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005, § 2-1) og det skal inneholde nødvendige tiltak for å forebygge infeksjoner, samt håndtering og oppfølging av utbrudd. MRSA-veilederens anbefalinger er inkludert i IKP. En viktig del av samhandlingen er at smittevernavdelingen gjør IKP tilgjengelig for kommunene. Kommunene på sin side har

ledere i de kommunale tjenestene ansvar for iverksettelse (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Ubalansen i samhandlingen kom til uttrykk ved at helsepersonell erfarte å ikke kjenne til IKP eller har problemer med å finne den. I tillegg har det kommet frem funn tidligere i vår studie som finner at det er ubalanse i kunnskap om MRSA. Enten generell kunnskap eller situasjonsbestemt. Det er sannsynlig at noe av problemet kan være tilgjengelighet. At IKP er for godt gjemt på sykehusets sider. Informanter beskriver nettopp problemer med å finne frem på hjemmesiden. Det kommer ingen opplysninger frem om ledere i kommunale tjenester sine erfaringer, men erfaringene om ubalanse i kunnskap tyder på at iverksettelsesdelen i forhold til IKP ikke er optimal. Konsekvensen av ikke å kjenne til eller ikke å finne IKP kan være at oppfølgingen av MRSA ikke blir etter anbefalingene. Nederlandske studier viser at etterlevelse av nasjonale retningslinjer i forhold til MRSA betyr en økt sannsynlighet for ikke å lykkes med å fjerne MRSA fra bæreren (H. S. M. Ammerlaan et al., 2011). En mindre effektiv oppfølging vil sannsynligvis gi en høyere forekomst av MRSA, som igjen er motsatte av hva det definerte målet for oppfølgingen er.

9.3 Ubalanse i praksis

«Ubalanse i praksis» belyser situasjoner i den praktiske gjennomføringen av veilederen. Ubalansen kan deles opp i to deler. Der veileder eller infeksjonskontrollprogram (IKP) ikke gir svar og når anbefalingene er vanskelig å gjennomføre i praksis. Veilederen er et overordnet dokument som gjelder for hele landet (Folkehelseinstituttet, 2009). Den er ganske detaljert på enkelte områder. Den er veldig detaljert om hvem som skal undersøkes for MRSA. Det gjelder både screeningkriterier og i forhold til smitteoppsporing. I tillegg veldig konkret i forhold til hvilke lokasjoner hvor man skal ta prøvene fra. Den er også i noen grad på detaljnivå i forhold til saneringsbehandlingen. I tillegg har den generell informasjon til MRSA-bæreren. Men den er ikke altomfattende og gir ikke svar på alt. IKP er et lokalt dokument gir mulighet for å utfylle veilederen der den ikke er så detaljert (Avdeling for smittevern, 2019). Derfor er nok IKP mer praksisnært og praktisk anvendbar. Likevel oppleves en ubalanse, spesielt i forhold til komplekse kasus, der sykdomsbildet er ganske innfløkt eller hvor MRSA-bæreren har ikke-medisinske faktorer som kompliserer oppfølgingen. Informanter forteller om demens, svelgevansker og fremmedkulturell bakgrunn. Folkehelseinstituttet har laget generell informasjon på mange språk, men det forutsetter at vedkommende kan lese. Til fremmedspråklige er tolk et viktig verktøy, men informantene forteller om en annen oppfattelse av hva sykdom er og om man kan stole på

myndighetene. Det kan bli vanskelig å få gjort noe med i et kort møte med tolk. Hvordan en pasient følelsesmessig håndterer å få beskjed om MRSA-bærerskapet, varierer fra person til person. Andersson, Lindholm og Fossum (2011) finner at de som var uanfektet anså MRSA som lite problematisk, men for mange var dette en traumatisk beskjed å få. Det kan hende at en fremmedkulturell i en slik situasjon ikke forstår rekkevidden og dermed er en av de som synes dette er en bagatell, men det kan det kan også være en mulighet for at vedkommende traumatiseres ytterligere. I min studie uttrykker informanter at dette er spesielt komplisert. Det kommer også frem i studien at selve saneringsbehandlingen oppleves som utfordrende. For personer som ikke er innlagt på institusjon, er det lagt opp til at personen utfører denne behandlingen selv på grunnlag av den informasjonen behandlende lege gir. For en firebarns mor med fremmedkulturell bakgrunn kan det være en stor utfordring å gjennomføre en saneringsbehandling på seg selv og barna samtidig. Spesielt hvis forståelsen av hva dette dreier seg om er mangelfull. Under saneringsbehandlingen må man følge regimet nøye og det mange faktorer som kompliserer (Avdeling for smittevern, 2019). Den skriftlige informasjonen som finnes på Folkehelseinstituttets til fremmedspråklige, er kun en generell informasjon (Folkehelseinstituttet, 2016a). Dette er faktorer som reduserer sjansen til å lykkes med saneringsbehandlingen. Ammerlaan et al. (2011) fant i sin studie at det var 20 % økt sannsynlighet for å lykkes med å fjerne MRSA hvis man fulgte anbefalingene. Konsekvensen for ytterligere smitteoverføring øker, og forekomsten kan også øke.

MRSA-veilederen er klar på hvordan bærere skal følges opp i etterkant av saneringsbehandlingen, men det fortelles om en ubalanse i forhold til oppfølgingstiden. Å følge opp personer i et helt år oppleves som vrient. Veilederen (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 46) sier at man skal ta kontrollprøver etter en, to og tre uker etter saneringsbehandlingen tas. Så ytterligere kontroller etter tre, seks og tolv måneder. Oppfølgingsansvaret ligger hos behandlende lege og funn i vår studie viser at det kan være en utfordring for legen. Et år er lang tid. Ikke bare krever det at legen setter opp en plan for den videre oppfølgingen, men man er avhengig av samarbeidsviljen og evnen til MRSA-bæreren. At vedkommende forstår at det er viktig å komme til avtalt tid og sted. Informanter forteller at de ikke har mulighet til å hente inn de som ikke møter opp.

