



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Helsearbeider og MRSA- positiv: En kvalitativ intervjustudie

Hvordan oppleves det å være helsearbeider og teste positivt på MRSA?

Kristin Olsen

Masteroppgave i Medisin (MED-3950), juni 2018

Kull 2013

Veileder: Mette Bech Risør

Biveileder: Torni Myrbakk



Forord

MRSA blir et stadig økende problem i samfunnet, og i løpet av få måneder har fire av mine nærmeste familiemedlemmer fått påvist MRSA- smitte. Fra sidelinjen har jeg vært vitne til mye usikkerhet, forvirring, og smittefrykt. Som følge av dette, har også jeg vært gjennom flere screeningtester, og som pasient har jeg møtt helsearbeidere som ikke ville håndhelse på meg på grunn av «mulig smittefare».

På bakgrunn av disse opplevelsene, ble min nysgjerrighet omkring MRSA vekket. Jeg tok kontakt med smittevernoverlege Torni Myrbakk, og etter flere idemyldringer startet ideene bak det endelige prosjektet. For veiledning i forhold til kvalitativ metode, ble hovedveileder Mette Bech Risør involvert i prosjektet. Torni har med sine interesser og kunnskaper innen mikrobiologi og smittevern bidratt med blant annet medisinsk og faktabasert kunnskap, samt rekruttert deltakerne. Mette har rikelig erfaring innen kvalitativ forskning og har dermed vært til god hjelp både før og underveis i oppgaveprosessen. Veiledere har for øvrig bidratt med utarbeidelse av vedlegg og revisjon av oppgaven. Både intervju og transkripsjon, samt videre koding og analyse har blitt utført av student.

Det finnes få eller ingen tidligere studier som omhandler helsearbeideres opplevelser knyttet til MRSA- smitte. Tanken bak masteroppgaven er at den skal kunne bidra til økt bevisstgjøring, kunnskap og fokus på hvordan det oppleves å være MRSA-smittet, særlig dersom den smittede er helsearbeider. Et stadig økende antall helsearbeidere vil utsettes for pasienter med både kjent og ukjent smitte, og som et resultat vil også stadig flere helsearbeidere oppleve å selv bli smittet.

Jeg vil med dette rette en stor takk til informantene som har gitt av sin tid, takk for at dere har vært så åpen og delt så mye av deres personlige tanker og erfaringer. Uten dere hadde ikke en oppgave med dette tema vært mulig! Takk til mine to veiledere for at dere har vært tilgjengelig til enhver tid, takk for alle innspill, kommentarer og god hjelp. Takk til medstudenter for gode innspill. Sist men ikke minst, kjære Erik, takk for oppmuntring, støtte og tålmodighet.

Tromsø, juni 2018

Kristin Olsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	IV
1 Innledning	1
1.1 Hva er MRSA?.....	2
1.2 Symptomer, smittemåte og risikofaktorer	3
1.3 Risikofaktorer knyttet til jobben som helsearbeider.....	3
1.4 MRSA i helseinstitusjoner	5
1.5 Screening og smitteoppsporing.....	6
1.6 Sanering av bærerskap	7
1.7 Praktisk gjennomføring av sanering.....	8
1.8 Mislykket sanering.....	9
1.9 Kunnskap og forståelse knyttet til MRSA hos helsearbeideren og i befolkningen	10
2 Oppgavens formål og problemstilling	13
2.1 Avgrensninger	13
3 Materiale og metode	14
3.1 Studiedesign.....	14
3.2 Studiepopulasjon	15
3.3 Studiesetting og intervju	16
3.4 Analyse og resultater.....	17
3.5 Ethiske aspekter.....	18
4 Resultater	19
4.1 «MRSA er ikke noe du vil ha»	19
4.1.1 «Hva gjorde jeg feil?».....	20
4.1.2 «Gikk inn i sjokktilstand»	21
4.1.3 «Følelse av skam for å ha fått MRSA»	22
4.2 «Uten kunnskap blir du livredd».....	23
4.2.1 «Du må være nøye med saneringen likevel».....	24
4.2.2 «Måtte lese mer for å forstå hva MRSA er».....	26
4.2.3 «Manglende kunnskap, manglende forståelse»	28
4.2.4 «Da er jobben min over»	29
4.3 «Du må isolere deg»	31
4.3.1 «Glad jeg ikke trengte å fortelle det».....	32
4.3.2 «Vasket meg i smug»	34
4.3.3 «Behandling som er tøff for kroppen»	36
4.3.4 «Det sosiale fikk vente».....	38
4.4 «Ingen brydde seg»	39

4.4.1 «Alt ble et ork».....	40
4.4.2 «Bra å komme til en lege med kunnskap».....	41
4.4.3 «Hver enkelt må vurderes hver for seg».....	43
5 Diskusjon	45
5.1 Positiv prøve ga følelse av sjokk og skam.....	46
5.2 Egen og andres kunnskap er ikke tilstrekkelig	47
5.3 Smitteforebygging og det sosiale opplevdes som utfordrende.....	49
5.4 Informasjon og oppfølging bør bli bedre	50
5.5 Diskusjon av metode	52
6 Konklusjon	54
7 Referanser	56
8 Sammendrag av kunnskapsev. av nøkkel-/hovedartikler på ref.listen	58
9 Vedlegg:	63
9.1 Vedlegg 1: Infoskriv helsearbeider	63
9.2 Vedlegg 2: Avtale om innhenting og bruk av informasjon i forb. med intervju	65
9.3 Vedlegg 3: Meldeskjema personvernombudet UNN.....	66
9.4 Vedlegg 4: Anbefaling av behandling av personopplysninger	70
9.5 Vedlegg 5: Intervjuguide	72

Sammendrag

Bakgrunn: MRSA er et komplekst tema, og i takt med den økende insidensen vil også stadig flere helsearbeidere oppleve å bli smittet. Hensikten med studien var å undersøke hvordan det oppleves å være helsearbeider og teste positivt på MRSA.

Materiale og metode: Det ble utført en kvalitativ studie, som inkluderte fem semistrukturerte dybdeintervjuer med helsearbeidere som har testet positivt på MRSA ved UNN Tromsø. Intervjuene var basert på en forhåndsbestemt intervjuguide og ble transkribert fortløpende. Videre tematiserende analyse var inspirert av en konstruktivistisk tilnærming til Grounded Theory (GT), der informantenes egne erfaringer dannet grunnlaget for resultatet.

Resultat: Analysen resulterte i fire overordnede tema med ulike subkategorier. Første hovedtema omhandlet reaksjon på prøvesvar, og det kom her frem at helsearbeiderne var preget av blant annet frustrasjon, redsel, fortvilelse og dårlig selvfølelse. Frykt for å bli utsatt for stigma var fremtredende hos flere, og begrepet skam var hyppig benyttet. Andre hovedtema omhandlet kunnskap hos helsearbeideren og de rundt, og temaet var preget av kunnskapsmangel, feilinformasjon og usikkerhet knyttet til jobbidentitet. Tredje hovedtema omhandlet utfordringer knyttet til det sosiale og omkring tiltak for å hindre smitte. Skyldfølelse og mulige konsekvenser ved overføring av smitte førte til at løsningen for flere ble isolasjon og tilbaketrekking. Fjerde og siste tema omhandlet tanker og reaksjoner knyttet til helsearbeidernes oppfølging og informasjon, og samtlige mente oppfølgingen bør bli bedre.

Konklusjon: Helsearbeidere med MRSA- smitte gjennomgår en tøff og krevende tid med omfattende frykt for stigma, og studien har vist at en rekke tiltak kan forbedres når bakterien først er påvist hos helsearbeidere. Det er behov for økt bevisstgjøring og offentlig opplysning om MRSA. Undervisning om konsekvensene ved MRSA- smitte bør bli en større del av helsefaglige studieretninger, samt en del av internundervisningen ved UNN. Nasjonale anbefalinger er moden for oppdatering, da med økt fokus på helsearbeidere.

1 Innledning

MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker) er en form for gule stafylokokker som vanskelig lar seg bekjempe med antibiotika (1). Bakterien er ikke bare direkte forbundet med infeksjoner, men forbindes også med symptomfrie bærerskap (2). Dens motstandskraft mot antibiotika gjør den svært fryktet i norske helseinstitusjoner (1).

MRSA- veilederen som sist ble revidert av FHI i 2009, danner grunnlaget for de nasjonale anbefalingene for håndtering av MRSA- smitte i Norge (1). Veilederen tar for seg mye av den praktiske håndteringen omkring smitten, men vektlegger derimot i liten grad hvordan pasienten skal forholde seg til smitten. Det finnes også forholdsvis få eller ingen tidligere studier som fokuserer på hvordan pasienter opplever det å være bærer av MRSA, og enda færre studier der pasienten er en helsearbeider.

Et positivt MRSA- bærerskap medfører store konsekvenser og utfordringer for den enkelte helsearbeider, blant annet i form av påkrevd sykmelding eller omplassering, samt omfattende og ofte gjentakende saneringsprogram (1).

Blant de tidligere studiene som fokuserer på hvordan pasienter opplever det å være bærer av MRSA, finner vi en svensk studie fra 2011 som baserer seg på kvalitative intervjuer med pasienter med sårinfeksjoner som hadde testet positivt for MRSA (3). Pasientene som intervjues delte bekymringer over at de hadde vært søvnløse på grunn av redsel for å ha smittet barnebarn ved å ha gitt en klem. De hadde unngått kontakt med sine egne barn, hadde følt seg skitne, unngått å gå ut av huset på flere dager, og den ene informanten fikk beskjed av legen at hun ikke kunne bruke offentlig transport og at hun burde unngå all kontakt med andre mennesker. Samme lege nektet å håndhilde på pasienten i frykt for å bli smittet. Deltakerne i denne svenske studien vektla også manglende informasjon som en viktig faktor for misforståelser, blant annet i forhold til hva MRSA er og hvordan bakteriene smitter. Enkelte av pasientene trodde MRSA skyldtes et virus, andre trodde bakterien befant seg i blodet, mens andre igjen trodde bakterien i seg selv var en dødelig sykdom (3).

Generelt vet vi lite om hvordan det oppleves å være helsearbeidere og MRSA- positiv. Vi vet at MRSA- smitte vil by på konsekvenser knyttet til jobb, men vi vet ikke hvordan det faktisk oppleves for den som står midt i det. Helsearbeidere må også takle andre

utfordringer knyttet til blant annet videre screening og smitteoppsporing rundt egen person. Ved positiv prøve anbefales helsearbeidere sanering, en prosess som i seg selv kan være en påkjenning. For å håndtere situasjonen på best mulig måte kreves kunnskap, ikke bare hos helsearbeideren, men også i befolkningen for øvrig. Helsearbeideren er også avhengig av informasjon, som igjen bygger på kunnskap. Disse temaene danner grunnlaget for studien og vil bli omtalt videre.

MRSA er et komplekst tema, men for å forstå det som blir presentert videre i studien er det viktig å ha en liten forståelse av hvorfor den mye omtalte bakterien er så uønsket og fryktet.

1.1 Hva er MRSA?

Mennesker er omgitt av bakterier, og blant de bakteriene som omgir oss finner vi blant annet en rekke ulike stafylokokkstammer. Gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*) er den undergruppen av stafylokokker som hyppigst forårsaker hud- og sårinfeksjoner og dermed en hyppig årsak til infeksjoner innen helsevesenet (4). Til enhver tid er 20-40 % av den norske befolkningen bærere av gule stafylokokker uten at det foreligger tegn til infeksjon, og i løpet av livet vil de fleste av oss komme i kontakt med gule stafylokokker (1).

Antibiotika har blitt særdeles viktig i bekjempelse av infeksjoner, men økende antibiotikaforbruk fører til stadig større utfordringer (1). Stafylokokker har i økende grad utviklet resistens mot penicillin, som er et betalaktamantibiotika. Det ble derfor utviklet meticillin, en annen type betalaktamantibiotika, for å bekjempe disse resistente stafylokokkene (2). Løsningen var derimot ikke langvarig, og etter hvert har flere stafylokokkstammer utviklet seg til å bli resistente også mot meticillin, og disse kalles meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) (2).

MRSA har utviklet resistensmekanismer ved å endre strukturen på de penicillinbindende proteinene (PBP) i celleveggen (5). Betalaktamantibiotika er en fellesbetegnelse på antibiotika som utøver sin effekt ved binding til PBP. Endret struktur av PBP hos MRSA fører til at betalaktamantibiotika, som er førstevalget ved mange infeksjoner, ikke har ønskelig effekt og vi har dermed færre alternativer til å bekjempe

pasientens infeksjon (5). En motstandsdyktig bakterie vil dermed kunne gi alvorlige konsekvenser i form av behandlingssvikt og i verste fall død.

1.2 Symptomer, smittemåte og risikofaktorer

Når det gjelder MRSA, skiller det som nevnt mellom infeksjon og bærerskap. Bærerskap kan ses på som en koloniseringstilstand, der bakteriene er tilstede uten å gi infeksjon og dermed foreligger det heller ingen symptomer (2).

Smittemåten vil være lik for MRSA og vanlige stafylokokker (4). Direkte kontaktsmitte fra person til person er vanligste smittemåte, mens luftsmitte via avstøtte hudceller også kan forekomme. Indirekte kontaktsmitte, altså smitte via et mellomledd er heller ikke uvanlig. (4).

Dersom MRSA blir en del av normalfloraen, vil typiske lokalisasjoner være nese, munn og perineum (3). Personer med fremmedlegemer (kateter, dren, venefloner o.l), underernærte og syke vil være særlig utsatt for infeksjoner (1). Helsearbeidere er, sammenlignet med pasienter, en gruppe som generelt er friske og har lite komorbiditet, og vil dermed ikke utgjøre en særlig risikogruppe for smitte ut fra disse betingelsene. Det er derimot en rekke andre faktorer som gjør MRSA problematisk for helsearbeidere, og disse vil drøftes videre i oppgaven.

1.3 Risikofaktorer knyttet til jobben som helsearbeider

I helseinstitusjoner kan vi finne MRSA i tre ulike grupper eller reservoarer; hos helsepersonell, hos pasienter og i omgivelsene (6). Med disse tre sentrale reservoarene i bakhånd, se for deg en helsearbeider på en sykehusavdeling; han eller hun vil møte et stort antall pasienter, hjelpe til med personlig stell, sårskift, hilse på pårørende og ikke minst samarbeide med kollegaer i løpet av vakta. I løpet av timene på jobb berøres et høyt antall dørhåndtak, benker, senger, pasientutstyr og lignende. Midt i vakta er det matpause, og hendene som tidligere har berørt både personer, gjenstander og overflater brukes nå til håndtering av matpakken.

En litteraturoppsummering basert på 169 originalartikler viste at helsearbeidere sannsynligvis er viktig i overføringen av MRSA, de fleste fungerer som vektorer (7). At helsearbeidere kan ses på som vektorer, altså som friske bærere som sprer smitten til pasienter og andre ansatte, kan ses i sammenheng med at helsearbeideren i løpet av en vakt vil være i kontakt med et stort antall mennesker, overflater og utstyr. Avhengig av yrket bistår helsearbeideren i varierende grad i stell av pasienter, sårskift, ulike prosedyrer og lignende. Håndhygiene påpekes i ovennevnt litteraturoppsummering som essensiell for å forebygge smitte. Helsearbeideren står i fare for selv å bli smittet, men utgjør også en fare for å smitte pasienten. Menneskene de møter er i ulike livssituasjoner, aldre og har ulike sykdommer og tilstander. Ved første møte med en pasient vet ikke nødvendigvis helsearbeideren om pasienten har en smittsom tilstand eller ikke. Han eller hun vet nødvendigvis heller ikke om pasienten lider av immunsvikt eller annet som gir økt infeksjonsrisiko hos pasienten. Siden MRSA- bærerskap er uten symptomer, vil en helsearbeider med MRSA- smitte teoretisk sett kunne utgjøre en fare for pasienten. Helsearbeideren vil også kunne risikere å bli smittet av en pasient med ukjent bærerskap.

Grunnleggende smittevernrutiner, som korrekt håndhygiene, skal bidra til å beskytte både ansatte og pasienter (8). Helsearbeideren er ansvarlig for å beskytte seg selv og sine pasienter, og svikt i disse rutinene kan by på problemer både for den ansatte selv, kollegaer og pasienter. Fokuset på kunnskap og bevissthet omkring smitte og smitteforebygging er dermed svært viktig i helsevesenet.

Med bakgrunn i at hendene regnes som en vanlig smittevei for overføring av en rekke infeksjoner er det gjort flere studier som har kartlagt antall ganger vi tar oss selv til ansiktet i løpet av ett minutt, og på denne måten kontaminerer oss selv med bakterier fra omgivelsene. En av disse studiene, som hadde som hensikt å øke studentenes bevissthet og forståelse omkring smitteoverføring, inkluderte 26 medisinstudenter under forelesning (9). Studentene ble observert via videoopptak, og gjennomgangen viste at de 26 studentene samlet sett i løpet av 240 minutter berørte ansiktet 2346 ganger. Berøring av ansiktet er en ubevisst handling som trolig også kan gjenfinnes hos mange helsearbeidere. Helsearbeidere kan ved å berøre ansiktet smitte seg selv med MRSA fra pasienter eller omgivelsene, eller smitte pasienter eller andre med MRSA dersom det foreligger ukjent bærerskap hos helsearbeideren.

Norge er det eneste landet som har et lovkrav om forhåndsundersøkelse av bestemte grupper av helsearbeidere ved tiltredelse i helseinstitusjon. For helsearbeidere med påvist MRSA- smitte er det i Norge også arbeidsrestriksjoner dersom jobben inkluderer pasientkontakt på sykehus eller sykehjem (1). Personale med MRSA kan for eksempel i våre naboland Danmark og Sverige utføre pasientrelatert arbeid dersom det ikke foreligger individuelle risikofaktorer for bærerskap hos den enkelte (1). Den norske helsearbeideren kan derimot påtvinges sykmelding eller omplassering til en jobb som ikke omhandler direkte pasientkontakt (1). Ved vedvarende bærerskap kan dette bli en langvarig situasjon.

1.4 MRSA i helseinstitusjoner

«MRSA skal ikke etablere seg og bli en fast del av bakteriefloraen ved norske sykehus og sykehjem», står det i MRSA- veilederen, og målet er styrende for tiltakene som er anbefalt i veilederen (1). MRSA er resistente ovenfor en svært viktig antibiotikagruppe, og dette gjør bakterien fryktet på sykehus og i andre helseinstitusjoner. Uten effektiv antibiotika vil en eventuell infeksjon raskt kunne utvikle seg til å bli svært alvorlig, og en bærertilstand vil kunne være vanskelig å bli kvitt dersom man først har fått bakterien som en del av normalfloraen (4;10).

Stadig økende bruk av antibiotika har gitt økende forekomst av antibiotikaresistens, og flere bakterier har blitt multiresistente (4). Med multiresistens menes at flere typer antibiotika ikke har effekt. Økende andel resistente bakterier gir flere tilfeller med behandlingssvikt i situasjoner der man tidligere har hatt god effekt av antibiotika.

Sammenlignet med andre land er forekomsten av MRSA i Norge lav (1), og til tross for at Norge har et av de strengeste regimene for å hindre MRSA- smitte, viser tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) at forekomsten av infeksjoner og bærerskap med MRSA er i stadig økning (4). Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) bidrar til overvåkingen av smittsomme sykdommer. Tall fra MSIS viser at det i 2008 ble registrert 658 tilfeller med MRSA- smitte i Norge, mens det frem mot i dag har vært sett en klar økning til 2237 tilfeller i 2015, 2532 tilfeller i 2016 og 2568 tilfeller i 2017 (11).

En økt forekomst av MRSA i samfunnet vil føre til at helsearbeidere kommer i kontakt med et stadig større antall pasienter som potensielt kan være smittet. Foreløpig er andelen helsearbeidere som smittes av MRSA via jobb i helsetjenesten i Norge er lav, men tallene er i stadig økning også her (4). Siden direkte kontaktsmitte fra person til person vil være den vanligste smitemåten for MRSA (4), vil helseinstitusjoner, som beskrevet tidligere, være ypperlig miljø for spredning av bakterier på grunn av mye nærkontakt mellom et stort antall mennesker med ulike risikofaktorer og sårbarheter.

1.5 Screening og smitteoppsporing

For å hindre at MRSA blir en fast del av bakteriefloraen i norske helseinstitusjoner anses screening av helsearbeidere og pasienter som viktig (1). Ved rutinemessig screening og smitteoppsporing av helsearbeidere i Norge tas prøver fra nese og svelg, og eventuelt fra perineum og hudlesjoner (1).

Ved positive funn på screening og ved mistanke om manglende smitteverntiltak utføres smitteoppsporing, der man forsøker å identifisere pasienter og/eller ansatte som er smittet. Smitteoppsporing vil være viktig for å finne smitekilden og dermed mulig smittevei og med det hindre ytterligere spredning av mikroorganismer (1). Dersom man ved smitteoppsporing finner positive pasienter og/eller ansatte, utvides prøvetakingen til ytterligere pasienter og/eller ansatte for å identifisere sannsynlig smitekilde(1).

Screening og smitteoppsporing av MRSA har per dags dato et betydelig omfang i norske sykehus (12). Til tross for at det legges ned et betydelig arbeid i smitteoppsporing er det likevel sjeldent at MRSA påvises hos helsepersonell ved smitteoppsporing (12). I perioden 2012-2015 ble det innhentet data fra smitteoppsporinger ved 14 ulike somatiske sykehus i Norge (12). I løpet av denne 4-årsperioden ble 10 142 ansatte i helsevesenet testet for MRSA. 31 (0,31 %) av disse ansatte testet positivt og hos 19 ansatte (0,19%) ble det påvist samme stamme med MRSA som hos indeksskasus. I bare 2 av totalt 351 smitteoppsporinger (0,57%) ble samme MRSA- stamme funnet hos mer enn én ansatt. Studien konkluderer dermed med at MRSA- smitteoppsporing blant helsearbeidere i norske sykehus er unødvendig omfattende, og det anbefales en revisjon av de nasjonale MRSA- anbefalingene(12).

1.6 Sanering av bærerskap

Mange som smittes med MRSA vil selv kvitte seg med bærerskapet spontant, det vil si at bakterien ikke etablerer seg som en del av normalfloraen (13). Andre kan derimot bli livsvarige eller livslange bærere. Tidligere studier har vist at muligheten for å kvitte seg med bærerskapet spontant, varierer på bakgrunn av flere ulike faktorer, og når det for eksempel gjelder barn, har barnets alder flere ganger vært sett i sammenheng med kroppens evne til å spontant kvitte seg med bakteriene (13).

For å kvitte seg med bærerskapet kan det forsøkes sanering. Dette kan være aktuelt dersom den smittede selv jobber i helsevesenet (1). Andre faktorer som fører til at man ønsker å gjennomføre sanering kan være at den som er smittet er sårbar for infeksjon, eller at det med stor sannsynlighet er sjanse for gjentatte sykehusinnleggelses for seg selv eller andre i husstanden (1).

