

Kvalitativ studie af Methicillin resistent Staphylococcus aureus (MRSA) positives oplevelser af sundhedsvæsenet ved indlæggelse på hospital

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab

School of Medicine and Health, Aalborg Universitet

Udarbejdet af : Krister Ripadal

Vejleder : Claus Dalsgaard Hansen

Afleveringsdato : 1. Juni 2016

Anslag med mellemrum : 179.295

Rapportens indehold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse med kildeangivelse

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden fra 1. februar til 1. juni 2016 af gruppe 16gr10328 under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, kandidat i Folkesundhedsvidenskab, ved Aalborg Universitet.

Nærværende speciale tager afsæt i folkesundhedsvidenskaben og positionerer sig derfor flervidenskabeligt, hvor formålet er at belyse specialets problemstilling. I denne erkendelse produceres viden i et samspil mellem forskellige videnskabelige tilgange. I dette speciale anvendes sundhedsvidenskaben, humanvidenskaben og samfundsvidenskaben.

Udarbejdelsen af kandidatspecialet er foregået under vejledning af lektor Claus Dalsgaard Hansen.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende Problem 5

2.0 Problem analyse 6

2.1 Antibiotikaresistente bakterier - et folkesundhedsproblem 7

2.2 Infektionsforebyggelse af antibiotikaresistente bakterier i sundhedssektoren i DK 10

2.3 National og regional strategi for forebyggelse af spredning af MRSA 12

2.4 Etiske dilemmaer ved forebyggelse af smittespredning 14

2.5 Utilsigtede konsekvenser af de infektionshygiejniske foranstaltninger ved forebyggelse af smittespredning 17

2.6 Utilsigtede konsekvenser af mediernes fremstilling af MRSA 24

3.0 Afgrænsning 26

3.1 Problemformulering 28

4.0 Litteratursøgning 28

4.1 Indledende litteratursøgning 28

4.2 Systematisk litteratursøgning 29

4.3 Søgetermer 29

4.4 Søgning i databaser 30

4.5 Udvælgelses kriterier 31

4.6 Refleksioner over den præsterede litteratursøgning 33

5.0 Metode 34

5.1 Specialets videnskabsteoretiske ståsted 34

5.1.1 Fænomenologien som videnskabsteoretisk ståsted 35

5.1.2 Hermeneutikken som videnskabsteoretisk ståsted 37

5.1.3 Forfatterens forforståelse i relation til indeværende problemformulering 38

5.2 Dataindsamlingsmetode 39

5.2.1 Valg af informanter - inklusionskriterier 40

5.2.2 Rekruttering af informanter 40

5.2.3 Karakteristika af informanterne 42

5.2.4 Valideringstiltag 43

5.2.5 Etiske overvejelser 44

5.3 Interviewguide 44

5.4 Lydoptagelse 46

5.5 Transskribering af interviews 46

5.6 Analysestrategi 46

6.0 Analyse af interviewindholdet - Meningskondensering 48

6.1 Præsentation af informanter 48

6.2 Fænomenologien og hermeneutikken som videnskabsteoretisk afsæt 50

6.3 Redegørelse for analyseprocessens stadier i meningskondenseringen 51

6.4 Analyse af de fremkomne temaer 52

7.0 Analyse og Diskussion 54

7.1 Behandlingsforløb 55

7.1.1 Diskussion Behandlingsforløb 60

7.1.2 Opsummering af Behandlingsforløb 63

7.2 Smittefarlig - At føles sig smittefarlig 64

7.2.1 Diskussion af det at føle sig smittefarlig 65

7.2.2 Stigmatiserende elementer ved det at være smittefarlig 67

7.2.3 Opsummering af det at være smittefarlig 67

7.3 At føle sig dårligt behandlet 68

7.3.1 Diskussion af at føle sig dårligt behandlet 71

8.0 Metode diskussion 72

8.1 Diskussion af specialets metode 73

Den kvalitative metode til indsamling af data anses som værende velegnet til at besvare specialets problemformulering, idet der ønskedes af opnå en forståelse for MRSA-positives oplevelser ved indlæggelse på hospital. Der er i afsnittet Metode (afsnit 5) redegjort for metoder til indsamling af empiri for at skabe gennemsigtighed. Desuden er interviewguide og brev til informanter vedlagt som bilag, hvilket også øger gennemsigtigheden, se bilag 3 og bilag 4. 73

8.1.2 Interviewguiden 74

8.1.3 Rekruttering af informanter 75

8.2 Diskussion af resultater 76

9.0 Forandringsforslag 77

9.1 De nationale og regionale retningslinjer 78

9.2 Udfordring med otte forskellige retningslinjer 78

9.3 Behov for eksplicitte retningslinjer 79

10.0 Konklusion 80

11.0 Perspektivering 81

11.1 Optimering af behandlingsforløb 81

11.2 Et ønske om mindre variation i plejen 82

11.3 Patientens psykiske habitus 83

Referencer 84

# 1.0 Initierende Problem

Antibiotikaresistente bakterier udgør, såvel nationalt som globalt, en stigende trussel mod folkesundheden (ECDC 2015; WHO 2014). Dette eftersom effektiv antibiotika behandling er en af forudsætningerne for, at vi kan leve sundere og længere.

MRSA (Methicillin resistent Staphylococcus aureus) er i øjeblikket den mest almindeligt identificerede antibiotikaresistente mikroorganisme på mange hospitaler i Europa og er gennem de senere år øget eksplosivt i Danmark (SSI 2016b). For at udgå smittespredning med MRSA har Sundhedsstyrelsen (SST) og den Centrale enhed for hospitalshygiejne (CEI) under Statens Serum Institut (SSI) udpeget særlige risikosituationer og dikteret specifikke restriktioner, som eksempelvis udpegning og screening af bestemte grupper af borgere samt isolation af de MRSA-positive ved kontakt med sundhedssektoren (Sundhedsstyrelsen 2012). Endvidere er MRSA blevet en anmeldelsespligtig sygdom, der overvåges af SSI (SSI 2014).

De særlige risikosituationer og restriktioner omhandlende MRSA er beskrevet af SST i ”*Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA*” (Sundhedsstyrelsen 2012) og i 5 stk. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) for MRSA fra SSI (Sundhedsstyrelsen 2013). Formålet er, gennem forebyggende indsatser, at højne folkesundheden ved at minimere smittespredning i sundhedssektoren og til en vis grad i befolkningen som helhed, eftersom infektion med MRSA øger morbiditet og mortalitet hos syge og svagelige (Sundhedsstyrelsen 2012). Dette gøres gennem skriftlig informationsmateriale og særlige smitteforebyggende foranstaltninger som screening og isolation ved kontakt til sundhedssektoren. Men ved at udpege de MRSA-positive og bestemte grupper af borgere som risikogrupper og diktere særlige foranstaltninger i form af retningslinjer, screening og isolation ved kontakt med sundhedssektoren, kan det, at være MRSA-positiv patient, og dermed være en del af en defineret risikogruppe som smittespredere, man skal tage særlige forholdsregler over for, forsættligt eller uforsætligt, føre til diskriminering og risiko for stigmatisering af denne gruppe (Breinholdt 2008).

# 2.0 Problem analyse

Følgende problemanalyse tager udgangspunkt i den nationale og globale trussel antibiotikaresistente bakterier udgør for folkesundheden, de nationale og regionale forebyggende foranstaltninger på området og de konsekvenser disse tiltag har for de personer, som er bærere af antibiotikaresistente bakterier, - i indeværende speciale med fokus på MRSA.

I afsnit 2.1 analyseres nogle af de essentielle problematikker for folkesundheden, som antibiotikaresistente bakterier, specifikt MRSA, medfører. I analysen i afsnit 2.2 redegøres der for, hvordan den nationale strategi for forebyggelse af resistensudvikling er organiseret i sundhedssektoren i Danmark. Dette afsnit danner baggrund for forståelsen af de nationale og regionale strategier for forebyggelse af spredning af MRSA, som analyseres i afsnit 2.3. Med udgangspunkt i de nationale og regionale retningslinjer analyseres, i afsnit 2.4, de etiske aspekter ved forebyggelse af smittespredning og i afsnit 2.5 de utilsigtede konsekvenser af de infektionshygiejniske foranstaltninger, som førnævnte retningslinjer dikterer. Slutteligt er der i afsnit 2.6 analyseret på de utilsigtede konsekvenser af mediernes fremstilling af MRSA-problematikken.

At være MRSA-positiv defineres som en person, der er koloniseret med Methicillin resistente Staphylococcus aureus typisk i næsen, hals, mellem balderne og på huden.

Der figurerer flere underkategorier af det at være MRSA-positiv. Underkategorierne angiver, om der er tale om humane MRSA stammer, betegnelsen anvendes om de MRSA bakterier, der smitter fra menneske til menneske eller om der er tale om husdyr-MRSA også kaldet MRSA 398 eller svinets MRSA, som kan smitte fra dyr til mennesker og omvendt. Derudover findes adskillige underkategorier, der betegner, hvilke undertyper der er tale om og definerer, hvilke egenskaber den specifikke type af MRSA har, eksempelvis evnen til at danne bylder eller adhærere til keratin overflader. I fagsprog kan en human MRSA eksempelvis betegnes MRSA CC1 Spa-t. 127 PVL (Panton–Valentine leukocidin) positiv. I indeværende projekt bruges udelukkende betegnelsen MRSA-positiv og MRSA-bærer og i de tilfælde hvor der er tale om husdyr-MRSA og det er afgørende for forståelsen, anvendes betegnelsen MRSA 398.

## 2.1 Antibiotikaresistente bakterier - et folkesundhedsproblem

Da penicillin og andre antibiotika omkring 1930 blev introduceret til behandling af infektioner, havde det afgørende betydning for folkesundheden. Sygdomme, som tidligere havde dødelig udgang, kunne nu kureres og risikoen for smitte til personer omkring den syge reduceredes som følge af kortere sygdomsforløb. Bakterierne udviklede imidlertid et forsvar, i form af resistens, der gjorde dem modstandsdygtige over for flere og flere antibiotika (Jensen 2002). Den udvikling gjorde dengang som nu behandlingen af infektioner vanskelig og langstrakt.

Verdens Sundhedsorganisation (WHO) betegner forekomsten og udviklingen af resistente bakterier som en stor trussel mod folkesundheden og et globalt problem, det er vigtigt at få kontrol over (WHO 2014). Antimikrobielle stoffer er afgørende for behandling af sygdomme hos mennesker og dyr, men er også de største bidragydere til selektion og spredning af antibiotikaresistens (Bager et al. 2014). Det vil sige, at bakterien kan erhverve resistens gennem en ændring i sin arvemasse, enten grundet en mutation i delingsprocessen eller fordi den har fået overført resistens fra en anden bakterie, der i forvejen var resistent. Når man behandler med antibiotika vil de bakterier, som er følsomme over for det pågældende antibiotika dø og dermed vil de resistente bakterier kunne fortsætte med at vokse - selektion. Det er derfor vigtigt at følge udviklingen i forbruget af antimikrobielle stoffer og udviklingen af antibiotikaresistens med henblik på at identificere de risikofaktorer, der bidrager til udbredelsen af ​​resistensudvikling og smittespredning i samfundet. Herunder samspillet mellem risikofaktorer, som kan få resistente bakterier til at sprede sig mellem mennesker i samfundet og på hospitalerne, hvor de kan komplicere og forringe behandlingsmuligheder og forårsage øget sygelighed og død.

European Center for Disease Control (ECDC) og det engelske Review on Antimicrobial Resistens (AMR) spår, at 10 mio. mennesker årligt i år 2050 vil tabe kampen til sygdomsfremkaldende bakterier grundet resistensudvikling (O’Neill 2016). I dag estimeres det, at der årligt dør 700.000 mennesker på verdensplan, som følge heraf (ECDC et al. 2015). Med tanke på den resistensudvikling der allerede er, og det faktum at antibiotika har været tilgængeligt i mindre end 100 år, er det vanskeligt at komme med modargumenter for det spåede fremtidsscenarie.

Et af de kritiske områder, når det gælder forbruget af antibiotika, såvel nationalt som internationalt, er landbrugets anvendelse af antibiotika som vækstfremmer. Selvom forbruget af antibiotika i landbruget i Danmark gennem de sidste år er faldet, står landbruget, især svineproduktionen, for en stor andel af det samlede forbrug. På verdensplan estimeres landbruget til at stå for omkring 80% af det samlede antibiotikaforbrug (ibid). En procentvis fordeling af det samlede forbrug dyr versus mennesker er dog vanskelig at gøre op, idet antallet af dyr langt overstiger antallet af mennesker. Dette ser medierne ofte bort fra, når landbrugets forbrug af antibiotika fremlægges.

Den Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA) er i øjeblikket den hyppigst identificerede resistente mikroorganisme på mange hospitaler i Europa, Amerika, Nordafrika og Mellem- og Fjern Østen. ECDC estimerer samlet for Europa, at MRSA udgør 44% af alle de hospitalserhvervede infektioner (n=171.200) og kan tilskrives 22% af dødsfaldene i relation hertil (n=5.400) (Köck et al. 2010; Grundmann et al. 2006). MRSA er således en af de største trusler mod folkesundheden, når det gælder resistente bakterier i Europa.

Flere studier har vist, at der er en overdødelighed blandt folk, der bliver smittet med en resistent bakterie. Samtidig viser de fleste studier dog, at overdødeligheden forsvinder, så snart man behandler med et antibiotikum, der virker mod bakterien (Sjøgren 2011). Derved er bakterien som sådan ikke farligere end bakterier, der ikke er resistente, så længe man behandler med et antibiotikum, der virker. Dem bliver der midlertidigt færre af jo mere resistens, der udvikles i bakterierne. Mens forekomsten af resistente bakterier er stærkt stigende globalt, er udviklingen af nye antibiotika næsten stoppet (EDC/EMEA 2009). Denne udvikling frygtes at reducere mulighederne for fremadrettet at behandle infektioner, hvor bakterier har udviklet resistens over for eksisterende antibiotika. Dette kan medføre, at det ikke længere vil være muligt at anvende antibiotika i profylaktisk øjemed som eksempelvis ved langvarige og komplekse operationer, som er afhængige af antibiotika til behandlingsrelaterede infektioner.

I Europa dør 25.000 mennesker årligt som følge af infektioner med antibiotikaresistente bakterier og det skønnes at have kostet 380 millioner EUR i øgede sundhedsudgifter (Köck et al. 2010). I prioriteringen af de tilgængelige økonomiske ressourcer til behandling, sundhedsfremme og forebyggelse i samfundet er der således også et stort økonomisk incitament i at minimere udvikling og spredning af antibiotikaresistente bakterier. Den økonomiske komplikation af resistensudviklingen bestyrkedes da den engelske Premierminister i 2015 ansatte en økonom med speciale i makro økonomiske spørgsmål og verdensøkonomi som chef for det nationale AMR frem for en sundhedsfaglig (O’Neill 2016).

I foregående afsnit redegøres der for, at de fleste resistente bakterier ikke er mere farlige end de ikke resistente bakterier, når bare de behandles rettidigt med den rette antibiotika. Der er dog et samfundsøkonomisk incitament i at kunne bevare smalspektret antibiotika som første og primær valg til behandling, da denne er væsentligt billigere. Der ud over er der også et folkesundhedsmæssigt aspekt, eftersom der ved behandling med antibiotika altid er en risiko for, at de bakterier eller beslægtede bakterier man vil ramme, udvikler resistens, så andre bakterier i kroppen, f.eks. tarmbakterier vil selektere for resistens ved behandling af MRSA, hvilket før er set. Des mere bredspektret antibiotika, des bredere selektion for resistens.

På den anden side vil et skift til bredspektret antibiotika som førstevalg ved behandling på klinisk indikation sikre, at man også rammer MRSA og dermed vil man kunne minimere risikoen for øget sygelighed og død. Anvendelse af bredspektret antibiotika som førstevalg ved operation vil eliminere de MRSA-positives risiko for efterfølgende komplikationer grundet MRSA. Det vurderes at være frygten for et fremtidsscenarie, hvor andre bakterier i kroppen selekterer for resistens og at MRSA-bakterien skal udvikle yderligere resistens over for de antibiotika, som er tilgængelige i dag, der afholder de mikrobiologiske afdelinger, SST og SSI fra at anbefale en sådan strategi.

I ovenstående afsnit redegøres der for, hvorledes resistensudvikling hos bakterier, som følge af antibiotikabehandling, er en stor trussel mod folkesundheden og et globalt problem. Dels fordi de resistente bakterier kan komplicere og forringe behandlingsmuligheder og forårsage øget sygelighed og død, men også fordi resistensudviklingen blandt bakterier er i eksplosiv vækst. Såfremt resistensudviklingen i befolkningen øges, er det nødvendigt at ændre den nuværende behandlingsstrategi og i stedet anvende mere bredspektrede antibiotika som førstevalg, hvilket rent samfundsøkonomisk vil være en byrde. Ydermere vil en ændring i den nuværende behandlingsstrategi være problematisk, eftersom bakterier behandlet med antibiotika kan erhverve resistens og bidrage til selektion af de resistente stammer.

I det følgende afsnit redegøres der for, hvordan den nationale strategi for forebyggelse af resistensudvikling er organiseret i Danmark. Denne viden vil danne baggrund for forståelsen af de nationale og regionale strategier for forebyggelse af spredning af MRSA, der efterfølgende redegøres for.

## 2.2 Infektionsforebyggelse af antibiotikaresistente bakterier i sundhedssektoren i DK

Der er i Danmark en række forskellige aktører inden for infektionsforebyggelse. Overordnet set kan disse aktører inddeles i 3 niveauer (CEI 2016). Det nationale niveau, hvor de centrale aktører er Sundhedsstyrelsen (SST) og Statens Serum Institut (SSI), er de offentlige myndigheder, som har det overordnede ansvar i det nationale smittebredskab i Danmark. En offentlig myndighed har lovhjemmel til at være myndighedsudøvende, dvs. at myndigheden kan udstede påbud og sanktioner, såfremt disse ikke opfyldes (SSI 2015). SSI har Den Centrale enhed for infektionshygiejne (CEI), som udarbejder nationale infektionshygiejniske retningslinjer og varetager den centrale koordinering af det infektionshygiejniske arbejde gennem rådgivning og vejledning til diverse ministerier, styrelser og sundhedssektoren (ibid).

Det næste niveau er det regionale. Alle regioner i Danmark har en eller flere hygiejneorganisationer, afhængig af måden de har organiseret sig på. Hygiejneorganisationerne, oftest kaldet infektionshygiejniske afsnit eller enheder, har til opgave at formidle og implementere de nationale infektionshygiejniske retningslinjer ud til de enkelte hospitaler og afsnit samt at forestå forebyggelse af smittespredning og smitteudredning der hvor der er sket smittespredning. I Danmark har de 5 regioner organiseret deres smitteberedskab, kaldet Infektionshygiejniske afsnit/enheder, forskelligt. Nogle har regionale enheder tilknyttet den Klinisk mikrobiologiske afdeling og andre er tilknyttet den regionale kvalitetsafdeling. Visse regioner har flere lokale enheder. Her kommer det tredje niveau ind, det lokale niveau oftest et hospital. Det samlede overblik over den regionale og lokale hygiejneorganisering illustrerer, at Region Nordjylland og Region Sjælland har regionale hygiejneorganiseringer med regionale retningslinjer, hvor i mod Region Midt, Region Syddanmark og Region Hovedstaden har organiseret sig med lokale enheder af henholdsvis 5, 4 og 3 stk. (SSI 2016d).

Afhængig af hvordan de regionale og lokale hygiejneorganisationer er opbygget, udarbejdes der regionale eller lokale retningslinjer. Bearbejdningen fra national til regional og lokal retningslinje er et fortolkningsarbejde og der kan forekomme lokale variationer.

Baggrunden, for den måde man har etableret det danske smitteberedskab på regionalt og kommunalt i dag, er SENIC-studiet (Haley, R. W. · Quade, D. · Freeman, H. E. · Bennett 1980). Studiet undersøgte effekten af at forebygge hospitalsinfektioner og påviste, at en struktur med en hygiejnesygeplejerske pr. 250 hospitalssenge, en læge/epidemiolog pr. 1000 senge samt et effektivt overvågningssystem med feedback til klinik og ledelse kunne reducere infektionsraten med 32%.

Der findes på nuværende tidspunkt to overvågningssystemer til overvågning af hospitalsinfektioner i Danmark kaldet HAIBA og HAIR, disse er dog stadig i deres vorden og registrerer på nuværende tidspunkt kun udvalgte infektioner, der er endnu ikke tilgængelige data på patient- eller afdelingsniveau fra disse (SSI 2016a). Derfor er det kun muligt at se tendenser og endnu ikke muligt at sætte målrettet ind, hvor problemerne med eksempelvis antibiotikaresistente bakterier er registreret.

Ud fra tilgængelige regionale hjemmesider og retningslinjer søgt på internettet virker det som om, hver regions hygiejneorganisation har sine tiltag og måder at tilgå de nationale retningslinjer på (SSI 2016d). I visse regioner som eksempelvis Region Nordjylland er de infektionshygiejniske retningslinjer bindende retningslinjer (RN 2013), hvilket vil sige, at afsnittene på regionens hospitaler har pligt til ”skal” følge disse. Endvidere er retningslinjerne ens for alle regionens hospitaler. I Region Midt har man lokale infektionshygiejniske enheder med flere hygiejnesygeplejersker og læger fordelt på de enkelte hospitaler. Her kan der forekomme variationer i retningslinjerne afhængig af, hvilken afdeling eller matrikel du indlægges på. I Region Midt er retningslinjerne anbefalinger, som de enkelte afsnit kan tilpasse egne forhold og betegnes som ”bør” -retningslinjer.

Af ovenstående analyse fremkommer, at SST og SSI sætter de overordnede rammer for smitteforebyggelsen i Danmark på bagrund af nationale vejledninger og Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR), men eftersom disse fortolkes og vægtes forskelligt i de respektive regioner, skønnes det vanskeligt, med fokus på forebyggelse af smittespredning med antibiotikaresistente bakterier, at vurdere og evaluere den nationale strategi for forebyggelse af smittespredning. Dette eftersom forebyggelsen vil være afhængig af de regler og den kvalitet og efterlevelse af retningslinjerne, der er i de respektive enheder. Det, at hver region har forskellige måder at organiserer sig på og at de nationale retningslinjer tilpasses og tolkes forskelligt, ligesom kravet om efterlevelse varierer fra bindende retningslinjer til anbefalinger, gør det vanskeligt at registrere, vurdere og evaluere effekten af tiltag.

## 2.3 National og regional strategi for forebyggelse af spredning af MRSA

Den nationale strategi for forebyggelse af smittespredning med MRSA er beskrevet i den af SST publicerede ”Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA 2012”. De overordnede principper i forebyggelsesstrategien er at finde og fjerne MRSA hos den enkelte og at overholde de infektionshygiejniske retningslinjer på hospitaler og i institutioner så smittespredning forebygges. Formålet er endvidere at fastholde forekomsten af sygdom forårsaget af MRSA på et lavt niveau og begrænse udbredelsen af MRSA i befolkningen (Sundhedsstyrelsen 2012). Dette selvom SST vejledning påpeger at sunde og raske personer, der får påvist MRSA, har lille risiko for at blive alvorligt syge. Fokusområder er derfor primært hospitaler, plejehjem og andre steder, hvor der i forvejen er syge eller svækkede personer, da disse har størst risiko for at få alvorlig sygdom forårsaget af MRSA. Øges udbredelsen af MRSA i befolkningen, vil risikoen for at syge og svagelige eksponeres for MRSA være større, med deraf følgende risiko for alvorlig sygdom. Det tidligere omtalte økonomiske incitament også vejer tungt i strategien om at fastholde en lav forekomst af MRSA.

De regionale og kommunale infektionshygiejniske retningslinjer er udarbejdet på baggrund af SST’s vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA og de nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR) på området. De regionale og kommunale retningslinjer er tilpasset de lokale forhold alt efter, hvilken sektor de skal indgå i. På hospitalet betyder det, at sundhedspersonale ved modtagelsen af indlagte og samme dags-kirurgiske patienter skal spørge ind til risikosituationer for MRSA, det være sig erkendt omgang med MRSA-positive, arbejde med levende svin, ophold under uhygiejniske forhold, her krigszoner og flygtningelejre, men også asylcentre eller om du har været indlagt på et udenlandsk hospital. Såfremt ovenstående er tilfældet, skal patienten screenes for MRSA og isoleres i kontakten med sundhedsvæsnet og eventuel antibiotikabehandling justeres herefter (Sundhedsstyrelsen 2012).