Ubalanse i praksis kom til uttrykk når pleiepersonell beskriver MRSA-bærere som ikke er i stand til å gjennomføre saneringsbehandlingen på grunn av fysiologiske forutsetninger eller sykdom. For eksempel kan ikke en med halsbærerskap og svelgevansker klare å gurgle desinfeksjonsmiddel. Ubalansen ligger i at det ikke finnes alternativer til den anbefalte

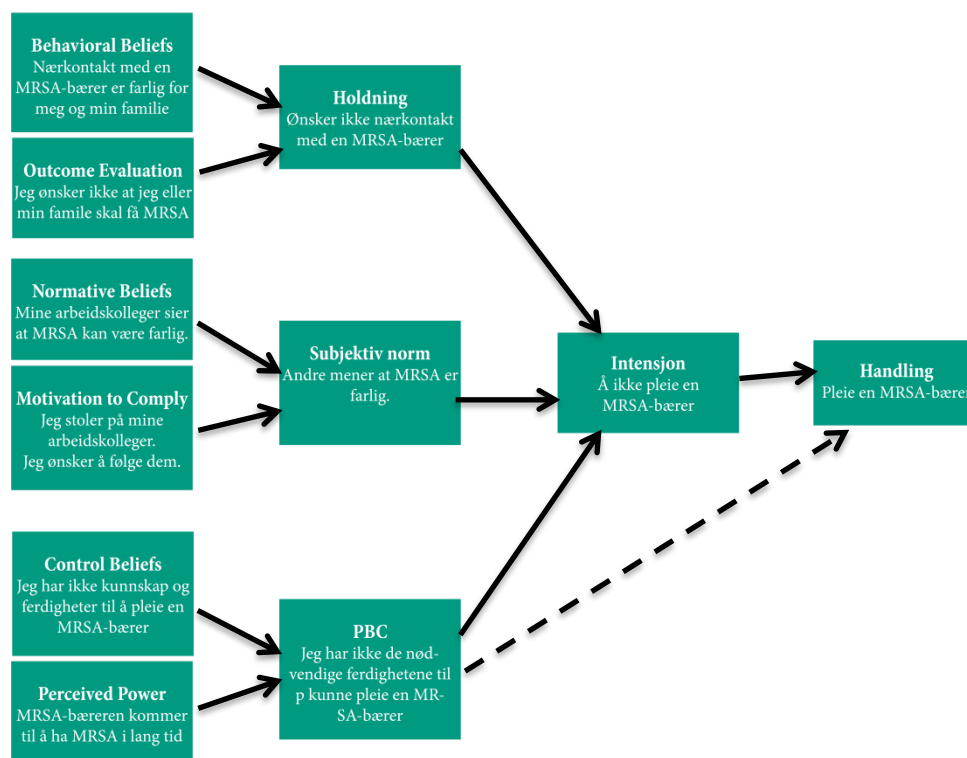
saneringsbehandlingen (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 34). I eksemplet over vil halsbærerskap i tillegg være en faktor som minsker sannsynligheten for å lykkes med å fjerne MRSA (Ammerlaan et al., 2011). I studien erfarer helsepersonell også andre utfordringer relatert til saneringsprosessen. Det kommer frem at MRSA-bærer får reaksjoner på virkemidlet som smøres på huden under saneringsbehandling, og konsekvensen blir at helsepersonell påfører MRSA-bærer ubehag. Dette setter helsepersonellet i et dilemma, de ønsker naturligvis ikke å skade. For allerede syke og svake pasienter kan dette føre fra vondt til verre. Helsepersonell forteller at bare å dusje i seg selv kan være en slitsom affære. Saneringsregimet legger opp til at man skal dusje to ganger daglig i behandlingsperioden. Ubalansen her går på at veilederen kun anbefaler ett alternativ til saneringsregime og tar ikke høyde for at denne behandlingen ikke passer alle. At legemidler kan forårsake uheldige bivirkninger er velkjent. En allerede slitsom prosedyre med dusjing hver dag, blir bare verre. Pleiepersonellet velger å gjennomføre behandlingen til tross for belastningen. Men konsekvensen av ingen reelle behandlingsalternativer er at behandlinger kan oppleves så besværlige at de ikke vil bli gjennomført.

9.4 Teori om planlagt atferd

Ubalanse i kunnskap

Ved hjelp av Ajzen og Maddens modell (1986) kan vi se på de bakenforliggende faktorene som styrer de valg helsepersonell har erfart at har blitt gjort i forhold til oppfølging av MRSA-bærerskap.

Først kan vi se på hvordan mangel på kunnskap innvirker på adferden «å pleie en MRSA-bærer» (Figur 3). Helsepersonell har erfart at ubalanse i den kunnskapen man trenger for å beskytte seg adekvat, kan bli så stor at konsekvensen blir at vedkommende nekter å komme i nærkontakt med MRSA-bæreren.



Figur 2 - TPB og ubalanse i kunnskap

Hvis vi ser på faktorene som påvirker intensjonen i modellen til Ajzen og Madden (1986). Kan lite kunnskap føre til at holdningen er preget av smittefrykt. Man er redd for å få MRSA selv og redd for å overføre dette til sine kjære. Der veileder eller IKP ikke er kjent, beskrives det at man støtter seg på andre fagpersoner i miljøet eller gjør det som føles fornuftig. Hvis disse også har mangel på kunnskap om MRSA, er muligheten der for at de har samme holdning. Den sosiale normen i miljøet vil virke negativt inn på intensjonen. Kortteisto *et al.* (2010) finner i sin studie at sosial norm er en sterk faktor for pleiepersonell. Opplevd atferdskontroll (*Perceived Behavioural Control (PBC)*) er en faktor hvor man spør seg om man kan utføre atferden. Har pleiepersonellet de nødvendige verktøyene til å utføre dette på en trygg måte? Ved manglende kunnskap vil vedkommende komme frem til at det har man ikke. Andre barrierene i forhold til beskyttelsesutstyr, desinfeksjon og uegnede lokaler vil også spille negativt inn (Thorstad et al., 2011). PBC vil derfor virke negativt inn på intensjonen og kanskje også på adferden direkte. Konsekvensen kan bli at helsepersonellet velger å ikke utfører atferden.