Som nevnt tidligere skal ikke en helsearbeider som tester positivt på MRSA utføre arbeid som omfatter pasientkontakt i helseinstitusjon. Sanering skal da tilbys, og frem til vellykket sanering er omplassering eller sykmelding anbefalt (1). I tilfeller der saneringsforsøk mislykkes, forsøker man å finne årsaken til at prosedyren ikke var vellykket og det vurderes om ny sanering skal forsøkes (1).

En utfordring knyttet til bærerskap med MRSA er som nevnt tidligere at den smittede vil være uten symptomer (2). Det vil dermed være vanskelig å vite om man er smittet, men det vil også være vanskelig å vite om momentene i den omfattende saneringsprosedyren utføres korrekt. Usikkerheten knyttet til om hygienetiltak utføres korrekt er også beskrevet i en tidligere studie fra 2001, publisert i Hospital Infection Society (14). Samme studie bemerket også at mangel på symptomer førte til at det kan være vanskelig å bedømme hvor alvorlig et bærerskap kan bli. Studien konkluderte for øvrig med at manglende informasjon påvirket MRSA- positive både emosjonelt og atferdsmessig.

MRSA regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, og ifølge Smittevernlovens § 6-2 skal alle tiltak som er lovpålagte være gratis (15). Det økonomiske aspektet i forhold til behandling og oppfølging skal dermed ikke by på utfordringer.

1.7 Praktisk gjennomføring av sanering

Tilstrekkelig informasjon og kunnskap er viktig for korrekt utførelse av saneringsprosessen. Studier fra Danmark og andre land med lav prevalens av MRSA, viser også at vellykket sanering krever tid, og samtlige familiemedlemmer skal inkluderes i prosedyren (16). Den norske MRSA- veilederen vektlegger tydelig at tiltakene som iverksettes for å hindre smitte, deriblant sanering, ikke skal være for omfattende eller krevende for den enkelte (1).

Til tross for at de norske anbefalingene er tydelige på at tiltakene ikke skal være for krevende for den enkelte, er saneringen en svært omfattende prosess. Saneringen inkluderer nøye og «overdreven» utførelse av personlig hygiene, samt rengjøring av omgivelsene (1). Varighet på saneringsprosedyren er tidsbegrenset, og i Norge er varigheten angitt til 5,7 eller 10 dager. Antall dager og eventuell antibiotikabehandling bestemmes av ansvarlig lege. Ved sanering med systemisk antibiotika bør infeksjonsmedisiner eller mikrobiolog konsulteres (1).

Ved sanering av bærerskap fokuseres det på to viktige temaer; fjerning av MRSA fra hud og slimhinner, samt fjerning av MRSA fra omgivelser, klær og eiendeler (1). Basert på MRSA- veilederen, har Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN), utarbeidet en nyere praktisk veiledning for overflatesanering beregnet på hjemmeboende personer (17). I tillegg til dette er det utarbeidet egne prosedyrer og retningslinjer som gjelder for sanering av helsearbeidere ved UNN, som ligger tilgjengelig for alle ansatte i sykehusets Docmap.

For fjerning av MRSA fra hud og slimhinner kreves grundig dusj med Hibiscrub (Klorhexidylglukonat) to ganger daglig. Etter hver dusj skal håndklær vaskes og det skal byttes til rene klær. Flasker, tuber, børster o.l. skal desinfiseres etter hver bruk. For å ikke ødelegge effekten av Hibiscrub foreligger begrensninger på hvilke kosmetikkprodukter som kan benyttes i saneringsperioden. Nesehulen skal desinfiseres med Bactroban salve (mupirocin) tre ganger daglig, mens munn og hals skal desinfiseres med Corsodyl munnskyllevann (klorheksidin) minst to ganger daglig (17). Dersom systemisk antibiotika benyttes, må det tas hensyn til at eventuelle bivirkninger vil kunne oppstå.

Retningslinjene som brukes ved sanering av bærerskap er også svært detaljert når det gjelder rengjøring av omgivelsene. Omgivelsene skal desinfiseres grundig, gjenstander og berøringspunkter som briller, kam, lysbrytere, fjernkontroller og lignende, rengjøres med såpe og vann eller desinfiseres daglig. Etter saneringsperioden må hygieneartikler som tannkrem, deodorant, sminke og lignende kastes. Sengetøy og håndklær skal skiftes daglig, og det må tas spesielle forholdsregler for vasking av klær (17).

1.8 Mislykket sanering

Ved UNN, og ellers i Norge, benyttes som nevnt en omfattende metode for sanering (1;17), men til tross for dette foreligger det likevel en betydelig sjanse for at sanering mislykkes. For helsearbeideren vil dette gi konsekvenser i form av vedvarende sykmelding eller omplassering. Jobb som inkluderer pasientkontakt vil ikke være tillatt før tidligst etter 2-3 negative kontrollprøver (17).

En prospektiv kohortstudie fra 1994 som inkluderte 69 helsearbeidere, som var bærere av MRSA på hender og i nese, så blant annet på effektiviteten av saneringen (18). Utvalget ble randomisert, der den ene gruppen mottok behandling i form av mupirocin på hender og i nese, mens den andre gruppen fikk placebo. Begge gruppene ble behandlet i 5 dager, og ved oppfølging etter 6 måneder forelå det fremdeles bærerskap hos 48 % av den behandlede gruppen, mens 72 % av kontrollgruppen fremdeles hadde bærerskap (18). Ett år etter behandlingen ble samme MRSA- stamme påvist hos 53 % av gruppen som mottok behandling og hos 76 % av placebogruppa (18). Dette viser at til tross for god etterlevelse av prosedyrene, foreligger det ved diagnosetidspunktet for eksempel en betydelig uvisshet over hvor lenge sykmeldingen vil vare.

De detaljerte prosedyrene fører til at saneringen i seg selv er vanskelig nok å gjennomføre. Faktorer som øker risikoen for mislykket sanering kan være at husstanden består av barn og husdyr, eller at noen i husstanden har pågående infeksjoner eller hudlidelser (13;17). En prospektiv longitudinell tverrsnittstudie fra USA publisert i 2014, så på årsaken til gjentakende stafylokokkinfeksjoner hos personer i samme husholdning (19). Studien har noe uklare definisjoner og endepunkt, samt grensesignifikante konfidensintervall, men konkluderer med at gjentakende MRSA- infeksjoner hadde størst assosiasjon med gjenstander, ikke direkte smitte fra menneske

til menneske. Studien viste også at bærerskapets varighet var av betydning når det gjaldt risiko for å smitte andre. Dess lengre varighet av bærerskapet, dess større sjanse var det for å smitte andre. Samme studie viste også at 10 % av smittebærerne etter 3 måneder hadde smittet sine husstandsmedlemmer, mens 7 % av husstandsmedlemmene hadde blitt smittet etter 6 måneder (19).

Ovennevnte studie viste også at det ikke var sammenheng med koloniseringssted og risiko for å smitte husstandsmedlemmer. Nyere studier har derimot vist at både bærerskapets lokalisasjon og varighet kan være av betydning når det gjelder sjansen for å lykkes med saneringen (6;20). Multiple koloniseringssteder gir en høyere andel bakterier, og det kreves dermed større innsats for vellykket sanering av bærerskapet. Halsbærerskap og hudlesjoner øker også sjansen for mislykket sanering (6). Forskning har også vist at *Staphylococcus aureus* koloniserer både øvre og nedre lag av epidermis, og at varigheten på bærerskapet dermed kan ha betydning når det gjelder sjansen for å lykkes med saneringen (20). Ved gjentatte kontrollprøver har det også vist seg at ordinære pasienter har større sjanse for saneringssvikt sammenlignet med helsearbeidere (6).

Da sjansen for å lykkes med sanering avhenger av flere faktorer, vil det ved diagnostidspunktet være vanskelig å fastslå sykmeldingen eller omplasseringens varighet. Dersom sanering ikke lykkes, bør det foretas en gjennomgang av mulige årsaker til mislykket sanering og behandlende lege bør i samråd med smittevernpersonell på sykehus vurdere om ny sanering skal gjennomføres (1). Dess lengre bærerskapet varer, dess lengre vil også helsearbeideren være påtvunget omplassering eller sykmelding. Noen helsearbeidere blir ikke vellykket sanert til tross for flere forsøk. Arbeidsoppgaver må da vurderes av institusjonens ledelse i samråd med smittevernlege (1).

1.9 Kunnskap og forståelse knyttet til MRSA hos helsearbeideren og i befolkningen

Årsaken til at helsearbeidere i større grad lykkes med sanering sammenlignet med andre i befolkningen, fremgår ikke i de tidligere studier undertegnede er kjent med, men kan kanskje tenkes å ha sammenheng med kunnskap og forståelse omkring smitte.

Studier har også tidligere fokusert på pasientenes kunnskap, samt hvordan de innhenter og tilegner seg informasjon (21). I takt med den økende forekomsten av infeksjoner og bærerskap, har også flere forskere lagt vekt på unødige misforståelser som opptrer i etterkant av at diagnosen er stilt (3;14;22).

En av studiene som hadde som mål å undersøke pasientenes forståelse knyttet til MRSA, er en kvalitativ studie fra 2011 (14). Studien inkluderte 19 pasienter som var inneliggende på ulike sykehusavdelinger, men som i tillegg var isolert på grunn av MRSA. Hovedmålet var å undersøke pasientenes forståelse knyttet til MRSA, isolering og barrierebeskyttelse. Det ble på flere områder påpekt at pasientene led av manglende kunnskap. Flere av deltakerne var usikre på hvorfor de var isolerte, og heller ikke alle hadde forståelse for hvorfor pleierne brukte beskyttelsesutstyr når de kom inn i rommet. Pasientene hadde ulike oppfatninger av hvor alvorlig tilstanden var. Isoleringen førte til at flere oppfattet situasjonen som svært alvorlig, mens andre var vitne til manglende barrierebeskyttelse fra pleiere og dermed oppfattet situasjonen som mindre alvorlig. Studien konkluderte med at informasjon som gis må bli tydeligere og mer forståelig, og at tilstrekkelig informasjon vil være avgjørende for å unngå misforståelser i forhold til smitteåtte og effekt av behandling. Det ble også vektlagt at dersom pasientene har en klar forståelse for årsaken til infeksjonen eller bærerskapet, vil det følelsesmessige aspektet være enklere å håndtere. De fleste helsearbeiderne på sykehus er trolig godt kjent med håndtering av pasienter på isolat, men dette er tema informantene vil få spørsmål om under studiens intervju.

En annen aktuell studie fra Storbritannia viste at store deler av kunnskapen og informasjonen pasientene sitter inne med, innhentes etter diagnosetidspunktet (21). Den lave forekomsten av MRSA i Norge bidrar nok til at tilstanden for mange fremdeles er ukjent. Helsearbeideren vil kunne ha kontroll over sin egen kunnskap, men helsearbeideren har derimot ingen garanti for at personene han eller hun omgås med har tilstrekkelig kunnskap. I denne studien vil det også bli interessant å få en forståelse av kunnskapen til helsearbeiderne ved UNN, og hvor mye kunnskap de hadde om MRSA før diagnosetidspunktet.

Innhenting av informasjon kan skje på flere måter, men som ved alle andre tema er det også ved MRSA viktig å være kildekritisk. En tidligere studie hevdet at media vektlegger

for mye av bakteriens smittsomhet og alvorlighet, og generelt fremstiller bakterien som dødelig (23). Om du ikke stiller deg kritisk til informasjon, er det ingen tvil om at for eksempel media kan bidra til skremselspropaganda. Selv om det er allmenn kjent at ikke all informasjon som kommer frem i media er vitenskapelig og korrekt, lar vi oss ofte påvirke, enten bevisst eller ubevisst. Media er raskt ute med dramatiske overskrifter, og med overskrifter som «Kan være dødelig» (24) eller «Stenger avdeling på UNN etter funn av MRSA-bakterie» (25), er det forståelig at det hele kan virke svært skremmende for de som fra før av har lite kunnskap om tema. Studien fra Storbritannia viste også at den ordinære befolkningen tilegner seg hele 68% av informasjonen fra tv og aviser (21).

Også legen som skal informere og følge opp pasienten er avhengig av kunnskap. Som følge av noe ulike retningslinjer innenfor de ulike helseforetakene, vil det praktiske omkring oppfølging av en helsearbeider med MRSA- smitte variere litt avhengig av hvor i landet pasienten er bosatt. Pasienten har uansett lovfestet rett til informasjon om sykdommen og hvordan sykdommen smitter (1). Legen må være orientert og må kunne informere om norske retningslinjer og prosedyrer, og må i tillegg kunne ta stilling til og håndtere pasientens eventuelle spørsmål. Legen som informerer pasienten ved bekreftet diagnose er også forpliktet til å informere om hva den smittede kan gjøre for å forebygge smitte til andre (1).

Etter gjennomgått infeksjon eller bærerskap, vil mange kunne reflektere over det man har opplevd. En kvalitativ studie utført av Rohde og Ross- Gordon i 2011, baserte seg på semistrukturerte intervjuer med kandidater fra den generelle befolkningen (22). Forskerne forsøkte å få deltakerne til å reflektere over sine erfaringer med MRSA og hvordan det hadde påvirket deres liv. Informantene, som alle hadde testet positivt for MRSA, presenterte historier basert på kombinasjon av smerte, «aha-opplevelser» og et stadig søkende etter informasjon (22). Studien viste at de fleste deltakerne søkte etter informasjon ved hjelp av media og andre personer, og det ble også i denne studien vektlagt viktigheten i at det blir gitt bedre informasjon til både helsearbeidere og pasienter. Flere av deltakerne ønsket også at helsearbeidere skulle bruke *deres* historier, ved å gi eksempler på hva de hadde opplevd, slik at deres opplevelser skulle kunne hjelpe andre i samme situasjon (22). Rohde og Ross- Gordon konkluderte også med at det er behov for offentlige kampanjer om antibiotikaresistens, og da særlig om MRSA (22).

2 Oppgavens formål og problemstilling

Når screeningprøven viser seg å ikke gi det forventede negative resultatet, står helsearbeideren plutselig og kanskje helt uventet i en komplisert og vanskelig situasjon knyttet til både jobb, familie og venner.

Få eller ingen tidligere studier tar for seg hva helsearbeidere har opplevd og erfart som en del av det å være MRSA- positiv. Hvilke reaksjoner vil oppstå som følge av at han eller hun bærer med seg en fryktet bakterie som i visse situasjoner kan gi livstruende komplikasjoner eller i verste fall død? Hvordan oppleves tvunget sykmelding og sanering? Er det nødvendigvis slik at en helsearbeider har mer kunnskap om MRSA enn folk flest?

Formålet med min studie er nettopp å undersøke disse faktorene fra et pasientperspektiv, der pasienten er en helsearbeider. Det anses også som interessant å se på oppfølgingen til de smittede ved UNN, og om det eventuelt foreligger behov for forbedringer her. På bakgrunn av dette er følgende forskningsspørsmål definert; *«Hvordan oppleves det å være helsearbeider og teste positivt på MRSA?»*

2.1 Avgrensninger

Helsearbeidere vil antageligvis ha noe mer erfaringer knyttet til MRSA og smitte enn folk flest, noen mer enn andre. På bakgrunn av antatte forskjeller mellom helsearbeidere og andre yrkesgrupper, har jeg valgt å avgrense studien til å kun omfatte helsearbeidere. Det skilles ikke mellom de ulike gruppene av helsearbeidere. Ytterligere avgrensninger vil omtales under materiale og metode.

3 Materiale og metode

Under denne delen av oppgaven vil bakgrunnen for valg av forskningsmetode bli presentert og det vil gis en kort innføring i metodevalg som har blitt benyttet i denne studien. Det vil bli presentert hvordan informantene ble rekruttert, og det vil fremgå en kortfattet redegjørelse av helsearbeiderne som utgjør studiepopulasjonen. Intervju ble brukt som metode, og det vil gjennomgås hvordan disse ble utført. Avslutningsvis vil fremgangsmåten for analyse og resultat presenteres, og helt til slutt tas det stilling til etiske aspekter relatert til studien.

3.1 Studiedesign

Det finnes en rekke ulike forskningsmetoder. Valg av metode og metodologi avhenger av hva forskeren har som mål å undersøke (26). I denne studien ønsket man å undersøke helsearbeideres opplevelser knyttet til det å teste positivt på MRSA, og kvalitativ metode med intervju ble vurdert som godt egnet.

Kvalitative metoder bygger på menneskelig erfaring, fortolkning og kunnskap. Metoden brukes for å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, og hvordan de kan fortolkes og forstås også av andre (27). Forenklet sett kan man si at kvalitative metoder benyttes for å undersøke hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem.

På bakgrunn av tema og problemstilling har jeg latt meg inspirere av Grounded Theory (GT), en kvalitativ metodologi som er godt egnet der deltakerne i studien har gjennomgått samme prosess, og der utviklingen av en teori kan hjelpe videre forskning (26). Oppgaven er hovedsakelig basert på Charmaz's konstruktivistiske tilnærming til GT, men er ikke i sin helhet en GT studie da samplingen for eksempel ikke er utført som «teoretisk sampling», men særlig analysedelen er inspirert av GT. GT ønsker især å ha fokus på de sosiale prosesser, det vil si hvordan deltakerne opplever, håndterer og forstår de situasjoner de står i med seg selv og andre, her for eksempel sykdomsprosesser, og hvordan de forsøker å løse sine utfordringer og bekymringer. Metodologien er særlig egnet når det ikke finnes andre teorier tilgjengelig som kan

forklare eller gi forståelse av den prosess som den aktuelle deltakeren har gjennomgått (28).

I mange konstruktivistiske studier inkluderes enkeltpersoner, der disse enkeltpersonene er eksperter på egne erfaringer. Vanligvis presenteres informantens erfaringer til forskeren i en sosial relasjon, typisk gjennom intervju (28). Intervju er en av de mest brukte metodene innen kvalitativ forskning (29), og ved intervju blir innholdet preget av dybde, og de subjektive betydninger er basert på informantens erfaringer (28). Som regel danner en intervjuguide, altså forhåndsbestemte spørsmål, grunnlaget for intervjuet. Forskerens mål blir da å gi en tolkning, eller mening, av det som informantene presenterer. Underveis i intervjuet kan forskeren stille oppfølgende eller oppklarende spørsmål (27).

3.2 Studiepopulasjon

Deltakerne var alle helsearbeidere ansatt ved UNN Tromsø, som har testet positivt på MRSA i løpet av de siste årene. Ved helsearbeidere omfattes alle yrkesgrupper i helsevesenet med pasientnært arbeid. Ingen hadde positiv smittestatus ved intervjutidspunktet.

Smittevernoverlegen har stort sett vært involvert i alle saker med MRSA- smitte hos ansatte og var dermed kjent med hvilke helsearbeidere som kunne være aktuelle for å delta i studien. Aktuelle helsearbeidere ble dermed kontaktet av biveileder og smittevernoverlege Torni Myrbakk, som er ansatt ved Smittevernsenteret ved UNN Tromsø. Helsearbeiderne ble kontaktet via mail og telefon i løpet av januar 2018 med forespørsel om å delta i studien, med planlagte intervju med student i slutten av mars 2018.

Samtlige forespurte har også mottatt skriftlig informasjon (vedlegg 1: «Infoskriv helsearbeider»). De som takket ja, ble bedt om å ta direkte kontakt med student for å melde sin interesse. Fire av informantene tok kontakt med student, én informant ble kontaktet av student etter avtale mellom biveileder og den aktuelle informanten.

Utvalget av helsearbeidere som har testet positivt på MRSA ved UNN var begrenset som følge av det lave antall smittede. For beskyttelse av personvernet vil ikke det konkrete antallet helsearbeidere som ble kontaktet med forespørsel om å delta bli oppgitt. Totalt meldte fem stykker sin interesse til å delta i studien. Informantene har vært informert om at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi årsak. Ingen har trukket seg etter at de har blitt inkludert.

For å bevare deltakernes anonymitet vil jeg heller ikke gi opplysninger om den enkelte informant, og jeg velger i samråd med biveileder og smittevernoverlege Torni Myrbakk, blant annet å ikke oppgi kjønn, alder eller hvilken avdeling de jobber på. Det vil av samme årsak heller ikke opplyses om bærerskapets- eller infeksjonens lokalisasjon.

3.3 Studiesetting og intervju

Det innsamlede datamaterialet har i denne studien blitt til via semistrukturerte dybdeintervjuer, som kan beskrives som en samtale mellom forskeren og en respondent. Forutsetninger for et godt datamateriale er at deltakeren kjenner seg trygg og ivaretatt, og at samtalen foregår på en måte der intervjueren ikke har svarene klare på forhånd (27). En fordel vil være om forsker og informant ikke har møtt hverandre på forhånd (28), og student og informant hadde i denne studien ikke kjennskap til hverandre før intervju ble avtalt.

Tid og sted for intervju ble avtalt med den enkelte informant. Bare student og informant var tilstede under intervjuene som fant sted på møterom på henholdsvis UiT eller UNN i slutten av mars/begynnelsen av april-18. Samtlige informanter skrev under samtykkeskjema for bruk av lydopptaker under intervju (vedlegg 2: «Avtale om innhenting og bruk av informasjon i forbindelse med intervju»). Median varighet på intervjuene var 54 minutter.

Intervjuene ble styrt av forskeren ved hjelp av en nøye gjennomarbeidet intervjuguide, der forskeren kunne stille oppfølgende eller utdypende spørsmål underveis i intervjuet. Før de reelle intervjuene, har det blitt utført to pilotintervjuer for å bli trygg på intervjusituasjonen og øke kvaliteten på de reelle intervjuene. Pilotintervjuene har resultert i god kjennskap til intervjuguiden og har bidratt til at spørsmål i intervjuguiden

har blitt korrigert for å få en best mulig flyt gjennom samtalen med informanten. Intervjuguiden har vært inndelt i tema man har hatt ønske om å undersøke, og har kun hatt minimale endringer i etterkant av pilotintervjuene (Vedlegg 5: «Intervjuguide»).

3.4 Analyse og resultater

Intervjuene har blitt transkribert fortløpende ved hjelp av transkripsjonsprogram (30). Før koding og videre analyse ble hvert av intervjuene lyttet gjennom to ganger, og transkribert tekst ble lest gjennom flere ganger for å få frem mest mulig detaljer.

Studien har som nevnt tidligere ikke vært forankret i en forhåndsbestemt teori, da det finnes lite eller ingen tidligere forskning om helsearbeideres personlige opplevelser knyttet til MRSA. Det var heller ikke hensikten med denne analysen å utvikle ny teori som GT ofte anvendes til, men analysen ønsket å få frem grunnleggende mønstre og kategorier på tvers av materialet som eventuelt senere kan bygges ut til en konseptuell teori. Tematiserende analyse har derimot vært benyttet, en analysemetode der ulike tema har blitt satt sammen til å danne meningsbærende enheter og sammenheng i materialet. Analysen har blitt styrt etter informantenes fortelling og virkelighet (28).