Sundhedsstyrelsens vejledning og de regionale retningslinjer er skrevet til ledere og personale i sundhedssektoren. Der er anvendt termer inden for infektionsforebyggelse og der anvendes mange indforståede ordvalg, såsom koloniseret, re-koloniseret, kontamineret, Search and Destroy strategier, topikal- og eradikationsbehandling (Sundhedsstyrelsen 2012; RN 2013). Lix-tallet i vejledningen er højt og selvom undertegnede er uddannet sygeplejerske med mere end 20 års erfaring og specialuddannelse inden for både operation, anæstesi og ledelse, forekommer der flere ord og termer i vejledningen, som er ukendte. Vejledningen vurderes ikke at være tilpasset brugerne i sundhedssektoren, men eksperter på området. Der fordres et indgående kendskab til MRSA og det historiske perspektiv i forebyggelsen af MRSA for at forstå SST vejledningens argumentation.

På baggrund af ovenstående kan der spørges, om personalet forstår retningslinjerne og forstår hensigten med disse og såfremt de ikke forstår, hvad er så konsekvenserne? Udformningen af de regionale og lokale retningslinjer på området afspejler organisationsstrukturen fra afsnit 2.2 og er forskellige fra region til region. Endvidere er det meget forskelligt, hvor mange økonomiske midler, herunder hygiejnesygeplejersker og læger, der er allokeret til området. Dette kan have betydning i forebyggelsen af spredning af MRSA–antibiotikaresistente bakterier på hospitalet og i samfundet.

Hvorvidt udbredelsen og implementeringen af de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer afhænger af organiseringen i de regionale og lokale smitteberedskab, samt de tilgængelige ressourcer i de respektive Infektionshygiejniske afsnit kan med fordel undersøges nærmere. Ligesom implementering af retningslinjerne og screeningsstrategierne på de enkelte hospitalsafsnit antages at have betydning for, hvor rustet personalet på de enkelte hospitalsafsnit er til at tage imod og varetage pleje og behandling af patienter med MRSA.

Ved kontakt med sundhedsvæsnet, skal personalet spørge alle patienter om de har befundet sig i en af de tidligere nævnte risikosituationer for MRSA og såfremt dette er tilfældet, skal patienten screenes for MRSA og isoleres. Personalets viden om, holdninger og kendskab til retningslinjerne i relation til MRSA kan få betydning, for de patienter der befinder sig i en risikosituations videre hospitalsforløb.

I de efterfølgende afsnit analyseres etiske dilemmaer ved forebyggelse af smittespredning og isolationspatienters oplevelse af hospitalisering med henblik på at nuancere, hvorvidt manglende implementering af retningslinjer eller manglende viden kan få utilsigtede konsekvenser for de MRSA-positive, der indlægges på hospital.

## 2.4 Etiske dilemmaer ved forebyggelse af smittespredning

Det etiske råd udtaler i 2014 i relation til anvendelsen af antibiotika, at bærere af antibiotikaresistente mikroorganismer udgør en smitterisiko, hvor smitte kan medføre medicinske risici og sociale belastninger. De påpeger, at ikke-smittede bør beskyttes mod smitte og bør have mulighed for selv at bestemme, hvilke smitterisici de vil udsætte sig for (DER 2014). Dette kan tale for brug af isolation, tvangsforanstaltninger og åbenhed om smittekilder, som eksempelvis Højesterets underkendelse af Landsretten, med hensyn til aktindsigt og dermed offentliggørelsen af navnene på svinebesætninger i Danmark, som i 2011 blev erklæret MRSA positive. Hensynet til åbenhed, ytringsfrihed og demokrati vejede tungere end svineproducenternes krav om at kunne skjule smittefarlige forhold på svinebedriften for at undgå stigmatisering, fremgår det af kendelsen. I uddrag af kendelsen står der skrevet: - ”Hensynet til, at offentligheden ikke opnår kendskab til oplysningerne…… er ikke så tungtvejende, at det kan begrunde opsættende virkning. Der er heller ikke dokumentation for stigmatisering af landmændene. Den risiko, der måtte være for stigmatisering, må desuden antages at eksistere uafhængigt af, om der gives aktindsigt….. Efter de foreliggende oplysninger kan det ikke lægges til grund, at de påberåbte skadevirkninger i form af sociale konsekvenser” (DK. Domstole 2016). Udtalelsen fra etisk råd og afgørelsen fra Højesterets utilitaristiske tilgang jf. Bentham om den størst mulige nytte (lykke) for flest mulige mennesker (Birkler 2013), underminerer de sociale konsekvenser og risikoen for stigmatisering af enkelt individet til fordel for åbenhed, ytringsfrihed, ”sundhed” og demokrati og mener ikke, det kan bevises, at der ved offentliggørelsen af navnene vil blive tale om en stigmatisering, der ikke vil finde sted uanset. Her undermineres hensynet til den enkelte eller gruppen af MRSA-positive under hensynet til de ikke smittede og deres ret til selv at bestemme, hvilke risici de vil udsætte sig for. Da den pågældende undersøgelse af MRSA status på gårdene blev iværksat, blev de testede svinegårde lovet anonymitet af Fødevarestyrelsen, en anonymitet der efterfølgende blev underkendt i Højesteret. Det må formodes, at der efter dommen, skubbes til de MRSA-positive bedrifters tillid til systemet. De to journalister, der i sin tid rejste sagen ved domstolen, har efterfølgende beskyldt en overlæge og en hygiejnesygeplejerske fra SSI og MRSA-rådgivningslinjen under SSI for at være i lommen på Svineproducenternes brancheforening og bidrage til forplumring og mørklægning af offentliggørelsen af smittede besætninger ved at fremkomme med udokumenterede stigmatiseringshistorier og bagatellisere MRSA truslen. Ligesom de beskylder 6 fødevareministre og 5 sundhedsministre for politisk apati, når det kommer til løsningen af MRSA-problematikken i landbruget (Hansen 2016). I den givne sag er medierne med til at underminere statens troværdighed på området, hvilket kan bidrage til tvivl og utryghed i befolkningen. Ligesom der rokkes ved flere etiske dilemmaer i sagen, aktindsigt versus beskyttelse af de implicerede, et løfte om anonymitet fra en offentlig myndighed, der underkendes.

Et dilemma inden for forebyggelse, når man vil gribe ind over for et sundhedsproblem, er risikoen for at udpege en særlig gruppe mennesker som nogen, der har et problem med deraf følgende risiko for stigmatisering (Breinholdt 2008). At staten griber ind og iværksætter initiativer, der kan føre til diskrimination eller stigmatisering, formodes at være med udgangspunkt i skadesprincippet (Vallgårda et al. 2014). Hvor der gøres en afvejning af forholdet mellem den skade, den enkelte påfører andre, her - hvor stor er risikoen for sygdom og smitte til omgivelserne, op imod størrelsen af det indgreb, vedkommende bliver genstand for, her isolation og screening ved kontakt med sundhedssektoren og udpegning som en risikogruppe. I sagen fra Højesteret bliver der lagt vægt på, at den konkrete afgørelse skal bygge på afvejning mellem interessen i offentligheden op mod arten og omfanget af den skade, der kan blive påført ved offentlighed (Jørgensen 2016). I den givne sag er løftet om fortrolighed ikke sikret mod aktindsigt, når det tjener offentlighedens interesse. Set i et smitterisiko perspektiv, bidrager afgørelsen ikke til, at de, der er konstateret MRSA-positive i deres svinebesætninger er åbne omkring det fremadrettet, hvorfor smittetrykket i samfundet og på vores hospitaler risikerer at blive ukendt. Dette er et dilemma når man skal minimere smitterisikoen. Som bærer af den antibiotikaresistente MRSA 398 er man kun udsat for isolation og tvangsforanstaltninger, såfremt man kommer i kontakt med sundhedssektoren. Der er ingen krav om, at man lovpligtigt skal lade sig teste, hvis man dagligt arbejder med levende svin, ligesom der i samfundet kun er særlige restrektioner for de, der allerede er konstateret positive. Man kan ikke se på en person, at personen er bærer af MRSA, hvorfor personen ved tavshed undgår eventuel stigmatisering og diskrimination.

For en del af de MRSA-positive vil oplevelsen af indgreb i den personlige frihed i form af isolation, og eventuelt stigmatisering være forbigående, idet den MRSA-positive efter det 8 måneder lange behandlingsforløb (varigheden fra konstatering til frikendelse ved et ukompliceret forløb), kan træde ud af rollen som MRSA-positiv og dermed ud af gruppen for eventuel stigmatisering. For de smittede med MRSA 398 er situationen en anden, de vil ikke kunne behandles, så længe de arbejder med levende svin eller i relaterede erhverv. De må, gennem et helt arbejdsliv, enten acceptere risikoen for stigmatisering og de eventuelle krænkende tiltag i kontakten med sundhedsvæsnet, eller skifte erhverv og derigennem få muligheden for at blive MRSA-fri.

Etisk råd påpeger et dilemma i, at for bærere af resistente bakterier, kan forebyggende
tiltag imidlertid være stigmatiserende, krænkende og indebære indgreb i den enkeltes frihed, eksempelvis i form af isolation ved kontakt til sundhedssektoren. Dilemmaet kan bestå i, at bærertilstanden grundet ovenstående i højere grad er blevet skjult og dermed er risikoen for smitte steget (DER 2014). Der er således en smitterisiko ved, at personer i en risikogruppen for MRSA ikke oplyser, at de tilhører en risikogruppe ved kontakt til sundhedssektoren, hvilket vil være problematisk i og med, det udgør en risiko for den enkeltes sundhed, eftersom behandling med ineffektiv antibiotika kan øge mortaliteten og morbiditeten hos den MRSA-positive. Samtidig vil en hemmeligholdelse af det at tilhøre en risikogruppe bidrage til, at potentielt positive risikerer at smitte andre syge og svagelige og øge smittetrykket på vore hospitaler. Der er således et dilemma i på den ene side at tage hensyn til flertallets ret til at fravælge smitte og så vidt muligt modtage behandling i sundhedsvæsnet under kontrollerede forhold. På den anden side driver hensynet de smittede til at fortie deres bærerskab og den deraf følgende smitterisiko i sundhedsvæsnet, fordi de personlige omkostninger ved stigmatisering og isolation er for krænkende. Om konsekvensen af de nuværende forholdsregler, i form af isolation og udpegning som risikogruppe, vil kunne få MRSA positive borgere til at skjule deres tilstand, er dog ikke dokumenteret.

Ovenstående afsnit belyser nogle af de etiske dilemmaer der er ved at udpege nogle få for flertallets bedste, selvom det har negative konsekvenser for de få. Balancegangen er at tage hensyn til de fleste, uden at det bliver for meget på bekostning af de udsatte, da risikoen er, at de i så fald ikke vil spille med og skjuler deres bærerskab og dermed øger risikoen for smittespredning. Et spørgsmål til videre udredning er, hvor langt skal staten gå, hvor meget må det krænke og stigmatisere de udsatte og hvor stort skal flertallet være for, det er til flertallets bedste og den personlige frihed og det personlige ansvar underlægges hensynet til andre. Med udgangspunkt i at MRSA sjældent udgør en risiko for raske personer og MRSA 398 i mindre grad end de humane stammer (Sundhedsstyrelsen 2012), er det så rimeligt, at alle svineproducenter skal betragtes som en risikogruppe, når syge og svagelige patienter kan behandles med præparater, der dækker MRSA? Eller er statens forpligtigelse først og fremmest at beskytte de syge og svagelige og de ikke smittede? Hvilke kriterier og værdier ligger til grund for beslutningerne? Er sundhed og forebyggelse af sygdom vigtigere end den enkelte eller nogle enkeltes risiko for stigmatisering eller krænkende adfærd. Alt samme etiske dilemmaer der næppe kan besvares, men som kan nuanceres, synligøres og italesættes. I det efterfølgende afsnit analyseres og redegøres der for utilsigtede konsekvenser af de infektionshygiejniske foranstaltninger for forebyggelse af smittespredning. Mange af eksemplerne belyser og berører også etiske dilemmaer.

## 2.5 Utilsigtede konsekvenser af de infektionshygiejniske foranstaltninger ved forebyggelse af smittespredning

En MRSA-positiv borger vil i kontakten med sundhedsvæsnet blive isoleret. Isolation er af Skyman beskrevet som traumatisk, en byrde, en straf om end accepteret af MRSA-positive patienter, idet de tog ansvar for ikke at sprede MRSA og dermed smitte andre (Skyman et al. 2010). Patienterne beskriver deres oplevelse af isolation som at blive begrænset og lukket inde (Skyman et al. 2010). Kvalitative interviews med tidligere isolerede patienter indikerer, at isolerede patienter under hospitalsophold får færre tilsyn af personalet end ikke isolerede patienter, ligesom patienterne beretter, at de føler sig stressede, skamfulde og afskåret fra omverdenen (Gammon 1999; Barratt et al. 2011). Ovenstående indikerer, at det at være isoleret er en negativ oplevelse, som indebærer elementer af psykisk belastning. Det har ikke været muligt, at finde studier, hvor patienter har angivet tilfredshed eller velbefindende af isolationsforanstaltninger.

En isoleret MRSA-positiv patient beskriver manglende konsekvens i anvendelsen af værnemidler, personalet brugte forskelligt udstyr, nogle brugte maske andre ikke. Patienten oplevede, at lægerne på sygehuset generelt ikke brød sig om at have hende på sygehuset og at personalet udtrykte irritation over alt, der skulle overholdes i forbindelse med hendes isolation (Effektivt-Landbrug 2014). Ved gennemlæsning af de for hospitaler 8 infektionshygiejniske retningslinjer omhandlende MRSA i Region Nordjylland (RN 2015), er det klart, at anvendelsen af værnemidler kan gradueres og er situationsafhængig. Det er vanskeligt at vurdere, om personalet har håndteret anvendelsen af værnemidler forkert i ovenstående sag, men retningslinjerne illustrerer, at der kan forekomme variation, som er situationsbestemt og måske ikke let gennemskueligt for patienterne eller personalet. Udsagnet om ikke at være velkommen kan underbygges af, at der i dag forefindes en intern instruks på Aalborg Universitetshospital, udarbejdet af akutmodtagelsen, der beskriver, at isolationspatienter skal tilses i ambulancegården som er betegnelsen for parkeringspladsen foran akutmodtagelsen (bilag 1). I instruksen står skrevet, at kommer patienten i egen bil, skal patienten forblive i bilen i ambulancegården og via sekretæren aktiveres akutlæge. Såfremt patienten er mere syg end først antaget, kan det få fatale følger, at patienten ikke straks tilses af relevant personale og såfremt akutlægen er forhindret, er der ikke yderligere anvisninger. Der kan reflekteres over om patienten så skal vente i sin bil i timevis. Samme princip er anført for ambulancer (bilag 1).

At patienter skal tilses på parkeringspladsen i deres egen bil eller i ambulancen, kan medføre, at de ikke får foretaget de nødvendige undersøgelser og overvågning eks. røntgendiagnostik eller monitorering. Dette skyldes at de gældende retningslinjer på området med isolation og anvendelse af værnemidler, når patienten kommer ind på hospitalet, er omstændige og tidskrævende for personalet. Men også fordi de nuværende rammer på hospitalet ikke er bygget til at modtage isolationspatienter på en hensigtsmæssig måde, der sikre minimering af smittespredning og samtidig gør det muligt at sikrer det høje flow af patienter, der føres gennem akutmodtagelsen, udtaler ledelsen bag instruksen i et følgebrev. Fra min tid i operations- og anæstesiafdelinger ved jeg, at en MRSA-positiv patient kan risikere at blive nægtet undersøgelser og behandling der ikke er livstruende, før et eventuelt bærerskab er tilendebragt, såfremt fagpersonale vurderer, at MRSA-bærerskabet er en for stor risiko for infektion og komplikation til, at operation eller behandling kan udføres. Det er dog altid individuelle vurderinger og der er ikke nedskrevet instrukser herom. De MRSA-positive kan herved risikere at blive afskåret fra behandling og dermed har de ringere vilkår end andre borgere i samfundet. Ifølge SST’s vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA 2012, må MRSA ikke have obstruerende effekt på patientens behandlingsforløb og beskriver, at en MRSA-patient kan indlægges på en hvilken som helst afdeling og har krav på samme behandlingstilbud som andre patienter (Sundhedsstyrelsen 2012). Dette kan næppe være tilfældet på parkeringspladsen.

Det kan diskuteres, om vejledningens udsagn er en mulighed hvis der reelt set er en velbegrundet frygt for, at MRSA kan føre til en livstruende situation, såfremt der kommer infektion ved en given operation. Man kan således frygte at, disse patienter bliver forholdt relevant behandling eller diagnostik, at alvorlig sygdom bliver overset under de uegnede forhold, eller patienten sendes for tidligt hjem, fordi isolationsforanstaltningerne og anvendelsen af værnemidler er omstændig. Det er en realitet, at visse patienter afskæres fra visse operationer, så længe de har MRSA. Selvom SST dikterer, at disse patienter skal have samme vilkår som andre, kan ovenstående eksempel og udsagnene i interview foretaget af Barratt som angivet ovenfor tyde på, det ikke er tilfældet. Samtidig kan man spørge, om SST’s pointering om samme krav på behandling er en realistisk mulighed og om udsagnet lover mere, end det rent fagligt er i stand til at holde. Nogen egentlig sanktion, påtale eller straf for de afsnit, der ikke overholder SST’s vejledning har det ikke været muligt af finde.

Det øgede fokus på problematikken omkring MRSA kan danne grundlag for diskriminering og evt. stigmatisering af MRSA-positive og de tidligere omtalte risikogrupper. Dette gennem negativ social identifikation og ensretning af vedkommende som individ (Andersson et al. 2011), som beskrevet i afsnit 2.4, men også gennem negative stereotyper i form af uønskede egenskaber her smittefarlig (Goffman 1963). Link og Phelan redegør for i deres videreudvikling af Goffmans tese om stigmatisering, at stigmatisering består af fem forskellige komponenter (Link & Phelan 2001):

* Først den sociale identifikation af forskelle mellem personer og tilkendegivelsen - stemplet af denne forskel. Størstedelen af de menneskelige forskelle ignoreres og bliver oftest overset såsom forskel i øjenfarve. Men visse forskelle såsom ens hudfarve, seksuelle præferencer eller hvis man er MRSA-positiv bliver oftest ikke overset. Menneskelige uligheder, såsom et bærerskab af MRSA, fører til en social identifikation. Den MRSA-positive kan selv forstærke den følelse eller dette ”**mærke”/mærkning**, dels grundet frygten for at smitte andre, hvilket kan fører til social afholdenhed eller selvvalgt isolation, eller grundet frygten for at blive afvist af og evt. miste venner eller at miste sit arbejde (Andersson et al. 2011).
* Den anden komponent af stigmatisering, **stereotypisering** opstår når disse forskelle kobles til eller forbindes med negative stereotyper, som forbinder en person til, hvad der er bevidst eller ubevidst er forbundet med uønskede egenskaber. Dette aspekt af stigmatisering har været centralt for Goffmans arbejde for konceptualisering af stigmatisering. Når den stigmatiseredes kendetegn eller forskelle er knyttet til negative stereotyper, som forbinder en person til, hvad der bevidst eller ubevidst er forbundet med tilstanden i form af uønskede egenskaber, som når et bærerskab af MRSA bliver knyttet til uhelbredelig eller dødelig sygdom eller det at være smittefarlig.
* Det tredje træk ved stigmatisering omhandler **”os og dem”**. Individet forsvinder og bliver en del af en gruppe, som adskiller sig fra den øvrige gruppe. Når staten betegner personer, der arbejder med levende svin som en risikogruppe, kategoriseres gruppen af individer ind i en fællesbetegnelse, der indirekte medfører en stempling af disse som potentielle bærere af MRSA 398 og hermed har staten indført en stigmatisering af en hel faggruppe. Denne sociale stempling betegner en adskillelse af individer i dem som arbejder med svin og dermed er i risiko for at bære MRSA bakterien og dem som ikke gør det.
* En fjerde og femte komponent er **tab af social status** og **diskrimination** samt den asymmetriske fordeling af **magt**. Den statslige stempling af de MRSA-positive indebærer også et tab af social status og en strukturel forskelsbehandling af disse individer på baggrund af asymmetri i magten mellem de stigmatiserede og de, som stigmatiserer. Ud fra dette perspektivet involverer og kræver stigmatisering også magt (Link & Phelan 2001).

Brug af stigmatiserende interventioner til folkesundheden hviler på statslig sanktioneret paternalisme, at det er legitimt for staten at påvirke de valg, der foretages af de enkelte borgere med det formål at gavne dem (Ploug et al. 2015). Stigmatisering kan være både tilsigtet og utilsigtet og kan resultere i forskellige former for handlinger, som igen resulterer i stempling, negative stereotyper, adskillelse, tab af status og diskrimination på baggrund af asymmetri i magten mellem de stigmatiserede og de, som stigmatiserer (Bayer 2010).

Hvorvidt alle 5 komponenter, som Link og Phelan mener, der skal være tilstede for at tale om stigmatisering, er indeholdt i de MRSA-positives oplevelser af det at have MRSA i kontakten med sundhedssektoren er ikke dokumenteret, ligesom det må formodes, at følelsen af stigmatisering også er individuel. Men ofte omtales de MRSA-positive, både af sig selv, i medierne, men også i SST’s vejledning som enten stigmatiserede eller i fare herfor. Der mangler dog viden om, hvorvidt der reelt er tale om stigmatisering fra omgivelserne eller mulig selvstigmatisering. Gennem de følelser det vækker i en at have en bakterier og være smittebærer.

Der beskrives tilfælde, hvor MRSA-smittede patienter har fået posttraumatisk stress syndrom på grund af stigmatisering (Thomsen 2014b). Frygten for at smitte andre er en stor bekymring blandt bærere af MRSA (Lindberg et al. 2009; Andersson et al. 2011). Andre følte sig sårbare på grund af negative reaktioner fra plejepersonalet, familiemedlemmer og andre patienter (Skyman et al. 2010). Der findes dog også forskning med den modsatte konklusion, der påpeger, at fordomme mod medlemmer af stigmatiserede eller undertrykte grupper generelt ikke resulterer i lavere selvværd blandt medlemmerne (Crocker & Major 1989). Med udgangspunkt i ovenstående kan der reflekteres over, hvorvidt svineproducenten, der selv ejer sin besætning og gård, har mindre tilbøjelighed til at tilkendegive stigmatisering end hans timelønnede ansatte. Ligesom personer i forskellige livsfaser opfatter bærerskabet af MRSA og stigmatiseringen forskelligt. Den nybagte mor i mødregruppen reagerer anderledes end den 65 årige svineproducent. Hvorvidt den enkelte oplever stigmatisering eller diskriminering kan således være betinget af andre faktorer end omverdenens respons. Ovenstående eksempel fra Crocker og Major er dog ikke som de øvrige kilder udført med MRSA-patienter, hvorfor kendetegn og opfattelser selvsagt ikke er direkte overførbare til denne gruppe. Undersøgelsen kan dog bidrage til at redegøre for andre tendenser end det at føle sig stigmatiseret.

Som bærer af MRSA er man kun udsat for isolation og tvangsforanstaltninger, såfremt man kommer i kontakt med sundhedssektoren. Der er ingen krav om, at man lovpligtigt skal lade sig teste, hvis man dagligt arbejder med levende svin, ligesom der i samfundet kun er særlige restrektioner for de, der allerede er konstateret positive. Dette i form af særlig påpasselighed i småbarnsinstitutioner og svømmehaller ved væskende sår eller akutte luftvejsinfektioner. Man kan ikke se på en person at personen er bærer af MRSA, hvorfor personen ved tavshed undgår eventuel stigmatisering og diskrimination. Dog kan udpegningen i medierne, af de der dagligt har omgang med levende svin og deres husstand som en risikogruppe, eventuelt medføre en diskrimination og stigmatisering fra det omgivende samfund også blandt de, der ikke er fundet MRSA-positive, idet en hel faggruppe og deres familie er udpeget som en risikogruppe.

Den canadisk-amerikanske sociolog Erving Goffman beskrev i 1960’erne de sociale samspil, der finder sted mellem de ”såkaldt normale” mennesker og de mennesker, som har eller bærer et miskrediterende kendetegn, en egenskab der adskiller dem fra andre i deres kategori. Et kendetegn af den mindre ønskede slags, der bevirker, at vedkommende i omverdenens opfattelse bliver devalueret fra en hel og almindelig person til en besmittet og ringere person. Sådan et stempel eller kendetegn er et stigma især hvis dets diskvalificerende effekt er meget udtalt (Goffman 1963). Som MRSA-positiv er der en risiko for, at personer, som er bærere af MRSA, oplever at blive devalueret fra at være et helt og unikt menneske til en MRSA-positiv.

Det findes dog også eksempler på succesful stigmatisering eller hvor stigmatisering ligefrem kan være berettiget. Der konstateres en tilsyneladende succes i anti-ryge kampagner, hvor det offentlige anvender stigmatisering af rygere ved eksempelvis at sætte foto og tekst på alle cigaretpakker. Siden indførelsen af kampagner, der fokuserede på rygernes skadelige adfærd både over for sig selv og for andre, er der sket et fald i antallet af rygere, hvilket rejser spørgsmål om, hvorvidt stigmatisering kan være berettiget på grund af dens positive virkninger for den offentlige sundhed (Dean 2014). Det er selvfølgelig heller ikke påviseligt, om det var SST’s kampagne eller de samlede strømninger i samfundet, der forårsagede en holdningsændring.