Det kom frem erfaringer hvor oppfølgingen av MRSA-bærer var en utfordring for legen. I seg selv var et helt år oppfølging en utfordring. Legen måtte legge en plan for når kontrollprøver

skulle tas, men erfaringer som kom frem viste at det ikke nødvendigvis var slik at bæreren kom til avtalt tid og sted. Vi kan ved hjelp av teorien om planlagt atferd (Ajzen & Madden, 1986) kan se på faktorene som påvirker atferden til legen. Atferden vil da være «å følge opp en MRSA-bærer slik som veilederen anbefaler». I studien tilkjennegis en gjennomgående positive holdninger til å gjennomføre oppfølgingen i henhold til veilederen. Når det gjelder subjektiv norm er forventningene at de skal følge opp denne type pasienter. Dette står nedfelt i lovverket (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012) og står også tydelig beskrevet i veilederen (Folkehelseinstituttet, 2009). Kortteisto et al. (2010) fant at den viktigste faktoren for legene var opplevd atferdskontroll (PBC). Det at pasienten skal følges opp over så lang tid, med flere kontrollprøver, er absolutt barrierer som kan føre til at PBC påvirker intensjonen i negativ retning. En viktig komponent i PBC er at den som skal utføre en atferd stiller seg spørsmålet «Kan jeg utføre denne atferden?». I dette ligger også hvorvidt vedkommende har de verktøy iboende som trengs for å gjennomføre atferden. Et av verktøyene er kunnskap. Manglende kunnskap i kombinasjon med flere barrierer, vil kunne føre til at PBC blir så negativt ladet at den vil kunne påvirke atferden direkte i negativ retning. Legen kan ha god kunnskap til hvordan oppfølgingen skal foregå, men er det slik at samarbeidsviljen eller -evnen til MRSA-bæreren er lav, vil det være barrierer som påvirker PBC i negativ retning. Hvis disse barrierene oppstår hyppig vil det ifølge TPB føre til at PBC påvirke legens intensjon så sterkt at konsekvensen blir at atferden ikke blir utført. Det kom frem i studien at det var et tilfelle hvor det ble gjort et bytte av fastlege for å få oppfølgingen til å fungere. Nå forteller ikke historien noe om hvorfor den første legen ikke engasjerte seg, men det kan godt ha vært på grunn av negativ PBC som virket inn via intensjonen eller på atferden direkte. Konsekvensen vil bli at MRSA-oppfølgingen ikke blir fulgt etter anbefalingene. Dette kan være uheldig fordi vedkommende kan smitte andre og bidra til en økt forekomst av MRSA i samfunnet.

Ubalanse i praksis ble erfart der helsepersonell ved å følge anbefalt saneringsregime påførte MRSA-bæreren ubehag. Bæreren reagerte med svie i huden av virkestoffet i det anbefalte desinfeksjonsmiddelet. Dette satt helsepersonellet i et dilemma. Vi kan ved bruk av teorien om planlagt atferd, se på de faktorene som virker inn på atferden. Atferden vil da være å gjennomføre saneringsbehandlingen på den aktuelle pasienten. Den sterkeste predikatoren for om en atferd vil bli utført er intensjonen. Jo sterkere intensjonen er, jo mer sannsynlig er det for at atferden vil bli utført. Hvis vi ser på faktorene som påvirker intensjonen, uttrykker informantene at holdningen er at man ønsker ikke MRSA hverken for egen del eller på

arbeidsplassen for den saks skyld. Holdningen vil dermed virke positivt inn på intensjonen om å gjennomføre saneringen av MRSA. Dette er noe man ønsker å få bort. I prosedyreverket står det at man bør fjerne MRSA hos bærere innlagt i sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2009 s.27). Pleiepersonellet gir uttrykk for at de ønsker å følge infeksjonskontrollprogrammet (IKP). Subjektiv norm virker da positivt inn på intensjonen. Når det gjelder opplevd atferdskontroll (PBC) vil pleiepersonellet vurdere om de har ferdighetene til å gjennomføre behandlingen. I og med at behandlingen består av innsmøring av kroppen og dusjing vil dette være kjente prosedyrer for denne yrkesgruppen. Dessverre beskriver informantene i denne studien at pasienten påføres direkte ubehag ved å få virkestoffet på huden. I tillegg er det en stor påkjenning rent fysisk å gjennomføre dusjing hver dag for en allerede svak og gammel pasient. Dette er helt klart barrierer som påvirker PBC. Jo større barrierene blir og at det oppstår hver gang, gjør at PBC påvirker intensjonen negativt. Kortteisto et al. (2010) fant at for sykepleiere og andre helseprofesjoner var subjektiv norm den sterkeste faktoren. Informantene i disse yrkesgruppene gir inntrykk av at tiltroen til IKP er positiv. Dette kan være en forklaring på at pleiepersonellet valgte å gjennomføre saneringsbehandlingen til tross for ubehaget de påførte pasienten. Ifølge Ajzen og Maddens (1986) teori påvirkes faktorene hverandre og det er ikke sikkert alle pleiepersonell hadde gjort det samme. Rett og slett fordi PBC er den faktoren som også kan påvirke atferden direkte. Konsekvensen kan bli at saneringsbehandlingen ikke blir fulgt og at bæreren ikke blir kvitt MRSA. Noe som kan føre til en økt risiko for spredning og at forekomsten vil øke.