Klassisk for GT er bruk av gjentatt sammenligning («constant comparative methods»), en metode der det innsamlede datamaterialet granskes grundig på tvers av og innad av hverandre underveis i alle analysetrinn. Først sammenlignes data med data for å finne likheter og ulikheter, slik at forskeren skal få en bredere og dypere forståelse av det innsamlede datamaterialet (27). De ulike delene av intervjuene ble i denne delen av analysen inndelt i ulike fargekoder, basert på intervjuguiden, for systematisering av data. Allerede fra tidlig fase ble sitater som bemerket seg markert ut.

Etter nøye gransking av datamaterialet, har innholdet videre blitt kodet (initial koding), altså sortert og syntetisert, basert på meningsbærende handlinger ved hjelp av NVivo V.11. Kodingen danner grunnlaget og rammen for analysen, og etter første runde med koding stod jeg igjen med 586 ulike koder. Ved hjelp av NVivo ble like koder deretter slått sammen, og de mest betydningsfulle kodene ble videre inndelt i overordnede koder som dannet foreløpig tema (focused coding). Etter fullført koding ble gjenværende tekst lest gjennom for å sikre at viktige opplysninger ikke var oversett.

Inndeling av endelige tema ble utført ved å lage tankekart ved hjelp av Mindjet MindManager V.2017. Like koder ble inndelt i overordnede tema. Analysen resulterte i fire overordnede tema som vil bli presentert i neste hoveddel.

3.5 Ethiske aspekter

Prosjektet er underlagt Helsepersonelloven §26 og forankret i Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN. Oppgaven er godkjent av PVO (Personvernombudet) ved UNN og definert som et kvalitetsprosjekt ønsket av UNN, utført av student. Prosjektet er ikke meldepliktig til REK.

Alle deltakerne har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet, og de som har stilt seg positive til å delta har selv tatt direkte kontakt med meg som student, for utenom én informant som ble kontaktet av student etter avtale. Før intervjuets start har alle skrevet under på samtykkeskjema til å delta i studien, og informantene har fått både muntlig og skriftlig informasjon om frivillighet, taushetsplikt og anonymitet.

For beskyttelse av personvernet, har deltakerne blitt tildelt pseudonymene «informant 1-5» allerede ved transkripsjonen. Kontaktinformasjon til den enkelte informant har blitt oppbevart adskilt fra lydopptakene, og det er bare student som kan knytte persondata til det enkelte intervju. Navn eller andre identifiserbare opplysninger har ikke vært registrert på lydopptak. Lydopptak og annen sensitiv informasjon knyttet til studien har vært oppbevart på sikkert område i UNN's datasystem tildelt av PVO, der bare student og prosjektleder har hatt tilgang. Informantene har også hatt rett til når som helst å få slettet intervjuet uten å oppgi årsak. For å bevare deltakernes anonymitet vil jeg gjennom hele oppgaven som nevnt være sparsom med opplysninger om den enkelte informant.

4 Resultater

Via intervjuene kom det frem en rekke interessante og viktige momenter om hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA- positiv. Helsearbeiderne har alle stått i vanskelige situasjoner både i privatsammenheng og i jobbsammenheng, og de har alle opplevelser knyttet til MRSA de helst ville vært foruten. De har vært bekymret, usikker og redd, og de har alle hatt en frykt for at karrieren har vært over. Under analysedelen var det særlig fire hovedområder som bemerket seg og disse vil presenteres videre i oppgaven.

De fire hovedtemaene omhandler reaksjon på prøvesvar, kunnskap hos helsearbeideren og de rundt helsearbeideren, utfordringer knyttet til det sosiale og omkring tiltak for å hindre smitte, samt helsearbeidernes tanker og reaksjoner knyttet til oppfølging og informasjon. Disse fire temaene er videre inndelt i subkategorier som alle presenteres i denne delen av studien. Både tema og undertema har overskrifter basert på informantenes sitater.

4.1 «MRSA er ikke noe du vil ha»

For mange helsearbeidere er MRSA- screening en del av rutinene. Dersom det for eksempel påvises smitte hos en inneliggende pasient som ikke har vært isolert, skal alle som har hatt kontakt med pasienten ifølge retningslinjene screenes (1). 4 av 5 av informantene i studien hadde vært gjennom flere tester tidligere, enten på grunn av screening i forbindelse med jobb, reise eller andre personlige årsaker. En informant hevdet at MRSA er ansett blant flere som noe man ikke vil ha og at det er noe man frykter, samt at MRSA hovedsakelig er noe som er knyttet til utenlandsreise.

I likhet med tidligere prøvetaking hos informantene, var årsaken til prøvetaking også denne gangen nokså tilfeldig. Ingen hadde konkret mistanke om MRSA- smitte på forhånd. Når de først ble smittet av MRSA oppstod en rekke uventede reaksjoner og følelser. Informantene delte tanker basert på fortvilelse, redsel, frustrasjon og uvisshet, og flere beskrev en slags skamfølelse av å ha blitt smittet. Mange beskrev at en av de største utfordringene var knyttet til den uventede beskjeden om positivt prøvesvar.

4.1.1 «Hva gjorde jeg feil?»

Før smittetidspunkt hadde ingen av helsearbeiderne personlige erfaringer med MRSA, men alle hadde jobbet med pasienter som har hatt MRSA- smitte. Ingen av dem hadde som nevnt testet positivt tidligere. Flere tilfeller med tidligere testing førte til at mange ikke tenkte særlig over utfallet av prøven som var tatt, før prøveresultatet faktisk ble presentert. En fortalte om den nokså uventede telefonen fra fastlegen en ettermiddag; «Prøven vi tok viste MRSA», kom det fra fastlegen i andre enden av telefonen, og den umiddelbare reaksjonen var;

«Hva gjorde jeg feil? Hvorfor? Jeg som var så nøye med hygienen (...). Shit!! Det var et sjokk! Så kom jeg hjem, begynte bare å gråte. Var helt ødelagt. Helt knust!»

Reaksjoner på prøvesvar viste seg i intervjuene å ofte inkludere dårlig selvfølelse, katastrofetanker og redsel for å ikke ha fulgt hygieneprensippene og dermed gjort en dårlig jobb som helsearbeider. Sitatet over uttrykker også en sterk følelsesmessig reaksjon med fortvilelse og redsel.

Redselen spredte seg også blant kollegaer og familie. Det fortelles om kollegaer som ble livredde når de fikk høre at det var påvist MRSA på avdelingen, og nær familie ble bekymret og redde. Det forelå spekulasjoner rundt hvor smitten kom fra, og for å kunne få en mulig forklaring følte den ene helsearbeideren at det var enklere å legge skylden på andre;

«Mamma ble kjemperedd, hun synes det var kjempeskummelt. Jeg tvang henne til å teste seg og delvis beskylte henne for å ha smittet meg, hun har jo vært hos tannlege i utlandet, mens jeg har jo ikke gjort noe (latter)- jeg har jo bare vært på ferie».

Informanten selv hadde ikke vært på utenlandsreise, men som flere andre var også denne informanten tydelig på at risikoen for MRSA- smitte er langt større i utlandet. Flere av helsearbeiderne beskrev et ønske om å vite hvor smitten kom fra, og denne informanten knyttet utenlandsreise hos mor som en mulig forklaring. Det forelå også reaksjoner fra nær familie om at det hele var selvforskyldt på grunn av reise, og at det hele kunne vært unngått uten all reisingen til utlandet.

4.1.2 «Gikk inn i sjokktilstand»

Samtlige informanter beskrev tøffe dager etter beskjed om positivt prøvesvar, både knyttet til privatlivet og arbeidslivet. En av helsearbeiderne beskrev dagene etter beskjed om positivt prøvesvar som de verste dagene i sitt liv. Størst av alt var frykten for å smitte ektefellen med de konsekvensene og den dårlige samvittigheten det ville gi da de begge jobber i helsevesenet;

«Det var de verste dagene i mitt liv! Som sagt, først hadde jeg denne tanken om at jeg ikke kunne komme tilbake i arbeidet med pasienter. Nei og nei, det elsker jeg! Jeg var helt knust! Og så var jeg redd som sagt, at JEG hadde smittet eller kunne smitte (red; ektefellen) min.»

At dagene etter beskjed om positivt prøvesvar ble beskrevet som de verste dagene i helsearbeiderens liv indikerer at sjokket var stort. Samme helsearbeider fortalte også at det i løpet av de første dagene var mer enn nok med å tenke på seg selv, og at vedkommende stod på kanten for å havne i en dyp depresjon. Vedkommende var de første dagene hjemme alene og tenkte ikke på annet enn at neste test *måtte* bli negativ. Også andre beskrev seg selv som nedstemte i dagene etter.

For flere av helsearbeiderne var også kontrasten mellom en jobb i full stilling og tilværelsen der du følte deg frisk, men måtte være hjemmeværende «smittebærer» stor;

«Nei, det var et sjokk! Jeg gikk inn i en sjokktilstand egentlig. Hadde vel for lite kunnskap om det, så jeg så jo for meg at nå var karrieren over (latter).

Helsearbeideren så tilbake og anså mangelen på egen kunnskap som en bidragende faktor for hvordan prøveresultatet ble håndtert. Frykten for å miste jobben var fremtredende og sterkt relatert til kunnskapsmangel.

Det vanket altså mye usikkerhet og fortvilelse, og også andre helsearbeidere ble bekymret for jobben og fryktet i tillegg ytterligere kolonisering. Flere etterlyste mer informasjon som kunne vært til hjelp i den tøffe situasjonen;

*«Kanskje jeg ikke kan komme tilbake? Tenk om jeg var kolonisert et annet sted?»
Man tenker mye. Det var en veldig følelsesladet tid. Man visste ingenting».*

Frykten for å ikke kunne jobbe med pasienter var altså tilstede hos flere allerede i tidlig fase. Uvissheten med at man ikke vet hva som skjer, hvor lang tid det vil ta, om man i det hele tatt klarer å bli kvitt bakteriene eller ikke, dilemmaet om man skal fortelle til sine nærmeste at man er smittet, og ikke minst hvordan de eventuelt vil reagere, plaget mange.

4.1.3 «Følelse av skam for å ha fått MRSA»

Som helsearbeider skal du både gjennom studie og praktisk arbeid gjennomgå prinsipper for forebygging av smitte. Grunnleggende hygienepinsipper blir en stor del av helsearbeiderens hverdag, og er særdeles viktig for å hindre smitteoverføring både til seg selv og andre. Bare to av informantene var sikre på hvor smitten kom fra, de resterende visste ikke om de var smittet på jobb eller i privat sammenheng. Det ble beskrevet en slags følelse av skam for å ha fått MRSA på grunn av fare for utilstrekkelig utførelse av håndhygiene, særlig ble dette relatert til jobb;

«Jeg har jo vært smittet på et eller annet vis...jeg vet ikke.. Redselen for at jeg har vært smittet på jobb eller at jeg ikke har fulgt hygieneprinsippene. Litt slike tanker som surret.»

Informanten uttrykte et slags tankekaos med en ubehagelig følelse av å mislykkes som helsearbeider, en redsel og skam for å ikke være god nok i jobben. Skam over å ha fått MRSA, og ikke minst skam over å kanskje ha fått MRSA på jobb på grunn av sviktende hygiene. Flere opplevde lignende tankekaos, i tillegg til en uttalt frykt for at bakteriene skulle bli vanskelig å bli kvitt.

I helsevesenet utføres en rekke tiltak for å hindre smitteoverføring, blant annet bruk av smittefrakk, hansker og munnbind. Disse hjelpemidlene benyttes i særlige tilfeller der smitte er påvist eller der muligheten for smitte er stor. En informant uttrykte at man kanskje er mer mottakelig for smitte i de situasjoner man ikke er forberedt, og ble i etterkant av prøveresultatet særlig bevisst på sin egen håndhygiene;

«(...) man følte liksom en slags skam; man hadde fått MRSA. (...) så tenkte jeg «shit, hygiene! Håndhygiene!» Det var en slags skam der.»

Helsearbeideren fikk en slags oppvekker og ble bevisst på viktigheten av utførelse av korrekt håndhygiene. Tankene var knyttet til spekulasjoner omkring utførelse av korrekt håndhygiene og muligheten for at prosedyrene har sviktet. Hver enkelt hadde ulike måter å takle smitten og beskjed om positiv prøve, men følelsen av å ha feilet gikk igjen. Sitatet over får også støtte fra en annen informant som sa; «*Så for meg at dette var vanskelig å bli kvitt. Litt skam kanskje av å få det.*»

Etter screening oppstod uventede og fortvilende tanker preget av frustrasjon, redsel og fortvilelse. Flere var preget av dårlig selvfølelse og en betydelig følelse av å ha sviktet i sin jobb som helsearbeider. Spekulasjoner om hvor smitten kom fra spredte seg blant både helsearbeiderne selv, venner, familie og kollegaer, og alle helsearbeiderne opplevde en uttalt frykt for å smitte de rundt seg. Skam over å ha fått MRSA var et begrep flere benyttet seg av. Flere av informantene uttrykte at de hadde fått en slags oppvekker og en økt bevissthet omkring hygiene og smitteforebygging.

4.2 «Uten kunnskap blir du livredd»

Neste hovedtema er knyttet til kunnskap, både informantens egen kunnskap, men temaet omhandler også kunnskap til både familie, venner og ikke minst legen som har ansvar for oppfølgingen.

Over halvparten av de fem helsearbeiderne som deltok i studien hadde videreutdanning og flere års erfaring fra yrket, mens andre ikke hadde like mange års yrkeserfaring. På bakgrunn av yrkeserfaring og personlige interesser hadde informantene selv noe ulik kunnskap om MRSA før smittetidspunktet. Egen kunnskap ble beskrevet som særdeles viktig for å forstå hvilken situasjon de var havnet i, men flere hadde også opplevd kunnskapsmangel og dermed feilinformasjon fra oppfølgende lege.

Det stiltes tvil til legens kunnskap, og det hadde blitt skapt unødvendig frykt, frustrasjon og fortvilelse. Som vi også har fått inntrykk av tidligere, var også frykten for å aldri mer kunne jobbe mer med pasienter felles for alle informantene.

4.2.1 «Du må være nøye med saneringen likevel»

Det varierte om MRSA- prøven ble tatt hos fastlege eller på den aktuelle avdelingen på sykehuset, og dermed forelå det også variasjoner på hvem som ga beskjed om det positive svaret. Informasjon om positivt prøvesvar ble gitt av enten fastlege eller Bedriftshelsetjenesten (BHT). Følelsen av mangel på tilstrekkelig og ikke minst korrekt informasjon, samt en tid preget av usikkerhet gikk igjen hos flere. Basert på mine egne erfaringer som hjelpepleier og snart lege, samt informantenes opplysninger, er det tydelig at det undervises svært lite om MRSA i helsefaglige studier. Den lave forekomsten av MRSA i Norge fører også til at MRSA fremdeles er et ukjent og diffust tema for mange fastleger. Naturligvis vil det da være vanskelig å instruere og forklare andre om et tema dersom ens egen kunnskap ikke er tilstrekkelig, og flere kunne fortelle om omfattende feilinformasjon fra egen fastlege;

«Hun sa det var bare å kjøre på med antibiotika...den saneringen hadde hun ikke noe tro på. Hun mente at det var antibiotikaen som var viktigst (...). Men så ringte hun faktisk tilbake til meg senere på dagen, for da hadde hun ringt noen her (latter) og fått beskjed om at...ja...så sa hun «du må være veldig flink med den saneringen likevel» (latter), fordi hun hadde fått beskjed om det..(latter)».

Helsearbeideren, som nylig hadde fått beskjed om positiv MRSA- test fikk altså en forvirrende og kanskje unødvendig beskjed fra egen fastlege basert på feil kunnskap. Ifølge MRSA- veilederen kreves omfattende sanering, med en varighet på 5,7 eller 10 dager. I hvert enkelt tilfelle skal det vurderes om det foreligger behov for systemisk antibiotikabehandling (1). Informasjonen helsearbeideren fikk fra fastlege motstrider altså de nasjonale anbefalingene. Fastleger ble også beskyldt for å finne på informasjon selv for å skjule at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap.

Andre kunne også fortelle om lignende opplevelser. Etter prøvetaking og beskjed om positivt prøvesvar fra helsesøsteren i BHT fikk flere beskjed om å bestille time hos fastlege for videre oppfølging. Den ene kunne fortelle om en nokså spesiell opplevelse ved oppsøking av eget legekontor som i ettertid huskes godt;

«Da jeg kom til legekantoret og satt der og ventet, stod døra inn til legen åpen. Jeg hørte at han ringte noen og spurte om hva han skulle gjøre. Han sa «jeg har en (red: helsearbeider) her som er smittet av MRSA». Jeg tenkte bare at det var flaks at det

var jeg og noen jeg kjente veldig godt på legekantoret, det var ingen andre. Dersom det hadde vært flere der, så hadde alle visst at det var meg det gjaldt dersom flere hadde hørt det».

Vedkommende opplevde en ubehagelig situasjon på venterommet. Helsearbeideren ble også vitne til usikkerhet, men også noe som kan anses som brudd på taushetsplikten. Inne på legens kontor var legen fremdeles usikker på hvordan situasjonen skulle håndteres. Fastlegen var ikke klar over at det var behov for sykmelding, og helsearbeideren fortalte videre at fastlegen ble bedt om å gi sykmelding for én måned i første omgang, og helsearbeideren var selv den som oppfordret fastlegen til å finne frem MRSA-veilederen slik at de kunne gå gjennom veilederen sammen. Fastlegen var tydelig usikker. Helsearbeideren fikk beskjed om å komme tilbake dagen etter, og fikk da beskjed av fastlegen om at isolering i egen leilighet, uten å gå utenfor døra var nødvendig. Vi skal komme tilbake til reaksjonene knyttet til isoleringen senere i resultatet.

Det er altså ingen tvil om at flere av helsearbeiderne har vært i kontakt med leger som ikke har tilstrekkelig kunnskap om MRSA-bakterien. En informant delte også sin frustrasjon og sine tanker knyttet til fastlegenes kunnskap;

«Jeg tror ikke de kan så mye om MRSA for å være helt ærlig. De vet hvor MRSA sitter, men ikke hva det innebærer å bli bærer av det for eksempel. Eller hva det vi si å teste positivt på en prøve».

Med dette sitatet får vi frem noe av det viktigste med hele studien; Hva vil det faktisk si å teste positivt på MRSA? Informanten uttrykte fortvilelse over legens kunnskap og var tydelig på at det er et skille mellom å være den som er bærer eller har infeksjonen, og det å vite noe om hvor smitten sitter.

Til tross for noe sparsom informasjon, hadde andre derimot vært mer heldig med fastlegens håndtering av situasjonen. Én fortalte at fastlegen raskt henviste til kollegaer med mer kunnskap, og i dette tilfellet ble helsearbeideren overlatt til infeksjonsmedisiner ved UNN. Samme helsearbeider uttrykte å ha rikelig med kunnskap om MRSA fra tidligere, men savnet likevel informasjon om prosessen videre; hva skal skje videre, hva innebærer det å bli sanert og hva er prognosen for vellykket sanering?

Det ble også fortalt om en betryggelse av å få vite bakterienes resistensbestemmelse, og at håpet for å kunne kvitte seg med bakteriene dermed ble større.

En annen helsearbeider mente at informasjonen fra fastlegen helt sikkert var bra, men at sjokket over positivt prøvesvar førte til at det ble husket lite fra telefonsamtalen med legen. Det fortelles også om at all informasjonen som ble gitt av fastlege ble dobbeltsjekket, og at vedkommende overhodet ikke var sikker på at informasjonen fastlegen la frem var korrekt;

«Jeg var overhodet ikke sikker på at det legen sa var korrekt...jeg dobbeltsjekket alt!»

Vedkommende som dobbeltsjekket informasjon fortalte om en unødvendig usikkerhet og utrygghet, og løsningen ble å lete opp informasjon selv, samt å ha nær kontakt med BHT. Informanten hevdet også at man trolig hadde følt seg mer ivaretatt og trygg, dersom informasjonen som blir gitt er korrekt. På grunn av utilstrekkelig kunnskap, stilte flere seg kritiske til at pasienter, og ikke minst helsearbeidere, skal henvises fastlege for oppfølging. Feilinformasjon fører til at det blir vanskelig å stole på legen.

4.2.2 «Måtte lese mer for å forstå hva MRSA er»

Det ble beskrevet at egen frykt tar over i det man tester positivt på MRSA, og at man uten kunnskap om tema blir livredd dersom man havner i en slik situasjon.

Helsearbeiderne beskrev egen kunnskap før smittetidspunktet som varierende, men samtlige, foruten om én, har hatt lite eller ingen spesifikk undervisning om MRSA verken i løpet av studietiden eller senere i jobbsammenheng. Deres kunnskap baserte seg på personlige interesser eller erfaringer via jobb, og var hovedsakelig knyttet til det praktiske når det gjelder håndtering av pasienter. På spørsmål om hvilken kunnskap de hadde om MRSA fra før smittetidspunktet, forklarer følgende sitat nettopp dette;

«Veldig lite! (latter). (...) Jeg visste jo at man ikke trengte å ha noe synlig for å ha MRSA, men generelt visste jeg ikke om jeg var smittefarlig om jeg gikk på butikken eller, ja...»

Informanten vedkjente altså at kunnskapen om MRSA før smittetidspunktet var svært sparsom, men hadde en forståelse av at man kan ha en bærertilstand uten symptomer. Det rådet en usikkerhet om egen smittefare, altså en usikkerhet på om man kunne anses som en risiko for andre. Utsagnet støttes av en annen, som fortalte at kunnskapen fra tidligere bare hadde vært overfladisk og lite konkret. Ytterligere en helsearbeider sa; *«Måtte lese meg opp på MRSA og forstå litt mer selv av hva det faktisk var».*

MRSA ble av flere informanter forbundet med noe du kan få i utlandet, og kunnskap om egen smittefare ble altså av flere beskrevet som mangelfull. Andre fortalte derimot at de var godt kjent med både hva MRSA er, hvordan det smitter og ikke minst hvordan man forhindrer smitte. Underveis i forløpet hadde flere av helsearbeiderne fått stadig bedre kunnskap om MRSA på grunn av økende interesse for bakterien. Manglende informasjon fra lege førte til at de selv måtte ta grep for å skaffe informasjon, blant annet fra sykehusets Docmap, Google og MRSA- veilederen. Etter beste evne leste de seg opp på prosedyrer og retningslinjer, og én fortalte at MRSA- veilederen nærmest ble pugget utenat. Når det gjelder lærebøker og undervisning på studie, fortalte den ene;

«Jeg begynte også å se hva som står om MRSA i lærebøkene våre, og det er jo minimalt og veldig diffust. Så jeg tenkte jo at dette er noe som burde forbedres.»