Ikke alle stigmatiseringer er et resultat af en planlagt offentlig strategi, men der findes omstændigheder, hvor det er uundgåeligt og moralsk forsvarligt for det offentlige sundhedsvæsenet med vilje at stigmatisere en gruppe, der kan udgøre en trussel mod folkesundheden i samfundet (Bayer 2010). Sådanne eksempler fremkom under Ebola epidemien i Vestafrika, hvor en dødelighed på op til 90% satte fokus på sundhedspersonalet frem for patienten med guidelines i, hvordan man kunne give den fornødne hjælp med et minimum af tilstedeværelse hos patienten (WHO 2015). Hvorvidt de MRSA-positive udgør en reel trussel i samfundet eller kun på vores hospitaler bør præciseres i den daglige debat. Det er heller ikke altid, de offentlige valg eller stigmatisering af en gruppe har den tilsigtede effekt som i eksemplet med anti-ryge kampagnerne, hvilket illustreredes ved HIV-epidemien, hvor udpegningen af risikogruppen – de homoseksuelle og skræmmekampagner med detaljerede oplysninger om symptomerne ved AIDS, fik folk til at undlade at lade sig teste af frygt for sygdommen og dens konsekvenser, eller grundet de tilknyttede seksuelle præferencer, hvilket en overgang bevirkede, at den tilsigtede stagnation af smitte udeblev (Dean 2014).

En arbejder fra en svinebesætning fik påvist MRSA 398 og beretter i en artikel fra Effektiv Landbrug fra 2014, at sygehusene kan lære meget af svineproducenterne, når det gælder smittebeskyttelse (Effektivt-Landbrug 2014). Arbejderen oplevede, at han på sygehuset blev behandlet som en ”pestbefængt” med isolation men samtidig med en påfaldende inkonsekvens i smittebeskyttelsen. Han påpegede, at ansatte i svineproduktion er mere konsekvente end sundhedsmedarbejdere, når det kommer til isolation og smittebeskyttelse i form af anvendelse af værnemidler (ibid). Andre erfaringer fra MRSA-positive på hospital beretter om en uprofessionel adfærd fra personalet. At disse patienter ikke kunne sidde i venteværelset med andre patienter, men at de måtte vente uden for skadestuen i timevis for at se en læge (Skyman et al. 2010). Patienterne følte sig meget diskriminerede og pest slået (ibid). I privatlivet oplevede de MRSA-positive negative reaktioner fra pårørende, der fik dem til at føle sig uvelkomne og de angav, at MRSA-bæreskabet skadede det naturlige kammeratskab. Pårørende var bange og patienterne følte skyld og skam i forhold til deres nære slægtninge, nogle talte om social tilbagetrækning, frygt og erfaringer med social isolation (Skyman et al. 2010; Lindberg et al. 2009). En tidligere produktionsleder fra et svineproduktionsanlæg rapporterer, at hans erfaringer med sundhedssystemet i forhold til en knæoperation var, at så snart han nævnte, at han var bærer af MRSA, blev operationen aflyst. Efterfølgende måtte han vente i mere end to uger, indtil lægerne havde truffet beslutning om, hvorvidt de turde operere ham. Det blev endvidere fremhævet, at han skulle være sidst på operationsprogrammet, eftersom stuen skulle gøres særlig grundigt ren bagefter (Thomsen 2014a). Han følte sig som en spedalsk på grund af de forskellige forholdsregler, der skulle træffes for at undgå, at han videregav smitte. En lignende besked fik han i døren hos tandlægen, hvor han måtte gå hjem med tandpine og en ny aftale efter lukketid, så han ikke udsatte andre patienter for smitte. Også her påpegedes det, at klinikken skulle gøres ekstra ren efter hans besøg (ibid).

Historier som disse er ikke nødvendigvis repræsentative, men der er ingen tvivl om, at de kan forstærke oplevelsen af ​​diskriminering og eventuel stigmatisering blandt andre smittede, der hører eller læser dem.

I ovenstående afsnit redegøres der for, at infektionsforebyggende foranstaltninger ved forebyggelse af smittespredning kan have utilsigtede konsekvenser i form af udsættelse af pleje og behandling og følelsen af at blive tilbudt ringere vilkår end de øvrige patienter. Utryghed og mistillid til sundhedsvæsnet såfremt personalet handler forskelligt og sender forskellige signaler om graden af smittefarer, mange var også bange for at smitte andre. Flere af de MRSA-positive havde opfattelsen af at være til besvær. Isolationsforanstaltningerne blev af patienterne betragtet som en byrde og psykisk belastende. Ligesom der beskrives deciderede ringere vilkår ved eksempelvis det at være akut patient som eksemplet på parkeringspladsen.

Undersøgelserne, der er refereret til i ovenstående omhandlende isolationspatienters beretninger stammer hovedsageligt fra udlandet, hvorfor overførbarheden af resultaterne grundet de forskelle, der er mellem de danske smitteforebyggende foranstaltninger og de lande, hvor undersøgelserne er foretaget, angiveligt ikke er helt sammenlignelige. Retningslinjerne vedrørende kravet om isolation og de udpegede risikogrupper er dog samstemmende, alligevel må overførbarheden tages med et vist forbehold, da også kulturelle forskelle kan spille ind, når der tales om subjektive opfattelser som følelsen af at være diskrimineret eller stigmatiseret.

I det efterfølgende afsnit analyseres det hvorvidt mediernes syn på MRSA skaber utilsigtede konsekvenser for de MRSA positive. Formålet er kortfattet at redegøre for andre faktorer i samfundet, end de nationale retningslinjer, der også påvirker såvel de MRSA-positive som borgerne omkring dem i opfattelse af hvad MRSA er.

## 2.6 Utilsigtede konsekvenser af mediernes fremstilling af MRSA

Den mest almindelige kilder til information om MRSA for patienter og borgere er ifølge Gill, Kumar m.fl. aviser, TV og internet (Gill et al. 2006). Dette virker plausibelt, eftersom SST’s vejledning om MRSA anses som svært tilgængelig selv for fagpersonale. At medierne kan påvirke opfattelsen og forståelsen af en sygdom, gennem formidling af forekomst og epidemiologi, blev vist i en undersøgelse af HIV/AIDS-patienter (Coppola & Camus 2007), hvor medierne bidrog med information, som havde en positiv effekt i form af en forebyggende adfærd og dermed blev en aktør i bekæmpelsen af AIDS. Samtidig medførte mediernes fremlæggelse af AIDS som en ”sundhedskatastrofe” også et skræmmebillede, som hænger ved den dag i dag (ibid).

Den journalistiske beretning af en epidemiologisk sygdom i medierne giver mulighed for en stor indflydelse og kan være bidragende til, at viden når ud til en bred skare af befolkningen (Wagner et al. 1988), men spørgsmålet er, om journalisterne formidler med objektivitet, ansvarlighed og etik. Tager journalister/medierne ansvar for den måde, en epidemiologisk sygdom præsenteres på, tager de højde for de negative følgevirkninger og den eventuelle risiko for diskrimination eller stigmatisering, der kan følge heraf?

Der har fra medier og offentlighedens side været en øget bevågenhed på MRSA, især MRSA 398. Facebook-grupper vedrørende MRSA etableret af Danmarks Radio og flere skræmmekampagner om livsfarlige multiresistente bakterier blandt grise har huseret i medierne de senere år og præget opfattelsen af, hvad MRSA er og hvor farlig bakterien er. Skræmmende overskrifter har præget forsiderne på de trykte medier såsom: – *”Professor: Alt for sent fokus på MRSA - nu har vi en ægte bakterieepidemi”* (Norström Weile 2015)- *”tre døde af dræberbakterie fra svin”* (Gøttler 2014)  **-** *”Patienter smittet med farlig bakterie på fynsk hospital*” (Dinesen 2015) *- ”Fødevarestyrelsen ved ikke hvordan farlig svinebakterie bliver spredt”* (Sørensen & Lundby Møller 2014).

I samme forbindelse har flere højtstående Sundhedsfaglige profiler også stået frem, eksempelvis Professor i medicinsk mikrobiologi ved Odense Universitetshospital Hans Jørgen Kolmos, der har anklaget svineproducenterne for at overforbruge antibiotika og har udtrykt bekymring for risikoen for erhvervelse af resistente bakterier ved at besøge svinestalde (Kolmos 2013). Ligesom Professor og afdelingschef i Infektionsepidemiologi ved SSI Kåre Mølbak udtaler, at man ikke kan udelukke, at naboer til store svinegårde kan smittes via luften. At fagpersoner bidrager til debatten i medierne, kan på den ene side nuancere mediernes til tider ensidige fremstilling og styrke den information og viden, der findes på området, så vidt de bliver citeret korrekt. Men fagterminologi og en akademisk anskuelse er vanskelig, som når en professor siger: - ”det kan ikke udelukkes” underforstået, det er ikke bevist, men heller ikke modbevist at…. Kan det hos den almindelige borger skabe en forståelse af, at det kan ske. Mistanken og usikkerheden kan udløse negative konsekvenser for de berørte familier i form af frygt og diskriminering fra omgivelserne, problemer med at sælge et hus og fravælge en svineproducent som nabo etc. I betragtning af at offentlige og statslige myndigheder som SST, SSI og div. ministerier melder ud, at MRSA ikke udgør nogen risiko for sunde og raske personer, anvendes i medierne en fagterminologi, hvor ord som dræber og farlig optræder hyppigt, det afspejler sig ikke i ovenstående overskrifter eller artikler, at sunde og raske kun har lille risiko for at bliver syge af MRSA eller at de hyppigste symptomer er sår eller bylder (Sundhedsstyrelsen 2012), hvilke som udgangspunkt hverken er farligt eller dræber.

Medierne bidrager i de fremførte eksempler ikke med objektivitet og nuancering. Ligesom førende sundhedsfaglige på området ikke er repræsenteret med historier i medierne, hvor de maner til besindighed. Mediebevågenheden på MRSA siden 2014 har antageligt påvirket opfattelsen af de MRSA-positive på en negativ måde. Selvom hovedparten af befolkningen tilgår medierne med en refleksiv tilgang og en vis skepsis, forstærker de negativt ladede overskrifter frygten for smitte hos såvel de MRSA-positive, dem i risikogrupperne, sundhedspersonale og befolkningen som helhed. Det vil dog være interessant at få klarlagt, hvad der betragtes som den største komplikation ved det at være MRSA-positiv.

# 3.0 Afgrænsning

På bagrund af de i problemanalysen fremlagte fremtidsvisioner om en eksplosiv øgning i forekomsten af antibiotikaresistente mikroorganismer (O’Neill 2016) er det tydeliggjort, at det i årene fremover er vigtigt at fokusere på at minimere risikoen for smitte med antibiotikaresistente bakterier for at beskytte de syge og svagelige i samfundet, men også for at minimere smittetrykket i befolkningen i al almindelighed. Dette gør emnet yderst relevant inden for folkesundhedsvidenskaben. Antibiotikaresistente bakterier er et folkesundhedsproblem, hvor forebyggelse til dels handler om, hvordan antibiotika anvendes, men også indbefatter implementeringen af adfærdsregulerende retningslinjer og forholdsregler, som skal sikre, at smitte fra person til person ikke sker. Sidstnævnte er fokus i dette speciale.

I erkendelsen af at MRSA er den mest almindeligt identificerede resistente mikroorganisme på mange hospitaler i Europa (Köck et al. 2010) og samtidig den eneste resistente bakterie, som alle patienter ved indlæggelse på hospital i Danmark skal screenes for (Sundhedsstyrelsen 2012), er MRSA valgt til at repræsentere problematikken omhandlende antibiotikaresistente bakterier. Dette selvom den blot er en af flere typer af antibiotikaresistente bakterier, der udgør en trussel mod den nuværende strategi for forebyggelse af smittespredning og den nationale antibiotikapolitik.

Specialet her tager afsæt i de mange negative udsagn, som fremkom i problemanalysen, fra MRSA-positive i kontakten med sundhedssektoren (Skyman et al. 2010; Effektivt-Landbrug 2014). Det skønnes relevant af finde ud af, om de danske MRSA-positive deler samme opfattelse, som de fremkomne eksempler i problemanalysen eller der er en diskrepans. Endvidere synliggør problemanalysen en videnshul angående den bagvedliggende årsag til de negative holdninger og udsagn, der fremkommer i problemanalysen.

De MRSA-positive patienter bliver på hospitalet mødt af særlige restriktioner og tiltag på baggrund af de nationale og regionale retningslinjer på området. Jeg har ofte undret mig over, hvordan de MRSA-positive patienter oplever disse særlige restriktioner og tiltag i mødet med sundhedsvæsnet, hvordan de smitteforebyggende foranstaltninger i retningslinjerne, som eksempelvis isolation, påvirker mødet og samspillet mellem patient og sundhedspersonale og om der deraf følger nogle utilsigtede konsekvenser. Det er relevant at opnå en større forståelse for, hvad der er på spil, når MRSA-positive er i kontakt med sundhedssektoren for at kunne tage bedst muligt vare på patienten og for at kunne bidrage til at nuancere området og eventuelt redegøre for relevante ændringsforslag i den nuværende strategi. Derfor fokuseres der videre frem i specialet på MRSA-positive, der har været hospitaliseret. Sigtet er at opnå større forståelse for, hvorvidt det er de nationale vejledninger og retningslinjer og restriktionerne deri, der giver en negativ oplevelse eller det er personalets opførsel og syn på de MRSA-positive, der er medvirkende årsag til nogle af de utilsigtede konsekvenser, det at være MRSA-positiv får for den indlagte. Endvidere ønskes det klarlagt om der er tale om utilsigtede konsekvenser, der kan virke diskriminerende eller der med udgangspunkt i Link og Phelans definition på Stigmatisering er tale om stigmatisering af de MRSA-positive i mødet med sundhedsvæsnet.

I arbejdet med utilsigtede konsekvenser er jeg bevidst om, at mediernes ensidige fremstilling af MRSA-problematikken, med meget værdi- og negativt ladede ord, kan påvirke de MRSA-positive, sundhedspersonalet og den øvrige befolknings opfattelse af MRSA-positive og smittefaren ved MRSA, når de læser herom i deres søgen efter viden om MRSA på de elektroniske medier. Mediernes fremstilling kan forstærke eller bidrage som en bagvedliggende årsag til de negative opfattelser, der opstår i mødet mellem MRSA-positive og sundhedspersonale eller borgere i almindelighed. Denne vinkel er dog valgt fra videre frem. Primært fordi jeg ønsker at opnå en større forståelse for hvorvidt de nationale vejledninger og retningslinjer på området bidrager til de utilsigtede konsekvenser af det at være MRSA-positiv.

## 3.1 Problemformulering

Hvordan oplever MRSA-positive mødet med sundhedsvæsenet ved indlæggelse på hospital?

# 4.0 Litteratursøgning

Dette afsnit indeholder en gennemgang af projektets litteratursøgning, som består af henholdsvis en indledende og en systematisk litteratursøgning. Som tilføjelse til afsnittet findes bilag 2a, som indeholder en udførlig dokumentation af litteratursøgningen.

## 4.1 Indledende litteratursøgning

I begyndelsen af specialet blev der afholdt en bred emnebaseret litteratursøgning. Formålet var tilegnelse af grundlæggende viden og forståelse af problemfeltet samt en begrebs- og vidensafklaring af kerneområder i problemfeltet. Der blev søgt viden inden for emnerne MRSA, stigma, attitudes og hospital. Der blev søgt efter videnskabelig litteratur i databaserne PubMed, Cinahl, Embase og Sociological abstracts. Endvidere søgtes i grå litteratur, på nationale hjemmesider, som eksempelvis SSI.dk og SST.dk. Kædesøgning anvendtes også som metode til at undersøge de fremsøgte problemstillinger nærmere samt i tilknytning til at finde artikler, der kunne understøtte projektet. Den litteratur, som fremkom i den indledende søgning, blev primært brugt i projektets problemanalyse. I projektet vægtes nationale hjemmesider højt, idet de nationale vejledninger og anbefalinger danner grundlag for de tiltag, der iværksættes på området og dermed danner grundlag for hele specialets problemområde.

## 4.2 Systematisk litteratursøgning

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at finde evidensbaseret viden om indsatser med fokus på MRSA, hospital, stigmatisering og attitudes, temaer som bidrager til besvarelse af projektets problemformulering. Resultaterne danner sammen med resultaterne af interviewerne, (se afsnit 5.0 Metode) et fundament for udarbejdelse af veldokumenterede anbefalinger til det videre sundhedsfremmende arbejde med sundhedsvæsenets retningslinjer for MRSA-patienter. Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i perioden 4. – 18. marts 2016.

## 4.3 Søgetermer

I den systematiske litteratursøgning anvendes en søgeprotokol, som også uddybes i bilag 2a. Der udarbejdes en struktureret plan for litteratursøgningen med henblik på at skabe transparens i søgestrengen og for at muliggøre en vurdering af søgningens gyldighed samt at give mulighed for at kunne reproducere søgeprocessen (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering 2007). Desuden hjalp søgeprotokollen med at afgrænse litteratursøgningen og skabe fokus i prioriteringen af den fundne litteratur. I søgeprotokollen anvendtes en facetmodel inspireret af PICO-modellen (Population – Area of Interest – Context – Outcome) til strukturering af facetterne. PICO-modellen blev brugt i udarbejdelsen af den systematiske søgning, idet empiriske undersøgelser har vist, at PICO-modellen kan øge problemstillingens præcision og begrebsmæssige klarhed (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering 2007). I specialet anvendes facetterne Population, Area of Interest og Context. Outcome er fravalgt, idet den ikke var essentiel for den ønskede søgning. Nedenstående tabel 4.2 viser søgertermerne og facetterne i PICO-modellen.

**Tabel 4.1: Søgetermerne illustreret i PICO-modellen**

|  |  |
| --- | --- |
|  | AND |
| OR | (P) | (I) | ( C ) | (O) |
| Population | Area of interest | Context | Outcome |
| Facet 1:MRSA | Facet 2:Stigma | Facet 3:Hospital |   |
|   |   | Inpatient |   |
|   |   | Patient isolation |   |
|   |   |   |   |

I søgningen er der anvendt flere søgetermer under hver facet for at indbefatte variationer i søgningen. I tabel 4.1 ses en illustration, af facetternes indhold. Det henvises til bilag 1 for uddybende tabeller over de enkelte databaser og søgetermer, der er brugt heri.

Projektets målgruppe indeholdes i den første facet. Den anden facet indeholder projektets interesseområde, og den tredje facet blev der valgt brede søgetermer, som inkluderede både *hospital, Inpatient og Patient isolation*, og den fjerde facet, Outcome, er som tidligere beskrevet ikke inkluderet i specialets søgning. For at bevare en åbenhed over for uventede indsatser og for at undgå, at forfatterens forforståelse spiller for meget ind, er der valgt brede søgetermer. I søgningen med facetterne, som er illustreret i tabel 4.1, anvendtes Booleske operatorer til at kombinere søgningerne, således at søgetermer inden for hver facet kunne kombineres med ”OR”, hvilket udvidede søgningen, som eksempel i facet 2; stigma ”OR” stigma\*.mp ”OR” stereotyped attitudes fra søgning i PsykInfo. Efterfølgende blev de kombineret ved hjælp af ”AND”, som resulterede i en indsnævring og præcisering af søgningen.

## 4.4 Søgning i databaser

Der blev i den systematiske litteratursøgning søgt i følgende 4 databaser; PubMed, Cinahl, Embase og PsykInfo.

PubMed og Embase er udvalgt, fordi de er de største sundhedsvidenskabelige databaser med medicinsk litteratur. Databaserne har referencer til internationale tidsskrifter inden for medicin, sundhed og sygdom. Cinahl er en meget omfattende database, der indeholder referencer til sundhedsfaglige tidsskrifter. PsykInfo databasen er udvalgt grundet dens referencer til publikationer med psykologiske aspekter inden for discipliner som f.eks. medicin.

For at tilgodese en flervidenskabelig betragtning af problemstillingen blev der inkluderet søgninger i både medicinske såvel som sociologiske databaser.

For at finde kontrollerede emneord, blev der i søgningen anvendt den enkelte databases tesaurus.

I begyndelsen blev PubMed kontrollerede emneord MeSH**-**termer (Medical Subject Headings) anvendt. MeSH-termerne bidrager til at skaffe præcise resultater, idet MeSH-termerne inkluderer relevante underbegreber. Som anbefalet i metodelitteraturen blev der også lavet en fritekstsøgning med henblik på at identificere relevante artikler, som ikke var tillagt MeSH-termer. Nedenstående tabel 4.2 giver et overblik på resultatet af facetkombinationerne fra søgningen i de 4 udvalgte databaser. (P), (I), og (C) anvendes som betegnelse for facetterne, som dog har en variation blandt søgetermerne i de enkelte databaser. Se tabellerne i bilag 1 for facetternes indhold i de fire databaser.

**Tabel 4.2 Antal søgehits i de fire databaser**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Databaser: |   |   |   |   |
| Facetter: | PubMed | Embase | Cinahl | PsykInfo |
|   |   |   |   |   |
| (P) AND (I) | 113 | 29 | 64 | 4 |
| AND (C) |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| Totalt: 210 hits |

Som vist i tabel 4.2, resulterede den systematiske søgning i et begrænset antal hits: 210 hits i alt.

## 4.5 Udvælgelses kriterier

I udvælgelsen af artikler blev der foretaget en gennemlæsning af titel og abstract for alle 210 hits. Inklusionskriterierne var, at artiklerne skulle have relevans for projektets problemformulering. Med fokus på ”Hvordan MRSA-positive patienter oplever mødet med sundhedsvæsenet ved indlæggelse på hospital” har jeg fravalgt alle artikler om screening og behandling. Endvidere har jeg fravalgt artikler, som ikke vedrører hospitalisering. Af praktiske årsager har jeg kun inkluderet artikler skrevet på dansk, engelsk, norsk eller svensk.

Efter gennemgang af artiklerne for relevans i relation til besvarelse af projektets problemformulering blev antallet af artikler reduceret til 21, hvoraf der fratrækkes 4 dubletter – hvilket resulterer i 17 artikler. Efter kritisk gennemlæsning blev yderligere 7 artikler fravalgt, idet de havde mindre relevans for specialet eksempelvis artikler, hvor retningslinjer i pågældende land afveg radikalt fra de danske. Hvorefter det endelige antal artikler, der anvendes i specialet, blev 10 artikler. De udvalgte artikler er nærmere beskrevet i (bilag 2b) – Centrale artikler, med rubrikkerne: forfatter/land, årstal, formål, studiedesign/metode og konklusion.

Nedenstående flowdiagram, figur 4.3 illustrerer, hvordan in- og eksklusionskriterier reducerede antallet af artikler.

**Figur 4.3 Flowdiagram over udvælgelsen af artikler**

PubMed

(113)

9 relevante studier efter gennemgang af titel og abstract

4 dubletter

CINAHL

(64)

Embase

(29)

PsykInfo

(4)

21

17 artikler til kritisk læsning

11 relevante studier efter gennemgang af titel og abstract

1 relevant studie efter gennemgang af titel og abstract

0 relevante studier efter gennemgang af titel og abstract

7 ekskluderet

10 anvendte artikler

## 4.6 Refleksioner over den præsterede litteratursøgning

Formål med den systematiske litteratursøgning var at finde evidensbaseret viden om indsatser med fokus på MRSA, hospital og stigmatisering. Temaer som bidrager til besvarelse af specialets problemformulering. Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i marts måned, altså i specialets opstartsfase. Efter at have fået et mere indgående kendskab til emnet og problemområderne er der områder, som jeg ville ønske var nuanceret yderligere i litteratursøgningen. Under Area of interest kunne der med fordel også have været søgt på attitudes som facet, da der er en risiko for at Stigma er for specifikt, idet der risikeres, at andre former for utilsigtede konsekvenser omtales med andre facetter, som måske ikke er fremkommet. Attitudes fremkom i visse af databaserne under søgetermerne ved anvendelse af de Booleske operatorer. Endvidere kunne jeg ønske, at jeg også havde søgt i databasen Cochrane, som er en International database med indhold af bl.a. systematiske reviews af klinisk forskning inden for sundhedsområdet. Cochrane blev jeg bekendt med gennem interview med lederen af Rådgivningslinjen for Husdyr MRSA efter litteratursøgningen var udført. Den tidsmæssige ramme gjorde det ikke muligt at foretage en tredje litteratursøgning.

# 5.0 Metode

Følgende afsnit omhandler de metodeovervejelser og valg, som er foretaget i undersøgelsen af, hvordan MRSA-positive oplever mødet med sundhedsvæsenet ved hospitalisering. Dette med henblik på at kunne skabe forståelse for, hvad der kendetegner deres oplever, ligesom der må opnås en forståelse for, hvordan de særlige restriktioner og tiltag i de nationale og regionale vejledninger og retningslinjer opleves af de MRSA-positive.

Afsnittet indeholder først en beskrivelse og analyse af de videnskabsteoretiske overvejelser, som er inspireret af både den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang (afsnit 5.1) og som ligger til grund for specialets videre metodevalg. Den valgte dataindsamlingsmetode er en kvalitativ tilgang med semi-strukturerede interviews (afsnit 5.2), hvor empirien er baseret på 9 semistrukturerede interviews fordelt på 1 ekspert fra Statens Serum Instituts Rådgivningslinje for husdyr-MRSA, 4 MRSA-positive borgere, der alle inden for de seneste 36 måneder har oplevet at være hospitaliseret på Aalborg Universitetshospital og 4 sygeplejersker fordelt på to forskellige afsnit på Aalborg Universitetshospital. Analysestrategien (afsnit 5.4) til behandling af empirien tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse, inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015).

## 5.1 Specialets videnskabsteoretiske ståsted

I følgende afsnit præsenteres de videnskabsteoretiske overvejelser og positioner, der benyttes i dette speciale. Specialet er inspireret af både den fænomenologiske og den hermeneutiske tilgang, disse er grundlæggende forudsætninger for de metodiske redskaber, som senere vil blive præsenteret og som vil benyttes i empiri indsamlingen og i analysen af empiri. Fælles for disse to videnskabsteoretiske positioner er antagelsen om, at individerne er tænkende, følende, opfattende og selvstændigt handlende (Jørgensen 2008).

### 5.1.1 Fænomenologien som videnskabsteoretisk ståsted

I indeværende speciale er del elementer af fænomenologien belyst med udgangspunkt i Brinkmann og Tanggaards udlægning af fænomenologien. Fænomenologi betyder læren om det der viser sig. Fænomenologiens hensigt er at beskrive menneskelig bevidsthed og erfaringer og er en betegnelse for metodiske, analytiske og filosofiske tilgange inden for human- og samfundsvidenskaberne (Brinkmann & Tanggaard 2015).

Fænomenologien anvendes som videnskabsteoretisk ståsted i udarbejdelsen af interviewguide og i måden, hvorpå spørgsmålene stilles i interviewene, hvor det er essentielt for forfatteren, at interviewene afspejler verden, som de MRSA-positive og sundhedspersonalet oplever den og at det som undersøges, er det informanterne oplever/oplevede, føler og tænker. Hensigten er at stille de åbne, naive og udforskende spørgsmål, som kan give en forståelse for de områder, der kan belyse specialets problemformulering. Ifølge Heidegger skal forståelsen opfattes mere som en betingelse end en metode, hvor der altid vil være en forståelse forud for selve forståelsen (ibid). Det betyder, at den viden, informanterne bidrager med, er fortolkninger på bagrund af deres livsverden og af deres fortolkning af fænomenet. Fænomenologien vil indirekte være nærværende i analysen af empirien, men her inddrages den hermeneutiske tilgang også, idet forfatterens overbevisning er, at det er nødvendigt, at kunne danne sig en helhed ud fra de indkomne udsagn. For at forstå helheden må man først og fremmest forstå delene, hvorfor den hermeneutiske cirkel danner grundlaget for den måde, data analyseres på.

Følgende tre begreber *livsverden*, *det intentionelle* og *reduktion* inden for fænomenologien har dannet baggrund for udarbejdelsen af interviewguiden og måden, hvorpå forfatteren forsøgte at stille spørgsmålene under interviewene (Brinkmann & Tanggaard 2015).

Et kernebegreb inden for fænomenologien er ”livsverdenen”, som er et udtryk for den konkrete virkelighed, som tages for givet og som erfares og leves i dagligdagen. I beskrivelsen af livsverdenen, er det ikke hensigten at producere ny viden, men i stedet at synliggøre de meninger og betydninger, der allerede foreligger implicit i dagligdagen på baggrund af individernes perspektiver (ibid). Gennem den fænomenologiske tilgang er hensigten i interviewene, at eksplicitere den viden, der allerede foreligger hos informanterne. Hvor forfatteren, gennem det semi-strukturerede interview, forsøger at synliggøre de meninger, informanterne har om det at være MRSA-positiv i mødet med sundhedsvæsnet – hospitalet og eksplicitere disse ud fra individets perspektiv.

I Fænomenologien beskrives menneskets bevidsthed som intentionel, hvilket betyder at bevidstheden er rettet mod noget, en genstand eller et fænomen. I fænomenologien beskrives, at intentionaliteten opleves forskelligt af forskellige individer (ibid). Informanterne vil således opfatte eksempelvis mødet med hospitalet forskelligt – unikt. Forfatterens opfattelse er dog, at der alligevel er nogle kulturelle og sociale kendetegn, der slår igennem i mødet med det unikke. Forfatterens forforståelse er inspireret af Heidegger og Gadamer hvor forståelsen opfattes mere som en betingelse end en metode, hvor der altid vil være en forståelse forud for selve forståelsen (Brinkmann & Tanggaard 2015). Forfatteren vil dog i interviewene forsøge at stille sig åben og imødekommende over for, at patienternes oplevelser af at være hospitaliseret er forskellige og forsøge at stille uddybende spørgsmål åbent ud fra en grundtanke om, at alle mennesker vil opleve en given sag unikt. Den tilgang er hensigtsmæssig ved, at forfatteren i så fald ikke stiller ladede spørgsmål på baggrund af de øvrige interviews eller lader sin egen forforståelse dominere.

Et andet begreb, der anvendes inden for fænomenologien, er reduktion. Med reduktion forstås her interviewers evne til at sætte sin forforståelse i parentes. Formålet hermed er at opnå så fordomsfri en beskrivelse af de fænomener, der er genstand for undersøgelsen, som muligt (ibid). Sættes forforståelsen ikke i parentes, er intervieweren ikke i stand til fordomsfrit at imødekomme de fænomener, der er genstand for undersøgelsen (ibid). Tror man på, at mennesket er en del af sin livsverden og ser alt ud fra sin unikke begrebsramme, herunder den kontekst individet står i, synes det så godt som umuligt at sætte sin forforståelse bort under interviewet. Der kan også argumenteres for, at det er ens egen forforståelse, der skaber ”fordomme”, defineret ud fra Gardamer se afsnit 5.1.2, og undren der skønnes at kunne nuancerer interviewet, såfremt intervieweren stiller sine spørgsmål ”naivt” – åbent og undrende.

Efter præsentationen af fænomenologiens anvendelse i indeværende speciale, følger nu en redegørelse for, hvordan den hermeneutiske tilgang kommer til udtryk gennem den indsamlede empiri. Der tages udgangspunkt i Gadamers eksistentielle hermeneutik, der inddrages som forståelses– og fortolkningsramme i analysen for at få en dybere forståelse for, hvordan de MRSA-positive oplever mødet med sundhedsvæsnet ved hospitalisering.

### 5.1.2 Hermeneutikken som videnskabsteoretisk ståsted

I søgningen efter at opnå en større forståelse for, hvordan MRSA-positive oplever mødet med sundhedsvæsenet ved hospitalisering, med henblik på at kunne udvikle nye tiltag, er der valgt hermeneutisk tilgang, idet hermeneutikken beskæftiger sig med fortolkningskunst og læren om forståelse (Birkler 2005). Der tages udgangspunkt i Jacob Birklers og Torben K Jensens udlægning af hermeneutikken. Hermeneutikken benyttes i indeværende speciale som en meningsfortolkende metode til at forstå, beskrive og fortolke oplevelsesfænomenet hos MRSA-informanter og indgår sammen med Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse, inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015) i analysen af den i interviewene fremkomne empiri.

Det videnskabsteoretiske ståsted for den hermeneutiske tilgang, tager udgangspunkt i den tyske filosof Hans Georg Gadamer eksistentielle hermeneutik, hvor forståelsen bliver en måde at være tilstede i verden på, hvor forståelse anskues som en betingelse (Birkler 2005). Ifølge Gadamer er vores forståelse af en given situation helt betinget af vores for-forståelse (ibid). Min fortolkning af oplevelsesfænomenet vil således bygge på en forhåndsviden, som min forståelse vil konfronteres med. Når man læser en tekst, har man en naturlig for-forståelse eller en forventning om, hvad man vil forstå ved at læse teksten. For-forståelsen eller før-forståelsen, også kaldet fordommen, er indlejret i individets historie, opdragelse, uddannelse og de erfaringer, individet har gjort sig som menneske gennem livet. Denne forforståelse vil danne grundlag for den måde, forfatteren læser den fundne empiri på og kan være en hæmsko i arbejdet med den egentlige forståelse af teksten. Det vil sige, at vi som mennesker har en bevidsthed om tingene, inden vi erfarer dem.

Kunsten er i den videre analyse, at sætte denne for-forståelse i spil, og være åben og ydmyg over for de fremkomne oplysninger, analysen frembringer. Ifølge Gadamer kan man udvide sin forståelseshorisont gennem, at sætte for-forståelsen i spil og være bevidst om den. Denne udvidelse danner så et nyt udgangspunkt for for-forståelsen. På den måde opstår en cirkulær vekselvirkning mod en gradvis større forståelse. Gennem denne vekselvirkning mellem forståelse af enkeltdele og helheden bygges en samlet forståelse op. Man bevæger sig fra helhed til enkeltaspekter, tilbage til helhed, etc. til en højere forståelse. Udgangspunktet for specialet har været at skabe forståelse for de MRSA-positives oplevelser i kontakten med sundhedsvæsenet ved hospitalisering, men samtidigt har forfatteren en for-forståelse af rutiner og retningslinjer på hospitalet som elementer, der låser sygehuspersonalets fleksibilitet i mødet med MRSA-positive. Denne forforståelse er jeg tvunget til at sætte i spil, således jeg kan se andres forståelse af området, og derigennem selv opnå ny forståelse og viden. Her vil den fænomenologiske tilgang også hjælpe mig med at forholde mig så åbent og naivt til området som muligt. Informanterne kan give mig et indblik i deres livsverden, og derigennem kan jeg opnå forståelse og viden, som jeg ikke havde i forvejen. Denne viden danner så et nyt udgangspunkt for for-forståelsen. På den måde opstår en cirkulær vekselvirkning hen mod en gradvis større forståelse – den hermeneutiske cirkel (Jensen et al. 1990). Den hermeneutiske cirkel vil blive benyttet i analysen, hvor denne bruges til at opnå en bredere og mere nuanceret forståelse af de MRSA-positives oplevelser. Gennem en vekselvirkning mellem forståelse af enkeltdele og helheden i analysen af empirien bygges en samlet forståelse op. Denne proces bevirker, at de opnåede forståelser derfor hele tiden vil blive revurderet til nye forståelser, gennem analyse af flere udsagn fra interviews og den teoretisk viden, der er fremkommet i litteratursøgningens centrale artikler.

###  5.1.3 Forfatterens forforståelse i relation til indeværende problemformulering

Ved brug af enhver forskningsmetode, vil forfatterens person på en eller anden måde påvirke processen og dens resultater (Kvale & Brinkmann 2010). Det er af betydning, at forfatteren er bevidst om sin egen forforståelse og anvender denne viden til at reflektere over, hvilken indflydelse den kan have i forhold til det færdige resultat. I dette speciale benyttes fænomenologien og hermeneutikken som en meningsfortolkende metode til at forstå, beskrive og fortolke oplevelsesfænomenet i interviews af MRSA-positive. En forudsætning for et godt interview-resultat er bevidstheden om, at forfatterens egen forforståelse og fordomme kan påvirke de indsamlede data (Vallgårda & Koch 2013). Forfatterens forforståelse tager afsæt i, at han er uddannet sygeplejerske i Sverige med arbejdserfaring fra Sverige, Norge og Danmark, med videreuddannelser inden for operation og anæstesi, suppleret med en diplomuddannelse i folkesundhedsvidenskab. Efter 25 år med erfaringer fra anæstesi, operation, intensiv, ambulance og akut-modtagelse, er det min erfaring at der findes mennesker og grupper overalt i sundhedsvæsenet, som af forskellige årsager ikke bliver behandlet på lige fod med andre. I forbindelse med 6 års arbejde i en akutmodtagelse har forfatteren mødt og rådgivet borgere, patienter og pårørende om MRSA. Forfatteren har altså en forforståelse af det at være MRSA positiv på hospital, som han må sætte i spil for at opnå en nuanceret forståelse af de MRSA positives oplevelser. Med udgangspunkt i fænomenologiens definition af forståelse som en betingelse, hvor der altid vil være en forståelse forud for selve forståelsen, vil jeg for at undgå, at denne for-forståelse bliver en kilde til bias, forsøge at udfordre min forforståelse ved at behandle denne gruppe med objektivitet og undren, uforvansket af personlige holdninger og fordomme. Det er også etisk mest korrekt, at forskeren ser andre mennesker, som de er, og ikke påtvinger dem sine egne fordomme.

## 5.2 Dataindsamlingsmetode

Til indsamling af data er der valgt en kvalitativ tilgang med semi-strukturerede interviews som specialets dataindsamlingsmetode, idet problemformuleringen lægger op til en dybere forståelse af oplevelsen og betydningen hos MRSA-positive i mødet med sundhedsvæsnet og hospitalet. Det kvalitative forskningsinterview har til formål at udveksle synspunkter mellem to personer og tilvejebringe en grundigt efterprøvet viden (Kvale & Brinkmann 2010). Det kvalitative forskningsinterview kan her være med til at afdække og forstå de MRSA-positives synspunkter, holdninger, oplevelser og følelser, hvilket er i overensstemmelse med problemformuleringen. Intentionen er, at interviewet forløber som en samtale.

Det kvalitative forskningsinterview i form af semi-struktureret interviews blev anvendt i de 9 interviews, og bogen ”Interview” af Steinar Kvale og Svend Brinkmann (Kvale & Brinkmann 2015) danner baggrund for såvel udarbejdelsen af interviewguiden som selve interviewet.

Semi-strukturerede interviews blev valgt, idet det herudfra er muligt at strukturere

samtalen efter spørgsmål og emner i form af den udarbejdede interviewguide (ibid). Det semi-strukturerede forskningsinterview er kendetegnet ved, at strukturen i interviewet er opbygget efter forskellige emner (ibid). Emnerne i interviewet er udarbejdet på baggrund af problemanalysen og de centrale artikler i litteratursøgningen. Ifølge Kvale og Brinkmann kan det semi-strukturerede forskningsinterview bidrage til at forstå verden ud fra informanternes synspunkter og udfolde de meninger og holdninger, der knytter sig til deres oplevelser samt afdække deres livsverden, hvilket kan udmunde i en konstruktion af ny viden (ibid). Dette eftersom man gennem interviewpersoners livsverden får et indblik i, hvad de oplever ud fra deres egne perspektiver (Kvale & Brinkmann 2010). Som interviewer handler det om at bevare fokus for at kunne nuancere de udvalgte emner, men samtidig også være åben overfor at andre emner og forhold. Alle interviews i dataindsamlingen er foretaget enkeltvis.

### 5.2.1 Valg af informanter - inklusionskriterier

Specialets informanter er inkluderet med den hensigt at opfyldte inklusionskriterierne for specialet, som er belysning af specialets problemformulering. Dette fordrede, at informanterne var eller havde været MRSA-positive og at de inden for de sidste 36 måneder havde været hospitaliseret. De 36 måneder startede som 12 måneder, men da det viste sig at være vanskeligt at få fat i informanter, måtte dette inklusionskriterie udvides.

Deltagerne skulle være fyldt 18 år for at kunne deltage, de skulle endvidere være dansk-, svensk- eller norsksprogede. Det overvejedes, om der kunne inddrages engelsktalende informanter, men det blev bortprioriteret. Både grundet udfordringerne i transskriberingen, og fordi de mulige engelsksprogede informanter ikke havde engelsk som deres modersmål. Herved ville eksempelvis rumænsk–engelsk til engelsk–svensk/dansk kunne indbefatte et risikomoment for, at meningen i udsagn gik tabt i oversættelserne.

Målet var at få en diversitet i informanterne med henblik på at indhente den brede og nuancerede subjektive oplevelse af et fænomen.

### 5.2.2 Rekruttering af informanter

Mit udgangspunkt for specialet var i begyndelsen af perioden bærere af MRSA 398 (husdyr-MRSA), som havde været indlagt på hospital. Dette fordi denne gruppe umiddelbart skønnes mest udsat, da de ikke har mulighed for at komme af med deres MRSA, så længe de er i erhvervet med levende svin. For at få fat i informanter tog jeg kontakt med en administrator hos fagforeningen 3F, i Aalborg. Fagforeningen 3F repræsenterer landbrugsmedarbejdere, herunder de, som arbejder med svineproduktion. Ved kontakten med administrator, anmodede jeg om dennes hjælp til, via foreningens kanaler, at lægge et opslag ud om min undersøgelse og administrator var villig til at hjælpe. Opslaget blev sendt afsted til administrator i begyndelsen af marts måned, han bekræfter modtagelsen og vil vende tilbage efter påske. Desværre vender administrator ikke tilbage trods flere påmindelser via mail og telefon og det lykkedes således ikke at rekrutterer informanter via 3F. Jeg forsøgte derefter at få fat i informanter fra målgruppen via Rådgivningslinjen for husdyr MRSA ved Statens Serum Institut. Rådgiveren der, som er den interviewede ekspert, var villig til at hjælpe. Jeg sendte mit opslag til rådgiver, som vender tilbage med en mulig informant. Informanten blev ekskluderet af forfatteren på grund af, at informanten havde rumænsk som modersmål og interviewet skulle foregå på engelsk. Se argumentation for fravalget i afsnit 5.2.1. Det var ikke muligt at få fat i yderligere informanter fra Rådgivningslinjens side.

Manglen på informanter med MRSA 398 betød, at jeg omskrev mine inklusionskriterier til deres nuværende form, beskrevet i afsnit 5.2.1, til at indbefatte alle typer af MRSA, men stadig med hospitalskontakt.

Via en bekendt kom jeg i kontakt med en MRSA-positiv minkavler med MRSA 398, han havde været indlagt flere gange som MRSA-positiv. Minkavleren var en fremmed person for mig, men han ville gerne interviewes og gennem denne informant fik jeg via ”snowball-effekt” kontakt med yderligere to informanter, som var villige til at lade sig interviewe. Disse to kendte min første informant perifert gennem landbrugserhvervet. De to fundne informanter var gift, den ene var smittet med MRSA 398 gennem sit tidligere erhverv og hans hustru var blevet smittet som husstandsmedlem. Begge havde været indlagt på hospital inden for de seneste 36 måneder. Det var her, min mangel på informanter og den fremskredne deadline fik mig til at ændre inklusion kriterierne til 36 måneder. Interviewet af ægteparret forgik som alle interviewene enkeltvis. I desperation begyndte jeg at anvende mit arbejdsnetværk, jeg var klar over, at jeg som afsnitsleder på hospitalet, via mine afsnitsledende kolleger kunne nå bredt ud på mange afdelinger. Her kom jeg i kontakt med yderligere en informant, som ville lade sig interviewe, men ved kontakt med denne person, blev mit svenske sprog desværre for vanskeligt for vedkommende og umuliggjorde gennemførelsen af interviewet, idet informanten gav op inden informationsmaterialet var gennemgået. Den fjerde og sidste informant fandt jeg også via mit netværk på hospitalet. Denne informant var i et behandlingsforløb.

Det har været en udfordring at rekruttere MRSA-positive informanter til denne undersøgelse. Rekruttering vanskeliggjordes muligvis af, at disse personer har oplevet negative karakteristika af det at være MRSA-positiv, eller at det at have en smitsom bakterie ikke er noget, man går og skilter med, endsige direkte opsøger andre for at fortælle om. Eller også er det sådan, at de med afsluttede behandlingsforløb ikke er så interesserede i at lade sig interviewe og dermed blive påmindet om forløbet igen og de med aktive behandlingsforløb, ikke har tid eller overskud til at lade sig interviewe? Dette er dog uvist.

Alle informanterne i specialet har eller har haft en diagnose, som fylder meget og har hver især haft unikke behandlingsforløb på vidt forskellige afdelinger, inden for både det kirurgiske og det medicinske speciale, en af informanterne er i et livslangt behandlingsforløb som kroniker. Alle har haft deres indlæggelser på Aalborg Universitetshospital. Dette var dog en tilfældighed og ikke et tilsigtet mål.

At sample informanter via ”snowball-effekt” medfører en risiko for at få informanter med større homogenitet og dermed mindre diversitet i interviewene end, hvad virkeligheden vil afspejle. Ligesom der findes en risiko for bias, når informanter lever sammen, hvor der er større risiko for, at deres holdninger afspejler ensartede forståelser. Noget der alt sammen må tages højde for i den videre analyse.

### 5.2.3 Karakteristika af informanterne

Der blev interviewet personer af forskellige køn, alder og beskæftigelse. Potentielle informanter blev kontaktet af forfatter og målet med undersøgelsen blev forklaret telefonisk eller via mail. Hvis de indvilligede i at deltage, modtog informanterne skriftlig information om undersøgelsen, hvorefter tid og sted for interviewet blev arrangeret. Fire informanter blev interviewet; to kvindelige (40 og 50 år) og to mandlige (35 og 40 år). Alle informanter var blevet diagnosticeret med MRSA, mellem 36 og 2 måneder før interviewet. En blevet smittet under arbejde med mink og en under arbejde med svin. En var smittet som husstandsmedlem til ham, der arbejdede med svin og den fjerde deltager vidste ikke, hvorfra hun var smittet, denne informant var smittet med en human MRSA.

Efter de 4 interview blev det klart, at der var et behov for at kende sundhedspersonalets syn på de MRSA-positive og de restriktioner og forholdsregler, der følger med det at være MRSA-positiv på hospital.

Jeg spurgt Infektionshygiejnen på Aalborg Universitetshospital om typiske afdelinger, som kunne have MRSA-patienter, hvorefter jeg kontaktede to afsnitsledere og spurgte om ”lov” til at interviews to sygeplejersker fra deres afdeling. Disse interview blev stort set iværksat inden for få dage. Det var helt sikkert en fordel, at der var tale om en henvendelse fra en kollega og rekrutteringen gik glat. Jeg er ikke sikker på, at rekrutteringen var gået så hurtigt, hvis jeg havde henvendt mig i min egenskab af studerende på uddannelsen for folkesundhedsvidenskab. Der deltog sygehuspersonale i form af sygeplejersker fra et infektionsmedicinsk afsnit og fra et intensiv afsnit. Alle fire sygeplejersker var uddannet i perioden 2005 til 2009 og har et aldersspænd på 31 – 60 år. Totalt blev der i nærvarende speciale interviewet 9 personer (fire Sygeplejersker, fire MRSA informanter og en ekspert fra rådgivningslinjen, SSI).

### 5.2.4 Valideringstiltag

Begrebet validitet refererer til, hvorvidt data samt bearbejdning og tolkning af data er valid; det vil sige, hvorvidt en undersøgelse undersøger det, som var intentionen. Det stiller krav om, at undersøgelsen gennemføres på en transparent måde, så det er muligt at følge forfatterens vej gennem processen (Kvale & Brinkmann 2010). For at sikre validiteten af dataindsamlingen, blev interviewguiden (bilag 3) tilrettet i samarbejde med vejleder, så den ikke indeholdt ledende spørgsmål. For at teste gyldigheden af interviewguiden gennemførtes et pilot interview (Kvale & Brinkmann 2010) med eksperten fra Rådgivningslinjen for husdyr-MRSA ved SSI. Resultatet viste, at strukturen tillod relevante svar vedrørende formålet med undersøgelsen og interviewguiden blev anvendt videre frem.

I min egenskab af eneforfatter i identificeringen af temaer fra transskriptionerne, har det ikke været muligt at drøfte meninger, enheder og temaer i plenum. Det kan være en svaghed. Ved et gruppesamarbejde mellem flere forfattere muliggøres, at de forskellige forfattere arbejder individuelt med identificering af temaer og derefter drøfter, diskuterer og reflekterer over de fremkomne temaer, for herefter at blive enige. Dette skønnes at give validitet og diversitet i de kvalitative observationer og fortolkninger. Forfatteren i dette specialet var alene ansvarlig for analyseprocessen. Konsekvenserne heraf er, at validiteten af informanternes beskrivelser ikke er krydstjekket af nogen, hvilket giver en subjektiv meningstolkning.

### 5.2.5 Etiske overvejelser

Forud for interviewene blev alle informanter informeret mundligt og skriftligt om undersøgelsen (bilag 4). Informanterne blev informeret om, at interviewet var anonymt, men at enkeltstående citater vil fremkomme i specialet, men i anonymiseret form, så ingen person eller hospitalsafsnit ville kunne genkendes. En undtagelse var dog interviewet med eksperten fra Statens Serum Instituts rådgivningslinje, som ikke var anonym.

Specialets indsamlede data er anonymiseret og opbevaret under sikre forhold. Der var ikke involvering af følsomme personoplysninger via elektroniske databaser og journaler. Forskningsdeltagerne informeredes, ud fra Kvale og Brinkmann, om undersøgelsens overordnede formål, design, om mulige risici, utilsigtede konsekvenser samt eventuelle fordele af at deltage i projektet. Alle deltagere blev informeret om, at deltagelse var frivillig at data var fortrolige og at det anonymiserede datamaterialet efter endt anvendelse vil blive bortskaffet og makuleret i al fortrolighed. Informanterne blev mundtligt informeret om, at de kunne få lov til at læse det transskriberede materiale igennem og komme med rettelser eller uddybende kommentarer. Ligesom de på ethvert tidspunkt kunne trække sig fra undersøgelsen. Kun eksperten fra SSI ønskede at læse materialet igennem efterfølgende og ingen informanter trak sig fra undersøgelsen.

Ifølge undtagelsesbekendtgørelse af Justitsministeriet skal private sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter ikke anmeldes til Datatilsynet. Ifølge BEK nr. 410 af 09/05/2012, vedrørende undtagelse fra pligten til anmeldelse står det blandt andet i punkt nr.5, at anmeldelsespligten ikke omfatter ”behandling af personoplysninger, som foretages af studerende under arbejde med projekt- og specialopgaver mv. som led i deres kandidatuddannelse, når behandlingen sker med udtrykkeligt samtykke fra den registrerede” (Justitsministeriet 2012).

## 5.3 Interviewguide

 I den kvalitative analyse er det semi-strukturerede interview valgt til at beskrive oplevelser hos MRSA patienter ved hospitalisering samt sundhedspersonalets holdninger og oplevelser af MRSA på hospital. Det kvalitative interview har som mål at indhente kvalitativ kundskab, gennem almindeligt sprogbrug og samtale, temaet er den interviewedes livsverden (Kvale & Brinkmann 2010). Åbne spørgsmål blev anvendt, hvilket gjorde det lettere for deltagerne, med egne ord, at beskrive deres erfaringer, opfattelser og viden (ibid). Denne struktur giver intervieweren mulighed for at følge op på svar og historier. Der blev udfærdiget en interviewguide, som strukturerede interviewforløbet mere eller mindre stramt. Guiden indeholder en oversigt over emner, som skal dækkes og forslag til interviewspørgsmål (Kvale & Brinkmann 2010). Forskningsspørgsmålene i interviewguiden fungerer som emneområder, der ønskes viden om og som kan undersøges via forskellige interviewspørgsmål. Ved at angribe emnet fra forskellige vinkler i interviewspørgsmålene, indhentes nuanceret og varieret information, som giver svar på det mere abstrakt formulerede forskningsspørgsmålet. Se eksempel i nedenstående Tabel 5.1. Den fulde interviewguide kan ses i bilag 4.

**Tabel 5.1: Eksempel fra interviewguide til MRSA-positive**

|  |  |
| --- | --- |
| Emner/Forskningsspørgsmål | Interviewspørgsmål |
| Hvordan oplever MRSA patienter kontakten med sundhedssektoren ved indlæggelse? | Kan du fortælle om dine oplevelser ved indlæggelse som MRSA-positiv? |
|   | Forslag:  |
|   | Påvirkede MRSA din behandling/pleje/indlæggelses forløb? |
|   | Hvordan oplevede du personalets håndtering af din MRSA-status? |

For at teste gyldigheden af interviewguiden gennemførtes et pilot interview (Kvale & Brinkmann 2010). Resultatet viste, at strukturen tillod relevante svar til at belyse problemformuleringen. Pilot-interviewet blev inkluderet i undersøgelsen, eftersom resultatet var tilfredsstillende. Et interview, interviewet med eksperten fra SSI, foregik i forfatterens hjem. Tre interviews fandt sted i deltagernes eget hjem, de øvrige 5 i et lokale på Aalborg Universitetshospital. Alle interviews blev optaget på bånd med tilladelse af deltagerne og varede mellem 20 og 40 minutter. For at minimere bias og for at interviewe uden forbehold, har intervieweren ikke mødt deltagene før eller efter interviewet.

## 5.4 Lydoptagelse

De foretagne interview er alle optaget på båndoptager som lydfiler, hvilket muliggør en fuld transskription af interviewene. Ved optagelse på lydfil øges sandsynligheden for en korrekt gengivelse af citater, ligesom det muliggør gennemlytning af optagelserne flere gange. Muligheden for derved at frembringe detaljeret dokumentation kan ifølge Vallgårda og Koch højne kvaliteten af analysen (Vallgårda & Koch 2013).

## 5.5 Transskribering af interviews

Specialets 9 interviews blev transskriberet i hele deres længde, med det formål at gøre data tilgængelige og håndterbare, med henblik på at skabe et grundlag til at kunne sammenligne forskellige oplevelser og temaer (Vallgårda & Koch 2013).

Til transskriberingen valgte forfatteren at få hjælp, da den dansk-svenske lingvistik er tidskrævende. Transskriberingen blev udført ordret med skriftlige anmærkninger for latter og bank i bordet og andre følelsesudtryk, således den skrevne tekst beskriver indholdet, det talte ord og de følelsesmæssige udtryk, så tæt op af interviewsamtalen som muligt (Kvale & Brinkmann 2010). Transskriberingen blev foretaget af mit afsnits lægesekretær, som kender til fagudtryk og samtidig er bekendt med reglerne omkring tavshedspligt. Efter transskriberingen blev teksten gennemlæst af forfatteren samtidig med, at optagelsen blev afspillet. De eneste omskrivninger, der blev foretaget, var sløring af identitet.

## 5.6 Analysestrategi

Efter transskribering af specialets interviews, påbegyndes den analyserende proces.

Som analysestrategi anvendes meningskondensering til at analysere informanternes udsagn. Meningskondenseringen har til formål at gå ud over det, der direkte bliver sagt og udvikle strukturer og meningsrelationer, der ikke umiddelbart fremtræder i teksten.

Meningskondenseringen i indeværende speciale er inspireret af den hermeneutiske tekstfortolkning. Meningskondenseringen kan udvide den oprindelige tekst ved at tilføje hermeneutiske lag, som sætter forfatteren i stand til at forstå meningen. I analysens meningskondensering tages der udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015).

Formålet med meningskondensering og brugen af denne er at reducere empirien fra interviewene til kortere, mere koncise formuleringer med henblik på at identificere temaer, som tilsammen beskriver informanternes udtalelser (ibid). De fem stadier i analyseprocessen fremgår i en lettere omskreven form med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse, inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015) i tabel 5.2. Der er ikke ændret på indholdet i de 5 stadier, men ordvalget er tilrettet, da Kvale og Brinkmann bruger begreberne tema og tematisering i både 3 og 5 stadie, hvilket skaber en vis grad af forvirring i beskrivelsen af meningskondenseringen, hvorfor der er ændret i ordvalget.

**Tabel 5.2: Analyseprocessens stadier**

|  |
| --- |
| Analyseprocessen af transskriptionerne består af fem stadier: |
| 1) Gennemlæsning af transskriptioner |
| 2) Inddeling af udsagn i meningsenheder |
| 3) Kondensering af meningsenheder  |
| 4) Kodning af de kondenserede meningsenheder ud fra indhold og problemformulering  |
| 5) Identifikation af enheder |

I første stadie læste forfatteren alle transskriptionerne igennem som helhed og tog noter, for at opnå et første indtryk af hele materialet. Derefter læstes alle transskriptionerne som helhed igen. Forfatteren var i disse gennemlæsninger meget opmærksom på at sætte sin egen forforståelse i spil. Transskriptionerne blev derefter læst sætning for sætning, et interview efter det andet.

Dette ledte til stadie 2, hvor relevante ord, meninger og afsnit blev inddelt i meningsenheder, eftersom det vanskeligt lader sig gøre at analysere teksten i dens helhed.

I stadie 3 kondenseres meningsenhederne til korte og enklere udsagn, sådan som de forstås af forfatteren.

I stadie 4 stilles der spørgsmål til de kondenserede meningsenheder. Dette med fokus på og at kunne besvare spørgsmålene i problemformuleringen. Problemformuleringen danner således den overordnede ramme for analysens meningsenheder, hvor de tematiserede meninger samles i enheder. Enhedernes formål er at danne et overblik over indholdet med udgangspunkt i problemformuleringen. I stadie 5 sammenfattes de fremkomne enheder i temaer. Der fremkom her 15 temaer.

Grundet opgavens omfang, blev 4 temaer udvalgt, som bedst synes at kunne udfolde specialets problemformulering. Disse 4 temaer er efterfølgende analyseret og diskuteret i afsnit 7.0 med udgangspunkt i de i litteratursøgningen fremkomne centrale artikler og nationale og regionale retningslinjer på området.

# 6.0 Analyse af interviewindholdet - Meningskondensering

I de følgende afsnit gives der en kort præsentation af specialets informanter (afsnit 6.1) Der redegøres for specialets videnskabsteoretiske afsæt inspireret af fænomenologien og hermeneutikken (afsnit 6.2) og den videre analyseproces i form af meningskondensering (afsnit 6.3). Meningskondenseringen munder ud i fund af centrale temaer, som leder frem til identificeringen af 4 overordnede temaer (afsnit 6.4).

I nedenstående afsnit gives en kort beskrivelse af specialets MRSA-positive informanter. Dette for at redegøre for deres relevans i forhold til undersøgelsen og den kontekst, som de oplever fænomenerne ud fra.

## 6.1 Præsentation af informanter

Nedenstående tabel 6.1 indeholder en kort præsentation af specialets anonyme MRSA-informanter og deres karakteristika. Informanterne er tildelt fiktive navne i analysen, dette for at gøre analysen mere læservenlig. De fire MRSA-informanter er i alderen 35-50 år og var diagnosticeret med MRSA mellem 36 og 2 måneder før interviewet. Da interviewene blev udført, var 2 af informanterne MRSA-fri og to stadig MRSA-positive, den ene grundet hans daglige eksposition gennem sit arbejde, den anden var påbegyndt et behandlingsforløb. Samtlige informanter blev interviewet i perioden 25. april til 12. maj 2016. Alle informanter har modtaget behandling på Aalborg Universitetshospital.

**Tabel 6.1: Præsentation af informanter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informant | Fiktivt navn | Karakteristika |
| Informant 1 | Ole | Ole er en mand på 35 år, gift og har 2 børn. Ole arbejder som minkavler og fik konstateret MRSA 398 i 2013. Han blev podet, fordi han havde et sår, som ikke ville hele. Ole har siden 2013 været indlagt to gange som MRSA-positiv. Interviewet foregik ved spisebordet hjemme hos Ole. |
| Informant 2 | Kurt | Kurt er en mand på 40 år, gift og har 2 børn. Kurt arbejdede tidligere som driftsleder inden for svineproduktionen. Han fik konstateret MRSA 398 i 2014. Han blev podet da han i periodevis havde udslæt og fordi han havde hørt om MRSA i medierne. Kurt arbejder ikke inden for svineproduktion i dag. Kurt har været indlagt 1 gang som MRSA positiv. Interviewet foregik ved spisebordet hjemme hos Kurt og Stine, interviewene foregik enkeltvis. |
| Informant 3 | Stine | Stine er en kvinde på 40 år, gift og har 2 børn. Stine arbejder som logistikchef inden for fødevareindustrien. Hun fik konstateret MRSA 398 i 2014. Stine og hele familien blev podet, eftersom hendes mand Kurt havde noget udslæt og hendes datter havde været meget syg gennem en længere periode. Stine havde hørt om MRSA i medierne. Stine har gennemgået et behandlingsforløb med både indlæggelse og ambulante opfølgninger i perioden, hun var MRSA-positiv.Interviewet foregik ved spisebordet hjemme hos Stine og Kurt.Interviewene foregik enkeltvis. |
| Informant 4 | Lise | Lise er en kvinde på 50 år, ugift og har 2 børn. Lise er uddannet social, og sundhedshjælper, men er sygmeldt på ubestemt tid grundet eskalering i en kronisk sygdom. Lise fik konstateret MRSA i begyndelsen af 2016. Lise blev podet på sygehuset, fordi hun fik en byld efter en operation. Lise har ikke nogen forklaring på, hvor eller hvordan hun blev smittet. Lise er på hospitalet flere gange ugentligt i ambulant regi, hun har grundet sin kroniske sygdom åben indlæggelse.Interviewet foregik i et roligt lokale på Aalborg Universitetshospital. |

I de efterfølgende afsnit beskrives, hvordan den fremkomne empiri analyseres og meningskondenseres, med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015).

Formålet med meningskondensering og brugen af denne er at reducere empirien fra interviewene til kortere mere koncise formuleringer med henblik på at identificere temaer, som tilsammen beskriver informanternes udtalelser (ibid). De fem stadier i analyseprocessen af transskriptionerne er illustreret i afsnit 5.6 omhandlende specialets analysestrategi. Men først gives der en kort opsummering af forfatterens videnskabsteoretiske ståsted i udførelsen af meningskondenseringen.

## 6.2 Fænomenologien og hermeneutikken som videnskabsteoretisk afsæt

I besvarelsen af specialets problemformulering er det essentielt at opnå̊ indsigt i de MRSA-positives, her informanternes, livsverden, oplevelser, følelser og erfaringer med det at være MRSA-positiv. Fænomenologien er anvendt som udgangspunkt for både udarbejdelsen af interviewguide, dataindsamling og analyse. Jeg har tillige valgt at lade mig inspirere af hermeneutikken, da den hermeneutiske refleksion, den hermeneutiske cirkel for mig afspejles i meningskondenseringen. I meningskondenseringen kondenseres informanternes oplevelser fra delelementer til en helhed. I næste stadie spørges der refleksivt til de meningskondenserede enheder med henblik på at nuancere og udfolde udsagnene i meningsenhederne til en ny enhed/helhed igen. Den hermeneutiske vekselvirkning mellem helhed og enkeltdele. At hermeneutikken indgår i den ifølge Giorgi fænomenologisk inspirerede analysemodel (Kvale & Brinkmann 2015) beror på måden, hvorpå jeg i analyseprocessen forholder mig til min forforståelse, idet jeg ikke anser det som fuldt muligt at sætte min forforståelse i parentes, som en fænomenologisk analyse fordrer. Min forforståelse er en uundgåelig del af mig og derfor en uundgåelig del af analyseprocessen. Ud fra denne erkendelse, har jeg forholdt mig til min forforståelse med udgangspunkt i Gadamer, se afsnit 5.1.2 og vil således forsøge at være bevidst om min forforståelse og fordomme og forsøge at sætte disse i spil eksempelvis ved at spørge ind til fundene i stadie 4 af analyseprocessen, hvor hovedvægten fokuserer på at besvare specialets problemformulering med udgangspunkt i informanternes udsagn, hen imod at opnå en større forståelse for, hvad der er i spil, når MRSA-positive hospitaliseres.

## 6.3 Redegørelse for analyseprocessens stadier i meningskondenseringen

Efter transskribering af specialets interviews, påbegyndtes analyseprocessen. For at opnå et førstehåndsindtryk af hele materialet læste forfatteren alle transskriberede interview igennem som helhed og tog noter. Derefter blev alle transskriberede interview læst en gang til og endnu en gang, sætning for sætning, interview efter interview. Alle ord, sætninger og meninger, der kunne bidrage til besvarelsen af problemformuleringen, blev markeret med forskellige farver for at anskueliggøre, hvilke områder, der er omtalt under interviewene, hertil anvendtes en inddeling i meningsenheder. Næste skridt i analyseprocessen var kondensering af meningsenhederne til korte og enklere udsagn, sådan som de forstås af forfatteren, stadie 3.

I stadie 4 stilles der spørgsmål til de kondenserede meningsenheder. Dette med fokus på at kunne besvare spørgsmålene i problemformuleringen. Problemformuleringen danner således den overordnede ramme for analysens meningsenheder, hvor de tematiserede meninger samles i meningsbærende enheder. Empirien/data var styrende for kodningen til enhederne og enhederne udvikledes løbende under gennemgangen af empiri/data. Enhedernes formål er at danne et overblik over indholdet med udgangspunkt i problemformuleringen. I stadie 5 sammenfattes de fremkomne enheder i temaer. Der fremkom her 15 temaer.

Temaerne er analyseret med udgangspunkt i at kunne redegøre for specialets problemformulering, med henblik på at opnå en forståelse for de fænomener, der måtte fremkomme.

I tabel 6.2 ses et eksempel fra meningskondenseringens stadie 2-5 i analyseprocessen. Den fulde meningskondensering af samtlige interview kan læses i bilag 5a.

**Tabel 6.2 Eksempel på meningskodning stadie 2-5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meningsenheder (stadie 2) | Kondensering af meningsenheder(stadie 3) | Menings-bærende enhed(stadie 4) | Tema(stadie 5) |
| I første omgang fik man jo nærmest at vide, at man var sådan en eller andet smittebombe, der kunne, hvis man bare rørte ved et håndtag eller sådan noget, så havde man smittet ens familie og sådan noget, så det var lidt en underlig situation. (Ole 35 år) | Fik at vide, man var smittebombe, bare man rørte ved et håndtag, så havde man smittet.  | Trussel mod andres sundhed | Smittefarlig for andre |
| Jeg er blevet opereret to gange, og der har jeg været den sidste på operationsbordet, jeg har ikke været på opvågningen, så man brugte operationsstuen til opvågning, for jeg ikke skulle komme ind og smitte nogen på opvågningen. (Stine 40 år) | Den sidste på operationsbordet, brugte operationsstuen til opvågning, for jeg ikke skulle smitte nogen på opvågningen. | Smittefarlig |

I analysen fremkom i alt 15 temaer. Se tabel 6.3.

**Tabel 6.3 Fremkomne temaer på baggrund af meningskondenseringen**

|  |
| --- |
| Temaer: |
| Manglende information | Utryghed |
| Forvirret | Ikke ensartethed |
| Grænseoverskridende | Isoleret |
| Dårligt behandlet | Stemplet |
| Forskellige holdninger, personalet | Smittefarlig for andre |
| Uprofessionel holdning, personalet | Trussel mod andres sundhed |
| Irriterende | Behandlingsforløb |
| Særlige retningslinjer |   |

De 15 temaer blev efterfølgende klassificeret ud fra indhold og der blev foretaget en identifikation af relevante temaer med det formål at besvare specialets problemformulering ”Hvordan oplever MRSA-positive mødet med sundhedsvæsenet ved indlæggelse på hospital”? Dette med udgangspunkt i informanternes oplevelser. Der blev kigget efter sammenhænge og vurderet, at flere af temaerne gik ind i hinanden, hvorfor de undergik endnu en analyse, hvilket er beskrevet i afsnit 6.4.

## 6.4 Analyse af de fremkomne temaer

I følgende afsnit illustreres, hvordan de 15 temaer undergik en analyse og blev til 4 overordnede temaer.

Efter en nærmere gennemgang af de 15 temaer med udgangspunkt i informanternes udsagn blev disse 15 temaer underkastet en yderligere analyse inspireret af stadie 4 i meningskondenseringen (bilag 5a). Dette førte frem til en inddeling af de 15 temaer i 4 overordnede temaer. Disse var, ”Mødet med personalet”, ”At føle sig dårligt behandlet”, ”Behandling” og ”At føle sig smittefarlig” Inddelingen af de 15 temaer til 4 overordnede temaer er illustreret i figur 6.1.

**Figur 6.1 Identificering af overordnede temaer**

De fire overordnede temaer i figur 6.1 udgør resultatet af meningskondenseringen. Temaerne er ikke skarpt afgrænsede og overlapper, begrunder og afføder hinanden. Under analysen var der to af de første 15 temaer, som gik igen flere gange. Det ene var det, der i analysen kaldes de særlige retningslinjer. De særlige retningslinjer, informanterne taler om, er de regionale retningslinjer for MRSA positive på hospital, der er redegjort for i afsnit 2.3.

På baggrund af dette blev det klart, at der var et behov for at høre sundhedspersonalets oplevelser af MRSA-positive patienter på hospitalet og hvorledes retningslinjerne på området blev håndteret. Derfor blev 4 sygeplejersker interviewet. Interviewguide og meningskondensering af disse interview fremgår af bilag 3 og bilag 5b. I den videre analyse af de 4 overordnede temaer indgår udsagn fra sundhedspersonalet til at underbygge og nuancere den videre analyse og diskussion. Ligesom der inddrages udsagn fra eksperten på SSI fra pilot-interviewet. Analyse af dette interview kan ses i bilag 5b.

Det andet tema der gik igen, var ikke så skarpt defineret som ovenstående, men handlede om personalets holdninger, det at være smittefarlig, at føle sig stemplet, som også kunne indplaceres i flere af temaer, også her var det relevant at nuancere den videre analyse med personalets udsagn.

I det følgende afsnit analyseres og diskuteres de fire overordnede temaer op mod de nationale og regionale retningslinjer på området og de centrale artikler fra litteratursøgningen.

# 7.0 Analyse og Diskussion

I dette afsnit analyseres og diskuteres de resultater, som via de kvalitative interviews med fire MRSA-positive, fire sundhedspersonaler og en rådgiver fra Statens Serum Institut, fremkom som relevante for besvarelsen af specialets problemformulering. Som overordnet ramme anvendes de 4 overordnede temaer som fremkom i meningskondenseringen. Der vil blive foretaget en analyse og diskussion af disse afsnit for afsnit, med undtagelse af temaet mødet med personalet, der indgår som et element i de 3 øvrige afsnit.. Der følges op med en opsummering efter hvert afsnit. Til at skabe en dybere forståelse af de aspekter, der er fremkommet i den meningskondenserende analyse til besvarelse af specialets problemformulering anvendes i diskussionen de centrale artikler fundet i litteratursøgningen (bilag 2a og b), samt publikationer fra SST ”Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA 2012” og de ”Infektionshygiejniske retningslinjer for MRSA” i alt 8 stk., udarbejdet af det regionale infektionshygiejniske afsnit i Region Nordjylland.

Et af de centrale temaer i meningskondenseringen bestod i at informanterne følte, at de som smittefarlige blev tillagt negative karakteristika som følelsen af at være pestbefængt, uren eller smittefarlig og de følte sig dårligt behandlet. Under problemanalysen (afsnit 2.0) blev der redgjort for, at stigmatisering som begreb i forbindelse med smitterisiko, anvendes af både Etisk Råd og SST i deres vejledning om MRSA. Der blev endvidere redegjort for, at følelsen af stigmatisering er individuel. Med udgangspunkt i informanternes udsagn finder forfatteren det væsentligt i forståelsen af hvordan de MRSA-positives oplever hospitalisering, at analyserer og diskuterer hvorvidt Link og Phelans definition af stigmatisering, som allerede er præsenteret i afsnit 2.5, med udgangspunkt i de fem komponenter er tilstede i de indeværende interview.

I figur 7.1 præsenteres de overordnede temaer der arbejdes videre med.

Figur 7.1: Illustrerer specialets overordnede temaer som alle kredser omkring retningslinjerne om MRSA

## 7.1 Behandlingsforløb

I Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA (Sundhedsstyrelsen 2012)

Findes der særlige forebyggende foranstaltninger, som har til formål at forebygge smittespredning til syge og svagelige på hospitalet. Patienter tilhørende risikogrupper screenes ved planlagt indlæggelse på hospital. Ved indlæggelse bliver de MRSA-positive isoleret på enestue, herfra må de ikke forlade stuen uden forudgående aftale. Personalet skal anvende værnemidler i form af overtrækskitler, handsker og i visse tilfælde, mundbind/visir ved direkte kontakt med patienten (Sundhedsstyrelsen 2012; RN 2015). Endvidere er der særlige restriktioner, såfremt patienten skal til undersøgelse og behandling uden for stuen under indlæggelsen. Patienten må eksempelvis ikke ligge på opvågningsafsnit, seng og patient vaskes og alt sengelinned skiftes umiddelbart inden afgang fra stuen. Rummene, patienten har opholdt sig i, skal efterfølgende rengøres og desinficeres (RN 2015).

Temaet behandlingsforløb er identificeret ud fra følgende undertemaer i analysen: ”behandlingsforløb”, ”isoleret” og ”særlige retningslinjer”.

Hovedparten af de MRSA-positive informanter, 3 ud af 4, fortæller, at det er hårdt at være isolationspatient, - at være alene og afskåret fra omverdenen. Informanterne angav opfattelsen af at blive glemt.

Lise beretter følgende om at være isoleret:

Lise*: ”Ja, altså når man er isoleret, altså, så bliver man lidt glemt. Man får ikke aftensmad, fordi at ringer man så fx lidt senere, ved 8-tiden, så .. gud, du har jo ikke fået aftensmad. Nej, der er ligesom ikke nogen, der har været inde og spørge, vel. Og sådan hele vejen igennem, altså”.*

Lise*: ”…jeg er isoleret. Og det har været jævnt træls at ligge alene i 4 timer. Og ligesådan da jeg var indlagt på afd. X, altså du sidder alene i 24 timer, der er kun lige personale ved dig, hvis du skal ringe efter nogen i en klokke, fordi de vil bare ikke være der, altså. Du er meget dig selv, det sociale det er helt afskåret, det er det”.*

At være isoleret kan også være vanskeligt og psykisk tungt, beretter Stine, der var indlagt med en potentielt livstruende sygdom:

Stine*: ”…det var hårdt at være indlagt, og være så syg, og være i isolation og ikke måtte have besøg og ikke kunne bevæge mig udenfor jerndøren”.*

For den kroniske patient Lise er det at være isoleret også forbundet med ensomhed og følelsen af at være ufrivilligt distanceret fra alle andre:

Lise: *”Det er isolationen. Ja, det er det der, når du nu skal sidde herude i 4 timer, så var det rart at sidde et sted, hvor der var andre mennesker. Ikke fordi man måske lige gider snakke med dem, men det er jævnt kedeligt at sidde alene i 4 timer”*

Ifølge ekspertudsagn fra SSI, føler mange, at det er grænseoverskridende at blive isoleret, det at de ikke har lov til at gå til madvognen og hente mad, at personalet ikke har tid til at hente det til dem og at der udenpå deres dør står ”isolation”.

Det at være isolationspatient medfører, at patienterne føler sig meget hæmmet i deres bevægelsesfrihed og fratages evnen til selv at kunne varetage de mest basale behov. De er helt afhængige af personalet til eksempelvis at bringe dem mad og drikke og de kan ikke vælge socialt samvær til, idet de er underlagt restriktionerne i retningslinjerne. De MRSA-positive kvinder i studiet beskriver også det at være isoleret som psykisk belastende.

Personalet medgiver, at isolerede patienter får færre besøg. Deres udsagn vedrørende dette bunder i de restriktioner, retningslinjerne på området dikterer:

Wilma*: ”Det er mere det der, at de er isoleret, at der gør, at når vi er inde på stuerne, så gør vi, … altså samler lidt de ting sammen, vi skal gøre, og gør det, fordi vi kan ikke så nemt bare gå ud og ind, så på den måde bliver det lidt anderledes for de patienter, fordi de er isoleret”.*

Her refererer Wilma til, at fordi personalet skal iføre sig værnemidler, så går de ikke ind på stuen så ofte. De samler sammen og er måske derinde lidt længere tid. Molly og Ulla supplerer:

Molly: *”Det ene det er, at jeg kan mærke, at folk er irriterede, når de skal passe en isolationspatient over flere dage. Forstås på den måde, at så trækker man sig tilbage, .. nu kan jeg simpelthen ikke holde ud at være derinde længere”*

Ulla: *Altså de patienter vi har…, man kan måske godt fornemme eller føle lidt på dem, at man ikke er ovre ved dem så meget, som man var dengang, hvor de ikke havde fået påvist den her bakterie, og der er jo sådan lidt mere ventetid på en eller anden måde, fordi at man skynder sig ikke bare lige at gøre noget, fordi man samler ligesom opgaverne sådan lidt, fordi man skal have alt det der udstyr på”*

I eksemplerne ovenfor medgiver 3 ud af 4 personaler, at patienterne får færre besøg, som følge af at være i isolation, og at personale trækker sig. Årsagen hertil angives at være, at personalet oplever det omstændigt med værnemidlerne og samler opgaverne sammen.

Ole synes heller ikke, at personalet frekventerer isolationsstuen særligt ofte og påtaler selv værnemidlerne som en mulig årsag. Ole oplevede at blive afskåret fra sit genoptræningsforløb under sin rehabilitering, da han fortalte, at han var MRSA-positiv, kunne man så ikke have ham i træningscenteret.

Ole*: ”..jeg tror ikke, der så tit kommer sundhedspersonale ind, som ellers... For det er meget omfangsrigt, når de skal i en dragt, hver gang de skal ind og ud”.*

Ole: *”..dengang jeg fik konstateret det der MRSA, så blev jeg nærmest smidt ud af træningscenteret, for der ville de jo ikke have jeg kom, efter at jeg havde fået den der bakterie der”.*

Ifølge SST’s vejledning må MRSA ikke have opsættende indvirkning på patienternes behandlingsforløb (SST 2012), hvilket det alligevel fik for Ole. Både patienter og personale giver udtryk for, at det at være MRSA-positiv påvirker behandlingsforløbet.

Vedrørende behandlingsforløbet af MRSA patienter, mener 2 af de interviewede sundhedspersonaler:

Ulla: *”Jamen, jeg synes, de får måske ikke helt den pleje, som de burde… Altså selvfølgelig er der noget, der er akut, og som kan gøre, at patienten bliver dårlig, så gør man det jo selvfølgelig, men man udsætter nok nogle ting, til man skal noget andet … og det synes jeg på en måde forringer plejen”.*

Pia: *”..at selv om der ikke er forskel i behandlingsforløbet mellem de isolerede patienter og de almene patienter, så tit og ofte venter de isolerede patienterne længere tid på at komme til deres forskellige undersøgelser, og dermed bliver de sat lidt bag i køen, og får ikke lige så hurtigt flow i forhold til selve diagnosticeringen….”.*

Hun påpeger også:

Pia: *”Og det er ikke kun en stor frustration for patienterne, det bliver også en stor frustration for os, fordi … ja, nogle gange bliver de så indlagt længere, og isoleret i længere tid, fordi de ikke kommer hurtigt nok til de her undersøgelser, som de så skal til”.*

Ifølge ovenstående, venter de isolerede patienter længere tid på at komme til undersøgelser og får en langsommere diagnosticering, hvilket fører til længere behandlingsforløb og længere tid som isoleret. Noget informanterne Stine og Ole også beretter om i afsnit 7.2 og 7.3 under det at være smittefarlig og føle sig dårligt behandlet.

At blive isoleret går ud over det sociale med pårørende, flere af de MRSA-positive informanter og personalet giver udtryk for, at foranstaltningerne på hospitalet er belastende for de pårørende som nogle gange bliver bange, på grund af alle retningslinjer og restriktioner. Mange af de MRSA-positive informanter beskriver det som diskriminerende, at de pårørende ikke kan bevæge sig frit. Ligesom de MRSA-positive også fortæller om, at pårørende og venner bliver bange og tager afstand fra dem.

Ole: *”…at du bliver så isoleret, altså du må ikke komme ud på gangen, og sådan noget, og der er ens familie og pårørende og sådan noget, de får at vide, at de må kun gå direkte ind på den stue, hvor du ligger, og de må ikke bagefter bevæge sig uden for det område, så skal de gå direkte ud af døren, og så skal de gå ud. De må ikke tage ophold andre steder på sygehuset, når de har været inde”.*

Lise: *-Jeg har en datter, der er sygeplejerske, og hun gik op i det røde felt. Så måtte jeg hverken røre ved barnebarn eller komme på besøg eller noget som helst. Men hun var den værste, men hun er også sundhedspersonale”.*

Stine: *”jeg har oplevet i vores omgangskreds, at der har været nogen, der har været bange for at være sammen med os, fordi de har været bange for at blive smittet.*

Sundhedspersonale synes også, at det forlanges meget af pårørende til en isoleret patient. Dette giver Molly og Pia udtryk for:

Molly: *”…instrukser, når de pårørende kommer på besøg. Der føler jeg nogle gange, at de kan blive helt bange, fordi vi forlanger sådan set ret meget af dem. Skal pårørende ud at sidde i fællesområdet herude, så skal de tage hele udstyret på, og de må jo ikke bære ting derud, ellers så skal I gå direkte hjem”.*

Pia: *” … de besøgende behøver ikke værnemidler…De kan komme i civil og bare komme ind, men når de så er kommet ind på stuen, så må de ikke hente kaffe, hvis de gerne vil det….og så skal de forlade afdelingen direkte. Og alt efter, hvem vi er af personalet, er sådan, at har svært ved at tale til dem med 1 meters afstand ude på gangen….de kan ikke engang lige sige farvel og lige give en besked”*

Begge sygeplejersker giver udtryk for, at retningslinjerne og de særlige forholdsregler kan virke overvældende på de pårørende, hvilket bekræftes af tre af informanterne.

I forbindelse med pleje og behandling af de MRSA-positive beskriver tre af sundhedspersonalerne, at de har retningslinjer for, hvordan disse patienter skal håndteres det kommer til udtryk på følgende måde:

Pia*: ”Vi har jo en standard, der hedder, at når de har MRSA, som diagnose, eller de mistænkes for det, så kører vi en helt speciel rutine med, hvordan de bliver isoleret og hvordan vi skal påklæde os, og hvad for nogle ordensregler, der er for de pårørende, der kommer og besøger vedkommende”.*

Wilma: *”instrukser, ligger i PRI, ikke kun MRSA, så det kan være svært at huske alle sammen i hovedet,... Men det ligger i PRI, hvordan de skal behandles, så på den måde, kan man nemt slå det op, når man står med de patienter”.*

Wilma*: ” -når vi får en isolationspatient, så printer vi vejledningen ud, sådan det hænger på væggen, så man kan se, hvad det er, man skal have på, og hvordan man skal desinficere hænderne”.*

Molly*: ”Vi har et PRI-dokument, altså et dokument, vi kan gå ind og søge på, ellers er de også tilgængelige, sådan vi bare kan hurtigt få et skilt på døren”.*

Personalet er bekendt med, hvor de regionale retningslinjer på området findes i PRI og håndterer patienterne på baggrund af disse.

### 7.1.1 Diskussion Behandlingsforløb

Hovedparten af de MRSA-positive informanter, 3 ud af 4, fortæller, at det er hårdt at være isolationspatient, - at være alene og afskåret fra omverdenen. Informanterne angav en opfattelse af at blive glemt.

Blandt sundhedspersonalet gav 3 ud af 4 personaler udtryk for, at patienterne får færre besøg, som følge af de er isolerede, årsagen hertil er, at personalet oplever det omstændigt med værnemidlerne og samler opgaverne sammen.

Ved en gennemgang af PRI retningslinjerne for Region Nordjylland står der I den generelle information i starten af retningslinjen:

”*Brug af personlige værnemidler kan dog fraviges i de tilfælde, hvor man kun skal give en kortfattet besked uden at have kontakt med patient eller inventar på stuen”.*

I samme retningslinje under anvendelse af værnemidler står der anført:

*” Ved direkte patientkontakt og kontakt med patientnære ting skal der anvendes medicinske éngangshandsker og langærmet arbejdsdragtbeskyttelse*

*Kirurgisk maske anvendes ved kontakt med koloniserede patienter med luftvejsinfektion, pleje og behandling af patienter med luftvejsinfektion eller hoste og ekspektoration med MRSA samt ved sugning af luftvejene”* (RN 2015).

Det kan her diskuteres, om al den information, der omfatter værnemidler, ikke burde stå anført i samme afsnit, det afsnit der bærer overskriften værnemidler. Endvidere lægger retningslinjen op til meget individuelle vurderinger, eksempelvis i beskrivelsen ”kortfattet besked”. Hvor kort er kort? Hvad er patientnære ting? Hvorledes adskiller en patient med koloniserede luftveje sig fra en ”almindelig MRSA-positiv”? Retningslinjen er ikke let tilgængelig og forudsætter, ligesom den nationale vejledning, at man har et vist kendskab til MRSA. Der skal også vurderes, hvorvidt der skal anvendes maske eller ej og i hvilke situationer. Retningslinjen er ikke let tilgængelig og fungerer ikke som et opslagsværk, den kræver gennemlæsning for at få alle anvisninger med.

Med udgangspunkt i ovenstående er der intet til hinder for, at personalet går ind og ser til patienten og høre hvordan det går, eller stiller en kop kaffe, så længe de ikke har direkte kontakt, hvilket bekræftes af en hygiejnesygeplejerske i Infektionshygiejnen. Personalet virker således ikke til at have et indgående kendskab til retningslinjerne for anvendelse af værnemidler. Hvorvidt den skyldes manglende kundskaber hos personalet eller at retningslinjen er vanskelig at forstå kræver mere viden.

Ud fra analysen fremgår det, at de MRSA-positive påvirkes negativt af isolationsforanstaltningerne. De interviewede kvinder opfattede det som psykisk tungt at være isoleret. Hvorvidt dette er kønsbestemt, eller de interviewede mænd og intervieweren ikke fokuserede på den side i interviewet, er udokumenteret.

Tre informanter fortæller, at det var deres opfattelse, at de fik færre besøg på stuen af personalet end ikke isolerede patienter. Det bekræftes af tre interviewede personaler som medgiver, at disse patienter får færre besøg. De påpeger, at det er tidskrævende at iføre sig værnemidler, når man skal ind til de isolerede patienter. Kvalitative interviews med tidligere isolerede patienter indikerer, og bestyrker disse udsagn, at isolerede patienter under hospitalsophold får færre tilsyn af personalet end ikke isolerede patienter, ligesom patienterne ofte beretter, at de føler sig stressede, skamfulde og afskåret fra omverdenen (Gammon 1999; Barratt et al. 2011).

Ifølge både MRSA-positive informanter og det interviewede personale venter de isolerede patienterne længere tid på at komme til undersøgelser og får en langsommere diagnosticering, hvilket leder til et længere behandlingsforløb og længere tid som isoleret. Ifølge Skyman bør isolationstiden være så kort som muligt for at minimere følelsen af indespærring (Skyman et al. 2010). Det at patienterne kommer bag i køen, at behandlingen og perioden patienten er under isolation, ifølge personalet, trækker ud og forlænges er i strid med direktiverne i SST’s vejledning og de regionale retningslinjer for MRSA (Sundhedsstyrelsen 2012; RN 2015). Der findes anden forskning som understøtter, at isolation påvirker kvaliteten af plejen (Barratt et al. 2011). Patienterne kan klage til patientklagenævnet, men sagsbehandlingen er lang og tung. Man kan således spørge, hvilke konsekvenser får det for patientens behandling og rehabilitering, at diagnostik, undersøgelse, behandling og indlæggelse trækker ud. Skyldes den registrerede øgede sygelighed på området, at patienternes forløb og behandling forhales? Er hospitalet ikke rustet til at varetage opgaven med isolationspatienter?

Ovenstående indikerer en diskriminering i prioriteringen af undersøgelser til de isolerede. Personalets og de MRSA-positive informanter angiver flere gange den ekstra rengøring som årsagen. Hvorvidt, det er årsagen, er ikke dokumenteret, men det kan diskuteres, hvorvidt diagnostik, undersøgelser, pleje og behandling med rimelighed skal forhales grundet rengøring på hospitalet. Et område der med fordel kunne undersøges nærmere. Med udgangspunkt i Link og Phelans definition af stigmatisering kan det diskuteres, om ikke disse patienter, via forhalingen i deres behandlingsforløb, er udsat for en diskriminering i form af afvisning og eksklusion i deres behandlingsforløb på baggrund af isolationsforanstaltningerne element 4. Ligesom det, at de som isolationspatienter ikke er i stand til at tage vare på selv basale behov, grundet restriktionerne i retningslinjerne, som for eksempel, at personalet glemmer at give dem mad og de må ikke forlade isolationsstuen. Dette angiver et ulige magtforhold mellem patienter og sundhedspersonale i højere grad end, hvad der er almindeligt forventeligt. Link og Phelan omtaler skævhed i magtforholdet som det 5. element på vej mod stigmatisering. Dette får negative konsekvenser for de MRSA-positive i form af længere indlæggelses-, behandlings- og isolationsforløb. I temaet ”at føle sig dårligt behandlet” afsnit 7.2 beskrives også, at de MRSA-positive oplever længere reaktionstid, når de kalder på personalet, end før de blev isolationspatienter. Heri ligger der også magtudøvelse, der stiller disse patienter ringere.

Personalet er bekendt med de regionale retningslinjer for isolation af MRSA-positive og refererer til PRI, deres udsagn bærer dog præg af en vis form for stereotypisering, jf. Link og Phelan element 2 (Link & Phelan 2001). F.eks. med udtalelser som, ”*vi har en standard og så kører en helt speciel rutine, eller vi går ind i PRI og finder retningslinjen og så smækker vi et skilt op*”. Selvom personalet fremhæver, at de følger retningslinjerne på området, giver udsagnene også et indtryk af pleje til en bestemt kategori, nogen som er en del af en gruppe, mere end fornemmelsen af det unikke individ.

### 7.1.2 Opsummering af Behandlingsforløb

Det at være isoleret beskrives af de MRSA-positive, som at være glemt og afskåret fra omverdenen og psykisk belastende. Det påvirkede deres forhold til personalet, personalet undgik dem, behandlingstilbud blev inddraget. Personalet medgav, at disse patienter fik færre besøg. Såvel personalet som de MRSA-positive beretter, at det var overvældende for de pårørende, der tog afstand og blev bange. I disse betragtninger ligger der elementer af - isolationspatienten op mod resten af verden og der er i elementer af adskillelse i, ”os og dem”, der kategoriserer disse patienter som en anden slags mennesker (Link & Phelan 2001). Hvorvidt det er personalets og de pårørendes intention underbygges ikke. Der er dog mange udsagn i relation til de regionale retningslinjer og særlige restriktioner, der kan underbygge en formodning om, at det er tiltagene i retningslinjen, der er årsagen til, at patienterne oplever adskillelse, grundet isolation og at de diskrimineres i form af længere forløb, hvilket forårsager en skævhed i magtforholdet, når de MRSA-positive er helt afhængige af personalet til at varetage basale behov. Man kan spørge, om ikke det er retningslinjerne på området mere, end det er personale og pårørende, der gør, at informanterne oplever elementer af stigmatisering, på baggrund af de handlinger og forholdsregler, personalet må tage.

## 7.2 Smittefarlig - At føles sig smittefarlig

Informanternes største bekymring i forhold til at være smittebærer var frygten for at smitte andre. De betragtede det som et paradoks, at de i egen optik var friske og raske. Uden for hospitalet var de en i mængden, men inde på hospitalet, udgjorde de en særlig smitterisiko. De var en trussel mod andre patienters sundhed og blev behandlet efter særlige retningslinjer. Temaet ”at føle sig smittefarlig” er identificeret ud fra følgende undertemaer i analysen: ”Trussel mod andres sundhed”, ”smittefarlig” og ”særlige retningslinjer”.

Informanterne berettede, at det var deres opfattelse i rollen som patienter, at personalet undgik dem og betragtede dem som smittefarlige. De var selv optaget af det faktum, at de kunne smitte videre eller havde smittet andre og oplevede det som belastende.

Dette giver Ole udtryk for gennem følgende udtalelse:

Ole: *”…i første omgang fik man jo nærmest at vide, at man var sådan en eller anden smittebombe, der kunne, hvis man bare rørte ved et håndtag eller sådan noget, så havde man smittet ens familie”.*

Kurt beskriver som det værste ved at have fået konstateret MRSA:

Kurt: *”… det værste…er at jeg har smittet min kone”.*

Lise konstaterer, at personalet der ugen forinden havde talt og leet med hende, undgik hende efter hun blevet konstateret MRSA-positiv:

*Lise: ”…personalet man før hen snakkede med ude på gangen, og sagde god morgen til og sådan noget, altså de kunne jo dårligt nok komme hurtigt nok ind med kaffen, og så løb de jo nærmest ud igen. Det var helt vildt, altså den reaktion, der var på det”.*

Lise oplevede, at personalet ændrede adfærd, efter at hun havde fået konstateret MRSA:

*Lise: ”…i forhold til at være en patient folk rendte inde ved, og bo på stue med andre, så var du jo ligefrem farlig oppe på sådan en afdeling, følte man..”.*

Følelsen af at være smittefarlig beskrives af Stine med udgangspunkt i de særlige restriktioner, der er for MRSA-positive:

*Stine: ”Jeg var den sidste på operationsbordet, jeg har ikke været på opvågningen, så man brugte operationsstuen til opvågning, for jeg ikke skulle komme ind og smitte nogen på opvågningen, eller de skulle til at gøre ekstraordinært rent”.*

Her har informanterne givet udtryk for deres oplevelser af at føle sig smittefarlig og at være en trussel for andre mennesker, dette indbefatter såvel pårørende, andre patienter og personale på sygehuset.

### 7.2.1 Diskussion af det at føle sig smittefarlig

Frygten for at smitte andre er en stor bekymring blandt bærere af MRSA (Lindberg et al. 2009; Andersson et al. 2011). Informanterne i ovenstående interview giver udtryk for følelsen af at være smittefarlig og i henhold til det at være smittefarlig, accepterer de restriktionerne for ikke at smitte andre. Ifølge Skyman kan en anden konsekvens af det at føle sig smittefarlig være sårbarhed på grund af negative reaktioner fra plejepersonalet, familiemedlemmer og andre patienter (Skyman et al. 2010). I ovennævnte interview gav især Lise udtryk for negative reaktioner fra plejepersonalet. At Lise har den kraftigste reaktion på personalets tilgang kan tilskrives, at hun er i et behandlingsforløb her og nu, hvor de andres indlæggelser ligger længere tid tilbage. De øvrige tre informanter berører konsekvensen af det at være smittefarlig gennem Ole og Kurts bekymring over at have smittet og kunne smitte sin familie, hvor Stine i højre grad beretter om konsekvenserne af det at være smittefarlig, i relation til hendes behandlingsforløb.

Lise og Oles oplevelse af personalets reaktioner bakkes op af Rådgiveren fra på SSI, der udtaler:

*”…MRSA-bærere føler, at de konstant bliver konfronteret med, at de udgør en smitterisiko og at sundhedspersonalet er rigtig gode til at gøre dem opmærksomme på, at de udgør en smitterisiko, og … det er grænseoverskridende, når patienten bliver klar over, at han udgør en risiko for andre mennesker”.*

Lise tolker personalets afstandstagen fra hende som frygt for smitte. Under interviewene med sygeplejerskerne gav ingen af dem udtryk for at frygte smitte, de henviste til de regionale og lokale retningslinjer på området og omtalte de hygiejniske principper. Personalet medgav dog, at disse patienter fik færre besøg, dog ikke på grund af smittefaren, men mere det, at det var omstændigt og tidskrævende at iføre sig værnemidler, hvorfor disse patienter fik færre besøg. Dette er også beskrevet i afsnit 7.3 Blandt informanterne gav 3 ud af 4 udtryk for, at de oplevede, at de fik færre besøg af personalet. Den sidste patient havde ikke noget sammenligningsgrundlag og var bevidstløs halvdelen af indlæggelsestiden. Med udgangspunkt i den afstandstagen Lisa beretter om, fortæller sygeplejerskerne følgende i forhold til afstandstagen:

Molly: *”…jeg kan mærke, at folk er irriterede, når de skal passe en isolationspatient over flere dage. Forstået på den måde, at så trækker man sig tilbage … nu kan jeg simpelthen ikke holde ud at være derinde længere… nu skal der en anden… det går ud over kontinuiteten for patienten. Det er den ene del af det”.*

Pia*: ”Jeg tror da, at de har det ligesom alle, de føler jo ikke, de er syge, så hvorfor skal de behandles som om, de er så syge”.*

I ovenstående argumenterer Pia for, at MRSA patienterne ikke er anderledes eller føler sig anderledes end andre patienter. Udsagnet indikerer, at hun ikke betragter de MRSA-positive som mere smittefarlige end andre patienter. Hun angiver dog at kende til angsten for smitte blandt kolleger og beretter:

Pia: *”…der er nogen, de kan slet ikke snakke med de pårørende, fordi de ser dem som bærende også…. og der er nogen, der er klar til at hente spritten, så snart de (pårørende) bare er kommet til at lægge hænderne på bordet oppe ved disken inde i receptionen”.*

Personalet erkender ikke frygten for at blive smittet. Pia beretter om kolleger, hun mener er bange for smitte. Noget kan tyde på, med udgangspunkt i personalets udsagn i udførte interview, at det nærmere er restriktionerne i retningslinjerne, der er årsag til oplevelsen af den afstandtagen, som Lise oplever fra personalets side. Molly beretter, at man kører træt i at passe disse patienter grundet alle restriktionerne. En portugisisk undersøgelse blandt sygeplejersker beskriver, at 80% af sygeplejerskerne mente, at de var i risiko for at erhverve sig MRSA, men udtrykte først og fremmest bekymring ved det øvrige personale manglende overholdelses af retningslinjerne i brugen af værnemidler og oplevede i 88,5% af tilfældene dette som en risiko for smitte (Pedro et al. 2014). Studiet er dog kun udført blandt 10 sygeplejersker og må evidensmæssigt betragtes som meget smalt. Der er dog tendenser, der tyder på, at anvendelsen af værnemidler, er et centralt omdrejningspunkt i personalets omgang med patienterne.

En anden årsag til dementierne om frygten for smitte hos det interviewede personale kan handle om manglende lyst til at indrømme frygten for smitte, da dette vil stå i kontrast til en professionel adfærd. Det kan også være sådan, at personalet føler sig sikre og velbevandrede i de infektionshygiejniske retningslinjer på området og derfor ikke frygter smitte. Noget der ikke helt underbygges af udsagnene fra personalet side i afsnit 7.1.

### 7.2.2 Stigmatiserende elementer ved det at være smittefarlig

I indeværende afsnit holdes fremkomne fund i analyse- og diskussionsafsnittet omhandlende det at være smittefarlig op mod Link og Phelans 5 elementer i definitionen af stigmatisering.

De fleste menneskelige forskelle er oftest socialt irrelevante, såsom farven på dine øjne eller hvorvidt du har mørkt eller lyst hår. Men andre forskelle kan føre til en negativ social identifikation og ensretning af vedkommende som individ. Når en person bliver **mærket/mærkning** med en negativ social identifikation forbundet med negative karakteristiske, har det en social betydning (Link & Phelan 2001), for hvordan personen selv og andre opfatter vedkommende i vores konstante fortolkning af os selv og omverden. **Mærkning** beskrives som den første definition af de 5 elementer indeholdt i Link og Phelans definition stigmatisering. De MRSA-positive informanter omtaler selv det at være smittebærer med negativt ladede betegnelser og bidrager til en mærkning i en vis form for selvstigmatisering gennem den måde, de beskriver sig selv med negative karakteristika.

I sygeplejersken Pias udsagn omhandlende hendes kollegers reaktion på de pårørende til MRSA-positive indgår det andet element fra Link og Phelan – **stereotypisering,** der omfatter kulturelle overbevisninger, som kobler de mærkede personer med uønskede egenskaber til personer med lignende egenskaber. Individet ses ikke som unikt, men som tilhørende en gruppe med samme egenskaber, oftest er der tale om negative stereotyper (Link & Phelan 2001), idet Pia beskriver, at hendes kolleger opfatter de MRSA-positives pårørende som MRSA-positive. Her opfattes de pårørende som en del af en gruppe - de MRSA-positive og ikke som unikke individer. Hvorvidt kollegerne ser på de MRSA-positive på samme måde, kan dog ikke udledes.

### 7.2.3 Opsummering af det at være smittefarlig

I ovenstående afsnit fremgår det at de MRSA-positive informanter var bekymrede for at smitte andre og accepterede de restriktioner, de blev underkastet for ikke at sprede smitte. Informanternes største bekymring i forhold til at være smittebærere, var frygten for at smitte. Informanterne var af den opfattelse, at personalet ændrede adfærd og undgik dem.

Det interviewede personale erkender ikke frygten for at blive smittet. Personalet medgav dog, at disse patienter fik færre besøg, dog ikke på grunde af smittefaren, men mere det, at det var omstændigt og tidskrævende at iføre sig værnemidler, hvorfor disse patienter fik færre besøg. De MRSA-positive informanter omtaler selv det at være smittebærer med negativt ladede betegnelser og bidrager til en mærkning i en vis form for selvstigmatisering gennem den måde, de beskriver sig selv med negative karakteristika. Der forekom elementer af stereotypisering af den MRSA-positive og dennes pårørende i personalets opfattelse af de pårørende.

## 7.3 At føle sig dårligt behandlet

I de gennemførte interview beretter de MRSA-positive informanter om følelsen af at blive dårligt behandlet, herunder følelsen af negativ forskelsbehandling, i relation til de informationer, som de MRSA-positive modtog. Ligesom de påpegede sundhedspersonalets holdninger til dem, som negative og at personalet distancerede sig fra dem.

Temaet at føle sig dårligt behandlet er identificeret ud fra følgende undertemaer i analysen: ”stemplet”, ”dårligt behandlet”, ”grænseoverskridende”, ”uprofessionel behandling” og ”særlige retningslinjer”.

De MRSA positive informanter anvender sig af meget negativt ladede ord, når de skal berette om deres opfattelse og følelser omhandlende personalets optræden og holdninger til dem.

Ole og Lise beretter:

Ole: *”..hvad de tror det er og alt sådan noget. Så bliver det jo nærmest gjort sådan helt pestagtigt. De tør ikke omgås en og alt sådan noget”.*

Lise: *”…og så er der nogen, de vil dårligt nok være inde ved en, flygter, lige så snart …. Jeg har en oppe i afdelingen, hun er fuldstændig rundt på gulvet, hver gang jeg er der. Og jeg kan slet ikke forstå, at de sætter hende til at passe mig, fordi hun bryder sig virkelig ikke om mig”.*

Flere informanter fortæller i relation til at føle sig dårligt behandlet, at deres undersøgelser bliver aflyst, eller at de er blevet sat bagerst i køen og at de ikke bliver behandlet på lige fod med andre. Antydninger om rengøring som årsag, forstærker følelsen af at være en smitterisiko for andre. Ole udtrykker de således:

Ole*: ”…jeg tror det var i juni måned eller sådan noget, der fik jeg at vide, at jeg først kunne blive opereret engang i oktober, fordi det skulle være den først komne fredag, sidst på dagen, hvor der var en ledig tid. Men jeg må nok sige, at det var jeg sådan lidt skuffet over, at jeg nærmest kun, fordi jeg var uren…”.*

Ligesom en uprofessionel adfærd bidrager til følelsen af at modtage dårlig behandling. I samme forbindelse fortæller Lise og Stine:

Lise: *”Jeg har såmænd haft stuegang af en læge, der stod i døren, der ikke ville ind. Ja. Så ud over døren blev åbnet, så tog vi den derfra. Og det synes jeg, det er ikke nødvendigt”.*

Lise supplerer:

Lise: *”så ligner de jo aliens alle sammen, når de kommer ind til en. Og der er meget forskelligt, nogle kommer i fuldt udstyr, hårnet og hele skidtet, og andre de har dårligt nok handsker på, når de kommer ind. Og det har været meget sådan forvirrende og træls, at der er nogen, der er sådan helt deroppe, og så er der nogen der ligesom lige har handsker på selvfølgelig, men det er vidt forskelligt, og det er det, jeg synes, der har været mest irriterende”.*

Stine*: ”…. deres holdning sådan generelt til MRSA er også vidt forskellig, altså nogen er jo direkte angst for det, og andre tager det med et gran salt, altså”.*

En uprofessionel behandling fra personalets side, som ovenfor beskrevet, forstærker informanternes følelse af at blive dårligt behandlet. En læge med kendskab til stafylokokbakterien, hvilket bør være indbefattet i den basale viden om mikrobiologi bør vide, at en sådan ikke er luftbåren og såfremt vedkommende ikke skal rører ved patienten, kan han/hun fint gå ind på stuen og tale med patienten. Den faglige viden tilsidesættes muligvis her i frygten for smitte. Stine bliver frustreret over ”sygeplejerskens” holdninger, og undre sig over hvorfor der er så mange restriktioner for hende, mens sundhedspersonale som befinder sig i en risiko ikke skal screenes for MRSA:

Stine: *”..en sygeplejerske fortæller, at hun er sikker på, hun har MRSA, fordi hendes far har en gård med svin, og hun arbejder der i sin fritid. Hun er bare bevidst ikke blevet undersøgt, fordi så kunne de jo ikke finde ud af det. Det var sådan en af de oplevelser, der midt i at man er syg og bange, og alt er øv, så ….. det var bare frustrerende. Vildt frustrerende, at jeg ingenting måtte, jeg måtte ikke engang gå på toilettet op til den der undersøgelse, og hun måtte stå og behandle”.*

Ifølge rådgiver fra Statens Serum Institut, ”synes rigtig mange patienter, at de har fået en dårlig behandling, alene pga. Af det at de har MRSA, og har oplevet, at de er blevet sat bagerst i køen, at de har fået aflyst deres planlagte undersøgelser eller behandling, og at de har været mere overladt til dem selv. Mangel på information og følelsen af uvidenhed fra personalets side giver også en oplevelse af et utilfredsstillende forløb og følelsen af at føle sig dårligt behandlet.

Et andet aspekt af at føle sig dårligt behandlet hænger sammen med isolationsforanstaltningerne. Her beretter Lisa at personalet er længere tid om at reagere:

Informanterne føler at personalet er længere tid om at reagerer:

Lise*: ”Efter jeg fik MRSA, føler jeg mig dårligt behandlet, fordi før hen, hvis der var noget, og man ringede, der var ikke en responstid på sekunder, vi er stadigvæk oppe i minutter, men man er hjælpeløs, fordi du kan ikke gå ud, og ligesom sige, prøv lige at høre her, hvis ikke de reagerer på klokken…”.*

Personalet påpeger at det tager tid at iføre sig værnemidlerne, hvorfor det tager længere tid, når pt. ringer.

Lise beretter om at føle sig dårligt informeret:

*Lise: ”Altså det eneste jeg fik at vide, det var, at jeg havde en multiresistent bakterie, og jeg skulle isoleres. Det var alt den information jeg fik, og så blev jeg ellers eskorteret op på en stue, og så blev døren lukket…. Jeg fik ikke at vide, hvor det var henne, jeg fik ikke at vide noget som helst. Jeg sat alene i 4 timer på en stue, før der kom en læge Og så fik jeg at vide, at sådan og sådan foregik det, og podning og isolation osv. Og så gik hun egentlig igen, og så kunne man ellers have natten for sig selv, og sidde og tænke over det. -Og jeg synes ikke, informationen var særlig god. Det må jeg indrømme”.*

Stine supplerer:

Stine: *”Sundhedspersonalet har været meget i tvivl om, hvordan jeg skulle behandles, og der har helt klart ikke været ens retningslinjer for dem, så det har været meget forskelligt, om jeg har været på ambulatoriet, om jeg har været oppe på sengeafdelingen og har været indlagt, eller om jeg har været nede på operationsgangen, eller jeg har været oppe til en undersøgelse et andet sted. Jeg har aldrig fået den samme behandling”.*

I overstående tekst beskriver informanternes oplevelser af, at føle sig dårligt behandlet på hospitalet Det kommer til udtryk igennem følelsen af at komme bagerst i køen, at personalet reagerer langsommere på deres kald og følelsen af at personalet handler uprofessionel ved enten at tage ting med et gran salt eller modsat overdrive anvendelsen af værnemidler.

### 7.3.1 Diskussion af at føle sig dårligt behandlet

Den af personalet uensartet anvendelse af værnemidler beskrives som mest irriterende og kan bunde i at man selv får følelsen af at være uren, men også rygter at smitte andre.

Eksperten fra SSI udtaler, at det er grænseoverskridende når patienten bliver klar over, at han/hun udgør en risiko for andre mennesker. Ifølge link & Phelan, kan det være forbundet med, at være mærket og udpeget som anderledes, samt tab af status og en følelse af diskrimination (Link & Phelan 2001). Hvilket kan medføre negative reaktioner blandt de som tilhører den udpegede gruppe og som bliver udsat for en strukturel forskelsbehandling. Begge elementer er udtrykt i ovenstående.

At være MRSA-positiv bliver ikke overset på et hospital, der kommer et skilt på døren, man er mærket. Menneskelige uligheder, såsom et bærerskab af MRSA, kan hermed føre til en negativ social identifikation og ensretning af vedkommende som individ, en stereotypisering (Link & Phelan 2001). Der kan derigennem også opstå en risiko for selv-stigmatisering, hvor den MRSA positive, under påvirkning fra omgivelserne selv kan forstærke den følelse eller dette ”mærke”. Dels grundet frygten for at smitte andre, hvilket kan føre til social afholdenhed eller selvvalgt isolation, eller grundet frygten for at blive afvist af og evt. miste venner eller at miste sit arbejde (Andersson et al. 2011). I Sundhedsstyrelsens, vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA 2012, findes restriktioner som skal forebygge spredning af MRSA, men som også kan vurderes til at bidrager til tab af status og diskrimination af de MRSA-positive.

Det kan diskuteres hvad det er der giver følelsen af at blive dårligt behandlet. Et perspektiv, kan være de tidligere nævnte nationale vejledning og de regionale retningslinjer, som er skrevet som fakta-punkt form og ikke som prosa. Det kan diskuteres om de er anvendelige og forståelige for personalet. Det er diskutabelt når en læge på en stuegang fravælger at gå ind til en isoleret patient. Måske ville en enklere og mere eksplicit retningslinje give en øget tryghed blandt personalet, der igen ville kunne generere en bedre behandling af de isolerede MRSA-positive. Det findes forskning som konkluderer, at der er behov for mere klarhed i isolations retningslinjer (Seibert et al. 2014) og et behov for en strengere kontrol af det individuelle ansvar for de patient-professionelle interaktioner under hele behandlingsforløbet for MRSA patienter (Lindberg et al. 2014).

Det kan diskuteres om det høje Lix tal i den nationale vejledning har influeret forfatterne til den regionale retningslinjer i Region Nordjylland og at dette resulteret i en mindre begribelig retningslinje for sundhedspersonale i klinisk miljø. Hvorved forståelsen af og overholdelsen af retningslinjerne vanskeliggøres.

# 8.0 Metode diskussion

I metodeafsnittet diskuteres og vurderes specialets metode og anvendelighed i forhold til besvarelsen af specialets Problemformulering (afsnit 8.1). Herefter diskuteres validiteten af specialets fund (afsnit 8.2).

 I et kvalitativt studie er det nødvendigt at forholde sig kritisk til de metodiske valg, der foretages, da disse har indflydelse på den indsamlede empiri. Diskussion af validiteten af specialets resultater bidrager til at vurdere reliabiliteten af fundene.

I følgende afsnit foretages en vurdering af specialets metode. Der reflekteres over det kvalitative studie med semi-strukturerede interviews anvendelighed i forhold til besvarelsen af specialets problemformulering og hvorvidt informanterne var repræsentative, herunder hvilke styrker og svagheder, der vurderes af være i relation til udvælgelsen af informanter (afsnit 8.1).

## 8.1 Diskussion af specialets metode

## Den kvalitative metode til indsamling af data anses som værende velegnet til at besvare specialets problemformulering, idet der ønskedes af opnå en forståelse for MRSA-positives oplevelser ved indlæggelse på hospital. Der er i afsnittet Metode (afsnit 5) redegjort for metoder til indsamling af empiri for at skabe gennemsigtighed. Desuden er interviewguide og brev til informanter vedlagt som bilag, hvilket også øger gennemsigtigheden, se bilag 3 og bilag 4.

Fænomenologien anvendtes sammen med hermeneutikken som videnskabsteoretisk ståsted i specialet.

Fænomenologi betyder læren om det, der viser sig. Fænomenologiens hensigt er at beskrive menneskelig bevidsthed og erfaringer og er en betegnelse for metodiske, analytiske og filosofiske tilgange inden for human- og samfundsvidenskaberne (Brinkmann & Tanggaard 2015). Fænomenologien anvendtes i udarbejdelsen af interviewguide og i måden, hvorpå spørgsmålene blev stilles i interviewene, hvor det var essentielt for forfatteren, at interviewene afspejlede verden, som de MRSA-positive og sundhedspersonalet oplevede den og at det undersøgte var det, informanterne oplevede, følte og tænkte. Den fænomenologiske metode vurderes velegnet til at afdække, hvorledes informanterne oplevede det at være indlagt. Som forholdsvis uerfaren interviewer var den fænomenologiske tanke støttende for forfatteren i udarbejdelsen af interview guiden og i spørgeteknikken, der anvendtes undervejs.

I søgningen efter at opnå en større forståelse for, hvordan MRSA-positive oplever mødet med sundhedsvæsenet ved hospitalisering, med henblik på at kunne udvikle nye tiltag, er der valgt hermeneutisk tilgang, idet hermeneutikken beskæftiger sig med fortolkningskunst og læren om forståelse (Birkler 2005). Hermeneutikken benyttedes i indeværende speciale som en meningsfortolkende metode til at forstå, beskrive og fortolke oplevelsesfænomenet hos MRSA-informanterne og indgik sammen med Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse, inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015) i analysen af den i interviewene fremkomne empiri.

En forudsætning for et godt interview-resultat er bevidstheden om, at forfatterens egen forforståelse og fordomme kan påvirke de indsamlede data (Vallgårda & Koch 2013). Gadamers syn på forforståelse, udlagt af Torben K. Jensen, hjalp mig og inspirerede mig i analysen af empirien til at stille spørgsmål til mine fund og de ”før-domme”, jeg hele tiden gjorde undervejs i gennemlæsning af transskriberingerne og analysen. Det var ikke muligt at sætte min forforståelse i parentes, som fordret i fænomenologien, hvorfor kombinationen i anvendelsen af en fænomenologisk – hermeneutisk tilgang var nyttig, min forforståelse blev en refleksiv forforståelse på baggrund af den hermeneutiske tilgang.

Som analysestrategi anvendes meningskondensering til at analysere informanternes udsagn. I analysens meningskondensering tages der udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 5 stadier for analyse inspireret af Amadeo Giorgis (Kvale & Brinkmann 2015).

Meningskondenseringen har til formål at gå ud over det, der direkte bliver sagt og udvikle strukturer og meningsrelationer, der ikke umiddelbart fremtræder i teksten. Gennem analysen af de mange udsagn og relativt store mængder data var meningskondenseringen en systematisk analysestrategi, som bidrog til at få fremanalyseret specialets resultater. Sammenlagt vurderes specialets resultater som valide.

Forfatteren havde til en start en forforståelse af, at han gennem specialet kunne fremføre data, der var valide på både regionalt og nationalt niveau. Den forforståelse blev i rekrutteringen af informanter og analyse af data hurtigt og effektivt skudt i sænk. Hvorfor reliabiliteten af data derefter ikke var et mål for alle MRSA-positive, som indlægges, men blev de 4 MRSA-positives oplevelser ved indlæggelse på hospital. Det kan derfor diskuteres, om undersøgelsens resultater lever op til kravene om reliabilitet, idet essensen af de MRSA-positives oplevelser er subjektive og bundet op på informanternes kontekstuelle erfaringer. Dog ses der et sammenfald mellem dette speciales resultater i relation til oplevelsen af isolation og behandling og resultater fra eksisterende undersøgelser omhandlende patienters oplevelse af isolation og konsekvenserne heraf i behandlings øjemed. Dette kan styrke overførbarheden i indeværende speciale.

### 8.1.2 Interviewguiden

Interviewguiden har været et støttende værktøj til at sikre, at alle aspekter af problemformuleringen blev belyst. Ved brugen af en interviewguide begrænses åbenheden og det kan desuden diskuteres, om en interviewguide stemmer overens med valget af den fænomenologisk metode, hvor forfatteren skal være åben for at kunne forfølge de historier, som informanterne finder vigtige. I praksis betragtes interviewguiden som et vigtigt værktøj til at indhente relevant viden til besvarelse af problemformuleringen. I interviewene med de MRSA-positive, blev alle spurgt som det første: ”Vil du fortælle, hvordan det gik til, at du fik konstateret MRSA”? Spørgsmålet har fungeret som et åbningsspørgsmål eller en konkret fortælling, som interviewet har kunnet bygge videre på.

### 8.1.3 Rekruttering af informanter

I specialet foretages semi-strukturerede interviews med MRSA-positive informanter. Det var

ikke nemt at rekruttere informanter. Som belyst i afsnit 5.2.2 var rekrutteringen af informanter en tidsmæssigt lang proces. På grund af udfordring med at finde informanter, blev fjerde og afsluttende interview udført den 12. Maj 2016, og rent tidsmæssigt blev specialet rigtig presset med hensyn til bearbejdningen af data. Specialet startede ud med at have borgere med MRSA 398 som undersøgelsesområde, men udfordringer med rekrutteringen af informanter gjorde, at specialet måtte omdefinere målgruppen til alle MRSA-positive, som havde været indlagt på hospital. Her kunne forfatteren have været mere forudseende og fra begyndelsen af haft alle MRSA-positive som målgruppe.

Mangel på informanter gjorde, at de blev fundet mere eller mindre tilfældigt og homogeniteten i gruppen repræsenterer måske ikke den variation, der er blandt de MRSA-positive. Aldersmæssigt rammer informanterne i dette speciale, median alderen for de MRSA-positive (SSI 2016c) og er således repræsentative. Det vurderedes også som positivt, at det var muligt af få begge køn repræsenteret ligeligt, selvom kønnet ikke har været et inklusionskriterie i denne undersøgelse.

Hvorvidt informanternes oplevelser ved indlæggelse på hospital er repræsentative for hospitaliserede MRSA-positive er vanskeligt at svare på. De der gerne ville lade sig interviewe var måske de, der var mest utilfreds eller havde noget på hjertet, på den anden side, kan det også være sådan, at de der undrer sig mest også er i stand til at give et nuanceret billede, der kan bidrage til den videre forståelse.

Der findes en risiko ved at sample informanter via ”snowball” effekt, i og med man risikerer at få en større homogenitet mellem informanter, som er bekendte med hinanden, hvorved diversiteten bliver mindre. Man kan antage, at informanterne med individuelle forløb i sundhedsvæsenet, forholder sig anderledes til deres oplevelser ved hospitalisering alt efter, hvornår de fik deres diagnose og hvor lang tid det er siden, de var indlagt. At de med et distalt behandlingsforløb er mindre kritiske og de med en mere proksimal, aktuel problemstilling, som fylder meget i nuet, måske er mere kritiske.

Informanten ”Kurt”, havde et meget neutralt interview, hvor han fortæller, at han ikke havde været indlagt på hospital, hvilket forfatteren vidste, at han havde. Her kan jeg reflektere over, at hans kone efter interviewet med ”Kurt” fortalte, at ”Kurt” havde været ude for et uheld, hvor han var bevidstløs ved indlæggelsen på hospitalet og at han efter uheldet har en udfordring med hukommelsen. Havde forfatteren haft denne viden før interviewet eller haft mere erfaring med at interviewe, havde han sikkert kunnet stille flere supplerende spørgsmål, hvilket kunne have givet et mere fyldestgørende interview.

Med tanke på kvaliteten af indholdet i interviewerne er det tydeligt, at nogle informanter er mere velformulerede, nuancerende og analyserende i deres beretninger og har reflekteret mere og kan se en sag fra flere synsvinkler. Dette afspejles tydeligt i, at der er forskel i uddannelseslængden hos informanterne. Desuden ses det tydeligt, at de kvindelige informanter, er mere sensitive for nuancer og holdninger i mødet med sundhedsvæsenet, hvilket giver yderligere en dimension.

Med viden om udfordringen af at rekruttere informanter, kunne forfatteren med fordel, på et tidligere stadie, have arbejdet mere aktivt for at få fat i informanter, for at slippe for at komme i tidsnød. Flere informanter havde givet mig muligheden at få mere erfaring i at interviewe, hvilket havde øget kvaliteten af interviewene og genereret en mere omfangsrig empiri, der kunne bidrage med en mere fyldestgørende analyse og konklusion.

## 8.2 Diskussion af resultater

I dette afsnit diskuteres validiteten af de fund, der er fremkommet gennem interviewene.

Der er foretaget semistrukturerede enkeltinterviews, hvilket man med fordel kan anvende, når der er tale om tabuiserede emner, da der gennem interviewet er en mulighed for at skabe en tryg ramme, hvori informanterne kan tale åbent og frit. MRSA er måske ikke direkte tabuiseret, men det at være MRSA-positiv indeholder helt sikkert elementer heraf, hvorfor de enkeltstående interviews skønnes at have bidraget til kvaliteten af resultaterne. Et fokusgruppe-interview skønnes at have en risiko for, at informanterne ikke ville møde op og blotte deres bærerskab for andre, eller de meget negativt ladede ord, som flere at informanterne brugte om det at være smittefarlig eller om at føle sig dårligt behandlet, kunne have startet en negativ spiral, som havde forstærket indtrykket i en negativ retning.

Hukommelsesbias er en medfølgende risiko ved retroperspektive undersøgelser, der trækker på information baseret på informanternes hukommelse. I indeværende studie lå visse informanters indlæggelse mere end to år tilbage. Det første inklusionskriterie hed indlæggelse indenfor 12 måneder, men grundet mangel på informanter måtte dette udvides til 36 måneder. Der er således en risiko for at informanterne fremkommer med urigtige oplysninger, ikke fordi de ønsker at tale usandt, men fordi det er sådan, de husker det (Kvale & Brinkmann 2015). I interviewene er udsagn om det at være smittefarlig, personalet og behandling fra Lises nuværende behandlingsforløb mere negative og detaljerede, end eksempelvis udsagn fra Stines behandlingsforløb, der ligger knapt 2 år tilbage.

# 9.0 Forandringsforslag

På baggrund af specialets analyse og diskussion, er det tydeligt, at information og viden om MRSA, samt retningslinjen herom, har betydelig indflydelse på personalets holdninger og adfærd. Dette har også indvirkning på patienternes tillid til personalet og trygheden i indlæggelsen. Beroende på udsagn fra personalet, er information og viden fra MRSA-retningslinjer let tilgængelige. Dog påpeger både patienter og sundhedspersonale gentagne gange, at der er negative aspekter ved hospitalisering, der berører de regionale MRSA-retningslinjer. Det drejer sig f.eks. om tiltag, som besværliggør og forhaler indlæggelsen eller uensartet adfærd (hos personalet), der gør MRSA-patienter utrygge. Følgende afsnit har således til formål at belyse forandringsforslag, der kan gøre tingene lettere og mere ensartet (og dermed skabe mere tryghed for patienterne).

## 9.1 De nationale og regionale retningslinjer

Sundhedsstyrelsens vejledning og de regionale retningslinjer er skrevet til ledere og personale i sundhedssektoren. Der er anvendt termer inden for infektionsforebyggelse og der anvendes mange komplicerede ordvalg (Sundhedsstyrelsen 2012; RN 2013). Lix-tallet i vejledningen er højt, og selv for forfatteren, som har en sundhedsprofession, forekommer der flere ord og termer i vejledningen, som er ukendte. Vejledningen vurderes ikke at være tilpasset brugerne i sundhedssektoren, men eksperter på området. Der fordres et indgående kendskab til MRSA og det historiske perspektiv i forebyggelsen af MRSA, for at forstå Sundhedsstyrelsens vejlednings argumentation.

På baggrund af interview udsagn fra både MRSA-positive og personaler kan det tyde på, at personalet ikke fuldt ud forstår retningslinjerne eller forstår hensigten med disse. Det skulle kunne forklares med, at de otte forskellige regionale retningslinjer, omhandlende MRSA, er skrevet mindre anvendelige og forståelige for personalet, som eksempelvis i retningslinjen om isolation af MRSA positive, hvor beskrivelserne af værnemidler står flere steder og kræver grundig gennemlæsning. Retningslinjen kunne med fordel bygges op som et opslagsværk. SSI eksperten forklarer den manglende begribelighed med, at retningslinjerne er udarbejdet ud fra en forudsætning om, at sundhedspersonale har en grundlæggende viden om infektionshygiejne. Selvom sundhedspersonale kan læse retningslinjen, er det ikke ensbetydende med, at de har det tilstrækkelige faglige fundament til at forstå dem. Retningslinjerne benytter sig ikke af prosa og forklaringer og indholdet i retningslinjerne ligger lige så meget i det, der ikke står og det skrevne ord. Endvidere er der behov for skriftligt informationsmateriale, der beskriver, hvad de MRSA-positive kan forvente sig vedrørende anvendelsen af værnemidler og isolation.

## 9.2 Udfordring med otte forskellige retningslinjer

Det at personalet handler forskelligt, når det gælder værnemidler, er til stor frustration for de MRSA-positive og sundhedspersonalet imellem, også selvom det ikke nødvendigvis skønnes som ukorrekt adfærd, da der er forskellige anvisninger afhængig af situationen fordelt på otte forskellige retningslinjer, der skal søges op enkeltvis. Det er derfor spørgsmålet, om de regionale retningslinjer er anvendelige og begribelige i praksis. I interviewerne opleves personalets handlinger ikke at være begribelige for patienterne og måske heller ikke helt begribelige af personalet selv, idet visse personaler udtalte sig om forholdsregler, der ikke var i overensstemmelse med retningslinjerne. Retningslinjerne kunne med fordel ensartes, når det kommer til værnemidler, da ensartethed vil give en signalværdi, der skaber tryghed for patienterne. Endvidere vil retningslinjerne med fordel kunne samles i et dokument/opslagsværk.

## 9.3 Behov for eksplicitte retningslinjer

Ifølge specialet foreligger der her et behov for en sundhedsfremmende forandring i form af

* En tydeligt, ensartet, nuanceret og enkelt forståelig regional retningslinje til klinisk brug, hvor man er opmærksom på at anvende et sprog, som er let tilgængeligt for brugeren
* At ensarte tiltag, så de bliver forståelig for personale og patienter
* At samle alle de otte forskellige MRSA-retningslinjer til én og samme MRSA-retningslinje, som findes lettilgængelig på et og samme stede for sundhedspersonalet
* At udarbejde informationsmateriale til indlagte MRSA-positive om MRSA og isolation.

Ovenstående sundhedsfremmende forandringsforslag ville give en mere gennemskuelig retningslinje, ud i fra et bruger- og patient-perspektiv og give en langt større signalværdi af tryghed og vil eksplicitere information og viden hos personalet og hos de MRSA-positive, hvilket vil bidrage til, at patienterne føler sig mindre diskriminerede og utrygge under indlæggelse og dermed bidrage til at mindske risikoen for stigmatisering. Behandlingskvaliteten ville højnes gennem en større ensartethed og gennemskuelighed i plejen. Via viden, åbenhed og fokus på at det eksisterer en forskelsbehandling mellem de, der er isoleret og dem som ikke er det, er der behov for nærmere undersøgelse heraf hen mod mindre forskelsbehandling og en rettidig behandling som den nationale vejledning på området dikterer.

# 10.0 Konklusion

I følgende afsnit konkluderes der på de fund der er gjort i forbindelse med besvarelsen af specialets problemformulering:

”Hvordan oplever MRSA-positive mødet med sundhedsvæsenet ved indlæggelse på hospital”?

Gennem det semi-strukturerede interview, hvor hensigten var at opnå en forståelse for de MRSA-positives oplevelser ved indlæggelse blev der udført i alt ni interview, med fire MRSA-positive med erfaringer fra indlæggelse på hospital, fire sundhedspersonaler fra Aalborg Universitetshospital og en ekspert fra Rådgivningslinjen vedrørende husdyr-MRSA under SSI.

I henhold til specialets analyse og diskussion konkluderes det, at informanternes oplever: at de som isolationspatienter får et dårligere behandlingsforløb med længere ventetid, færre tilsyn fra personalet og manglende information om det at have MRSA. Patienterne oplevede også overvejende at de blev behandlet uprofessionelt, De følte sig utrygge, når personalet agerede forskelligt især når det kom til manglende konsekvens i anvendelsen af værnemidler.

På baggrund af analyse og diskussion fremgik det at de MRSA positive under deres indlæggelsesforløb oplevede alle 5 elementer, indbefattet i Link og Phelans definition på Stigmatisering. Det virker dog som stigmatisering kommer til udtryk på baggrund af flere faktorer, dels gennem personalet ageren, men restriktionerne på baggrund af de regionale retningsliner om isolation for MRSA, såsom isolation og de længere ventetider, indgik også som en medvirkende faktor der bidrog til stigmatisering.

Gennem interviewerne konstateredes der forskellige oplevelser af mangel på information og usikkerhed om det at være MRSA-positiv på hospital og hvorledes sundhedspersonalet skulle agere. Hovedparten af informanterne vil gerne have, mere viden om MRSA og mere eksplicitte retningslinjer.

Interviewerne afspejler at de regionale retningslinjer, omhandlende MRSA, er skrevet mindre anvendeligt og forståeligt for sundhedspersonalet. Med et sprog som ikke er tilpasset brugerne. Det er kompliceret for personalet, at det findes otte forskellige retningslinjer omhandlende MRSA, og at information om en anvisning skal søges flere forskellige steder i teksten under forskellige afsnit.

# 11.0 Perspektivering

I indeværende afsnit reflekteres der over relaterede tiltag, som med fordel kan udforskes i relation til MRSA positive patienters oplevelse af indlæggelse på hospital. Der funderes også over tiltag, der kunne minimere varigheden af den tid en MRSA-positiv er isoleret ved screening.

På baggrund af analyse af diskussion er det tydeligt, at information og viden om MRSA, isolation og MRSA-retningslinjer har betydning for den MRSA-positive og sundhedspersonalets holdninger, erfaringer og oplevelser. Det er en information og viden, som tilsyneladende virker så logisk, at det ikke er dokumenteret, hvor stor indflydelse, information og viden egentligt har. Både sundhedspersonale og MRSA-positive påpeger, at der er flere aspekter ved hospitalisering af de MRSA-positive, som kunne gøres anderledes. Følgende afsnit har til formål at belyse de perspektiver, som informanter og sundhedspersonale nævner som ønskværdige for fremtiden.

## 11.1 Optimering af behandlingsforløb

På baggrund af de MRSA-positive informanter og de interviewede sundhedspersonalers udsagn, udledes det, at det, at være isoleret, overvejende er forbundet med en negativ oplevelse i form af en psykisk belastning, indeholdende elementer af stigmatisering blandt andet i form af diskriminering og stereotypisering samt følelsen af at være underlagt forhold, man ikke selv har indflydelse på – magt. Der var også en opfattelse af et ringere behandlingstilbud samt forlænget eller udskudt behandlingstid. Dette understøttes i en undersøgelse af Barratt, som viser, at isolation påvirker kvaliteten af pleje (Barratt et al. 2011). De MRSA-positive giver udtryk for, at det var hårdt, at være isoleret og personalet supplerede med, at et forløb, hvor en patient var isoleret, tog længere tid end et såkaldt almindeligt forløb. Argumenterne for de forlængede og udskudte behandlingsforløb var sparsomme, rengøring blev flere gange nævnt som en væsentlig årsag, både i forbindelse med udskydelse af behandling og aflysning af undersøgelser og operation. Som tidligere nævnt i specialet indikerer eksisterende forskning på området, at isolationstiden skal være så kort som muligt, for at minimere følelsen af at være indespærret (Skyman et al. 2010). Der er brug for mere forskning på området til at redegøre for, om der rent faktisk sker en diskriminering af de på hospitalet isolerede patienter i form at forlængede forløb og ventetider. Ligesom der er brug for mere viden om, hvad der ligger til grund for et nedsat behandlingsflow hos disse patienter og alle andre isolerede patienter, en tendens der er stærkt voksende.

Her må man antage, at det også findes en tredje part i form af samfundet, som også er interesseret i et kortere og mere omkostningseffektivt forløb. Idet det er veldokumenteret, at et isolationsdøgn på hospital er dyrere end et ”almindeligt” sengedøgn (Jakobsen et al. 2015).

Er man MRSA-positiv ved indlæggelse, tager det som minimum 4 uger, inden man kan ophæve isolationen ved et accelereret forløb med månedlige opfølgninger i et ½ år og 8 måneder for et helt standard behandlingsforløb, forudsat at patienterne responderer på første behandling, hvilket ikke altid er tilfældet. De hospitalsforløb, hvor patienten indlægges som MRSA-positiv, vil som følge heraf komme til at foregå under isolation, men alle de patienter, der indlægges som tilhørende en risikogruppe og som skal screenes og i mellem tiden være isoleret, kan få færre isolationsdage end det for nuværende er tilfældet på baggrund af de diagnosticerings-muligheder, der findes i dag. Der findes i dag hurtig test, så patienter, isoleret på baggrund af mistanke om MRSA, vil kunne diagnosticeres inden for et døgn. Metoden er dog dyrere end den almindelige dyrkning, hvorfor den ikke benyttes som førstevalg i Region Nordjylland, hvor informanterne i interviewet kommer fra. Metoden anvendt i RN tager mellem 2-5 dage afhængigt af udfaldet og hvilken ugedag, du undersøges på, idet disse prøver ikke aflæses i weekenden. Det vil således være muligt at afkorte isolationstiden med flere dage, såfremt det økonomisk prioriteredes. Psykisk velbefindende for patienterne eller følelsen af ubehag er dog sjældent et vægtigt argument i de økonomiske prioriteringer i et presset sundhedsvæsen.

## 11.2 Et ønske om mindre variation i plejen

De MRSA-positive informanter i studiet beretter om manglende viden hos personalet og mangel på ensartethed i holdninger fra personalet i anvendelsen af værnemidler. Det, at personalet håndterede deres situation forskelligt, blev betragtet som et af de største irritationsmomenter hos patienterne. Uensartethed i anvendelsen af værnemidler blandt behandlende personale, opfattes som negativt af informanterne og gør dem forvirrede og utrygge.

Personalet begrunder i overensstemmelse med både de nationale og regionale retningslinjer, at anvendelsen af værnemidler i høj grad er situationsafhængig. Her er der tydeligt et behov for enten en ensartethed i retningslinjerne, hvilket kunne overskueliggøre behovet for anvendelse hos personalet og give patienterne en tryghed, ved signalværdien i ensartetheden. Alle gør det ens og ved, hvad de skal. Eller gennem et tydeligere informationsmateriale til de MRSA-positive ved indlæggelse på hospital. Da det er den grundlæggende viden og forståelse hos sundhedspersonalet og informanterne omhandlende MRSA, som afgør, om personalets adfærd opfattes som korrekt eller forkert. Med en mere fyldestgørende viden vil de MRSA-positive i højere gad få en forståelse for personalets ageren.

## 11.3 Patientens psykiske habitus

Et andet perspektiv i specialet, som ikke har været berørt, er de MRSA-positives psykiske habitus ved indlæggelse som isolationspatient. Kunne man forestille sig, at selve det at skulle isoleres, at personale optræder i værnemidler omkring dig, at der skal gøres ekstra rent, måske kan få dig til at føle dig stigmatiseret og sårbar. Måske er det ikke personalets adfærd eller evt. afstandstagen, der gør det. Men den adfærd de er underlagt via pligten til at følge retningslinjerne.

Informanterne er muligvis sensitive, grundet deres status som smittebærere, i mødet med alle restriktionerne og opfatter måske på baggrund af dette, personalets handlinger og diverse forebyggende foranstaltninger som grænseoverskridende? Det kræver meget information og støtte at være indlagt som isolationspatient. Noget der måske ikke bliver opfyldt, set i relation til at disse patienter angiveligt får færre besøg af personalet, end de ville have fået, hvis de var ”almindelige” patienter. Der er behov for øget fokus på denne gruppe og fokus på, om der er behov for øgede ressourcer til at løfte denne opgave. I ovenstående må der viseligt tages højde for, at studiet er et rent nordjysk studie og personalets ageren kun kan henledes til de regionale retningslinjer og derfor ikke kan tolkes som værende repræsentativt for hele landet. Studiet kan dog illustrere nogle tendenser, eftersom de regionale retningslinjer bygger på de nationale retningslinjer på området.

## Referencer

Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B., 2011. MRSA – global threat and personal disaster : patients ’ experiences RN , P h D. *International Nursing Review*, 58(1), pp.47–54. Available at: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=55625f4b-b65a-4c59-990e-30e9d8dd26a3@sessionmgr4001&vid=17&hid=4214.

Bager, F. (National F.I. et al., 2014. *DANMAP 2014 - Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark* B. (bibo@food. dtu. dk. Borck Høg et al., eds., Copenhagen. Available at: http://www.danmap.org/Downloads/Reports.aspx.

Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W., 2011. Behind Barriers: Patients’ Perceptions of Source Isolation for Methicillin-resistant'Staphylococcus aureus'(MRSA). *Australian Journal of …*, 28(2), pp.53–60. Available at: http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=053117896481014;res=IELHEA.

Bayer, R., 2010. Stigma and the ethics of public health redux: A response to Bell et al. *Social Science and Medicine*, 70(6), pp.800–801. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.061.

Birkler, J., 2013. *Etik i sundhedsvæsenet* 1. udgave,., København 2006: Munksgaard.

Birkler, J., 2005. *Videnskabsteori* 1. udgave,., København: Munksgaard Danmark.

Breinholdt, M., 2008. *Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*, København.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2015. *Kvalitative metoder: en grundbog* 2. udgave., København: Hans Reitzel.

CEI, 2016. Organisering, Central Enhed for Infektionshygiejne. Available at: http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Organisering.aspx [Accessed May 28, 2016].

Coppola, V. & Camus, O., 2007. Preventing without stigmatizing: The complex stakes of information on AIDS. *Patient Education and Counseling*, 67(3 SPEC. ISS.), pp.255–260.

Crocker, J. & Major, B., 1989. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), pp.608–630.

Dean, R., 2014. Stigmatization and denormalization as public health policis : some kantian thoughts. , 28(8), pp.414–419.

DER, 2014. Det Etiske Råds udtalelse vedrørende anvendelsen af antibiotika. *www.etiskraad.dk*. Available at: http://www.etiskraad.dk/~/media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Sundhedsvaesenet/Publikationer/2014-DER-Udtalelse-vedr-anvendelsen-af-antibiotika.pdf.

Dinesen, L., 2015. Patienter smittet med farlig bakterie på fynsk hospital. *Metroexpress*. Available at: http://www.mx.dk/nyheder/danmark/story/19124264.

DK. Domstole, 2016. *Højesterets kendelse, sag 74/2015*, Available at: http://www.hoejesteret.dk/hoejesteret/nyheder/Afgorelser/Documents/74-75-2015.pdf.

ECDC, 2015. ecdc.europa.eu/antibiotics/Pages/facts. *www.ecdc.eu*. Available at: http://ecdc.europa.eu/da/eaad/Pages/Home.aspx [Accessed February 15, 2016].

ECDC, EFSA & EMA, 2015. ECDC / EFSA / EMA first joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals 1 Joint Interagency Antimicrobial Consumption and Resi. *EFSA Journal*, 13(January), pp.1–114.

EDC/EMEA, 2009. *The bacterial challenge : time to react*, Available at: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909\_TER\_The\_Bacterial\_Challenge\_Time\_to\_React.pdf.

Effektivt-Landbrug, 2014. MRSA-smittet: Sygehus kan lære af svineproducenter. *www.landbrugnet.dk*. Available at: http://www.landbrugnet.dk/Artikler/32268/mrsa-smittet-sygehus-kan-laere-af-svineproducenter [Accessed February 19, 2016].

Gammon, J., 1999. The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(1), pp.13–21. Available at: http://europepmc.org/abstract/med/10214165.

Gill, J. et al., 2006. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: Awareness and perceptions. *Journal of Hospital Infection*, 62(3), pp.333–337.

Goffman, E., 1963. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, New York: Simon & Schuster.

Grundmann, H. et al., 2006. Emergence and resurgence of meticillin-resistant Staphylococcus aureus as a public-health threat. *Lancet*, 368(9538), pp.874–885. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68853-3.

Gøttler, K., 2014. Tre døde af dræberbakterie fra svin. *Ekstrabladet*. Available at: http://ekstrabladet.dk/112/article4705673.ece.

Haley, R. W. · Quade, D. · Freeman, H. E. · Bennett, J. V., 1980. The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design. *American journal of epidemiology*, Vol. 111(Iss. 5), pp.p. 472–485.

Hansen, K., 2016. Højesteret sætter L&F på plads i MRSA-sagen. *Gylle.dk*. Available at: http://gylle.dk/hoejesteret-saetter-lf-paa-plads-i-mrsa-sagen/ [Accessed May 25, 2016].

Jakobsen, M. et al., 2015. *Omkostninger ved husdyr-MRSA for sundhedsvæsenet i Danmark*,

Jensen, K., 2002. *Bekæmpelse af infektionssygdomme. Statens Serum Institut 1902-2002*, København: Nyt Nordisk Forlag. Available at: http://www.ssi.dk/~/media/Indhold/DK - dansk/Om SSI/jubilæumsbog.ashx.

Jensen, T.K., Jensen, L.U. & Kim, W.C., 1990. *Grundlagsproblemer i sygeplejen - Etik, videnskabsteori, ledelse & Samfund* 1. udgave,., Århus: Forlaget Philosophia.

Justitsministeriet, 2012. Bekendtgørelse om undantagelse fra pligten til amneldelse af visse behandlinger, som foretages for en privat dataansvarlig. *www.retsinformation.dk*. Available at: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=141758 [Accessed March 16, 2016].

Jørgensen, A., 2008. “Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme - tre sider af samme sag?” In *At forstå det sociale*. København: Akademisk Forlag.

Jørgensen, O., 2016. MRSA: Retssag må ikke forsinke aktindsigt. *www.aabenhedstinget.dk*. Available at: http://www.aabenhedstinget.dk/nyside/mrsa-retssag-suspenderer-ikke-afgoerelse-om-aktindsigt/ [Accessed May 25, 2016].

Kolmos, H., 2013. Svinemethicillinresistent staphylococcus aureus: Stop smitten nu. *Ugeskrift for Læger*, Sep 23;175(39), pp.2243–2246.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2010. *Det kvalitative forskningsintervju* 2. udgave,., Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, Norge.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* 3. udgave,., København: Hans Reitzels forlag.

Köck, R. et al., 2010. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA): burden of disease and control challenges in Europe. *Euro surveillance : bulletin européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 15(41), p.19688.

Lindberg, M. et al., 2009. Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation. *Journal of Hospital Infection*, 73(3), pp.271–277.

Lindberg, M., Carlsson, M. & Skytt, B., 2014. MRSA-colonized persons’ and healthcare personnel's experiences of patient-professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of Infection and Public Health*, 7(5), pp.427–435. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004.

Link, B.G. & Phelan, J.C., 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(2001), pp.363–385.

Norström Weile, B., 2015. Professor: Alt for sent fokus på MRSA - nu har vi en ægte bakterieepidemi. *Metroxpress*. Available at: http://www.mx.dk/nyheder/danmark/story/16331309.

O’Neill, J., 2016. TACKLING DRUG-RESISTANT INFECTIONS GLOBALLY: FINAL REPORT AND RECOMMENDATIONS THE REVIEW ON ANTIMICROBAL RESISTANCE. , (May).

Pedro, A.L., Sousa-Uva, A. & Pina, E., 2014. Endemic methicillin-resistant Staphylococcus aureus: Nurses’ risk perceptions and attitudes. *American Journal of Infection Control*, 42(10), pp.1118–1120. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.07.013.

Ploug, T., Holm, S. & Gjerris, M., 2015. The stigmatization dilemma in public health policy--the case of MRSA in Denmark. *BMC public health*, 15(1), p.640. Available at: http://www.biomedcentral.com.ep.fjernadgang.kb.dk/1471-2458/15/640.

RN, 2013. Hygiejnepolitik og Hygiejneorganisation. *PRI*. Available at: https://pri.rn.dk/Sider/12249.aspx [Accessed May 25, 2016].

RN, 2015. Infektionshygiejniske retningslinjer for MRSA. *PRI*. Available at: https://pri.rn.dk/Sider/simpel.aspx?k=MRSA&fa2cfe&fa2cfe8c9\_d53a\_42c7\_9e49\_51ebde83f655=(owstaxIdDokumentniveau%3A%23d12c0578-aaaa-4bc7-b648-e864afbfb0fd) [Accessed May 25, 2016].

Seibert, D.J. et al., 2014. Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers’ attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42(4), pp.405–411. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008.

Sjøgren, K., 2011. Sådan kommer vi af med de multiresistente bakterier. , (november).

Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L., 2010. Patients’ experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), pp.101–107.

SSI, 2016a. EPI-Nyt, Overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme. Available at: http://us6.campaign-archive2.com/?u=1e594c00ace1e260cd560ef48&id=d02f91c3b3&e=8d9e8ca7fe [Accessed May 25, 2016].

SSI, 2014. Fakta om MRSA og MRSA 398. Available at: http://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2014/2014\_05\_fakta om mrsa og mrsa 398.aspx.

SSI, 2015. *Myndigheder*,

SSI, 2016b. Statens Serum Institut, Antal tilfælde af MRSA 2007-2016. Available at: http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/Sygdomsdata.aspx?sygdomskode=MRSA&xaxis=Aar&show=&datatype=Laboratory&extendedfilters=False - HeaderText [Accessed May 25, 2016].

SSI, 2016c. Statens Serum Institut, grafer og tal. *www.ssi.dk*. Available at: http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/Sygdomsdata.aspx?sygdomskode=MRSA&xaxis=Aar&show=&datatype=Laboratory&extendedfilters=False#HeaderText [Accessed May 30, 2016].

SSI, 2016d. Sygehusene/regionerne. Available at: http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Organisering/Sygehusene-regionerne.aspx [Accessed May 28, 2016].

Sundhedsstyrelsen, 2013. Infektionshygiejniske Retningslinjer. *Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI)*, pp.1–12. Available at: http://www.ssi.dk/~/media/Indhold/DK - dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR Haandhygiejne.ashx.

Sundhedsstyrelsen, 2012. *Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA* 2. udgave., København S. Available at: http://www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering, 2007. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*,

Sørensen, L.. & Lundby Møller, S., 2014. Fødevarestyrelsen ved ikke hvordan farlig svinebakterie bliver spredt. *DR.dk*. Available at: http://www.dr.dk/nyheder/indland/foedevarestyrelsen-ved-ikke-hvordan-farlig-svinebakterie-bliver-spredt [Accessed May 25, 2016].

Thomsen, S., 2014a. Kenneth blev smittet med svine-MRSA: “Folk reagerade som om, jeg havde pest.” *www.politiken.dk*. Available at: http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2390156/kenneth-blev-smittet-med-svine-mrsa-folk-reagerede-som-om-jeg-havde-pest/.

Thomsen, S., 2014b. Smittede med svine-MRSA føler sig som spedalske. *www.politiken.dk*. Available at: http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2389734/smittede-med-svine-mrsa-foeler-sig-som-spedalske/.

Vallgårda, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1. udgave,., København: Munksgaard.

Vallgårda, S. & Koch, L., 2013. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* 4. udgave,., København: Munksgaard.

Wagner, B.M., Compas, B.E. & Howell, D.C., 1988. Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16(2), pp.189–205.

WHO, 2014. *Antimicrobial resistance, global report on surveillance*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\_eng.pdf?ua=1.

WHO, 2015. Ebola diaries: Changing health worker culture. Available at: http://www.who.int/features/2015/ebola-diaries-vallenas/en/.