9.5 Metodediskusjon

Det å velge intervju som datasamlingsmetode synes å være riktig helt fra starten av. Det er den best egnede metoden hvis man ønsker å studere menneskers erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Men det forutsetter at man får rekruttert riktig personer og i riktig antall. Nettopp for at man skal få nok og relevant informasjon. Nettopp rekruttering har vært tidkrevende og på grunn av tidsfrister måtte denne prosessen avsluttes sommeren 2019. Vet ikke om det er riktig å snakke om et metningspunkt, men i løpet av analyseprosessen har det vært flere ganger som hvor man skulle ønsket at man hadde tilgang til mer data.

Synes også det er viktig å nevne min bakgrunn og min forforståelse i metodekritikken. Siden jeg til daglig jobber som hygienesykepleier ved smittevern avdelingen ved Sykehuset Østfold, og dermed ofte også en part i oppfølgingen av MRSA-bærere. Kan det ha påvirket studien på

flere måter. For det første hadde jeg en forforståelse av at generelt er det mye tilfeldigheter og svært få av MRSA-bærerne som blir fulgt opp fullstendig. At oppfølgingen slik som den er i dag ikke fungerer optimalt. Det er selvfølgelig derfor at jeg ønsket å studere nettopp dette. Det at jeg har mye kunnskap om feltet fra før, kan være en fordel. Denne fagkunnskapen gjør at jeg har en mer inngående kjennskap til tematikken og at spørsmålene kanskje har blitt mer presise, enn hvis det hadde vært en som ikke hadde denne kunnskapen fra før. Og at jeg har hatt lettere for å forstå det informantene forteller. Men forforståelsen kan også ha påvirket hvilke temaer som jeg synes har vært viktig å få med i en intervjuguide og kanskje har det stengt for muligheten for at informanten kunne ha fortalt en helt annen historie. I tillegg kan også min tilstedeværelse. At det nettopp er en fra smittevernavdelingen som kommer og gjennomfører intervjuet kan også problematiseres. Forteller informanten hele historien, eller tilpasser han det at en ekspert sitter på andre siden av bordet? Det kan ha påvirket informasjonen informantene har gitt. For eksempel uttalt seg mer positivt om smittevernavdelingen enn det de egentlig mener.

En siste betraktning er at siden smittevernavdelingen er en aktør og en samarbeidspartner, kan informantene ha ført seg forpliktet til eller pålagt å delta fra ledelsen. Før intervjuene startet ble informasjonsskriv/samtykkeerklæringen gjennomgått og i denne fasen var det viktig for meg å få frem at undersøkelsen ikke var i regi av Smittevernavdelingen og jeg ikke var der som en fagperson.

Under analysedelen har jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STC). Denne metoden innebærer fire trinn. I trinn tre skulle innholdet abstraheres videre. Det ble forsøkt å omforme sitater i undergruppene til fiktive sitat. Malteruds (Malterud, 2017, s. 105-108) beskrivelse av dette ble ganske komplisert og abstrakt. Valgte derfor å lage et sammendrag av det funnene jeg fant under hvert tema. Dette sammendraget, i noe revidert utgave, er med i innledningen for hvert tema i resultatdelen i oppgaven. Fjerde trinn i STC skal man bruke konsentratet for jevnlig å sjekke validiteten i den analytiske teksten. Det har blitt gjort, men det er ikke brukt et gullsitat som Malterud nevner, men et sammendrag. Mangelen på gullsitater kan tenkes å ha gjort resultatene mindre valide. Malterud er ganske bastant på at hvis man dropper å lage et konsentrat, kan man ikke kalle metoden STC (Malterud, 2011 s. 106). Uansett har jeg kunnet bruke et sammendrag på samme måte og det har hjulpet meg i analyseprosessen. Samt hjulpet meg i å strukturere resultatene mine.

Et siste moment som må løftes frem og som må være med når man vurderer studien, er at dette er første gangen jeg gjennomfører et forskningsprosjekt og jeg har aldri heller

gjennomført intervjuer. Jeg har erfart at å utføre et intervju er komplisert og har definitivt lært mye underveis. Føler at kvaliteten på intervjuene har bedret seg etter hvert, men ser at jeg ikke alltid har klart å få frem de gode fortellingene. Det betyr igjen at de resultatene jeg sitter igjen med, kunne vært mer innholdsrike hvis jeg hadde hatt intervjuerfaring i forkant. Konsekvensen er at det vil være temaer eller momenter som ikke har kommet med i studien.

10 Konklusjon

I denne studien fant vi at helsepersonells erfaringer med oppfølging av MRSA bærer preg av en *ubalanse*. Dette kom til uttrykk ved at de fleste erfarte at de var uforberedt i møte med MRSA-bæreren. Ubalanse ble et overgripende tema. Videre resultater ble delt inn i følgende undertemaer: «*Ubalanse i kunnskaper*», «*Ubalanse i samhandling*» og «*Ubalanse i praksis*».

«*Ubalanse i kunnskaper*» kom til uttrykk ved at informantene hadde erfart at det var en ubalanse mellom den kunnskapen som krevdes og den kunnskapen som informantene hadde når de skulle håndtere en MRSA-bærer. Kunnskapsmangel hos helsepersonell i tilknytning til MRSA er vist i annen litteratur. Easton et al. (2007) viste til kunnskapsmangel hos leger og sykepleiere. Det samme viser Lindberg et al. (2014). Som også løfter frem at det oppleves som et problem at den lave forekomsten av MRSA som en begrensning i muligheten til å erverve seg erfaring og kunnskap. I vår studie opplever ikke helsepersonellet at antibiotikaresistens er relevant i deres arbeidshverdag. Kunnskap styrer i hvilken grad helsepersonellet føler trygghet i håndteringen av MRSA. Andersson et al. (2016) viste denne sammenhengen. Hvor temaer som «Redd og utrygg» og «Føle seg uvitende» kjennetegnet det pleiepersonellet med minst kompetanse. «Føle seg kompetent og trygg» kjennetegnet de som hadde høyest kompetanse om MRSA. I studien vår kom ubalanse i kunnskap til uttrykk blant annet som smittefrykt. Erfaringene var at de var redd for å bli smittet selv eller smitte andre. I ytterste konsekvens førte det til at helsepersonell nektet å håndtere MRSA-bæreren Lignende ser vi en annen studie hvor ansatte sluttet i jobben på grunn av frykt for å bli smittet (Thorstad et al., 2011).