Informanten fortalte videre at informasjonen i lærebøkene som regel bare omfatter et lite avsnitt innenfor infeksjonssykdommer, og det foreligger et ønske om forbedring på dette området. Andre fortalte at de ikke kan huske at de noen gang har hatt undervisning om MRSA.

Det ble fortalt at rollene på avdelingen har blitt byttet om siden gjennomgått smitte, og for den ene helsearbeideren føles det nå naturlig å delta aktivt med råd og veiledning til kollegaer dersom de har pasienter med MRSA- smitte på avdelingen. På grunn av økende kunnskap og bedre forståelse av hva MRSA er, sa flere informanter at møtet med MRSA-pasienter føles tryggere i ettertid. Andre fortalte derimot at de i begynnelsen, etter endt sykmelding og sanering, var livredde for å gå inn på isolat med MRSA- smitte.

4.2.3 «Manglende kunnskap, manglende forståelse»

Når både egen kunnskap og legens kunnskap blir mangelfull, er det forståelig at den rammede helsearbeideren selv blir usikker på hvordan familie og venner vil reagere. Kunnskap er avgjørende for å forstå situasjonen, men ikke alle ønsket å involvere de nærmeste da de fryktet at de ikke ville forstå. Familie og venner som ble inkludert hadde behov for forklaring på hva MRSA var, nettopp for å forstå hvorfor deres venn eller familiemedlem ikke lengre kunne være i jobb og måtte sykmeldes. Hvordan forklarer man hva MRSA er til en som fra tidligere er helt uvitende?

«Nei, jeg har jo bare forklart det litt enkelt, at det er bakterier som er resistente mot antibiotika og at man kan være bærer uten å være syk, for det er det jo veldig mange som lurer på om man blir syk når man får det. Det høres jo skummelt ut. Folk forbinder det tror jeg med stafylokokker, sånn der kjøttetende bakterier og slikt»

For folk flest kan det være vanskelig å forstå at smitte med MRSA ikke trenger å ha symptomer, du kan fint være bærer uten å være syk. MRSA ble forbundet med noe farlig og skummelt som antibiotika ikke har effekt på. Det ble fortalt at MRSA ble ansett som en kjøttetende bakterie, og det har foreligget en uttalt bekymring for at pårørende skulle komme til å reagere med frykt og avsky. Venninner har også undret seg over om de fremdeles kan være sammen på fritiden, og det ble fortalt om familie og venner som egentlig ikke skjønnte helt hvorfor håndteringen av bakterien er så streng om den tross alt ikke er så farlig.

Enkelte av helsearbeiderne som hadde vært åpne ovenfor familie og venner måtte berolige sine nærmeste med at MRSA ikke er så smittsomt som mange frykter, at mange har gule stafylokokker som en del av sin normalflora og at det ikke er farlig dersom man ikke er syk. En forklarte det med at MRSA er vanlig i mange andre land, men foreløpig uvanlig i Norge og at det er årsaken til at vi blir så redde. Det ble også hevdet at befolkningen for øvrig har blitt mer oppmerksom på hva MRSA er på grunn av økt fokus på antibiotikaresistens i media, men det fremkom også at helsearbeidere med rikelig erfaring heller ikke trenger å ha god kjennskap til MRSA;

«Det var veldig få som har hørt om det. Det gjelder også annet helsepersonell, for eksempel mamma som er hjelpepleier og har jobbet i 40 år på sykehjem som

hjelpepleier, hun har aldri hørt om det. På sykehjem har man jo de faste pasientene hele tiden. Hun hadde hørt om ESBL, men ikke MRSA. Det er jo veldig få som egentlig har noe «peiling» på det. De fleste reagerer med spørsmål på hva det er. «Ja, hun hadde noe med 4 bokstaver, det var nå ett eller annet»»

Ikke alle pårørende hadde derimot vært like skeptiske og uvitende. Helsearbeiderne fortalte også om god støtte og oppmuntring fra sine nærmeste og at de ble beroliget med at bakteriene ville forsvinne med riktig antibiotika og at faren for smitte trolig ikke er så stor som fryktet. De hadde blitt beroliget med at hvem som helst kan smittes av MRSA, og at det nødvendigvis ikke dreier seg om utførelse av korrekt håndhygiene, men at smitten i enkelte tilfeller baserer seg på flaks eller uflaks; noen har bare hatt mer uflaks enn andre. MRSA finnes over alt, vi er bare ikke klar over det.

4.2.4 «Da er jobben min over»

Vi har alle tanker om fremtiden, og for mange er jobben en særdeles viktig del av livet. Kollegaer blir gode venner og man tilbringer utallige timer på jobb. Ved beskjed om positivt prøvesvar reagerte mange som nevnt tidligere med redsel og frykt for å miste jobben;

«(...) den første tanken var at nå er det over for meg som (red: helsearbeider). Nå kan jeg ikke ha kontakt med pasienter.»

Jobben ble beskrevet som å ha stor betydning for helsearbeideren. Frykten for å miste både jobben og pasientkontakten var fremtredende og skapte bekymring, og manglende kunnskap ble av mange beskrevet til å være en viktig faktor for at også disse tankene oppstod.

Det er ingen tvil om at situasjonen var belastende for de som var rammet. Særlig de av helsearbeiderne som hadde vært gjennom flere runder med sanering har slitt med motivasjonen, de hadde fulgt saneringsveiledningen til punkt og prikke, men likevel slo testene positivt ut igjen. Til tross for stor trivsel i jobben, vurderte flere allerede i tidlig fase å bytte jobb på grunn av usikkerheten omkring prøvesvarene;

«Jeg var jo aldri helt sikker, det kan jo komme tilbake når som helst. Jeg merker jo ingenting. Men jeg bestemte meg egentlig etter runde to, orker jeg ikke ny sanering. Da får jeg enten omskolere meg eller gjøre noe annet. Da var jeg jo kanskje mer redd for prøvesvaret, for jeg tenkte at dersom den nå er positiv er det «over og ut»».

Helsearbeideren, som vurderte omskolering beskrev en redsel for prøvesvaret. En redsel for muligheten for stadig positivt prøvesvar, og beskriver hvor belastende dette i seg selv kan være. Hyppig prøvetaking ble også ansett som belastende. Én fortalte også at historier knyttet til skrekkeksempler ikke er til å unngå; eksempler på folk som ikke har blitt kvitt MRSA og har måtte bytte jobb.

Samtlige av informantene beskrev denne usikkerheten; en usikkerhet knyttet til tanker om man blir kvitt bakteriene og en usikkerhet knyttet til hva fremtiden bringer, samt en skremmende mulighet for at karrieren muligens er over. En helsearbeider med MRSA-bærerskap blir i de aller fleste tilfeller ekskludert fra å jobbe nært pasienter. I særskilte tilfeller dersom personen etter individuell vurdering, i samråd med ledelse og smittevernlege, anses som lite smitteførende kan det gjøres unntak dersom visse forholdsregler, som for eksempel gode grunnleggende smittevernrutiner følges nøye (1). Om helsearbeideren tillates å jobbe, avhenger også av hvilken avdeling og pasientgruppe han eller hun jobber med (1).

En rekke tanker om det å være sykmeldt ble også delt i intervjuene. En av dem som testet positivt også etter første runde med sanering fortalte at reaksjonen var langt sterkere andre gang. Første positive prøve ble håndtert nokså greit da vedkommende ikke var helt klar over hva det ville si å teste positivt, men sitatet under gir et innblikk i reaksjonen etter andre positive prøve;

«Jeg syntes det var kjempekjipt at jeg var positiv igjen. Jeg reagerte mye mer da enn det jeg gjorde første gangen. Første gangen tenkte jeg at det var ganske greit, men andre gangen ville jeg tilbake i jobb, jeg ville være normal igjen. Jeg hadde stort sett nylig begynt i jobben, jeg så at andre som var begynt samtidig som meg var kommet mer inn i arbeidsmiljøet, de ble kjent med hverandre, mens jeg var hjemme. Jeg begynte å bli redd for at jeg hadde glemt alt på jobb, at jeg ikke kunne jobben min lengre.»

For denne informanten var første forsøk med sanering mislykket, og realiteten begynte å gi store inntrykk. Tankekaoset fortsatte, og vedkommende hadde et stort ønske om å komme tilbake til arbeidsplassen og arbeidskollegaer. Å teste positivt igjen ble beskrevet som ille og vanskelig, og tvungen sykmelding ga en følelse av å være unormal og annerledes. Flere opplevde det som nedverdiggende å være sykmeldt i lang tid, og belastningen var enda større for de som valgte å holde alt skjult for sine nærmeste. Forklaringene på hvorfor de har vært sykmeldte har vært falske, og flere har gitt tidligere kroppslige plager forklaring på hvorfor de har vært hjemme fra jobb. De har vært redde for å falle utenfor arbeidsmiljø og rutiner, de har sett på seg selv som smittebærere og en vandrende smitterisiko, og de har følt seg utenfor.

I forhold til positivt prøvesvar opplevde informantene utfordringer knyttet til egen kunnskap, men også store utfordringer knyttet til legens kunnskap. Kunnskapsmangel og feilinformasjon førte til ytterligere frustrasjon og fortvilelse for de fleste.

Helsearbeiderne følte seg generelt overlatt til seg selv når det blant annet gjaldt innhenting av informasjon om egen smittefare. Samtlige beskrev lite undervisning om MRSA på studie og jobb, og flere mente at mye kunne vært unngått med mer undervisning om MRSA i helsefaglige studieretninger.

Samtlige informanter beskrev stor usikkerhet knyttet til fremtiden og til jobbidentitet som helseprofesjonell. Pålagt sykmelding føltes for flere som nedverdiggende og belastende, og angsten for stigma førte for noen til lite åpenhet om blant annet sykmelding.

4.3 «Du må isolere deg»

Følelsen av å være utenfor, følelsen av å være unormal og følelsen av å være en «skitten» person som overfører smitte er nært relatert til feilinformasjon og manglende kunnskap. Informantene har stått ovenfor en gnagende usikkerhet, og har fryktet at skepsis og kunnskapsmangel skulle føre til avsky. De har kjent på tvilen om å være åpen om

smittesituasjonen eller holde det skjult ovenfor familie og venner, og den uttalte frykten for å smitte andre har for flere ført til isolasjon og tilbaketrekking.

Samme helsearbeider som måtte be fastlegen om sykmelding og videre instruere legen om hva som skulle gjøres, fikk som nevnt tidligere en nokså sjokkerende beskjed av legen. Fastlegen opptrådte normalt, brukte ikke hansker, munnbind eller annet smittevernutstyr, men etter at det ble tatt ny prøver for å forsikre seg om at de første prøvene ikke var falsk positive kunne altså legen opplyse om følgende;

«I påvente av dette prøvesvaret og en eventuell sanering, skulle jeg isolere meg. Jeg skulle være inne i leiligheten min der jeg bodde alene, jeg skulle ikke ha kontakt med noen. Det vil jo bli minimum 13 dager. Jeg spurte om jeg kunne dra til mamma å være der, men det kunne jeg ikke. Da ble jeg litt «forfjamset» og tenke «gud hva skal jeg gjøre nå?». Jeg gikk meg en tur etterpå bare for å få luftet tankene litt.»

Dette sitatet viser at informanten mottok alvorlig feilinformasjon fra fastlege. Informasjonen skapte forvirring, og egen oppfatning av situasjonen ble påvirket. Helsearbeideren ble fratatt muligheten til å delta på sosiale tilstelninger og ble istedenfor pålagt isolasjon og ensomhet i egen leilighet. Heldigvis ble situasjonen raskt avklart, og helsearbeideren fikk oppklart og bekreftet at informasjonen fra fastlegen ikke var korrekt, men med en slik beskjed fra fastlegen, kan man forstå informantens valg om å ikke fortelle til sine nærmeste at de er smittet.

4.3.1 «Glad jeg ikke trengte å fortelle det»

Som vi har vært inne på tidligere, har helsearbeidernes tankekaos også omfattet spekulasjoner om andres mulige reaksjoner. Usikkerheten om de skulle fortelle eller ikke har vært fremtredende, og de tok her ulike valg. Om lag halvparten valgte å ikke fortelle, i frykt for at skepsis og kunnskapsmangel skulle føre til avsky og stigma. Noen opplevde støtte fra sine nærmeste, men for andre ble frykten så stor at de ikke engang turte å fortelle til *noen* at de var smittet. Sjokket over positivt prøveresultat førte til at andre igjen ikke klarte å holde det skjult.

I følge Smittevernlovens § 2-3 er lege pliktig til å informere arbeidsgiver i helsevesenet om allmennfarlig smitte (15). Arbeidstaker skal ifølge loven informeres om denne

meldeplikten, og vil da få muligheten til å informere arbeidsgiver om MRSA- smitte selv. Arbeidsgiver vil dermed bli informert, men bare et fåtall av helsearbeiderne valgte derimot å også være åpen ovenfor kollegaer på hvorfor de var sykmeldt. Det ble fortalt at de hadde mer enn nok med seg selv i denne vanskelige tiden, og de mente det var enklere å skylde på en annen årsak til sykmelding. Én fortalte om den vedvarende usikkerheten på hva som hadde vært riktig, og sier det fremdeles gnager om de burde ha fortalt det eller ikke, men konkluderer selv med at vennene trolig hadde trukket seg unna dersom de hadde fortalt det. Helsearbeideren får også støtte hos en annen, som ble tvunget av familien til å være sosial når egne tanker ble sterkt fremtredende;

«Jeg vil ikke!» «Jo, nå blir du med!» (latter). Det var liksom å beskytte og beskytte. Jeg tørr ikke fortelle det til noen, kanskje de blir redde for meg eller ikke vil hilse, eller gi en klem eller noe.»

Helsearbeideren var redd for å bringe smitte videre og så på isolasjon i hjemmet som en løsning. Frykten for hvordan andre skulle reagere var fremtredende, det forelå en frykt for å bli overlatt til seg selv og for å plutselig stå uten venner. Det var ønske om å tilbringe tid alene, det var ikke behov for andres reaksjoner. Familien var i dette tilfellet til hjelp og støtte, de tok grep og nærmest «presset» helsearbeideren til å være sosial for helsearbeiderens eget beste.

Dilemmaet mellom å fortelle eller ikke, ble også diskutert med smittevernpersonell, og den ene fortalte at noe av det tyngste med hele prosessen var å forlate barnet i barnehagen og vite at barnet, som var smittet av MRSA, skulle leke sammen med andre uvitende og uskyldige barn. Til tross for vanskeligheten, var helsearbeideren glad de ikke trengte å fortelle om smitten i barnehagen. Nasjonale anbefalinger støtter opp om dette og gjør det klart at det på grunn av barnets beste ikke er anbefalt å fortelle om MRSA- smitte i barnehage (1).

Kontrastene var relativt store mellom helsearbeidernes valg om åpenhet. Den ene kunne fortelle at egne foreldre fremdeles ikke vet om smitten, og andre forteller at de fremdeles ikke har behov for å fortelle nære venner om hva de har gjennomgått. Andre har tatt til mot å fortelle det måneder etter.

De som valgte å være åpen fikk blandede reaksjoner. En av de som valgte å være åpen om positiv MRSA- test ovenfor kollegaer allerede fra tidlig fase, begrunnet valget om åpenhet slik;

«Nei ... det er ganske naturlig, i alle fall de nærmeste. Da er det ganske naturlig å fortelle det. Det var jo et sjokk når jeg fikk beskjeden, så klarte jo ikke å skjule det heller. Ellers så var jeg åpen på arbeidsplassen også, alle visste at det var jeg som hadde fått det. Det var jo på grunn av at alle visste at noen hadde fått det, og når jeg gikk ut i sykmelding regnet jeg med at folk skjønnte det likevel, så da valgte jeg å være åpen om det».

Helsearbeideren ville unngå unødvendige rykter og spekulasjoner, og tok i tidlig fase et valg om å være åpen. Reaksjonen fra kollegaer var medfølelse og støtte, og andres reaksjoner ble med det ikke så ille som fryktet. Lignende ble fortalt av en annen informant, som sa at det gode arbeidsmiljøet og nærheten blant kollegaer førte til at det føltes naturlig å fortelle det.

Andre fortalte derimot om en slags utbredt panikkreaksjon blant kollegaer, med spekulasjoner på hvem som hadde vært i nærkontakt med den aktuelle helsearbeideren den siste tiden, og dermed anså seg selv som i risiko for å ha pådratt seg smitte. En annen fortalte om en opprømt venninne med stor frykt for å ha blitt smittet, men at en screeningstest heldigvis ikke viste smitte i dette tilfellet.

4.3.2 «Vasket meg i smug»

Frykten for å påføre andre smitte var gjennomgående hos alle informantene, og samtlige har håndtert smitten på ulike måter. Skyldfølelsen og de mulige konsekvensene ved videreføring av smitte, som for eksempel tap av jobb, var noe av det som bekymret mest. Utfordringene har dermed stått i kø både i og utenfor hjemmet. Som nevnt tidligere ble det generelt beskrevet lite kunnskap om egen smittefare, og flere har sett på seg selv som en smittebærer eller som en smitterisiko;

«Jeg husker når jeg skulle på besøk til en kompis, hadde nesten ikke vært der, så han spurte om jeg ikke kom bortom. Da var det rett i dusjen (...), vasket meg ordentlig og tok nye klær på, så dro jeg bort».

Helsearbeideren omtalte her utfordringer knyttet til omgangsvenner og det å beskytte venner mot smitte på best mulig måte. Kompisen var ikke opplyst om smitten, og hadde dermed ikke forståelse av hvorfor det plutselig ble lang tid mellom hvert besøk. Å være nydusjet og ha rene klær var et tiltak for å hindre smitteoverføring, men det ble også fortalt om nokså drastiske tiltak knyttet til store utfordringer med barn hjemme;

«Han kom jo «ååh, (red:forelder) suss suss suss» og skulle gi nuss, det var jo bare så vidt at du kunne sette kinnet til». Og her skulle du liksom være...det var vanskelig!! Du måtte jo gjøre litt og bare vaske deg etterpå i smug.»

Det er ingen tvil om at det hele blir vanskeligere med barn inne i bildet. Et lite barn har ikke evnen til å forstå begreper omkring smitte, men kan nok registrere at mamma eller pappa er unnvikende og ikke vil ha kontakt som normalt. Utfordringen ligger i balansen mellom å hindre smitte, samtidig som man skal være en kjærlig og omsorgsfull forelder. Også andre informanter delte lignende tanker om barn;

«Jeg tror jeg isolerte meg, rett og slett. Jeg var veldig redd husker jeg, dersom jeg møtte noen med barn forsøkte jeg å ikke ta i dem. Pratet bare med dem. Jeg var veldig, veldig redd, og veldig nøye på hygienene. Og mine egne barn, kanskje litt mindre redd. For jeg visste liksom at alt var rent, det var ingen problem.»

Denne informanten valgte altså å trekke seg unna, redselen for å i det hele tatt ta i andres barn ble for stor og alt fokuset ble lagt på hygiene. Det følte tryggere hjemme, der var alt rent og det var kontroll på hva som var rengjort. For mange ble hygiene, særlig håndhygiene en betryggende faktor. De hadde alltid med seg håndsprit, og én kan fortelle at et kvelds- eller morgenstell av barnet blant annet bestod av 6-7 håndvaskoperasjoner på mor eller far, barnet slapp derimot unna med «bare» 2-3 omganger håndvask. Hver gang de berørte barnet, vasket de hendene.

Frykten for å smitte andre var også tilstede når det gjaldt fremmede mennesker. Dersom det forelå en risiko, ble risikoen unngått. Valget falt for den ene på å unngå det vante treningssenter, og heller legge treningen til turgåing i det fri. En annen reflekterte over det å omgås fremmede mennesker; vedkommende anså seg selv som en smitterisiko og

tenkte mye over hvor mange ganger man sitter sammen med fremmede personer på fly, buss og lignende.

4.3.3 «Behandling som er tøff for kroppen»

Saneringen ble beskrevet som uoverkommelig oppgave, en tøff prosess og som en fysisk påkjenning på kroppen. Noen av informantene hadde en husstand bestående av små barn og over halvparten av informantene hadde hund eller katt som skapte ekstra bekymringer og utfordringer under den ellers krevende saneringen. Noen har vært mer bekymret enn andre, og hos enkelte er det ingen tvil om at familielivet og det sosiale for øvrig ble påvirket i stor grad. Prosessen ble av mange beskrevet som en tid preget av ensomhet, frykt og isolasjon. De var alle innforstått med at saneringen måtte være vellykket for å kunne fortsette i jobben som helsearbeider.

Alle de inkluderte helsearbeiderne kom i gang med saneringen få dager etter de fikk bekreftet positivt prøvesvar, men ventetiden opplevdes likevel som stressende. Til tross for at saneringen bare strekker seg over noen dager, opplevdes prosedyrer som tidkrevende. Blant annet skal hjemmet rengjøres og sengetøy, håndklær og klær skiftes daglig. Kroppen skal dusjes grundig med Hibiscrub to ganger daglig (17). I MRSA-veilederen foreligger det også restriksjoner på hvilke kosmetiske produkter som kan benyttes sammen med Hibiscrub for å sikre effekten av det antibakterielle midlet, og det ble beskrevet utfordringer knyttet til dette;

«Jeg gikk ikke utenfor døra i løpet av de 10 dagene den andre saneringen, jeg var bare inne og hjemme. Man føler seg ikke så «fresh», håret ser helt jævlig ut siden man bare har vasket det med sprit i 10 dager. Så går man jo i de styggeste klærne man har siden man skal vaske de (latter).»

Selvfølelsen førte til at informanten selv valgte å holde seg hjemme gjennom saneringen. Hibiscrub, som er en desinfeksjonsløsning som inneholder klorheksidin, tørker i seg selv ut både hår og kropp. Det hele blir enda mer utfordrende når man ikke kan benytte balsam og bare et fåtall av fuktighetskremer, som ikke inaktiverer klorheksidin, kan benyttes. Informanten ga også uttrykk for et klesvalg som ikke var ønskelig, men mer praktisk.

Ubehag og utfordringer knyttet til nesesalven ble også beskrevet; salven ble beskrevet som ekkel; en følelse av at alt støvet ble virvlet opp, satte seg fast i nesen og ga kløe og irritasjon. Antibiotikabruk er heller ikke ukomplisert, noe den ene informanten tydelig fikk kjenne på kroppen;

«Jeg lå egentlig bare på sofa hele dagen, klarte ikke å gjøre noe særlig. Mamma kom på besøk til meg og overnattet en natt, hun satt ved siden av meg og tvang meg til å drikke hele tiden. Jeg ble irritert, og ba henne til slutt å dra hjem for jeg ville være alene. Jeg lå bare der på sofa, for jeg visste at det gikk noen timer så gikk det bedre, da kunne jeg spise og drikke igjen frem til neste gang jeg skulle ta tablett, så ble jeg dårlig igjen.»