«*Ubalanse i samhandling*» kom til uttrykk ved at informantene forteller om mange aktører på forskjellig nivåer i helsesektoren som er involvert. Erfaringene sier at dette oppleves som utfordrende. Spesielt kompliserte kasus med sykdom og/eller livssituasjon som krever at flere aktører må involveres samtidig i oppfølgingen. Ubalansen kommer også til uttrykk i forhold til den som ledet oppfølgingen rundt MRSA-bæreren kunne være ulike aktører. Ofte var det legen, men det var erfart at andre aktører inntok den rollen. Det kommer frem erfaringer hvor legen ikke ville involveres, samt at samarbeid ikke fungerte. Reeves et al. (2017) finner liten effekt av tverrfaglig samarbeid. De finner en liten forbedring i helsepersonells etterlevelse av retningslinjer og at det kan være noe ressursbesparende. Men de finner ingen belegg for å hevde at tverrfaglig samarbeid gir en bedre kvalitet på pleie og behandling. Sørensen et al. (2018) finner flere barrierer som gjør tverrfaglig samarbeid vanskelig i norsk

primærhelsetjeneste. Forskjellig journalsystem, det må settes av tid, helsepersonell har problemer med å få tak i fastlege. De konkluderer med at forutsetningene for tverrfaglig samarbeid er for umodent. Ubalanse i samhandlingen opplevdes også i forhold til infeksjonskontrollprogrammet. Smittevern avdelingen er forpliktet til gjennom gjensidig avtale å opprette og vedlikeholde infeksjonskontrollprogrammet for kommunene i Østfold. Kommunene på sin side er forpliktet til iverksettelse av innholdet. I dette ligger det å gjøre innholdet kjent for helsepersonell og legge forholdene til innholdet blir fulgt. Erfaringene i vår studie viser at ikke alle er kjent med at det eksisterer og hvor det er lokalisert.

«Ubalanse i praksis» er relatert til selve gjennomføringen av veilederens anbefalinger. Ubalansen kom til uttrykk på to måter. Enten der hvor anbefalingene var vanskelig å gjennomføre eller der veileder/IKP ikke gav svar på de problemstillingene informantene søkte. Det erfarer at det er utfordrende for en lege å følge opp en MRSA-bærer ett helt år. En ting er det kreves at legen legger en plan, på den andre siden kreves det også at MRSA-bæreren følger opp og kommer til avtalt tid og sted. Funn i studien viser at det kan være vanskelig å gjennomføre saneringsbehandlingen hvis MRSA-bæreren ikke er i stand til å gjennomføre på grunn av fysiologiske forutsetninger, sykdom eller reaksjoner på virkemiddelet i som huden smøres inn med. Ubalansen ligger i av det ikke alternativer til behandlingen. Når informantene erfarte at veileder eller infeksjonskontrollprogrammet (IKP) ikke gav svar, var det i forbindelse med komplekse livssituasjoner eller sykdomsbilder.

Folkehelserelevans

I Nederland har de vist at etterlevelse av anbefalingene i MRSA-veilederen gir en økt måloppnåelse (Ammerlaan et al., 2011). Kunnskapsmangel og når veilederen eller infeksjonskontrollprogrammet ikke gir svar er faktorer hvor konsekvensen blir en dårligere kvaliteten på oppfølgingen. Det betyr igjen at man i større grad ikke lykkes å fjerne MRSA fra den enkelte bæreren. Konsekvensen av en ubalanse i samhandlingen handler også om kvaliteten, men her er det på et høyere nivå og kan gjelde flere oppfølgingsløp. I et folkehelseperspektiv vil en lavere kvalitet på oppfølgingen gi en økt mulighet for smittespredning. Det vil igjen kunne gi en økning i forekomsten i samfunnet og i institusjoner. Historien har vist at tiltakene for å forhindre økt forekomst av MRSA i Norge har en forebyggende effekt. Men er viktigere enn noen gang at kvaliteten på oppfølgingen er så god

som overhodet mulig. Forekomsten av MRSA og andre resistente mikrober har aldri vært høyere i verden.

Jeg håper funnene i min studie kan inspirere andre til å forske videre på erfaringer med MRSA i Norge. Funnene viser at det trengs mer kunnskap om dette feltet og at mitt lille bidrag fra Østfold ikke er nok. Forhåpentligvis kan funnene bli til praktisk nytte utover Østfolds grenser. I Østfold vil jeg ta med meg den kunnskapen jeg har ervervet tilbake til mitt arbeid i smittevern avdelingen, slik at den kan være med på å optimalisere samarbeidet mellom sykehuset og kommunene.

11 Referanseliste

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action Control - From Cognition to Behavior* (pp. 11–39). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453–474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Akselsen, P. E. (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ammerlaan, H. S. M., Kluytmans, J. A. J. W., Berkhout, H., Buiting, A., De brauwer, E. I. G. B., Van den broek, P. J., ... Van wijngaarden, P. (2011). Eradication of carriage with methicillin-resistant staphylococcus aureus: Determinants of treatment failure. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 66(10), 2418–2424. <https://doi.org/10.1093/jac/dkr250>
- Ammerlaan, H. S. M. M., Kluytmans, J. A. J. W. J. W., Berkhout, H., Buiting, A., de Brauwer, E. I. G. B. G. B., Van den broek, P. J., ... Bonten, M. J. M. M. (2011). Eradication of carriage with methicillin-resistant Staphylococcus aureus : effectiveness of a national guideline. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 66(June 2011), 2409–2417. <https://doi.org/10.1093/jac/dkr243>
- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12245>
- Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA - global threat and personal disaster: Patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47–53. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x>
- Andresen, P. (2019). Sulfonamider. Retrieved February 3, 2019, from <https://sml.snl.no/sulfonamider>
- Antibiotika.no. (2015). Retrieved February 5, 2019, from <https://www.antibiotika.no/om-resistens/>
- Avdeling for smittevern, S. Ø. H. (2018). Infeksjonskontrollprogram for hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger. Retrieved November 18, 2019, from <https://sykehuset->

ostfold.no/Documents/Infeksjonskontrollprogram for hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger - v1.0 2018.pdf

Barras, C., Busson, B., Antoine, F., GALLIANO, S., Geoffrois, E., Boudahmane, K., ...

Tomas, K. (2017). Transscriber. Retrieved from <http://trans.sourceforge.net/en/presentation.php>

Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., ...

Hopkins, S. (2019). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(1), 56–66. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4)

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer.

Retrieved from https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf

Departementene. (2015). Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020. Retrieved from

https://www.regjeringen.no/contentassets/5eaf66ac392143b3b2054aed90b85210/strategi_antibiotikaresistens_230615.pdf

Easton, P. M., Sarma, A., Williams, F. L. R., Marwick, C. A., Phillips, G., & Nathwani, D.

(2007). Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *Journal of Hospital Infection*, 66(1), 29–33.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.12.016>

Elstrøm, P., & Aavitsland, P. (2008). Meticillinresistente gule stafylokokker i Norge.

Tidsskrift for Den Norske Laegeforening, 128(23), 2730–2733.

Fishbein, M. (1967). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an

object and the attitude toward the object. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement* (pp. 389–400). New York: John Wiley & Sons.

Folkehelseinstituttet. (2009). *MRSA-veilederen. Fhi.No*.

Folkehelseinstituttet. (2010). Basale smittevernrutiner i helsetjenesten - veileder for

- helsepersonell. Retrieved August 14, 2019, from <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/>
- Folkehelseinstituttet. (2016a). Generelt om MRSA - Hva er MRSA? Folkehelseinstituttet. Retrieved from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main_6157=6263:0:25,5785&MainContent_6263=64
- Folkehelseinstituttet. (2016b). Informasjon om MRSA-bærerskap og behandling av MRSA-bærerskap (sanering). Retrieved December 3, 2019, from <https://www.fhi.no/publ/informasjonsark/informasjon-om-mrsa-barerskap-og-behandling-sanering/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Meticillinresistente gule stafylokokker. Retrieved August 11, 2019, from <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/meticillinresistente-gule-stafyloko/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Retrieved October 7, 2018, from <http://www.msis.no/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner). Retrieved February 5, 2019, from <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/>
- Folkehelseintituttet. (2004). Nasjonale anbefalinger Staphylococcus Aureus (MRSA) for å forebygge infeksjoner med Meticillinresistente i sykehus og sykehjem. Retrieved August 13, 2019, from <https://docplayer.me/11260716-Nasjonale-anbefalinger-staphylococcus-aureus-mrsa-for-a-forebygge-infeksjoner-med-meticillinresistente-i-sykehus-og-sykehjem.html>
- Gwynn, M. N., Portnoy, A., Rittenhouse, S. F., & Payne, D. J. (2010). Challenges of antibacterial discovery revisited. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1213(1), 5–19. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05828.x>
- Haug, J. B. (2018). Are measures against MRSA transmission effective? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0166>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1994). Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot

- smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55). Retrieved August 13, 2019, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1995a). Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. (1995). (FOR-1995-01-01-100). Retrieved October 11, 2018, from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1995b). Smittevernloven. (1995). Lov om vern mot smittsomme sykdommer [LOV-1994-08-05-55]. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Retrieved November 17, 2016, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Retrieved November 18, 2016, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2005-06-17-610). Retrieved November 18, 2019, from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Retrieved November 18, 2016, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). (FOR-2012-08-29-842). Retrieved October 11, 2018, from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlege>
- Infeksjonskontrollprogram for kommunale helseinstitusjoner - Østfold fylke. (2019). Avdeling for smittevern, Sykehuset Østfold HF. Retrieved from https://sykehuset-ostfold.no/Documents/Kommunalt_infeksjonskontrollprogram_helseinstitusjoner_-_revisjon_2019.pdf
- Klaic, M., McDermott, F., & Haines, T. (2019). Does the Theory of Planned Behaviour Explain Allied Health Professionals' Evidence-Based Practice Behaviours? A Focus Group Study. *Journal of Allied Health*, 48(1), e43–e51.

- Klein, E., Smith, D. L., & Laxminarayan, R. (2007). Hospitalizations and deaths caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, United States, 1999-2005. *Emerging Infectious Diseases*, 13(12), 1840–1846. <https://doi.org/10.3201/eid1312.070629>
- Kogan, E., & Tabak, N. (2012). Nurses' intention to apply clinical practice guidelines. *Medicine and Law*, 31, 599–615.
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mäntyranta, T., & Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: A survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-51>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B. (2009). Suffering from methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *Journal of Hospital Infection*, 73(3), 271–277. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.07.002>
- Lindberg, Maria, Carlsson, M., & Skytt, B. (2014). MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient-professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of Infection and Public Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004>
- Lindberg, Maria, Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2012). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: Validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3–4), 424–436. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mattilsynet. (2017). MRSA. Retrieved October 11, 2018, from https://www.mattilsynet.no/dyr_og_dyrehold/dyrehelse/smitte_mellom_dyr_og_mennesker/MRSA/
- Medicinska Nobelinstitutet. (2017). Sir Alexander Fleming (1881-1955). Retrieved February

3, 2019, from <http://www.nobelprizemedicine.org/nobelpristagare/alexander-fleming-1945/>

MRSA i primærhelsetjenesten En veileder for fastleger / sykehjemsleger i Østfold fylke.