Informanten opplevde saneringsprosessen som særdeles ubehagelig. Det oppstod kraftige bivirkninger blant annet i form av kvalme og redusert matlyst, og helsearbeideren opplevde mors bekymring og godvilje som stressende og masete. Dårlig form førte til at rengjøring og annet som kreves ble ekstra utfordrende og det forelå et ønske om å være alene.

At motivasjonen svikter etter slike opplevelser, i tillegg til at ny prøve fremdeles er positiv, er forståelig. Det ble fortalt om prosedyresvikt i andre saneringsrunde, og en følelse av at «ingenting nytter likevel». Sengetøy ble ikke skiftet daglig, hele kroppen ble ikke vasket i Hibiscrub og det ble sluntret unna med både nesesalve og munnskyllevann. Å kaste kosmetikk og hygieneprodukter til en verdi av flere tusen kroner opplevdes som et drastisk tiltak, og det vedkjennes at ikke alt ble kastet blant annet på grunn av økonomiske aspekter. Det ble hevdet at man burde fått kompensasjon for utgifter; HELFO dekker utgifter til medikamentene, men pasienten må selv stå for utgifter knyttet til rengjøringsmidler og innkjøp av alt annet nødvendig utstyr (1). En av informantene beskrev at saneringsprosessen krever mye tid og planlegging, men er takknemlig for at de i det minste var to om det hjemme. Enkelte valgte en løsning med å vaske så godt de kunne hjemme, for så å dra bort i håp om at bakteriene hjemme skulle «dø ut».

4.3.4 «Det sosiale fikk vente»

Som vi også har fått inntrykk av tidligere, beskrev enkelte å ha levd tilnærmet normalt mens de var sykmeldt, mens andre derimot av ulike årsaker hadde levd i en isolert tilværelse. Noen fikk beskjed av fastlege om å isolere seg, andre tok et slikt valg selv. På spørsmål om hvilke tiltak som ble satt i gang for å hindre smitte til familie og venner, fortalte den ene;

«Ja, jeg følte jo at jeg var «smittsom og nå må jeg holde meg unna». Så jeg trakk meg kanskje litt unna, det gjorde jeg.»

En iboende frykt for å smitte andre førte altså til at informantene ubevisst trakk seg unna. Som fremkommet tidligere, tok flere andre et bevisst valg og tilbragte langt mer tid innenfor husets fire vegger enn normalt. Også andre fortalte at de i denne perioden i mindre grad deltok på sosiale aktiviteter sammenlignet med normalt og dermed trakk seg unna i frykt for å smitte andre. Hjemme føltes alt tryggere.

De av informantene som hadde vært åpen ovenfor familie og venner opplevde stort sett å bli inkludert. Nær familie som jobber innen helsevesenet var de som ble mest bekymret; de var redde for selv å pådra seg smitte. Reaksjoner fra kollegaer og arbeidsgiver har vært varierende;

«Jeg var invitert med når kollegaene mine skulle gjøre ting på fritiden, så jeg var jo mye sammen med dem. Men når det var ting i regi av sykehuset, fikk jeg ikke være med, da følte jeg meg veldig ekskludert. Det synes jeg var verst. Alle på jobb skulle på en miljøtur med overnatting, da fikk ikke jeg være med for de hadde ikke mulighet til å gi meg eget rom. Da følte jeg meg litt unormal.»

Ikke bare har de hatt utfordringer knyttet til eget tankekaos, men følelsen av å bli overlatt til seg selv og frastøtt av andre, særlig av arbeidsgiver ble fremtredende. En annen fortalte en lignende historie om manglende invitasjon til personalfest. Den aktuelle helsearbeideren fikk «tilfeldigvis» en melding fra sjefen samme dag med invitasjon til fest, men en slik invitasjon i siste liten ga en følelse om at man egentlig var uønsket. Kontrasten til disse uttalelsene er store, og en annen informant fortalte om uttalt støtte både fra arbeidsgiver og kollegaer;

«Nei, i starten holdt jeg jo litt avstand, var veldig usikker og redd for at jeg skulle smitte noen. Men så var jeg beroliget, både legene og sjefen på jobb sa jeg kunne være sammen med dem på fritiden. Så jeg var faktisk på hyttetur med dem også.»

I motsetning til historiene beskrevet over, der helsearbeideren ikke fikk delta på sosiale tilstelninger i regi av sykehuset, ble denne helsearbeideren oppmuntret til å være sosial, også på arrangementer i regi av sykehuset. Helsearbeideren opplevde inkluderingen som beroligende, og følte seg fremdeles som en del av fellesskapet på jobb til tross for pålagt sykmelding og restriksjoner når det gjelder pasientkontakt.

Det ble også fortalt om støtte fra gode venner, og den ene fortalte at til tross for at venninnen, som selv jobber i helsevesenet, var klar over smitten og forstod betydningen av det, dro de på ferie sammen og overnattet på samme hotellrom. Venninnen testet negativt på MRSA da de kom hjem.

Tvilen knyttet til å tie eller fortelle var fremtredende hos flere av informantene, og det forelå en stor usikkerhet på hvordan familie og venner eventuelt ville reagere. Flere hadde mer enn nok med seg selv, andre var takknemlig for støtte. Kollegaer har vært støttende, men de har også reagert med avsky og frykt.

Det forelå en uttalt frykt for å smitte andre, hovedsakelig på grunn av den skyldfølelsen og de konsekvensene en eventuell smitte ville gitt. I forhold til smitteforebygging føltes det for noen tryggere hjemme, der alle mulige risikoer som kunne overføre smitte ble unngått. Barn i husstanden ga ytterligere utfordringer når det gjaldt å hindre smitte, og saneringen ble av flere omtalt som en krevende og uoverkommelig oppgave.

4.4 «Ingen brydde seg»

Fjerde og siste tema omhandler helsearbeidernes tanker og reaksjoner knyttet til oppfølgingen fra arbeidsgiver, BHT, smittevernpersonell og fra fastlegen for de som har hatt det. Perioden for sykmelding har variert fra om lag 1 måned til opp mot 4-5 måneder, og for å kunne være i jobb har alle helsearbeiderne vært gjennom varierende oppfølging og prøvetaking også etter endt sykmelding. Når det gjelder nettopp

informasjon og oppfølging var det også her store kontraster mellom informantenes opplevelser. Noen av informantene har hatt tett oppfølging av fastlege, mens andre ikke har hatt noen kontakt med fastlege gjennom forløpet.

Flere beskrev en følelse av at de var overlatt til seg selv, og at oppfølgingen bar preg av dårlig organisering. Andre beskrev derimot en oppfølging de var godt fornøyd med, men generelt etterlyses en mer systematisert og organisert oppfølging. Vendepunktet for den ene informanten kom når helsesøstera i BHT ringte;

«Så mye som jeg jobber, så mye jeg gir av meg selv for at jobben skal bli bra, så er det ingen av de som bryr seg (...). Jeg var veldig skuffet, og det gjorde mer vondt for meg (...). Det som hjalp faktisk, plutselig ringte Bedriftshelsesøster. Det var så godt, for hun begynte å følge meg opp og ringe meg.»

Helsearbeideren satt igjen med en følelse av å være den som alltid stilte opp og bidro på jobb, men når en selv trengte oppmuntring og hjelp var det ingen som stilte opp.

Behovet for at noen brydde seg, at noen spurte hvordan det gikk ble ikke dekket før helsesøstera overtok oppfølgingen. Oppfølgingen fra fastlege og arbeidsgiver opplevdes ikke som god nok. Takknemligheten ovenfor helsesøstera i BHT ble dermed beskrevet som stor, og det ble fortalt at hun i en periode ringte ukentlig for å høre hvordan det stod til; *«Hun pratet og ville høre hvordan jeg hadde det.»*

4.4.1 «Alt ble et ork»

Vanligvis ønsker arbeidsgiver tre negative prøver før helsearbeideren kan begynne i jobb igjen, altså tidligst etter tre uker etter vellykket sanering. Men gjennom hele det neste året kreves rutinemessig prøvetaking for å kontrollere om helsearbeideren virkelig er kvitt bærerskapet (17). Testingen ble beskrevet som et spenningsmoment, og ett år med testing opplevdes som en påkjenning og en belastning. Det forelå alltid en frykt for at neste prøve igjen skulle være positiv. Hvem som skulle ta seg av denne oppfølgingen knyttet til prøvetakingen var heller ikke like klarlagt i alle tilfeller;

«Jeg fikk bare alle rekvisisjonene og masse prøveglass og beskjed om prøvetaking da og da, sende inn prøver og slikt. Så hørte jeg ikke noe mer, fikk ikke noe svar på om svaret var positivt eller negativt, det sjekket jeg selv når jeg var på jobb.»

Informanten beskrev her å bli overlatt til seg selv; ingen hadde ansvaret for at prøvene ble tatt, helsearbeideren måtte selv sørge for både prøvetaking og ikke minst oppfølgingen av resultatet. Flere av helsearbeiderne opplevde lignende, de følte at de stod alene i den tøffe tiden. Ønske om at arbeidsgiver og ledelse var mer tilstede var fremtredende hos flere;

«Slik som ledelsen her, for eksempel...at de ikke skjønner hvor belastende det er å få en slik beskjed. Det tror jeg er...ja...(...) Det er viktig med oppfølging, det er viktig å føle at man blir sett og at noen tar deg på alvor.»

Det ble beskrevet manglende medfølelse og forståelse fra ledelse, og det ble presisert at det både er vanskelig og unødvendig å håndtere smittesituasjonen alene.

Etter en bærertilstand med MRSA, må man vente ett år før man kan kalle seg frisk. Det kreves altså ett år med negative prøver før man kan friskmeldes. Et par av helsearbeiderne har opplevd å være ordinære pasienter mens de har vært bærere av MRSA. I journalsystemet til UNN skal en tilstand som smittebærer registreres, og for å «advare» de som har ansvar for pasienten, vil det komme opp et varsel til den som logger seg inn i journalen til den aktuelle pasienten. For den ene opplevdes dette som særlig belastende, da det tok unormalt lang tid før dette varslat ble fjernet fra datasystemet.

Helsearbeiderne er forberedt på flere tester i fremtiden, men som et resultat av det de har opplevd, viser det seg at flere nå har en ambivalent holdning til å teste seg; de ønsker ikke å teste seg flere ganger dersom de ikke *må*.

4.4.2 «Bra å komme til en lege med kunnskap»

Oppfølgingen har uten tvil vært varierende, mye basert på manglende kunnskap, men også mye dreide seg om manglende forståelse; manglende forståelse for hvordan det *faktisk* oppleves å være helsearbeider og bærer av MRSA. Over halvparten av helsearbeiderne var ikke fornøyd med oppfølgingen og informasjonen de fikk;

«Det virker som om at det har vært litt tilfeldig den informasjonen jeg har fått. Og så visste det seg jo også at den antibiotikaen jeg fikk var helt feil, første runden var jo helt bortkastet!»

Helsearbeideren var fortvilet over å ha fått feil antibiotika fra fastlege, og første runde med overdreven vasking og inntak av antibiotika var dermed til ingen nytte.

Opplysninger om feil antibiotika kom først frem ved møte med smittevernpersonell, og feilinformasjon fra fastlege oppleves som frustrerende.

En annen kunne fortelle om at samarbeidet med egen fastlege etter hvert ble nokså bra. Det ble fortalt at legen hadde veldig lite kunnskap, men at han heldigvis brydde seg om hvordan det gikk. Men til tross for at samarbeidet fungerte bra, ble mye av det praktiske omkring prøvetakingen overlatt til pasienten selv;

«Jeg hadde tatt mange av testene selv på legekantoret, og jeg fylte ut remissene selv. De på legekantoret visste ikke hvordan de skulle gjøre det, så jeg gjorde det bare for dem. Det ble bare slik at jeg ba dem om å gi det til meg, så skulle jeg ordne det.»

Informanten fortalte om sviktende kunnskap på legesenteret og at det dermed var like greit å ordne opp selv. Dette ga derimot problemer; BHT var ikke fornøyd med at pasienten selv både hadde tatt prøvene og fylt ut remissene. Resultatet ble ekstra prøvetaking hos BHT.

Slike erfaringer førte til at flere av informantene rettet tvil mot at fastlegen skal ta imot pasienter med MRSA- smitte. Tvilen ble begrunnet med manglende kunnskap og dermed økt forvirring og frustrasjon;

«Vet ikke helt om det er til det beste at det er fastlegen du skal til når du får det påvist, de har jo ikke så god "peiling" på det. Det kunne vært et eller annet, slik at det var noen som hadde god kunnskap om temaet som tok imot pasienter som hadde fått påvist MRSA- da slipper man iallfall å få feilinformasjon eller at legen ikke vet.»

Basert på egne erfaringer, stilte informanten seg tvilende til om det burde vært en annen løsning enn fastlegen for informasjon og oppfølging til MRSA- smittede. Informanten

fikk støtte fra en annen som mente det hele kan bli enklere å håndtere dersom noen utenfra kan gi gode råd og veiledning.

4.4.3 «Hver enkelt må vurderes hver for seg»

Mot slutten av intervjuene fikk alle informantene spørsmål om noe burde vært gjort annerledes gjennom prosessen og hvilken betydning det eventuelt ville hatt for dem personlig. Samtlige svarte med at oppfølgingen i større eller mindre grad bør forbedres. Det ble beskrevet at det er mye informasjon og inntrykk som skal håndteres på en gang, og den ene hevdet at man med mer oppfølging ville følt seg mindre alene. Viktigheten av at alle er forskjellige individer ble også beskrevet;

«For det første tenker jeg at det er viktig at man vurderer hver enkelt, ikke bare en case med MRSA- positiv ansatt, «derfor må vi følge det og det»».

Informanten ønsket altså at oppfølgingen og informasjonen som blir gitt til hver enkelt individualiseres og tilpasses den enkeltes behov. Det er viktig at hvert enkelt tilfelle med bærerskap håndteres som adskilte og unike tilfeller, og at både arbeidsgiver og andre inkluderte i saken lytter til den ansatte. Det ble også fortalt om erfaringer knyttet til arbeidsgiver, som etter informantens ønske kunne vært bedre;

«Jeg tror kanskje ikke de heller visste noe, for dem kunne liksom hatt møter, pratet med meg... jeg følte at de var redde for å bli smittet (latter). Jeg følte det som en risiko».

Informanten etterlyste altså møter, eller i det minste en telefonsamtale med arbeidsgiver i sykmeldingsperioden. Det oppstod en følelse av at arbeidsgiver trakk seg unna og ikke ville ha kontakt, i frykt for å bli smittet selv. Det ble uttrykt at man hadde følt seg mindre alene med mer oppfølging. Andre igjen fortalte om møter med arbeidsgiver som virker noe ubehagelige; «Det var jo munnbind og slikt» på sykmeldingsmøtene, men bemerket også at det kunne forstås hvorfor det var slik. Til tross for at den ansatte kunne forstå hvorfor arbeidsgiver stilte opp med smittevernutstyr på møte, finnes det ingen retningslinjer eller anbefalinger ved UNN som tilsier at det skal være slik.

Ytterligere en annen helsearbeider beskrev oppfølgingen de har hatt som kjempebra, men noe som gikk igjen hos samtlige er et ønske om mer informasjon om egen smittefare, hva som skal skje videre og ikke minst prognosene for å bli kvitt bærerskapet. Den ene savnet litt mer beroligende informasjon om at de fleste faktisk blir kvitt bakterien.

Det ble uttrykt ønske om bedre prosedyrer på hvordan man skal håndtere situasjonen dersom andre i husstanden er smittet, men helsearbeideren selv er uten smitte.

Muligheten for tilrettelagt jobb hjemmefra ble også ytret. Tanker om at saneringen bør tilrettelegges litt ut fra hvor bærerskapet sitter, ble også ytret. Flere legger i ettertid merke til utilstrekkelig utførelse av håndhygiene hos kollegaer, og har selv opplevd håndhygienekurs som både nyttige og nødvendige.

Samlet sett har kontrastene mellom helsearbeidernes oppfølging vært store; noen ble også her overlatt til seg selv, andre var derimot fornøyde. Det ble ansett som viktig at noen rundt brydde seg, for eksempel i form av økt tilstedeværelse fra ledelse.

Prøvetaking og oppfølging opplevdes som en belastning, ikke minst på grunn av uvisshet knyttet til om neste prøve ville bli positiv. Det krevende forløpet fikk flere til å stille seg ambivalente til fremtidige prøvetakninger. Informasjon gitt av fastlege ble omtalt som tilfeldig, og flere stilte seg kritiske til innholdet i informasjon gitt av ansvarlig lege. Samtlige uttrykte behov for en forbedring av oppfølging, og mente blant annet at informasjon burde tilpasses den enkeltes behov.

5 Diskusjon

Tidligere forskning har vist at MRSA er et komplekst tema og at en rekke utfordringer kan knyttes til bakterien. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA- positiv. Resultatanalysen førte til fire overordnede tema som belyste helsearbeidernes opplevelser:

1. «MRSA er ikke noe du vil ha»
2. «Uten kunnskap blir du livredd»
3. «Du må isolere deg»
4. «Ingen brydde seg»

Under det første hovedtema, som var knyttet til reaksjoner omkring positivt prøvesvar, fremgikk det at helsearbeiderne opplevde beskjeden om positivt prøvesvar som sjokkerende og overraskende. Helsearbeidernes tanker over å ha fått MRSA var preget av frustrasjon, redsel, fortvilelse og skam. Flere var preget av dårlig selvfølelse og en betydelig følelse av å ha sviktet i sin jobb som helsearbeider. Det oppstod en økt bevissthet omkring egen hygiene og smitteforebygging, og blant helsearbeiderne forelå det en uttalt frykt for å smitte de rundt. Spekulasjoner på hvor smitten kom fra var utbredt.

Omkring kunnskapstemaet opplevde flere av helsearbeiderne at eget kunnskapsnivå ikke var tilstrekkelig. Også flere omtalte kunnskapen hos oppfølgende lege som mangelfull. Grov kunnskapsmangel og feilinformasjon fra legen skapte frustrasjon, forvirring og manglete tillit til lege. Helsearbeiderne følte seg generelt overlatt til seg selv, og innhenting av informasjon ble viktig for å forstå situasjonen de var havnet i. Det oppstod stor usikkerhet knyttet til fremtid og videre jobb, især muligheten til å jobbe med pasienter. Deltakerne trakk frem at mye kaos og forvirring kunne vært unngått dersom undervisning om MRSA hadde vært en større del av helsefaglige studieretninger.

Tredje tema fra analysen, omhandlet utfordringer knyttet til det sosiale og rundt tiltak for å hindre smitte. Helsearbeiderne mente at kunnskapsmangel, feilinformasjon og manglende svar på spørsmål skapte store vansker knyttet til håndtering av sosiale relasjoner og smitte. Tvilen knyttet til å tie eller fortelle var fremtredende hos flere av

informantene, og det forelå stor usikkerhet rundt hvordan familie og venner eventuelt ville reagere. Uttalt håndhygiene og unnvikelse inngikk i smittehåndteringen, men særlig vanskelig var disse tiltakene omkring små barn som ikke forstod situasjonen. For noen ble alle risikosituasjoner som kunne overføre smitte unngått, påvirket av den enorme skyldfølelsen som ville oppstått ved en eventuell overføring av smitte til andre.

Under fjerde og siste tema fra analysen kom det frem tanker og reaksjoner knyttet til helsearbeidernes oppfølging og informasjon. Samlet sett har kontrastene mellom oppfølging vært store; noen ble også her overlatt til seg selv, andre var derimot fornøyde. Temaet pekte ut store mangler på oppfølging og informasjon fra både lege og arbeidsgiver, og dette ble trukket frem som et område som bør gjennomgå en forbedring for å unngå mye unødvendig påkjenning og belastning. Viktigheten av at informasjon og oppfølging bør tilpasses den enkelte ble presisert. Som følge av det de har opplevd, oppga flere at de nå i ettertid stiller seg ambivalente til videre testing.

5.1 Positiv prøve ga følelse av sjokk og skam

Det finnes få eller ingen tidligere studier som omfatter helsearbeideres reaksjoner knyttet til positiv prøve. En tidligere studie fra California, konkluderte med at MRSA kan medføre omfattende sosiale stigmaer som kan sammenlignes med det personer med HIV eller spedalskhet har opplevd (23). Studien fra California inkluderte fem ellers friske pasienter og presenterte skremmende og stigmatiserende historier knyttet til MRSA. Eksempler på stigmatiserende opplevelser fra denne tidligere studien er blant annet en 17 år gammel jente som fortalte at hun måtte bruke plastbestikk fra eget skap. Hun fikk heller ingen klemmer fra familiemedlemmer. Studien trakk også frem eksempler på at personer som drev med kjæledyrpleie mistet kunder på grunn av MRSA- infeksjon, samt personer som hadde mistet både venner, kollegaer og barnevakter som følge av smitte. Den ene informanten i denne studien fikk ikke ha nærkontakt med sine barn, og ble av sin kone tvunget til å bo i garasjen (23).

Frykten for å oppleve lignende stigma var også tilstede for flere av helsearbeiderne i min studie, og det er da forståelig at positiv prøve opplevdes nærmest som uvirkelig og var vanskelig å takle. Det forelå også skam over å være den som hadde fått MRSA, og frykten

for stigma bidro også til at flere tvilte på om de skulle fortelle sine nærmeste om smitten eller ei.

Samtlige av helsearbeiderne var på forhånd kjent med MRSA- smitte blant pasienter, men ingen hadde selv testet positiv tidligere. Forventningene om at også denne prøven skulle være negativ var sterkt tilstede, men istedenfor oppstod det tanker om å ha gjort noe feil og tanker om å ha mislyktes i jobben som helsearbeider. For å redusere risikoen for å smitte seg selv eller andre er helsearbeideren selv ansvarlig for etterlevelsen av grunnleggende smittevernrutiner, og hos flere oppstod det tanker om svikt i disse rutinene. Resultatet var følelsen av å ha mislyktes som helsearbeider.

Følelsen av å ha sviktet i jobben som helsearbeider påvirket også humøret og selvfølelsen, og noen omtalte seg selv som deprimerte. Tvunget sykmelding opplevdes som frustrerende, og sykmelding ble omtalt som vanskelig når man tross alt ikke var syk. Det opplevdes også vanskelig å ikke vite noe om hvor lenge sykmeldingen ville vare. Frykten for stigma førte til at flere oppga falske forklaringer på hvorfor de var sykmeldt. For flere oppstod det allerede i tidlig fase tanker knyttet til fremtiden, og det oppstod bekymring for mulig tap av jobb som følge av smitten.

Det ble fortalt om smittereddel som spredte seg blant kollegaer, og spekulasjonene på hvor smitten kom fra var sterkt tilstede hos både helsearbeideren selv og kollegaer. Smittekilden kan være vanskelig, om ikke umulig å finne, men for noen følte det naturlig å legge skylden for smitte på andre, da dette kunne gi en slags forklaring på hvorfor akkurat denne helsearbeideren var smittet. Per dags dato legges det ned betydelige ressurser i oppsporingsarbeidet rundt MRSA i norske sykehus, men heldigvis er andelen smittede ved smitteoppsporing særdeles lav (12). Et spørsmål som kan stilles er om noe av disse ressursene heller kunne vært lagt ned i opplæring og informasjon om MRSA.

5.2 Egen og andres kunnskap er ikke tilstrekkelig

I tidligere kvalitative studier har det vært fokusert på ordinære pasienters opplevelser og kunnskap knyttet til MRSA. I denne studien viste det seg at helsearbeiderne hadde god kjennskap til praktiske tiltak omkring smittehåndtering på sykehus, men når

smitten rammet helsearbeideren selv, viste det seg at kunnskapen ikke var tilstrekkelig hos alle de involverte.

Tidligere studier har konkludert med at store deler av kunnskapen og informasjonen pasientene sitter inne med innhentes *etter* diagnosetidspunktet (21). Mye av dette kan også overføres til helsearbeiderne i min studie, da flere beskrev at de ved diagnosetidspunktet måtte bruke tid på å innhente informasjon for å forstå hva MRSA faktisk var.

I studien kom det også frem at heller ikke kunnskapen til de omkring den rammede helsearbeideren var tilstrekkelig. Eksemplet som best illustrerer kunnskapsmangel og feilinformasjon, er informantene som fortalte om fastlegen som oppfordret til isolasjon, hjemme alene i egen leilighet mens saneringen pågikk. Usikkerheten hos helsearbeideren førte til at rådgøring med kollegaer ble nødvendig, og behovet for isolering ble raskt avklart. Situasjoner som dette førte til at flere stilte tvil til legenes kunnskap. Tvilen førte til tillitsmangel og flere håndterte legens kunnskapsmangel med å selv lete etter nødvendig informasjon via ulike kilder, og det ble beskrevet at legens utsagn alltid måtte dobbeltsjekkes med andre kilder. En tidligere studie har også gjort lignende funn (3). Den ene informantene i denne svenske studien fra 2011 fikk beskjed av legen at hun ikke kunne bruke offentlig transport og at hun burde unngå all kontakt med andre mennesker på grunn av MRSA- smitten. Samme lege nektet å håndhilse på pasienten i frykt for å bli smittet selv (3).

Når lege og annet helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om MRSA, er det også forståelig at andre i befolkningen ikke vet hvordan man skal forholde seg til MRSA-smittede. Egen kunnskap ble beskrevet som særdeles viktig for å forstå situasjonen man var havnet i. Samtlige, foruten om én av informantene, hadde hatt lite eller ingen spesifikk undervisning om MRSA verken i løpet av studietiden eller senere i jobbsammenheng. Av informantene ble det tydelig vektlagt at informasjon og undervisning om MRSA bør bli en større del av undervisningen i helsefaglige studier, og at mye unødvendig frustrasjon, fortvilelse og redsel da kunne vært unngått. En kvalitativ studie fra 2012 konkluderte med lignende anbefalinger (22). Studien vektla viktigheten med å informere helsepersonell og viktigheten av undervisning i helsefaglige utdanninger, slik at helsepersonell senere kan bruke sine erfaringer i pasientutdanning.

Utsagn fra informanter i min studie tyder også på at MRSA forveksles med Gruppe A streptokokker (GAS), da det ble hevdet at deler av den ordinære befolkningen ser på MRSA som kjøttetende bakterier. Når media i tillegg lager storslagne overskrifter ved utbrudd (24;25), kan det forstås at det skapes frykt i befolkningen. Tidligere studier som har inkludert ordinære pasienter har også vektlagt at manglende informasjon er en viktig faktor for misforståelse, blant annet i forhold til hva MRSA er og hvordan bakterien smitter (3;14). Rohde og Ross- Gordon konkluderte i sin studie med at det er behov for offentlige kampanjer om antibiotikaresistens, særlig om MRSA (22). På bakgrunn av den stadig økende forekomsten av MRSA i Norge og informantenes utsagn, kan jeg også se behovet for slike offentlige kampanjer.

5.3 Smitteforebygging og det sosiale opplevdes som utfordrende

Kunnskapsmangel medførte også usikkerhet omkring overføring av smitte. Det forelå særlig stor usikkerhet knyttet til egen smittefare, og informantene omtalte seg selv som både smittebærere og som en smitterisiko. En svensk studie fra 2011 fikk frem informantenes opplevelser knyttet til frykt for å smitte andre (3). De beskrev søvnløse netter på grunn av redsel for å ha smittet barnebarn ved å ha gitt en klem. De hadde unngått kontakt med sine egne barn, hadde følt seg skitne og unngått å gå ut av huset på flere dager (3). Lignende opplevelser kan også ses i min studie, og det ble blant annet beskrevet usikkerhet knyttet til om man kunne smitte andre ved å gå på butikken.

Samtlige opplevde store eller små utfordringer knyttet til det sosiale og omkring tiltak for å hindre smitte. Som følge av at beskyttelsesutstyr, som hansker, frakk og munnbind, ikke brukes utenfor sykehus opplevde flere at det var vanskeligere å forholde seg til smitten utenfor sykehuset. Frykten for å smitte andre, med de konsekvenser det ville gitt, var uttalt og sterkt relatert til både skam og skyld. Særlig fryktet var det å skulle smitte små barn, eldre eller andre helsearbeidere. Løsningen for flere ble ensomhet, isolasjon eller ekstreme smitteverntiltak.

Som ved diagnosetidspunktet, forelå det også utover i forløpet spekulasjoner blant helsearbeiderne på om det var best å være åpen eller ikke om smitten. Noen hadde mer enn nok med seg selv, og tanker om stigma ble for fremtredende slik at de konkluderte med at det var best å ikke være åpen. For andre følte det derimot naturlig å fortelle.

Blant fordelene med åpenhet ble det blant annet trukket frem at det var enklere å forholde seg til hygienetiltak, de kunne få praktisk hjelp, støtte og oppmuntring, samt at den som omgikk helsearbeideren selv kunne ta et valg angående smitterisiko. Dersom de rundt var informert, ble skyldfølelsen ved eventuell overføring av smitte beskrevet som mindre.

Heller ikke saneringen var uten vansker. Helsearbeidere opplevde saneringsprosedyren som omfattende, men forståelig. Det ble derimot stilt spørsmål til om prosedyrene behøvde å være så omfattende, og til tross for klare retningslinjer hersket eget resonnement. Det forelå bekymringer knyttet til om saneringen ville lykkes, men bivirkninger og plager slik som tap av matlyst, kvalme, tørt hår og tørr hud, førte likevel til at deler av prosedyren ble utelatt hos noen. Det er vanskelig å gi eksakte tall på effekten av saneringen, men sannsynligheten for å lykkes med sanering har vist å være avhengig av en rekke faktorer, blant annet om det er barn eller husdyr tilstede i husholdningen, pågående infeksjoner og ikke minst etterlevelsen av hygieniske prinsipper (1). Tidligere studier har også vist at helsearbeidere i større grad lykkes med sanering sammenlignet med andre pasienter (6). Det kan tenkes at årsaken til dette skyldes bedre kunnskap omkring bakterier og smitteveier, men forrige hovedtema antydte også at helsearbeidernes kunnskap om bakterien heller ikke var tilstrekkelig.

5.4 Informasjon og oppfølging bør bli bedre

Mye av oppfølgingen er allerede bra, men intervjuene indikerer at det også er store rom for forbedringer. Flere av informantene var tvilsomme til at pasienter med MRSA- smitte skal følges opp hos fastlege, da erfaringene deres viste at fastleger generelt ikke har tilstrekkelig kunnskap om tema. Det har fremkommet betydelig feilinformasjon fra oppfølgende lege, og flere hevdet at de var overlatt til seg selv uten noen form for oppfølging. Nasjonale anbefalinger er omfattende og innholdet kan være krevende å sette seg inn i dersom man ikke har kunnskap om tema på forhånd. Insidensen av MRSA- smitte er foreløpig lav i Norge (4), og det kan dermed være forståelig at fastleger ikke er tilstrekkelig oppdatert på tema. Resultatene antydte heldigvis at flere av legene søkte hjelp fra mer erfarne kollegaer ved tvil.

Samtlige informanter oppga at de hadde hatt lite undervisning om MRSA både under studie og senere i jobb, og på bakgrunn av egne erfaringer, kan dette trolig også være en gjeldende faktor hos legene helsearbeiderne har blitt fulgt opp av. I følge smittevernoverlege Torni Myrbakk, ble retningslinjene for oppfølging av ansatte med MRSA- smitte ved UNN endret i 2016. UNN har nå større fokus i alle ledd på at en MRSA- positiv helsearbeider ikke primært skal sykmeldes, men at det gjøres en tilrettelegging av arbeid. Helsearbeider skal etter påvist smitte nå henvises fra BHT til infeksjonsmedisiner, og etter sanering er videre oppfølging et samarbeid mellom BHT, avdelingsledelse og smittevernoverlege. Med dette vil man med stor sannsynlighet unngå at kunnskapsmangel hos fastlege skaper unødige misforståelser og redsel, både ved diagnosetidspunktet og under oppfølgingen, samtidig som at det ved tilrettelagt arbeid synliggjøres at en person med MRSA- smitte kan omgås andre mennesker. Som fremkommet i resultatet, har noen av informantene i studien blitt fulgt opp av fastlege, mens andre har blitt fulgt opp etter de nye retningslinjene. Men til tross for nye retningslinjer tyder studien på at oppfølgingen i flere ledd kan bli bedre.

Analysen fikk også frem forhold mellom arbeidsgiver og helsearbeider som ikke var optimale. Noen opplevde oppfølgingen fra arbeidsgiver som bra, mens flere beskrev oppfølgingen som mangelfull. Det ble blant annet hevdet at arbeidsgiver virket redd for å bli smittet selv, andre hevdet at arbeidsgiver ikke brydde seg om hvordan det gikk med arbeidstakeren. Også her ble kunnskapsmangel, som følge av lav prevalens av MRSA i Norge og dermed lite kjennskap til smittesituasjoner, ansett som en viktig faktor. Selv om forekomsten av MRSA er lav, og spesielt forekomsten av MRSA- positive ansatte, er det viktig at arbeidsgiver holder seg oppdatert. Økt kunnskap hos arbeidsgiver vil kunne bidra til at helsearbeideren føler seg velkommen på sykmeldingsmøter, og at arbeidsgiver føler seg trygg på å møte den ansatte uten bruk av beskyttelsesutstyr.

Flere av helsearbeiderne i studien fortalte at de nå i ettertid stiller seg ambivalente til ytterligere prøvetaking i fremtiden på bakgrunn av det de har opplevd. Et bærerskap er uten symptomer og utgjør ingen trussel i seg selv for helsearbeideren med mindre det foreligger andre grunntilstander. Konsekvensene av påvist bærerskap er derimot enorme; sosiale påkjenninger, sykmelding eller omplassering, uttalt frykt for å smitte andre, krevende sanering og en rekke andre utfordringer. Når smitten først påvises, vil trolig økt kunnskap om tema kunne bidratt til at den enkelte helsearbeideren var bedre

rustet til å takle situasjonen. Økt kunnskap kunne også bidratt til et bedre samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, og ikke minst mellom pasient og oppfølgende lege. Økt kunnskap ville trolig også kunne bidratt til økt forståelse og mindre frykt blant venner og familie.

5.5 Diskusjon av metode

Intervju var svært godt egnet til denne studiens formål da det ga mye detaljer om helsearbeidernes personlige opplevelser og tanker. Valg av analysestrategi ga mulighet for fleksibilitet og frihet, da informantenes erfaringer dannet grunnlaget for analyse og videre resultater.

Sterke sider ved studien er nettopp at helsearbeidernes personlige opplevelser kommer tydelig frem gjennom intervju. Sett fra forskerens side fungerte kommunikasjonen under intervju bra, og eventuelle misforståelser ble oppklart underveis. Intervjuguiden fungerte godt og stort sett samme spørsmål ble stilt til samtlige informanter. En annen fordel med intervju som metode var at også kroppsspråk ble tolket, og siden student foretok både intervju, transkripsjon og analyse bidro dette til en mest mulig reell fremstilling av informantens historie. Arbeidsprosessen har vært intensiv over en kort periode, slik at detaljer som ikke kom med på lydopptak likevel satt friskt i minne hos forskeren under videre arbeid med oppgaven.

Egne erfaringer hos forskeren kan ha bidratt med både styrker og svakheter til studien. Fordel med egne erfaringer er at nysgjerrigheten og forståelse til helsearbeideren øker. En risiko kan være at egne erfaringer har bidratt til forhåndsbestemte teorier, og at det dermed foreligger en risiko for ledende spørsmål i intervjuene.

En svak side ved studien kan være det lave antall informanter. Det lave antallet fører som nevnt til at anonymiteten blir en særlig utfordring, og det kan i studien for eksempel ikke skilles på om det har vært forskjell på oppfølging mellom de ulike avdelingene, etter hvor lenge de har jobbet eller etter hvilket yrke de har. Til tross for et lavt antall informanter kunne det likevel trekkes en rekke likheter mellom det de har opplevd, og trolig kan mye overføres også til andre helsearbeidere. En annen svak side kan være at studien er utført av student uten erfaring fra intervju eller kvalitative metoder.

Deltakerne ble rekruttert av smittevernoverlege Torni Myrbakk. Informantene er dermed ikke tilfeldig utvalgt, men ble kontaktet da de ble vurdert som egnet til å delta i studien. Dette kan ses på som en bias siden man da bare får informanter som har særlige opplevelser å bidra med, men samtidig var informantene nettopp formålsbestemt utvalgte, som MRSA- smittet helsearbeider, noe som er hensikten med en kvalitativ studie. En annen utfordring med studien var at til tross for nokså nylig gjennomgått smitte, var enkelte detaljer vanskelige å erindre for informantene.

Samlet sett tyder mye på at funnene fra denne studien i stor grad kan overføres til andre helsearbeidere ved UNN. Trolig kan resultatene også være gjenfinnbare ved andre sykehus i landet, da alle sykehus forholder seg til de nasjonale anbefalingene. De helsefaglige utdanningene inkluderer også mye av det samme uavhengig av studiested. Om studien kan etterprøves er vanskelig å ta stilling til, da dette blant annet avhenger av samspillet mellom informant og forsker.

6 Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan det oppleves å være helsearbeider og teste positivt på MRSA. Til tross for klare nasjonale anbefalinger for å hindre MRSA-smitte, i tillegg til egne retningslinjer ved UNN som ble innført i 2016, viste studien at det er en rekke tiltak som kan forbedres når bakterien først er påvist hos helsearbeidere.

Resultatene fra studien viste at en helsearbeider som tester positivt på MRSA gjennomgår en tøff og krevende tid. Utilstrekkelig kunnskap, samt utilstrekkelig informasjon og oppfølging er tema som var sentrale gjennom hele studien, og deltakernes reaksjoner var i stor grad preget av redsel, usikkerhet, frustrasjon og fortvilelse. Små tiltak kan trolig hindre mange av disse uønskede reaksjonene og minke belastningen for den rammede helsearbeideren. På bakgrunn av det de har opplevd, kom det frem at flere nå stiller seg ambivalente til fremtidig testing. Dersom helsearbeidere med mistenkt smitte ikke tester seg, vil dette kunne bidra til økt insidens i årene som kommer som følge av at smitte ikke blir oppdaget.

Resultatene viser også at etterlevelsen av saneringsprosedyren ikke alltid er optimal, noe som bør tas i betraktning ved en eventuell saneringssvikt. Det kan også tyde på at en eventuell saneringssvikt kan ses i sammenheng med det økonomiske aspektet, da flere bemerket at desinfeksjonsmidler og hygieneartikler ga store utgifter, og at kostnadene førte til at ikke alle prosedyrene ble fulgt nøyaktig. Økt økonomisk støtte kunne trolig bidratt til bedre etterlevelse.

På generell basis, kan det tyde på at verken helsearbeidere eller den generelle befolkningen innehar tilstrekkelig kunnskap om MRSA-smitte. Økt bevisstgjøring og økt kunnskap om MRSA som bakterie, samt om de konsekvenser en eventuell smitte medfører for en helsearbeider, vil hjelpe fremtidige helsearbeidere i samme situasjon og vil ikke minst kunne gi mindre stigma ovenfor MRSA-smittede i samfunnet.

I likhet med andre studier, konkluderes det også i denne studien med at undervisning om MRSA-smitte og de konsekvenser det medfører bør få en større rolle i helsefaglige studier, og det anbefales også at slik undervisning tas inn som en del av internundervisningen ved UNN. Ledelse bør også bli mer oppdatert på gjeldende

anbefalinger og retningslinjer. Jeg stiller meg også enig i at de nasjonale anbefalingene er moden for en oppdatering. Anbefalingene bør i større grad være mer rettet mot helsearbeidere, samt omfatte mer konkrete tiltak omkring smittehåndtering og opplysninger om hvordan man skal forholde seg til smittede. Offentlig opplysning om MRSA anses også som et nødvendig tiltak. Uten forbedringer på disse områdene vil trolig flere helsearbeidere i fremtiden havne i lignende situasjoner som de inkluderte i denne studien.

7 Referanser

1. MRSA-veilederen. Oslo Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet 2009. 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/mrsa-veilederen.pdf>
2. Methicillinresistens [Database]. Oslo Store medisinske leksikon [oppdatert 31.10.14; lest 18.10.16]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/methicillinresistens>
3. Andersson H, Lindholm C, Fossum B. MRSA--global threat and personal disaster: patients' experiences. International nursing review 2011;58(1):47-53.
4. Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner) - veileder for helsepersonell. Oslo: Folkehelseinstituttet 2015. 16.10.16. Smittevernveilederen. 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/>
5. Hartman BJ, Tomasz A. Low-affinity penicillin-binding protein associated with beta-lactam resistance in Staphylococcus aureus. Journal of Bacteriology 1984;158(2):513-6.
6. Mollema FP, Severin JA, Nouwen JL, Ott A, Verbrugh HA, Vos MC. Successful treatment for carriage of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and importance of follow-up. Antimicrob Agents Chemother 2010;54(9):4020-5.
7. Albrich WC, Harbarth S. Health-care workers: source, vector, or victim of MRSA? The Lancet Infectious diseases 2008;8(5):289-301.
8. Basale smittevernrutiner i helsetjenesten [Nettpublikasjon]. Oslo Folkehelseinstituttet [oppdatert 05.05.2015; lest 23.10.16]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/>
9. Kwok YL, Gralton J, McLaws ML. Face touching: a frequent habit that has implications for hand hygiene. American journal of infection control 2015;43(2):112-4.
10. Antibiotikaresistens [Nettpublikasjon]. Oslo Folkehelseinstituttet [oppdatert 19.02.2015; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/antibiotikaresistens---folkehelsera/>
11. Enkeltsykdommer Folkehelseinstituttet [oppdatert 26.05.18; lest 26.05.18]. Tilgjengelig fra: <http://www.msis.no/>
12. Silje B, Jørgensen NH, Kaja Linn Fjeldsæter, Lars Kåre Kleppe, Torni Myrbakk, Dorthea Hagen Oma et al. . MRSA-forekomst blant helsepersonell ved smitteoppsporing i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2018;Utgave 6.
13. Jørgensen J, Mansson F, Janson H, Petersson AC, Nilsson AC. The majority of MRSA colonized children not given eradication treatment are still colonized one year later. Systemic antibiotics improve the eradication rate. Infectious diseases (London, England) 2018:1-10.
14. Newton JT, Constable D, Senior V. Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. The Journal of hospital infection 2001;48(4):275-80.
15. Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]. LOV-1994-08-05-55. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
16. Humphreys H, Grundmann H, Skov R, Lucet JC, Cauda R. Prevention and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Clinical microbiology and

- infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases 2009;15(2):120-4.
17. Overflatesanering av MRSA- bærerskap- en praktisk veiledning for hjemmeboende personer [Nettdokument]. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) [oppdatert 13.05.16; lest 23.10.16]. Tilgjengelig fra: [https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20-sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Kompetansesenter%20i%20smittevern%20Helse%20Nord%20\(KORSN\)/Overflatesanering%20MRSA.2016.pdf](https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20-sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Kompetansesenter%20i%20smittevern%20Helse%20Nord%20(KORSN)/Overflatesanering%20MRSA.2016.pdf)
 18. Doebbeling BN, Reagan DR, Pfaller MA, Houston AK, Hollis RJ, Wenzel RP. Long-term efficacy of intranasal mupirocin ointment. A prospective cohort study of Staphylococcus aureus carriage. Archives of internal medicine 1994;154(13):1505-8.
 19. Miller LG, Eells SJ, David MZ, Ortiz N, Taylor AR, Kumar N, et al. Staphylococcus aureus skin infection recurrences among household members: an examination of host, behavioral, and pathogen-level predictors. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2015;60(5):753-63.
 20. Hanssen AM, Kindlund B, Stenklev NC, Furberg AS, Fismen S, Olsen RS, et al. Localization of Staphylococcus aureus in tissue from the nasal vestibule in healthy carriers. BMC microbiology 2017;17(1):89.
 21. Gill J, Kumar R, Todd J, Wisikin C. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: awareness and perceptions. The Journal of hospital infection 2006;62(3):333-7.
 22. Rohde RE, Ross-Gordon J. MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public. BMC health services research 2012;12:88.
 23. Mozzillo KL, Ortiz N, Miller LG. Patients with Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Infection – 21st Century Lepers. The Journal of hospital infection 2010;75(2):132-4.
 24. Lange R. Kan være dødeligTromsø: iTromsø [oppdatert 31 august 2016 lest 27.10.16]. Tilgjengelig fra: <http://www.itromso.no/nyheter/2016/08/31/Kan-v%C3%A6re-d%C3%B8delig-13265054.ece>
 25. Pettersen RL, R. Stenger avdeling på UNN etter funn av MRSA-bakterie [Nettartikkel]. Tromsø: iTromsø [oppdatert 02. september 2016; lest 27.10.16]. Tilgjengelig fra: <http://www.itromso.no/nyheter/2016/08/31/Stenger-avdeling-p%C3%A5-UNN-etter-funn-av-MRSA-bakterie-13264797.ece>
 26. W.Creswell J. Qualitative Inquri & Research Design:Choosing Among Five Approaches. 3. utg. Lincoln: SAGE.
 27. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
 28. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Trough Qualitative Analysis. 1st utg. London: SAGE Publications 2006.
 29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care 2007;19(6):349-57.
 30. Transcribe online [Nettside]. [benyttet Mars 2018]. Tilgjengelig fra: <https://transcribe.wreally.com/>

MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences			
<p>Referanse: Andersson H, Lindholm C, Fossum B. MRSA—global threat and personal disaster: patients' experiences. International nursing review. 2011;58(1):47-53.</p>			
Formål	Studiedesign: Kvalitativ studie	Resultater	Design: Kvalitativ studie Dokumentasjonsnivå: Gradet. <i>Grader ikke på kvalitativ studie etter informasjon fra emneleder</i> Diskusjonskommentarer/sjekkliste:
<p>Fasitå og beskrive pasientens kunnskaper, forventninger og erfaringer med å være MRSA-positive.</p>	<p>Populasjon: n=15 (7 menn (21-90 år) og 8 kvinner (22-83 år))</p>	<p>Informasjon om MRSA- diagnosen gir ofte en sjokklignende reaksjon. Pasientenes oppfatning av å være MRSA-positive var signifikant, som pest og spedalskhet, de følte seg skitten og følte de var en alvorlig trussel for omgivelse. Frykt for å smitte andre eller å bli avvist ble ofte uttrykt.</p> <p>Etter kodning ble tre kategorier identifisert: forståelse og følelsesmessige reaksjoner, behandlingen de fikk av helsearbeidere og konsekvenser og forventninger.</p> <p>Kunnskapsprøket om MRSA mellom pasient og helsepersonell førte til nødvendige misforståelser, som videre leder til frykt, sosial isolasjon og lidelse.</p>	<p>SJEKKLISTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja 3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja 4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja Kommentar: Har inkludert ulike aldre og kjønn 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja Kommentar: Semistrukturerte intervju 6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig og rimelig? Ja 7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ja Kommentar: Intervjuere møtte ikke informanten for intervjuet. En av informantene jobbet i helsesektoren, dette tas med som mulig styrke/svakheter. 8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Uklart 9. Er etiske forhold vurderet? Ja Uklart Nei 10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Ja 11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Kommentar: Svært nyttige! Viser at det er behov for økt forskning på hvordan MRSA oppleves for den som er rammet, her i et vanlig pasientperspektiv.
Konklusjon	<p>Inklusjonskriterier: Pasienter med MRSA-infiserte så over 18 år. Personer med ulikt kjønn og alder ble intervjuet for å oppnå så ulike og varierte erfaringer som mulig.</p> <p>Ekklusjonskriterier: Ingen</p> <p>Rekruttering: Aktuelle deltakere ble kontaktet via telefon, totalt 19 stk. Studien ble forklart via telefon. Kandidater som ønsket å delta i studien fikk tilsendt skriftlig informasjon og tid ble avtalt.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturert intervju med åpne spørsmål.</p> <p>Analyse: Tatt opp på lydopptaker. All data ble transkribert ordrett og analysert i henhold til innholdsanalyse.</p>		
Land: Sverige			
År datainsamling: Ikke oppgitt			
Publisert: 2011			

8 Sammen drag av kunnskapsevalueringer av nøkkel-/hovedartikler på referanselisten

MRSA - forekomst blant helsepersonell ved smitteoppsporing i sykehus

<p>Referanser: Stije B, Jørgensen NH, Kaja Linn Fieldseter, Lars Kåre Kleppe, Tomi Myrback, Dortha Hagen Oma et al. MRSA-forekomst blant helsepersonell ved smitteoppsporing i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen. 2018; Utgave 6</p>			
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste:
<p>I norsk helsevesen gjennomføres omfattende tiltak for å hindre spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA). Studien ønsker å undersøke hvor mange smitteoppsporinger som gjøres rundt nyoppplagde MRSA-tilfeller hos pasienter og ansatte i sykehus, og hvor ofte smitteoppsporingene fører til ytterligere funn hos helsepersonell.</p>	<p>Studiedesign: Retrospektiv observasjonsstudie n = 10 142 helsearbeidere</p> <p>Smittevernhelsetene ved 8 helseforetak i landets 4 helseregioner bidro med opplysninger om MRSA-funn hos helsepersonell etter gjennomførte MRSA-smitteoppsporinger.</p> <p>Rekruttering: Invitasjon ble sendt i april 2016 til 16 smittevernhelseter i Norge.</p> <p>Populasjon: Data ble innhentet fra 14 ulike sykehus</p>	<p>Samtlige sykehus la kriteriene fra MRSA-veilederen til grunn for å bestemme om det skulle utføres smitteoppsporing.</p> <p>10 142 ansatte i helsevesenet ble testet for MRSA, med positivt funn hos 31 ansatte (0,31 %). Hos 19 ansatte (0,19 %) ble det påvist samme MRSA-stamme som hos smitteoppsporinger (0,57 %) ble funnet.</p>	<p>SJekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er problemstillingen i studien klart formulert? Ja 2. Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmål? Ja 3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Uklart, kanskje ikke av betydning, men vet ikke noe om alder, yrke o.l. 4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja 5. Er det gjort rede for om respondene skiller fra dem som ikke har respondert? Nei 6. Er svaprosenten høy nok? Ja 7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? Ja, men kvaliteten på spørreskjema er ussrt. Pilottest? 8. Er datamenglingen standardisert? Ja 9. Er dataanalysen standardisert? Ja 10. Hva er resultatene i denne studien? Smitteoppsporingen er umødretendig omfattende 11. Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Nei, kan være bias som følge av manglende registrering, men tallene vil trolig være lave uansett 12. Kan resultatene overføres til praksis? Ja, studien er utført i Norge og absolutt relevant 13. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja, tallene er lave i andre studier også, men prevalensen er fremdeles lavere i Norge sammenlignet med andre land <p>- Det legges ned betydelige ressurser i oppsporingarbeidet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for smitte mellom medarbeidere er lav - Vanskelig å vurdere risiko for smitteoverføring av MRSA mellom pasienter og ansatte - Lavere prevalens av MRSA i Norge sammenlignet med andre land - Utvalgte studier kan ikke uten videre overføres til Norge forhold på forskjell i virulens og prevalens, i tillegg til potensielle ulikheter i pasienterhelseten og etterlevelsen av basale smitteverntiltak - Funn av MRSA-overretskap hos helsepersonell har betydelige sosioøkonomiske konsekvenser (forhold mot pasientkontakt, sykemelding, utvitrerne studier) - De fleste blir effektivt smert, mens enkelte blir langvarige bærere til tross for flere samningsforøk med systemisk antibiotika - I Sveits og Danmark er det bare ved de mest risikofulle avdelingene at helsearbeidere med MRSA ikke kan utføre pasienterett arbeid, såfremt de ikke har særlige risikofaktorer for smitteoverføring - en praksis som ser ut til å fungere bra <p>Utsøper - manglende gjenspeiling av virkeligheten?</p> <p>Overrasken over smitteoppsporingen ofte er mangelfull - kun 4 av 14 sykehus kunne redeføre for hvor mange medarbeidere som var testet</p> <p>Mange av de mindre MRSA-utfordrene meldes ikke til NSIS eller fylkeslegen</p> <p>Vanskelig å ekstrahere relevante data fra pasientjournal og laboratoriedata, dermed vanskelig med god overvåking</p>
<p>Land: Norge</p>			
<p>Ar datatannsamlng: 2012-2015</p>			
<p>Publisert: 2018</p>			

Staphylococcus aureus skin infection recurrences among household members: an examination of host, behavioral, and pathogen-level predictors

Referanse: Miller IG, Ellis SJ, David MZ, Ortiz N, Taylor AR, Kumar N, et al. Staphylococcus aureus skin infection recurrences among household members: an examination of host, behavioral, and pathogen-level predictors. *Clinical Infectious Diseases*. an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2015;60(5):753-63.

Formål	Materialer og metode	Resultater	Design: Prospektiv longitudinell tverrsnittstudie Dokumentasjonsnivå: 2 Grade: D Diskusjon/kommentarer/sjekkliste:
Årsaken til gjentagende infeksjon er lite klarlagt. I utbruddssituasjoner er dårlig hygienepraksis, som for eksempel deling av håndklær eller manglende dusjing assosiert med høyere risiko for MRSA- infeksjon. Sammenhengen mellom hygiene og tilbakevendende infeksjoner er dårlig forstått. Studien ønsker å se på prognose blant pasienter med tilbakevendende MRSA- infeksjon og deres husstandsmedlemmer.	Strudiede-sign: Prospektiv longitudinell tverrsnittstudie Populasjon: Barn og voksne med hudinfeksjon pga. S. aureus, samt deres husstandsmedlemmer. n=350 indkapslet, n=388 husholdningskontakter Rekruttering: Pasientene ble registrert fra Harbour-UCLA Medical Center i Torrance, California og University of Chicago Medical Center i Chicago, Illinois; Daglig screening ved klinisk mikrobiologi; Poltklinikker og innleggende pasienter var kvalifisert for deltakelse.	Blant 350 registrerte indkapslet registrert ble 330 (94%) ferdigstilt. 119 (36%) indkapslet hadde (MSSA) og 211 (64%) hadde MRSA som deres infiserende isolat. 192 (58%) ble kategorisert som sannfunnsassosiert infeksjon og 138 (42%) som HAI. Faktorer som var assosiert med påfølgende hudinfeksjon var blant annet diabetes, sykehushusinnleggelse de siste 3 mnd, hudinfeksjoner de siste 12 mnd, bruk av cephalaxin de siste 12 mnd før inkludering i studien og kontaminering av ikke-levende objekter i husstanden med MRSA eller S. aureus. Deltakelse i kontaktsporer var omvendt forbundet med etterfølgende hudinfeksjon.	SJEKKLISTE: 1. Er problemstillingen i studien klart formulert? Nei 2. Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet? Ja 3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Nei , fremgår ikke årsaker til infeksjonene for eksempel. 4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Nei , hvordan utvalget ble inkludert 5. Er det gjort rede for om respondentene skiller fra dem som ikke har respondert? Nei 6. Er svartypen høy nok? Ikke oppgitt 7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? Ja , benyttet prosentandel og OR som adekvat for studien 8. Er datamaterialet standardisert? Ja 9. Er dataanalysen standardisert? Ja 10. Hva er resultatene i denne studien? Gjenstander i husstanden er viktigere fokuspunkter for å hindre smitte enn personlig hygiene 11. Kan resultatene skyldes tilfældigheter? Ja , konfidensintervall nært 1. Deler av informasjonen baserer seg på selvrappotering 12. Kan resultatene overføres til praksis? Nei , stor forskjell mellom prevalens, men også retningslinjer i andre land sammenlignet med Norge 13. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Usikkert
Det ble konkludert med at gjentakende MRSA- infeksjoner var assosiert med gjenstander i husholdet. Studien foreslår at rengjøring av omgivelserne, og kanskje ikke dekolonisering av kropp, blir en nøkkelpåvirkning i fremtidig MRSA- forebyggende arbeid. Til tross for den høyeraten for gjentakende hudinfeksjoner, bør forsøk med miljødekontaminering gjennomføres for å hindre disse ekstremt vanlige og potensielt livstruende infeksjonene.	Inklusjonskriterier: MRSA- kultur i hudinfeksjon, villig til å delta, hadde ≥ 1 annen i husstanden som ville delta og bodde innenfor en radius på 40 km innenfor områdets medisinske senter. Sporre skjema basert på risikofaktorer, samt personlige intervjù. Swab tatt fra bestemte lokalisasjoner på pasienten, samt i hjemmet.	For husstandsmedlemmer viste det seg at det var en økt risiko for etterfølgende hudinfeksjoner assosiert med sykehushusinnleggelse de siste 3 mnd, kvinnelig kjønn, hudinfeksjoner de siste 3 mnd før overvåkingsperioden, samt bruk av antibiotka siste 12 mnd.	Studien blander begreper som omhandlet hudinfeksjoner, ikke alltid definert om det dreier seg om ordinære S. aureus, MRSA eller andre bakterier som har gitt årsak til infeksjonen. Dette gjør noen av resultatene vanskelig å tolke, dermed vanskelig å benytte.
Land: USA			
Ar datansamling: 2008-2010			
Publisert: 2014			

MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public

<p>Referanse: Rohde RE, Ross-Gordon J. MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public. BMC health services research. 2012;12:88</p>			
<p>Formål</p> <p>Få en dypere forståelse av hvordan folk innhenter og håndterer ny informasjon, og deretter tilpasser adferd ut fra det de har lært.</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Studie-design: Kvalitativ studie, konstruktivistisk tilnærming</p> <p>Populasjon: n=10 (3 menn, 7 kvinner) 21-73 år. Info om utdanning og etnisitet er oppgitt.</p> <p>Urvalg basert på varierende etnisitet, kjønn og alder for variasjon.</p>	<p>Resultater</p> <p>Delaktene delte egne erfaringer om hvordan MRSA påvirket deres liv.</p> <p>Funnene ble klassifisert i <i>to hovedkategorier</i>, som hver inneholdt tre subkategorier. I kategorien <i>læring</i> ble det identifisert hvordan enkeltpersoner brukte sine erfaringer med MRSA til å svare på spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generelt om MRSA - MRSA- omsorg og forebygging - Antibiotikaresistens <p>Kategorien <i>riparasjon</i> ga innsikt i selvtilitt, tilitt til andre og refleksjoner.</p> <p>De fleste delaktene innhentet informasjon etter diagnosestidspunktet. Kunnskaper var viktig for tilpasningen med å ha MRSA.</p> <p>Alle snakket om fysisk smerte med å ha MRSA. De emosjonelle faktorene var viktig- stort utvalg av følelser inkludert tillit, sinne, angst, bekymring, frykt, depresjon og forlegenhet, og var assosiert med stigmatisering. Flere var skremt over kontrasten mellom livet innenfor helsevesenet og utenfor.</p> <p>Alle delaktene var til dels informert om MRSA, men manglet detaljerte kunnskaper om mikroben.</p> <p>Delaktene tok MRSA seriøst, tok ansvar for egen såpleleie samt begrenset deres aktiviteter for å minimere eksponering for andre. De har endret holdninger til hygiene, infeksjonskontroll, og deres omgivelser.</p> <p>Erfaringer førte til ytterligere kunnskaper for den enkelte.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Dokumentasjonsnivå:</p> <p>Grade: <i>Grades ikke pga kvalitativ studie etter informasjon fra emneleder</i></p> <p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste:</p> <p>SJEKKLISTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja 3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja 4. Kommentarer: Ønsker informasjon om folks forståelse og informasjon om MRSA 5. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja 6. Kommentarer: Forsøkt å ta hensyn til variasjon i etnisitet, alder og kjønn 7. Ble datene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja 8. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja 9. Kommentarer: Semistrukturerte intervju, intervjuguide utarbeidet på forhånd 10. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ja 11. Kommentarer: Tas med yrke, utdanning, etnisitet og alder 12. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Uklart 13. Er etiske forhold vurdert? Ja 14. Kommentarer: Pseudonymet, data oppbevart innelåst, mulighet til å trekke seg fra studien m.m. 15. Kommentarer: Behov for økt fokus på opplæring og informasjon 16. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Svært nyttig
<p>Konklusjon</p> <p>Resultater fra studien understreker den kritiske betydningen av pedagogiske programmer for pasienter og forbedret videreutdanning for helsepersonell. Studien legger også vekt på viktigheten av å informere helsepersonell og viktigheten av undervisning i helsefaglige utdanninger, slik at helsepersonell senere kan bruke sine erfaringer for pasientutdanning.</p>	<p>Deltakningskriterier: Detaljerte kriterier: Person fra allmenheten som hadde fått MRSA utenfor sykehus, positiv diagnose i løpet av det siste året, men minst 1 måned før intervju, ≥18 år, ikke innlagt på sykehus, imidlertid ikke i langtidspoleiende opplegg, jobbet ikke direkte med pleie av pasienter.</p> <p>Datainnsamling: Personlig intervju (ett via telefon pga avstand), i ettertid telefonisk kontakt for opplæring. Forhåndslaget intervjuguide, semistrukturert. Tatt opp på lydband.</p> <p>Analyse: Ordrett transkripsjon, tildeelt pseudonymet i tidlig fase. God etisk håndtering.</p>		
<p>Land: Texas, USA</p>			
<p>Ar datainnsamling: Ikke oppgitt</p>			
<p>Publisert: 2012</p>			

Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients			
Referanse: Newton JT, Constable D, Senior V. Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. The Journal of hospital infection. 2001;48(4):275-80.			
Formål	Materialt og metode	Resultater	Design: Kvalitativ studie Dokumentasjonsnivå: Grad: <i>Grades ikke pga kvalitativ studie etter informasjon fra emneleder</i> Diskusjon/kommentarer/sjekkliste:
Undersøke pasientens forståelse knyttet til MRSA, isolasjon og barrieretvetytelse. Vurdere påvirkningen av fysisk smittebarriere på psykologiske, kulturelle og omsorgsbehov hos pasienten. Forstå pasientens perspektiv, og påvist MRSA påvirket den underliggende årsaken til sykehusinnleggelsen. Undersøke om pasienten forstår hva MRSA og hvordan tilstanden skal håndteres for å hindre smitte og dermed bedre infeksjonskontrollen.	Studiedesign: Kvalitativ studie Populasjon: n=19 (76% responstrate), 12 kvinner og 7 menn (44-87 år). Inneliggende pasienter på sykehus av ulike årsaker. Deltakerne hadde ved intervju tidspunktet vært isolert mellom 3-77 dager. Rekruttering: Fremgår ikke hvordan deltakerne ble rekruttert	15 av studiens deltakere oppgittet MRSA som noe infeksjon, en bakterie, et immun eller et virus. 3 deltakere mente bakterien bare fantes på sykehus, 2 deltakere mente bakterien bare fantes i sår. 2 informanter opplyste at bakterien oftest gjenfinnes på huden og bare blir problematisk dersom individet smittes. De 4 gjenværende oppgittet at MRSA var en organisme som kunne sammenlignes med hus. Årsaken til informantens smitte ble oppgitt som variabelt, og blant eksempel er: 6 av deltakerne tilskrev årsaken til smitte direkte til sykehusopphold og behandling. 5 av deltakerne ga seg selv skylden for infeksjonen, og en mente infeksjonen var et resultat av dårlig håndtvask. En beskriver smitten som utlaks, 6 deltakere hadde ingen forklaring på smitten.	1. Er formålet med studien klart formulert? Nei 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja 3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Uklart Kommentar: Ikke oppgitt nøyaktig studiedesign 4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja Kommentar: Semistrukturerte intervjuer 6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Nei Kommentar: Kunne vært mer detaljert 7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Nei Kommentar: Redegjøres ikke for noen bakgrunnsforhold 8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Nei Kommentar: Tolkes som en foreløpig studie 9. Er etiske forhold vurdert? Nei Kommentar: Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Uklart Kommentar: Vanskelig å få oppfatning av hva som er hovedfunn, flere funn nevnes. 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Kommentar: Delvis nyttige
Konklusjon Pasientene hadde mottatt både skriftlig og muntlig informasjon om MRSA og tiltak omkring bakterien, men til tross for dette hadde svært få forståelse av hvorfor det egentlig var isolert. Manglende informasjon påvirket både det emosjonelle og adferdsmessige spekket. Manglende kunnskap og forståelse var gjennomgående. Det vanket mye forvirring om behandling og konsekvenser for infeksjon. Det er behov for en forbedring når det gjelder pasientenes forståelse av MRSA, slik at de kan delta mer aktivt i infeksjonsforebygging uten at dette resulterer i negative følelsesmessige konsekvenser.	Inklusjonskriterier: Inneliggende på isolat, uten eksklusjonskriterier Eksklusjonskriterier: Ansatt som for syk til å delta, alvorlig deprimert eller ikke i stand til å kommunisere. Intervjuguide: Semistrukturert intervju. Guide utarbeidet på forhånd, oppfølgingsopprinnelse samt underveis. Analyse: Tatt opp på lydopptaker og transkribert for videre innholdsanalyse og koding.	Detakerne hadde ikke begreper om infeksjonens mulige langvarige varighet, en deltaker trodde infeksjonen ville gå over i det han forlot sykehuset. De beskrev det som vanskelig å bedømme effekten av behandlingen, de hadde jo ingen styrpormer. Noen trodde bakterien enkelt kunne behandles med antibiotika, andre trodde ikke det fantes noen kur. Svært få hadde forståelse for hvorfor de var isolerte, bare 4 visste dette var et tiltak for å hindre smitte. 3 slik kunne ikke gi eksempel på barrieretiltak. Det ble beskrevet både fordeler med isolasjon på eget rom. Større frihet og økt grad av privatliv. Større frihet for besøkende. Det ble også beskrevet ulemper med isolasjon, ensomhet og manglende oppmerksomhet fra pleiere.	
Land: Fremgår ikke			
Publisert: 2011			
Ar datainnsamling: Fremgår ikke			

9 Vedlegg:

9.1 Vedlegg 1: Infoskriv helsearbeider



Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie

”Helsearbeider og MRSA- positiv: En kvalitativ intervjustudie”

Bakgrunn og formål

Studien er en kvalitetsstudie i regi av UNN der man ønsker å undersøke hvordan MRSA- positive helsearbeidere følges opp i ettertid av positivt prøvesvar. Studien gjennomføres av medisinstudent Kristin Olsen i forbindelse med hennes 5. års oppgave ved profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø. Det skal også ses nærmere på hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA- positiv.

Få tidligere studier fokuserer på hvordan pasienter, særlig helsearbeidere, opplever det å være bærere av MRSA og hvordan den omfattende saneringen oppleves. Formålet med denne studien er å undersøke dette nærmere, slik at fokuset på tilstrekkelig og korrekt informasjon kan økes, og at unødige misforståelser og usikkerhet dermed kan unngås. Studien baserer seg på personlige intervjuer med helsearbeidere som har testet positivt på MRSA ved UNN.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Hvis du sier ja til deltakelse, innebærer dette at du blir intervjuet av medisinstudent Kristin Olsen. Intervjuet minner om en vanlig samtale, men det vil være spørsmål omkring bestemte temaer i forhold til MRSA. Disse temaer går inn på dine opplevelser knyttet til positiv MRSA- test, hvordan du har opplevd saneringsprosedyren, hvilken informasjon du har fått etter positiv test o.l. Intervjuene vil finne sted i mars/april 2018, nærmere tidspunkt og sted blir vi enige om når du henvender deg. Intervjuene er anslått til å vare omkring 1 time, men dette vil kunne variere noe. Det vil ikke bli behov for innhenting av andre opplysninger enn det som kommer frem under intervjuet. Intervjuene vil bli tatt opp på lydopptaker.