(2019). Avdeling for smittevern, Sykehuset Østfold HF. Retrieved from [https://sykehuset-ostfold.no/Documents/Veileder - MRSA i primærhelsetjenesten \(20.02.2019\).pdf](https://sykehuset-ostfold.no/Documents/Veileder_-_MRSA_i_primærhelsetjenesten_(20.02.2019).pdf)

MSIS-forskriften. (2003). Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (FOR-2003-06-20-740). (2003). Retrieved December 8, 2019, from

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740?q=msis>

Projan, S. (2003). Why is big Pharma getting out of antibacterial drug discovery? *Curr Opin Microbiol*, *Oct(6(5))*, 427–430.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review)

SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Library*, (6), 10–13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>. www.cochranelibrary.com

Rosenblatt-Farrell, N. (2009). The landscape of antibiotic resistance. *Environmental Health Perspectives*, *117(6)*. <https://doi.org/10.1289/ehp.117-a244>

Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld.nr.47 (2008-2009)). (2009). Helse- og sosialdepartementet. Retrieved from www.regjeringen.no

Solberg, C. O. (2013). Medisinsk historie - Historien om antibiotika. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, *133(23–24)*, 2502–2507.

Sørensen, M., Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International Journal of Integrated Care*, *18(3)*, 1–14. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>

Spring, M. (1975). a Brief Survey of the History of the Antimicrobial Agents. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *51(9)*, 1–14.

Stenøien, H. K. (2015). Europeernes invasjon står skrevet i indianernes gener. Retrieved October 6, 2018, from <https://blogg.forskning.no/hans-k-stenoien/europeernes-invasjon-star-skrevet-i-indianernes-gener/1106867>

- Thorstad, M., Sie, I., & Andersen, B. M. (2011). MRSA: A challenge to Norwegian nursing home personnel. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/197683>
- WHO. (2014). Antimicrobial resistance. Global report on surveillance. *World Health Organization*, 61(3), 383–394. <https://doi.org/10.1007/s13312-014-0374-3>
- Wikipedia. (2019). Staphylococcus aureus. Retrieved August 13, 2019, from https://en.wikipedia.org/wiki/Staphylococcus_aureus
- Wood, F., Phillips, C., Brookes-Howell, L., Hood, K., Varheij, T., Coenen, S., ... Butler, D. C. (2013). Primary care clinicians' perceptions of antibiotic resistance: A multi-country qualitative interview study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(1), 237–243. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/jac/dks338>
- World Health Organization. (2018). Antibiotic resistance. Retrieved December 4, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

12 Vedlegg

Informasjonsbrev / Samtykkeerklæring



Vil du delta i forskningsprosjektet ”MRSA-bærerskap. Oppfølging fra helsepersonells perspektiv”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på helsepersonells egne personlige erfaringer med oppfølging av MRSA-bærere. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet skal ende opp i en masteroppgave i folkehelsevitenskap. Formålet er å se på helsepersonells egne personlige erfaringer med oppfølging av MRSA-bærere. Denne oppfølgingen har vært regulert av folkehelseinstituttets MRSA-veileder siden tidlig 2000-tall og er ganske omfattende og kan strekke seg over lang tid for hvert tilfelle.

Bakgrunnen for valg av akkurat dette temaet kommer av at jeg til daglig jobber som hygienesykepleier ved Avdeling for smittevern i Sykehuset Østfold HF. En ikke ubetydelig del av arbeidstiden blir viet til oppfølging av MRSA.

Helsepersonell i primærhelsetjenesten sitter ofte med oppfølgingsansvaret og siden vår kunnskap om erfaringene knyttet til denne oppfølgingen er begrenset, vil det være spennende å se om ny kunnskap kan skapes gjennom dette prosjektet. Forhåpentligvis vil kunnskapen føre til en optimalisering av samarbeidet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmålet om å delta fordi du er helsepersonell med erfaring med oppfølging av en eller flere personer med påvist MRSA i prøver. Du må ha din arbeidsplass i Østfold.

Rekrutteringen gjøres via flere kanaler. Via fortløpende forespørsel i det daglige der det er kontakt mellom helsepersonell og smittevern relatert til MRSA. Via nettverk av kommuneleger i Østfold. Kommunelegene har ikke gitt opplysninger, men kun videreformidlet forespørsel gjennom sine kanaler.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli intervjuet i maks en time. Spørsmålene vil være relatert til din yrkesrolle generelt og dine personlige erfaringer i tilknytning til oppfølging av MRSA-bærere spesielt. Det vil bli gjort lydopptak og det vil bli tatt notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptak vil bli overført til tekst. Det er denne teksten som skal brukes til videre analyse. Teksten vil ikke inneholde andre opplysninger om kilden enn som f.eks: «Mann, 40-årene, fastlege i en mellomstor kommune. Kvinne, 30-årene, sykepleier ansatt på sykehjem i en stor kommune». Alt vil bli lagret på en NMBU-server og der har kun følgende personer tilgang til opplysningene dine: Ingeborg Pedersen (Hovedveileder) og Lars Varheim (Student).



Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 30. august 2019. Lydopptak vil bli slettet og tekst vil da bli anonymisert og oppbevart for eventuelt etterprøvbarehet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Lars Varheim (Student). Telefon: 47271093. Mail: lars.varheim@gmail.com
- Ingeborg Pedersen (Prosjektansvarlig). Institutt for folkehelsevitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Telefon: 67231265. Mail: ingeborg.pedersen@nmbu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55582117.