Du sier ja til deltakelse ved å ringe, sende melding eller mail til Kristin Olsen (se kontaktinformasjon nedenfor) og medbringer da den skriftlige samtykkeslippen når selve intervjuet finner sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og blir ikke knyttet direkte til lydopptakene. I etterkant av intervjuene vil opptakene lagres på sikkert område på UNN, som bare prosjektleder og prosjektmedarbeider (student) har tilgang til. Opptakene blir skrevet om til tekst for videre bearbeiding, og lydopptakene vil da bli slettet. Bare student vil ha tilgang til lydopptakene, men veiledere vil kunne ha tilgang til tekst. Teksten er uten personopplysninger og det er bare student og prosjektleder som vil ha tilgang til nøkkelfilen med personopplysninger. Det vil ikke være nødvendig å knytte disse opplysninger til den enkelte pasient i behandling av data. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2018 og oppgaven vil bli publisert i UiT's webdatabase over oppgaver.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Å trekke seg fra studien vil ikke ha innvirkning på ev. videre medisinsk behandling. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata, samt Personvernombudet ved UNN.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med medisinstudent Kristin Olsen på mail (kr_ols1@hotmail.com) eller på telefon (98608 777) eller prosjektleder Tomi Myrbakk (Tomi.Myrbakk@unn.no) eller på telefon (77 66 95 68).

Samtykke til deltakelse i studien

Dersom du ønsker å delta i studien, medbringes svarslippen på neste side til intervjuet.

Jeg har mottatt tilstrekkelig informasjon om studien «*Helsearbeider og MRSA-positiv: En kvalitativ intervjustudie*», og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.2 Vedlegg 2: Avtale om innhenting og bruk av informasjon i forbindelse med intervju

Tromsø, mars 2018

Avtale om innhenting og bruk av informasjon i forbindelse med intervju

Jeg er herved informert om at opplysningene som kommer frem i intervjuet skal brukes til kvalitativ forskning i en 5. års oppgave for medisinstudent Kristin Olsen ved Universitetet i Tromsø- Norges arktiske universitet. Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA- positiv.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, og alle opplysninger som kommer frem under intervjuet vil bli anonymisert og er underlagt taushetsplikten. Lydfilene vil bli lagret på passordbeskyttet PC og slettes i etterkant.

Jeg kan til enhver tid kontakte Kristin Olsen via mail eller telefon dersom jeg skulle ønske å trekke meg fra studien eller har andre spørsmål.

Kristin Olsen,
Medisinstudent UiT



Informant

Kontaktinformasjon:

kr_ols1@hotmail.com

986 08 777

9.3 Vedlegg 3: Meldeskjema personvernombudet UNN

Meldeskjema Forskning og databehandlinger

Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetssikring og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Utfylt skjema lagres på disk og sendes som vedlegg til e-post sammen med eventuelt informasjonsskriv. Skjemaet sendes til Personvernombudet@unn.no



Bruk F11 til å flytte markøren til neste felt. Ved avkryssingsboks: Dobbelklikk på avkryssingsboksen, velg aktiver og trykk på ok.

1 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
Helsearbeider og MRSA- positiv: En kvalitativ intervjustudie	
2 BESKRIV FORMÅLET MED BEHANDLINGEN/PROSJEKTET¹	
Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA-positiv. Studien vil se på dette fra pasientens perspektiv, der pasienten er en helsearbeider. Det vil særlig fokuseres på hvordan det oppleves å få beskjed om at man har testet positivt, den omfattende saneringsprosedyren og hvordan dette oppleves for den enkelte - reaksjoner, utfordringer, involvering av familie og påvirkninger i hverdagen. Studien vil dessuten legge vekt på å undersøke informasjonen som blir gitt til pasienten ved positiv test, og hvordan pasienten forholder seg til det som blir sagt.	
3 INFORMASJON OM SØKEREN	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling: Tormi Myrbakk, Smittevernoverlege UNN	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Avdeling for mikrobiologi og smittevern
Telefonnummer: 77 66 95 68/77 62 33 40	E-postadresse: Tormi.Myrbakk@unn.no/mette.bech@uit.no
B. STUDENT OPPGAVE/STUDIE	
Er prosjektet et studentstudie? Dersom ja, angi studentnavn, telefon og e-postadresse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Kristin Olsen, 98608777, kr_olsl@hotmail.com
C. MULTISENTERSTUDIE	
Er prosjektet en multisenterstudie? Dersom ja, angi øvrige virksomheter som deltar: Skal noen av disse også ha kopi av elektronisk database/informasjon som etableres i prosjektet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
D. ANNEN DATABEHANDLINGSANSVARLIG ENN UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF²	
Er prosjektet organisert fra et legemiddelfirma eller annen ekstern virksomhet? Dersom ja, angi virksomhetens navn (Kopi av konsesjonen/godkjenning skal sendes personvernombudet, og prosjektet skal meldes til personvernombudet som meldepliktig prosjekt, dvs skjemaet fylles ut med unntak av punkt 5.4):	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei

¹ Behovet for konsesjon/melding er knyttet opp til hvilket formål man har med behandlingen av personopplysningene. Pasientjournalssystemet er meldt i sin helhet, og har lovhemlet formål. Når informasjon i journalssystemet skal benyttes til andre formål, kommer behovet for konsesjon, alternativt ny melding, opp, og man må angi formålet med den nye bruken/behandlingen av personopplysningene. Formulering av formålet er derfor viktig. Tilsvarende gjelder for annen innsamling og behandling av pasient-/personopplysninger. Formålet må samsvare med det som beskrives i samtykket fra hver enkelt person som deltar i studien.

² For alle studier som startes i regi av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og som bruker pasientdata som utgår fra UNN vil normalt databehandlingsansvarlig være UNN.

Meldeskjema Forskning og databehandlinger

Skal den eksteme også ha kodelisten/navnelisten over deltakere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
4 RETTLIG GRUNNLAG FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGENE³		
4.1 SAMTYKKE		
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra den registrerte? <input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Hvis nei, begrunn hvorfor:		
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra andre enn den registrerte? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Hvis ja, av hvem?		
Hvis barn inkluderes, angi alder		
Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
ELLER		
4.2 INTERN KVALITETSSIKRING AV PASIENTBEHANDLING. DETTE ER IKKE KVALIFISERT SOM FORSKNING.		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja, prosjektet oppfyller helsepersonelloven § 26. Opplysningene må være slettet eller anonymisert før eventuell publisering av resultater. Må publiseres som kvalitetssikring, ikke som forskning. I prinsippet skal all bruk av pasientopplysninger ha en hjemmelsgrunnlag. Kvalitetsstudier er i så måte ikke unntatt dette kravet, men kan fravikes, jf.r. HPL §26. Unntaket må i såfall begrunnes. Personopplysningsloven § 33 4. ledd gir unntak for konsesjon, men krever melding. Pasienter som har reservert seg mot slik bruk av opplysningene skal respekteres.		
ELLER		
4.3 ANNET SOM HJEMLER MELDING, ANGI ÅRSÅK/HJEMMEL:		
5 FREMLEGGINGSPLIKT M.M.		
<input type="checkbox"/> Fremleggingsplikt for De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk <input type="checkbox"/> Søknadsplikt til Statens legemiddelverk <input type="checkbox"/> Registrering i clinicaltrials.gov <input type="checkbox"/> Bioteknologiloven kommer til anvendelse (det utføres genetiske undersøkelser hvor deltakeren gir tilbakemelding om resultatet) <input type="checkbox"/> UTPRØVING AV MEDISINSK TEKNISK UTSTYR SOM SKAL GODKJENNES AV HELSEDIREKTORATET		
6 PROSJEKTPERIODE		
Studiestart (dd.mm.åååå): 01.11.2016	Studieslutt(dd.mm.åååå)+: 30.06.2018	Sletting/anonymisering av data (dd.mm.åååå)+: 30.06.2016 Beskriv hvordan data vil bli slettet/anonymisert: Lydopptakene vil holdes adskilt fra personopplysninger. Lydopptakene vil bli oppbevart på passordbeskyttet PC der bare student og prosjektleder har tilgang. Ved studieslutt slettes lydopptakene og transkripsjoner anonymiseres.
7 HUMANT, BIOLOGISK MATERIALE		
Medfører prosjektet bruk av humant, biologisk materiale som tas kun for denne studien eller fra en diagnostisk biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Dersom ja (OBS FYLL UT FELT NEDENFOR):		
Opprettes forskningsbiobanken fra en eksisterende biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Hvis ja, angi		

³ Som hovedregel skal informert samtykke innhentes.

⁴ Når prosjektet er ferdigstilt. Dette inkluderer innsamling, analyse/vurdering, artikkelsskriving/konklusjon.

⁵ Data skal lagres i en viss tid etter at prosjektet er ferdigstilt (analyse er gjennomført) for mulig etterprøving. I forskningsstudier skal data lagres 5 år (Norsk Lægemiddelforening) etter publisering, og for klinisk utprøving skal data lagres i minst 15 år etter innsendt sluttrapport til SLV. Enkelte større tidsskrifter krever 10 års oppbevaring for etterprøving. Data kan ikke oppbevares etter prosjektslutt for kvalitetssikring. Dersom forskningsprosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, skal sluttrapport og prosjektdata arkiveres på betryggende måte i minimum 10 år etter avslutning av prosjektet (se punkt 5.3 i Norges forskningsråds generelle kontraktsvilkår).

Meldeskjema Forskning og databehandlinger

navn på biobank: biobankregisternr.: Ansvarshavende person for biobanken (Biobankloven §7): Forskningsbiobankens innhold (vev, blod og lignende): Ved avsluttet prosjekt Hva skjer med biobankmaterialet?:	<input type="checkbox"/> Materialet destrueres <input type="checkbox"/> Materialet føres tilbake til eksisterende biobank Annet:
Hva skjer med forskningsdata utledet av biobankmaterialet?:	

8 DETALJER OM PROSJEKTETS INFORMASJONSBEHANDLING	
Det minnes om følgende ansvar ifm innsamling, registrering og bruk av personopplysninger: <ul style="list-style-type: none"> opplysningene skal være tilstrekkelige og relevante i forhold til formålet med den planlagte databehandling opplysningene skal være korrekte og oppdaterte 	
8.1 TYPE PERSONOPPLYSNINGER BEHANDLINGEN SKAL OMFATTE:	
8.1.1 Hvis det benyttes kobling mot forskriftsregulerte registre, som for eksempel fødselsregister, kreftregister eller dødsårsaksregister, eller interne konsesjonsbelagte registre, angi hvilke registre: Angi totalt antall inkluderte: 6 stk Angi antall år opplysningene vil bli lagret, inkludert oppbevaring for etterprøving:	
8.1.2 Ikke-sensitive personopplysninger 8.1.2.1 <u>Identifikasjonsopplysninger</u> <input checked="" type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Fingeravtrykk, iris <input checked="" type="checkbox"/> Annet: yrke, alder, kjønn 8.1.2.2 <u>Opplysninger om tredjepersoner</u> 8.1.2.3 <u>Opplysninger om tredjepersoner</u> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Annet: 8.1.2.4 <u>Adferdsopplysninger</u> <input type="checkbox"/> Loggføring av adferd <input type="checkbox"/> Preferanser (ønsker, behov og lignende) <input type="checkbox"/> Annet:	8.1.3 Sensitive personopplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8) 8.1.3.1 <u>Prosjektet omfatter opplysninger om</u> <input type="checkbox"/> rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> helseforhold <input type="checkbox"/> seksuelle forhold <input type="checkbox"/> fagforeningstilhørighet Presiser nærmere: Intervju med helsearbeidere på UNN som er testet positiv for MRSA Behandles spesielt inngripende opplysninger, i såfall hvilke?
8.2 UTVALG	
Behandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe):	
<input type="checkbox"/> Ansatte i egen virksomhet <input type="checkbox"/> Adgangskontrollerte	<input type="checkbox"/> Elever/studenter/ bamehagebarn <input type="checkbox"/> Medlemmer <input type="checkbox"/> Pårørende
	<input checked="" type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Tilfeldig utvalgte <input type="checkbox"/> Seleksjonsutvalgte

Meldeskjema

Forskning og databehandlinger

Hvordan lagres opplysningene? <input type="checkbox"/> Forskningsserver på UNN <input checked="" type="checkbox"/> O:\Forskning <input type="checkbox"/> På frittstående PC. Forklar hvordan denne sikres mot uvedkommende: <input type="checkbox"/> På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende: <input checked="" type="checkbox"/> På video, tape eller annet opptak. Beskriv hvordan dette er sikret og om personen kan identifiseres: Opplysninger opptas på lydopptak. Lydopptakene vil holdes adskilt fra personopplysninger <input type="checkbox"/> Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk) ⁶ . Forklar:	
Hvem skal ha tilgang til dataene? Navn/ Bruerkonto (eks: Per Bruvold/ edbpeb) Kristin Olsen og Torni Myrbakk	
Mette Bech Risør (veileder) og Torni Myrbakk (biveileder) vil ha tilgang til transkripsjonene. Bare student og prosjektleder vil ha tilgang til lydopptakene.	
8.6 GJENFINNING AV OPPLYSNINGENE	
Hvordan gjenfinnes opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som personnummer og navn skal forsøkes unngått) <input type="checkbox"/> Opplysningene lagres med navn, personnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ <input checked="" type="checkbox"/> Opplysningene lagres aidentifisert (ved bruk av krysslister, kodelister, løpenummer eller lignende) Hvordan er krysslister/kodelister beskyttet/lagret? Forklar: Kodelister er også beskyttet for tilgang med brukernavn og passord, i egen fil adskilt fra lydopptak og transkripsjoner	
9 DATO FOR UTFYLLING	
Meldeskjemaet er forelagt klinikk-/avdelingsjef / forskningsansvarlig <input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Sted og dato Tromsø 15.11.16	Utfylt av: Kristin Olsen/Mette Bech Risør/Torni Myrbakk

⁶ Krever gjennomføring og godkjenning av risikovurdering.

9.4 Vedlegg 4: Anbefaling av behandling av personopplysninger



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



PERSONVERNOMBUD

Til
Tormi Myrbakk
Avdeling for mikrobiologi og smittevern

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/5771

Saksbehandler/dir.tff.:
Kristin Andersen/77626506

Dato:
6.12.2016

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetsstudier og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter, mottatt 17.11.2016

Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

Nr. 0632

Navn på prosjektet: Helsearbeider og MRSA- positiv: En kvalitativ intervjustudie

Prosjektet er en **kvalitetsstudie** hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig.

Formål: «Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan det oppleves å være helsearbeider og MRSA- positiv. Studien vil se på dette fra pasientens perspektiv, der pasienten er en helsearbeider. Det vil særlig fokuseres på hvordan det oppleves å få beskjed om at man har testet positivt, den omfattende saneringsprosedyren og hvordan dette oppleves for den enkelte - reaksjoner, utfordringer, involvering av familie og påvirkninger i hverdagen. Studien vil dessuten legge vekt på å undersøke informasjonen som blir gitt til pasienten ved positiv test, og hvordan pasienten forholder seg til det som blir sagt.»

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helsepersonelloven § 26, jf. Personopplysningsloven § 33 fjerde ledd.

PVO forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodelista slettes.

Postadresse:
UNN HF
9038 TROMSØ

Avdeling:
Besøksadr.:
Fakturaadr.: Kvalitets- og utviklingssenteret
UNN HF, c/o Fakturamottak, Postboks 3232, 7439 Trondheim

Telefon: 07766
Internett: www.unn.no
E-post: personvernombudet@unn.no

PVO har på bakgrunn av og tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på [\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning\(o:\\)](\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning(o:\)) med navn **0632** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres.

I tillegg er det opprettet et område på <\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning\key> med navn **0632N** hvor nøkkelfil skal oppbevares.

Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den som prosjektleder definerer. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal også ha melding dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig behandlet innen 3 år.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

PVO-teamet
e.f.

Kopi: Klinkksjef Markus Rumpsfeld

9.5 Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide: Helsepersonell og MRSA- positiv

FASE 1: Rammesetting (3-5 min)

- Uformell samtale
- Informasjon om prosjektet og problemstilling (3-5 min)
 - Temaet for samtalen, samt bakgrunn og formål
 - Forklar hva intervjuet skal brukes til, presiser taushetsplikt og anonymitet
 - «Informant 1-6»
 - Lydopptakene vil lagres på sikkert område på UNN der bare student har tilgang. Både student, hovedveileder og biveileder vil ha tilgang til transkripsjonene. Lydopptakene vil deretter slettes så snart som mulig. Navnelister vil bli oppbevart adskilt fra opptakene, og vil ikke kunne knyttes til den enkelte informant.
 - Informer om lydopptak og sørg for samtykke
 - Intervjuet vil være inndelt i ulike temabolker
 - Informanten oppfordres til å snakke fritt om de ulike tema
 - Har informanten noen spørsmål eller er noe uklart?
 - Start lydopptak

FASE 2: Erfaringer - overgangsspørsmål (10-15min)

Spørsmål stilles for å få bedre bakgrunnskunnskap om den enkelte, og for å kunne se om det er fellestrekk mellom de ulike helsearbeiderne. En del spørsmål her er også en del av kartleggingen for prosessen den enkelte har vært gjennom.

- Kan du fortelle litt om deg selv?
 - Alder
 - Familie/barn/husdyr
 - Utdanning/jobbet lenge ved UNN?
 - Kan du fortelle litt om dine arbeidsoppgaver?
- Kan du fortelle det du visste om MRSA før du ble smittet?
 - Hvor fikk du denne informasjonen fra? Hatt noe undervisning på jobb?
- Har du hørt om andre som har vært smittet og hvordan de opplevde det? Jobbet med pasienter som har vært smittet tidligere?
- Hvor fikk du påvist MRSA? Nese, hals, perineum?

- Fikk du antibiotikatabletter under saneringen?
- Var det andre i husstanden som testet positivt? Når ble disse testet?
- Har du annen jobberfaring, eventuelt hvilken?
- Er det lenge siden du var gjennom denne prosessen?

FASE 3: Fokusering/nøkkelspørsmål (30-45 min)

Denne fasen av intervjuet er videre delt inn i kategorier; positivt prøvesvar, dagene etter, saneringen og tiden etter/nå.

Tema: Positivt prøvesvar

1. Hva var årsaken til at prøven ble tatt?
2. Har du selv noen formening om hvilken situasjon som førte til at du ble smittet?
 - Kan du evt. fortelle om denne situasjonen?
3. Hvordan opplevde du ventetiden fra prøven var tatt og til resultatet var klart?
4. Hvordan reagerte du på beskjeden om positivt prøvesvar?
5. Hvem var det som ga deg beskjed om positivt prøvesvar?
6. Hvilken informasjon fikk du fra legen når du først fikk vite at du var smittet?
 - Er det noe informasjon du savner? I så fall hva?
7. Hvordan har oppfølging vært fra fastlege i denne tiden, hvis du har hatt dette?

Hatt oppfølging som familie?
8. Har du følt at fastlegen har kunne gitt deg konkrete svar?
9. Dersom informasjon ble gitt av fastlege; Har du hatt noen annen oppfølging enn fra fastlege? Har du selv innhentet informasjon eller har andre gitt deg informasjonen? Fortell om det.
10. Fikk du noen informasjon av legen i forhold til jobb, i så fall hvilken informasjon?

Tema: Dagene etter

1. Kan du fortelle litt om dagene og tiden etter at du fikk vite at prøven var positiv, hvordan opplevde du disse dagene?
 - Var noe annerledes? Hva?
 - Hvordan opplevde du det å ikke kunne gå på jobb?
2. På hvilken måte har du håndtert situasjonen ovenfor familie og venner?
 - Var du åpen eller har du holdt det skjult?
 - Dersom du har vært åpen, hvordan har familie og venner reagert? Har de forstått hva det dreier seg om?

- Dersom du ikke har vært åpen, hva er årsaken til at du valgt å holde det skjult?
 - Hvordan forklarte du familie og venner hva MRSA er?
3. Hva tenker du generelt om dette med smitte i din situasjon, i forhold til å smitte andre?
 - Har du vært redd for å smitte andre? Hva har du vært redd for?
 - Hvordan har du gått frem for å hindre smitte til andre på en best mulig måte? Var noe vanskelig?
 4. Kan du fortelle om noe endret seg, eller om du deltok på sosiale aktiviteter på lik linje med tidligere?

Tema: Saneringen

1. Hvor lang tid tok det fra positivt svar til saneringen kom i gang?
2. Hvem ga deg informasjon om selve saneringen? Var informasjonen forståelig?
 - Hvordan var det å følge instruksene/prosedylene som ble gitt?
3. Dersom flere smittet i familien, var det du selv eller var det andre som informerte familie om MRSA og saneringen?
4. Er det noe som burde vært annerledes i forhold til informasjonen om saneringen som ble gitt?
5. Kan du fortelle om saneringen som helhet? Hvordan opplevdes det? Hva var den største utfordringen?
 - Kan du beskrive familiesituasjonen i denne tiden?
 - Hvordan var ditt eget pågangsmot med tanke på saneringen?
 - Var det noe som gikk galt eller ikke lot seg gjennomføre?
6. Hadde du noen mislykkede saneringsforsøk?
 - Når fikk du vite at forsøket var mislykket. etter første prøve eller senere ut i kontrollforløpet?
 - Har du selv noen tanker om hva som førte til at saneringen ble mislykket?
 - Noe du kunne gjort annerledes/forbedret?
 - Hvordan taklet du det mislykkede forsøket?
 - Dersom du hadde flere saneringsforsøk; tok det lang tid før du kom i gang med ny runde igjen? Hvordan taklet du denne ventetiden?
7. Hvor lenge var du sykemeldt? Hvordan opplevdes dette?

- Har du hatt oppfølging fra arbeidsgiver, hvordan var evt. denne oppfølgingen?
 - Har du hatt noen kontakt med kollegaer mens du var sykemeldt?
8. Hvordan var det å komme tilbake på jobb?

Tema: Tiden etter/nå

1. Er det noe du mener burde vært gjort annerledes gjennom hele denne prosessen? I så fall hva?
 - Har du forslag til hvordan dette kunne vært gjort?
 - Hvilken betydning vil en slik endring ha?
2. Hva tenker du om risiko for ny smitte?
 - Er det noe du har forandret på i jobbsituasjonen med tanke på forebygging av ny smitte nå sammenlignet med tidligere? Endret bevissthet?
3. Dersom du skulle gitt noen tips eller endret noe i saneringsprosedyren, hva ville det ha vært?
4. Har du noen ganger fått opplæring i hvordan håndhygiene skal utføres? Kurs via UNN? Nyttig?
 - Med tanke på håndhygiene, har noe endret seg nå i ettertid? I så fall hva?

Helt til slutt, er det noe mer du har lyst å tilføye? Er det noe vi ikke har vært inne på i forhold til smitten og forløpet?

Generelle oppfølgingsspørsmål:

- Kan du gi en mer detaljert beskrivelse?
- Kan du si noe mer om dette?
- Har du flere eksempler på dette?
- Kan du utdype dette?
- Hva var det vanskeligste med dette?

Spesifiserende spørsmål:

- Hva tenkte du da?