Med vennlig hilsen

Ingeborg Pedersen
Prosjektansvarlig

Lars Varheim
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "MRSA-bærerskap. Oppfølging fra helsepersonells perspektiv", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. august 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Intervjuguide

BRIFING

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring gjennomgår og underskrives.

Min bakgrunn

- Hygienesykepleier
- Smittevern
- Master i folkehelsevitenskap

Formål med intervjuet

Informanten har blitt valgt på bakgrunn av at vedkommende har erfaring med behandling eller oppfølging av minst en pasient med påvist MRSA.

Rollene våre under intervjuet og varighet

Jeg stiller spørsmål etter en intervjuguide. Spørsmålene vil følge de temaene som på forhånd satt opp. Spørsmålene vil være utformet på en slik måte at det skal være mulig å svare utdypende.

Litt om lydopptakeren og hvordan den skal brukes

Behandling av opplysningene

Opptakene vil bli transkribert. Tekst og opptak lagres på NMBU-server. Teksten er jo selve dataene og vil bli analysert. I oppgaven kan sitater bli brukt, men kilden vil bli beskrevet som f.eks. Mann, 40-årene, fastlege i en mellomstor kommune. Kvinne, 30-årene, sykepleier ansatt på sykehjem i en stor kommune.

Spør om informanten har noen spørsmål før intervjuet starter

Opptaker slås på



INNLEDNING

Kan du fortelle litt om deg selv?

- Yrke
- Hvor og når tok du utdanningen?
- Hvorfor akkurat dette yrkesvalget?
- Når du husker tilbake til utdanningstiden. I hvor stor grad var antibiotikaresistens et tema?
- Hvor lenge har du arbeidet ved dette arbeidsstedet?
- Kort – Kan du fortelle hvordan en typisk arbeidsdag forløper for deg?

I hvilken grad påvirker antibiotikaresistens arbeidsdagen din?

- Har påvirkningen endret seg (blitt mer merkbar) med årene?
- Gjelder dette alle typer antibiotikaresistens, eller er det noen som peker seg spesielt ut? (MRSA, ESBL, VRE, andre?)

HOVEDDEL

Når jeg nevner MRSA, hva er det første du tenker da?

- Nasjonalt er målet at MRSA ikke skal etablere seg og bli en fast del av bakteriefloraen ved norske sykehus og sykehjem.

Hvilke rutiner har dere på din arbeidsplass for å håndtere pasienter med MRSA?

- Venterom
- Ikke munnbind under samtale.
- Munnbind, hansker og frakk ved pasientnær undersøkelse/behandling
- Desinfeksjon i etterkant
- Avfallshåndtering

Hvilken rolle har du hatt i oppfølgingen av MRSA-bærere?

- Fastlege med behandlingsansvar.
- Sykehjemslege med behandlingsansvar.
- Sykepleier med pasientansvar – type primærkontakt.
- Sykepleier uten pasientansvar



Utfra ditt ansvarsnivå - Kan du beskrive hvilke vurderinger du gjør i forhold til denne typen pasient?

- Informere om MRSA pasient selv – hva med pårørende?
- Avgjøre nødvendigheten av smitteoppsporing
- Vurdere sanering og evt andre smitteverntiltak
- Ta kontrollprøver hos de som har gjennomgått sanering 12 mnd oppfølging hva er utfordringene knyttet til å få gjort dette korrekt?
- Hva hvis man ikke klarer å sanere pasienten?

Er det noen forskjell i hvordan du oppfører deg ovenfor en MRSA-bærer kontra en som ikke har dette?

Hvor komfortabel er du med å jobbe med MRSA-bærere?

- Hvilke utfordringer vil det skape?
- Hva hvis dette var deg?

Hvilke utfordringer har du opplevd?

- Hva med smittefrykt?
 - Hos deg, hos pasienten, hos andre – F.eks. MRSA hos kollegaer

Hvor henter du informasjonen/får beslutningsstøtte fra?

- MRSA-veileder
- Infeksjonskontrollprogram
- Samarbeidet med smittevern
- Hvor involvert er kommunelegen/fastlegen.
- Har informasjonen vært god nok?

Ser du for deg noen forbedringstiltak?

AVSLUTNING

Ingen flere spørsmål.

DEBRIFING

Nevne noen av hovedpunktene.

Er det noe som burde nevnes som ikke er sagt? Takke for samarbeidet



NSD - Tilbakemelding

NSD Personvern

07.12.2018 09:47

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 582876:

FORENKLET VURDERING MED VILKÅR

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet har lav personvernulempe fordi det ikke behandler særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Vi gir derfor prosjektet en forenklet vurdering med vilkår.

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Dersom du følger vilkårene og prosjektet gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet vil behandlingen av personopplysninger være i samsvar med personvernlovgivningen.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører prosjektet i tråd med kravene til informert samtykke
2. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
3. At du følger behandlingsansvarlig institusjon (institusjonen du studerer/forsker ved) sine retningslinjer for datasikkerhet
4. At du laster opp revidert(e) informasjonsskriv på utvalgssiden(e) i meldeskjemaet og trykker «bekreft innsending», slik at du og behandlingsansvarlig institusjon får korrekt dokumentasjon. NSD foretar ikke en ny vurdering av det reviderte informasjonsskrivet.

1. KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Du må påse at informasjonen minst omfatter:

- Prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når prosjektet skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du/dere behandler opplysninger om den registrerte basert på deres samtykke
- Retten til å be om innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- Retten til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv: nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Det er ditt ansvar at informasjonen du gir i informasjonsskrivet samstemmer med dokumentasjonen i meldeskjemaet.

2. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2019.

3. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkår 1 og 4 følges er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkår 1 til 4 følges vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkår 1 vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD ENDRINGER

Dersom den planlagte behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway