

# MRSA i äldreomsorgen

En enkätundersökning om att vårda patienter med MRSA i  
hemvården

Ann-Louise Jussila

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Ann-Louise Jussila

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: MRSA i äldreomsorgen. En enkätundersökning om att vårda patienter med MRSA i hemvården.

---

Datum Mars 2018

Sidantal 29

Bilagor 4

---

### Abstrakt

Syftet med detta examensarbete var att beskriva kunskap hos vårdpersonal inom äldreomsorgen gällande vård av patienter med MRSA, samt undersöka hur vårdpersonalen förhindrar smittspridning av MRSA. Studien gjordes för att få en djupare förståelse för vårdpersonalens kunskaper och beteende, samt en insikt i om vårdpersonalen inom äldreomsorgen har tillgång till allt som behövs, både när det gäller kunskap och arbetsredskap, vid vård av patienter med MRSA. Undersökningen begränsades till hemvårdspersonal.

I denna studie användes enkätundersökning som datainsamlingsmetod. Datainsamlingen har skett under hösten 2017. Svaren på 21 stycken enkäter analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom att hemvårdspersonalen har grundläggande kunskaper om MRSA, men de flesta önskar få mera information och uppdaterade föreskrifter för hur smittspridning kan förhindras. När det gäller aseptiken saknar hemvårdarna möjligheten att tvätta händerna mellan patientbesök och handhygien sköts genom att använda handskar och handdesinfektionsmedel. Hemvårdarna saknar också en dialog mellan läkare, patient, anhöriga och hemvården.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: MRSA, antibiotikaresistens, vårdhygien, äldreomsorg, hemvård

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ann-Louise Jussila

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: MRSA vanhustenhuollossa. Kyselytutkimus MRSA-potilaiden hoidosta kotihoidossa.

---

Päivämäärä Maaliskuu 2018 Sivumäärä 29

Liitteet 4

---

### Tiivistelmä

Tämän tutkinnan tavoite oli kuvata hoitoalan henkilöstön tietoa MRSA-potilaan hoidosta, sekä tutkia miten hoitohenkilökunta yrittää estää MRSA-tartunnan leviämistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada syvempää ymmärrystä hoitohenkilökunnan osaamisesta ja käyttäytymisestä, sekä tietoa siitä, jos vanhustenhuollon hoitohenkilökunnalla on kaikki tarvittava tieto ja työvälineitä hoitaakseen MRSA-potilaita. Tutkimus käsittää ainoastaan kotihoidon työntekijät.

Tiedonkeruunmenetelmänä tutkimuksessa on käytetty kyselyä. Tiedonhankinta tapahtui syksyllä 2017. Kyselyyn vastasi 21 henkilöä ja vastaukset analysoitiin laadullisen sisältöanalyysin avulla.

Tulokset näyttivät, että kotihoidon henkilökunnalla on perustiedot MRSA:sta, mutta useimmat niistä haluavat lisätietoja ja ajantasaistettuja säännöksiä infektion ehkäisemisestä. Kotihoidon henkilökunnalla ei ole mahdollista pestä käsiä eri potilaitten käyntien välissä ja käsihygienia tapahtuu käyttämällä hanskoja ja käsien desinfiointiaineita. Kotihoidon henkilökunnan mielestä tiedonkulku lääkäreiden, potilaiden, läheisten ja kodinhoidon välistä on puutteellinen.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: MRSA, antibioottiresistenssi, aseptiikka, vanhustenhuolto, kotihoito

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Ann-Louise Jussila

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: MRSA in elderly care. A written survey of caring for patients with MRSA in home care.

---

Date March 2018

Number of pages 29

Appendices 4

---

### Abstract

The aim of this study was to identify the knowledge of healthcare workers in elderly care concerning the care of patients with MRSA, and how the healthcare workers avoid spread of the MRSA infection. The purpose of the study was to describe the current understanding of healthcare workers' knowledge and practice, as well as insight into whether healthcare workers in elderly care have access to all that they need, both in terms of knowledge and tools, to effectively provide care to patients with MRSA. The study was limited to home care staff.

In this study, a written survey was utilized as data collecting method. Data collection took place in autumn 2017. The answers of 21 home care workers were analyzed with qualitative content analysis.

The results show that health care workers in home care have basic knowledge of MRSA, but most of them want more information and updated practices for preventing the spread of MRSA and other infections. Health care workers in home care often lack the facilities to wash their hands between two patients, and therefore hand hygiene is limited to using gloves and hand disinfectants. Health care workers in home care lack a dialogue between doctors, patients, relatives and care workers. Which further limits the home care worker's knowledge of a patient's particular needs.

---

Language: Swedish    Key words: MRSA, antibiotic resistance, aseptic, elderly care, home care

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	3
3	Bakgrund.....	4
3.1	Bakterier.....	4
3.2	Antibiotikaresistens.....	6
3.3	Vårdhygien.....	8
4	Teoretiska utgångspunkter.....	11
5	Metod.....	13
5.1	Urval.....	13
5.2	Datainsamlingsmetod.....	14
5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	14
5.4	Studiens praktiska genomförande.....	15
5.5	Etiska reflektioner.....	16
6	Resultatredovisning.....	17
6.1	Kunskap om MRSA.....	17
6.2	Åtgärder för att förhindra spridning av MRSA.....	19
7	Diskussion.....	21
7.1	Metoddiskussion.....	22
7.2	Resultatdiskussion.....	23
7.3	Förslag till fortsatt forskning.....	24
	Källförteckning.....	26

## Bilageförteckning

Bilaga 1	Enkät svenska
Bilaga 2	Enkät finska
Bilaga 3	Följebrev svenska
Bilaga 4	Följebrev finska

## 1 Inledning

När jag, för cirka femton år sedan, för första gången hörde talas om Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* eller MRSA, ansågs denna bakterie vara något ovanligt som sades kunna smitta endast mycket sjuka personer med ett öppet sår. Den information som gavs var knapphändig och jag har i efterhand många gånger tänkt på att informationen säkert togs med en nypa salt och att många i personalen på avdelningen det då handlade om, tyckte att MRSA lät som något överkligt som inte kan finnas i verkligheten.

Mycket har hänt på femton år och informationen om MRSA har förbättrats avsevärt, men på samma gång har också MRSA blivit vanligare i samhället. År 2015 anmäldes 1274 nya fall av MRSA i Finland. Det är något färre än de 1342 nya fallen år 2014, men MRSA är inte längre endast ett problem på sjukhusen, utan hittas i dagsläget också hos personer som inte kommit i kontakt med sjukvård. (Jaakola et al., 2016, s. 35)

Enligt en artikel i Vasabladet (VBL 14.5.2017) är antibiotikaresistens ett massivt problem i hela världen och man beräknar att ungefär 700 000 människor årligen dör på grund av antibiotikaresistenta bakterier.

Eftersom antibiotikaresistens och MRSA ökar i samhället blir problemen dessa medför också vanligare inom äldreomsorgen. Vid sidan av mina studier till sjukskötare har jag arbetat inom äldreomsorgen och då märkt en viss rädsla bland personalen, vad gäller MRSA. Jag tycker mig ha märkt att personalen inom äldreomsorgen inte alltid vet vad MRSA innebär och hur bakterien sprids. Vårdarna är osäkra på vad som krävs av dem för att skydda både sig själva och patienterna. Hughes et al. (2013, s. 2) påpekar att det finns brist på studier som evaluerar effekten av försök att förhindra smittspridning av MRSA på äldreboenden. De anser att äldreboenden är en idealisk plats för MRSA att spridas på, eftersom de som bor där lever nära inpå varandra, ofta är multisjuka och ges flera antibiotikakurer, samt kan ha trycksår eller inneliggande katetrar. Alla dessa faktorer ökar risken för att smittas av MRSA och således också risken för att dessa personer dör.

Studier visar på att mera kunskap om MRSA hos vårdare förändrar deras beteende gentemot patienter som är smittade av MRSA, och ger vårdarna en beredskap att föra kunskapen vidare. En studie utförd i USA visar på att det är viktigt att veta vad som saknas i vårdarnas kunskap om MRSA, så att de kan ges den kunskap som behövs för att på ett lättförståeligt sätt kunna informera patienterna, samt svara på frågor från patienter och anhöriga (Hill et al., 2013). Enligt Easton et al. (2007, s. 33) behöver vårdare mera kunskap om MRSA, samt en uppmaning att följa lokala riktlinjer när det gäller smittskydd och hygien.

Enligt en studie utförd i Sverige av Andersson et al. (2016, s. 233-237), känner vårdare som vårdar patienter med MRSA, men inte har adekvat kunskap, ångest. Dessa vårdare ser patienter med MRSA som ett hot och är rädda för att gå in i patientens rum. Det fanns de i personalen som sjukskrivit sig för att inte behöva vårda MRSA-patienter, av rädsla för att själva bli smittade eller smitta någon i den egna familjen. Vårdare som deltog i studien hade en känsla av att deras oro inte togs på allvar, att de hade obesvarade frågor och att de inte hade getts några riktlinjer för hur de skulle förhindra smittspridning. De ansåg också att okunskap lett till att patienter med MRSA isolerats eftersom vårdarna undvek fysisk kontakt med dessa patienter.

Med detta som bakgrund har jag valt att i mitt examensarbete skriva om MRSA och undersöka vad vårdare inom äldreomsorgen vet och tänker om MRSA. Jag vill undersöka vad vårdare känner till om MRSA, hur bakterien sprids och vad som är viktigt att tänka på i de dagliga rutinerna.

## 2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva kunskap hos vårdpersonal inom äldreomsorgen gällande vård av patienter med MRSA, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA. Genom att undersöka detta kan man få en djupare förståelse för vårdpersonalens kunskaper och beteende, samt en insikt i om vårdpersonalen inom äldreomsorgen har tillgång till allt som behövs, både när det gäller kunskap och arbetsredskap, vid vård av patienter med MRSA. Jag har valt att begränsa min undersökning till hemvårdspersonal eftersom jag anser att det inom hemvården ställs höga krav på personalen när det gäller aseptik och tillgång till arbetsredskap.

Jag kommer i teoridelen att behandla bakterier, då främst MRSA, hur de sprids och vad som är viktigt att tänka på i de dagliga arbetsrutinerna. Detta kan hjälpa vårdpersonalen att förstå innebörden av att en patient smittats med MRSA och ge dem nyttig information som de behöver i sitt arbete.

Mina frågeställningar är:

Vad vet vårdpersonal inom hemvården om MRSA?

Hur skyddar vårdpersonal inom hemvården sig själva och andra patienter från att smittas av MRSA?



## 3 Bakgrund

Här beskrivs antibiotikaresistens och Meticillinresistent *Staphylococcus aureus*, dess ursprung, smittspridning och behandling. I fortsättningen benämns Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* med förkortningen MRSA. I detta kapitel behandlas också ämnet vårdhygien, då det är väsentligt i frågan om hur man hindrar MRSA från att spridas mellan patienter och till vårdpersonal.

När det gäller begreppen patient och klienten har jag valt att i mitt arbete använda ordet patient, när jag syftar på den person som vårdas, eftersom det är det begrepp som används mest inom vården. När det gäller deltagarnas svar i undersökningen har jag dock valt att behålla ordet klient när deltagarna syftar på en patient, eftersom det är ett vedertaget begrepp inom hemvården.

### 3.1 Bakterier

Enligt Weston (2013, s. 37) har varje människa mikroskopiska levande organismer på och i sin kropp. Dessa kallas mikroorganismer och finns, förutom hos människan, hos djur, i växter, i jord och i vatten. Mikroorganismerna delas in i olika grupper och de som har en medicinsk betydelse är bakterier, virus, svampar och protozoer. MRSA hör till gruppen bakterier och jag kommer därför endast att behandla denna grupp.

Bakterierna klassificeras enligt morfologi, gramreaktion, tillväxtbetingelser och sporbildning. Klassificeringen enligt morfologin, det vill säga bakteriens utseende, ger följande grupper: kocker, stavar, vibrioner, spiriller och spiroketer. De runda bakterierna, kocker, kan uppträda i par, kedjor eller klasar, och namnges enligt detta som diplokokker, växer i par; streptokokker, växer i kedjor och stafylokokker, växer i klasar. (Weston, 2013, s. 37-38)

Stafylokockerna är en viktig del av olika däggdjurs, däribland också människans, normala hudflora. Det finns över 40 olika arter som hör till familjen *Staphylococcus*, varav tre anses vara patogena för människan: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* och *Staphylococcus saprophyticus*. (Weston, 2013, s. 169)

Stafylokockerna har en tjock cellvägg med peptidoglukan, vilket ger den ett skydd mot uttorkning, mekanisk sönderdelning och ultraljudsbehandling. Den är en tålig bakterie som kan anpassa sig både i syrerik och syrefattig miljö, och kan till och med överleva i dammpartiklar. Bakterien tål upphettning till 50°C i 30 minuter och förökar sig främst i 37°C, på platser med riklig tillgång på organiskt material, särskilt animalisk vävnad och i livsmedel. (Wadström, 1996, s. 324-327; Arvidson, 2015, s. 179; Ericson & Ericson, 2009, s. 28)

Bakterien *Staphylococcus aureus* är en grampositiv stafylokock som upptäcktes för första gången år 1880. Den kan förekomma på hud, i näsa och i svalg hos friska människor utan att orsaka symtom. Om bakterien tränger in i vävnader under huden, i slemhinnor eller i blodet orsakar den en infektion, som i huvudsak behandlas med antibiotika som tillhör meticillingruppen. (Kolho & Syrjälä, 2010, s. 442; Åhrén et al., 2006, s. 291; HUS, 2003)

Hos människan orsakar *Staphylococcus aureus* naturliga sårinfektioner, men den är också orsaken till osteomyelit, endokardit, sepsis, matförgiftning och toxisk chock-syndrom (Wadström, 1996, s. 324; Arvidson, 2015, s. 179). Enligt Wadström (1996, s. 324) skiljer *Staphylococcus aureus* sig från andra stafylokocker genom att den är koagulaspositiv. Detta innebär att den bildar enzymet koagulas, vilket kan koagulera blodplasma. Förutom att den bildar koagulas bildar den också en rad vävnadsnedbrytande enzymer och toxiner som leder till mera aggressiva infektioner. De aggressiva, varbildande, infektionerna har gett bakterien dess smeknamn ”det gyllengula varets bakterie” (Ericson & Ericson, 2009, s. 28).

### 3.2 Antibiotikaresistens

Antibiotika är ett medel med selektiv toxicitet. Det innebär att antibiotikan har en toxisk effekt mot mikroorganismer, men inte mot mänskliga celler. Antibiotika delas in i baktericida, de som har en förmåga att avdöda bakterier direkt, och bakteriostatiska medel, som hämmar bakteriens tillväxt. Den första antibiotikan med mikrobiologiskt ursprung, mögelsvampen *Penicillium notatum*, upptäcktes år 1928 av Alexander Flemming. Penicillin var det första läkemedel som kunde bota allvarliga sjukdomar som syfilis- och stafylokockinfektioner. Penicillinerna är  $\beta$ -laktamantibiotika som används för att behandla infektioner som är orsakade av känsliga, oftast grampositiva, bakterier. (Dornbusch & Sörén, 2015, s. 165-166)

Att en bakterie är resistent mot ett antibiotikum innebär att den har utvecklat en motståndskraft mot läkemedlet. Vissa bakteriearter har en naturlig resistens, medan en del bakterier har utvecklat en motståndskraft mot läkemedlet, även kallad förvärvad resistens, till följd av att läkemedlet ofta har använts för att mota bakterien. Det som sker hos en bakterie som utvecklar resistens mot ett läkemedel är att dess arvs massa förändras. Dessa förändringar ger bakterien nya egenskaper, resistensmekanismer, som leder till att läkemedlets effekt motverkas. Denna egenskap bevaras hos resistent bakterier och överförs genom arv när bakterierna delar sig. Resistensegenskaper kan också överföras till andra bakteriestammar och -arter på olika sätt, både i samhället och på vårdinrättningar. (THL, 2016; Åhrén et al., 2006, s. 97; Dornbusch & Sörén, 2015, s. 173)

Weston (2013, s. 154) konstaterar att orsaken bakom hela resistensproblemet är en fel- och överanvändning av antibiotika hos både djur och människor. Enligt Åhrén et al. (2006, s. 97) finns det tre principiellt olika resistensmekanismer hos bakterierna. Dessa är:

- förändring av antibiotikans receptor eller angreppspunkt,
- minskad genomsläpplighet av antibiotika hos bakteriecellen och
- enzymer som bildas av bakterien och som bryter ned eller inaktiverar antibiotikan.

Att en bakterie har resistensmekanismer innebär inte att den har några fördelar, förutom i närvaro av det antibiotikum som resistensen är riktad mot. Om den specifika antibiotikan används hjälper den bakteriestammen att överleva och breda ut sig på bekostnad av de antibiotikakänsliga bakterierna. (Åhrén et al., 2006, s. 97)

MRSA är en mindre grupp *Staphylococcus aureus* -stammar som har utvecklat resistens mot  $\beta$ -laktamantibiotika. Genen *mecA*, som förvärvats av MRSA, medför att bakterien bildar ett förändrat penicillinbindande protein, PBP2a, som  $\beta$ -laktamantibiotika inte binder till. Detta innebär att bakterien fritt kan fortsätta att bilda cellvägg trots antibiotikans närvaro. Det finns också multiresistenta MRSA-stammar som har förvärvat resistens mot flera andra antibiotikagrupper. Det enda antibiotikum som man med säkerhet vet biter på alla MRSA-stammar är glykopeptidantibiotika, som till exempel vankomysin och teikoplanin. På ett fåtal sjukhus i världen har det upptäckts MRSA-stammar vars motståndskraft mot också dessa antibiotikum förstärkts. (Åhrén et al., 2006, s. 98-100; Vuopio-Varkila et al., 2010, s. 1)

De första rapporterna om MRSA kom från England år 1961. MRSA spreds snabbt och på 1980-talet fanns ett begränsat antal MRSA-kloner på sjukhus i alla världsdelar (Åhrén et al., 2006, s. 98-99). I Finland konstaterades de första sjukhusepidemierna, som orsakats av MRSA, i mitten av 1990-talet. Antalet nya MRSA-fall i Finland per år ligger runt 1200-1300 stycken (Vasa sjukvårdsdistrikt, 2016, s. 12).

MRSA smittar på samma sätt som andra *Staphylococcus aureus* bakterier. Enligt Åhrén et al. (2006, s. 102) är den dominerande smittkällan inom vården människor som bär på MRSA. De menar att MRSA främst sprids som indirekt kontaktsmitta från patient till patient via vårdpersonalens händer. Den grupp som löper störst risk att smittas är personer med sänkt motståndskraft och risken ökar om denna person har ett sår, en pågående antibiotikabehandling, en blodkanyl eller en urinvägskateter (HUS, 2003, s. 1) MRSA kan också överföras från djur till människa genom kontaktsmitta (THL, 2016). Trots att de flesta som smittas med MRSA är personer som fått sjukhusvård, har det under det senaste decenniet också påträffats hos personer utan sjukvårdsanknytning, vilket kallas samhällsförvärvat MRSA (Åhrén et al., 2006, s. 98-99).

När MRSA-bakterien orsakar en symtomatisk infektion hos en individ, säger man att personen har en infektion. MRSA-bakterien kan också finnas på huden eller på slemhinnor utan att tränga in i vävnaden och orsaka en infektion, vilket kallas för kolonisation. En kolonisation är oftast symtomfri. En individ som någon gång haft en MRSA-infektion eller kolonisation kallas för MRSA-bärare. Både kolonisation och bärarskap betyder att MRSA förekommer i eller på kroppen. En person kan vara bärare periodvis eller under en längre tidsperiod. Om en MRSA-kolonisation orsakar en infektion är symtomen ofta förhöjd kroppstemperatur, smärta runt det drabbade stället eller ett vätskande sår som läker långsamt. Alla MRSA-infektioner är inte allvarliga och leder inte alltid till en antibiotikabehandling. (HUS, 2003, s.1; Weston, 2013, s. 172-173)

### 3.3 Vårdhygien

När det gäller smittspridning som sker i samband med en vårdssituation pratar man om vårdrelaterade infektioner. Ericson och Ericson (2009, s. 357) definierar vårdrelaterade infektioner som *”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården”*. Till vårdrelaterade infektioner hör också de infektioner som vårdpersonal fått till följd av sitt arbete.

Vårdrelaterade infektioner delas in i endogena och exogena infektioner. De endogena infektionerna orsakas av mikroorganismer som finns i patientens egen normalflora, medan de exogena infektionerna orsakas av mikroorganismer som kommer från en smittkälla i omgivningen (Socialstyrelsen, 2006, s. 25-26). Enligt denna definition är en MRSA-infektion exogen.

Vid exogena infektioner krävs det att en patogen mikroorganism överförs från en smittkälla till människan. Detta sker genom olika smittvägar. De olika smittvägarna är kontaktsmitta, droppsmitta, perinatal smitta, vektorsmitta (insektburen smitta), luftburen smitta och via livsmedel eller vatten. Kontaktsmitta innebär att mikroben överförs via hud, slemhinnor eller blod genom kontakt med föremål eller människor, medan luftburen smitta kan ske via dammpartiklar eller hudfragment i sängkläder. Droppsmitta i sin tur innebär att mikroben sprids genom hostningar, nysningar, kräkningar och diarréer. Smittspridning genom kontaktsmitta anses vara den mest förekommande inom vården. *Stafylococcus aureus* kan spridas som kontaktsmitta eller luftburen smitta från en patient med stora sår eller hudinfektioner vid till exempel såromläggning eller bäddning, bland annat genom att bakteriebärande hudpartiklar inhaleras eller faller ner i öppna sår. (Ransjö, 2015, s. 792; Ericson & Ericson, 2009, s. 28)

Enligt Åhrén et al. (2006, s. 102) kan mängden MRSA-partiklar i en patients omgivning tillfälligt öka, till exempel då en person som är näs- svalgbäare har en luftvägsinfektion, eller om en smittad person lider av en fjällande hudsjukdom. Personer med sår, katetrar och drän utgör en större smittorisk och hör också till riskgruppen som lättare blir smittade.

För att förhindra att MRSA sprids borde en person som smittats inte dela rum med någon annan på en vårdinrättning. De som vistas i den smittades rum, samt smittbäaren själv, ska ha en god handhygien och använda den skyddsutrustning som behövs. Vid vård av en MRSA-smittad person bör vårdpersonalen använda skyddshandskar och plastförkläde eller skyddsrock, men detta är inte nödvändigt om vårdpersonalen endast går in i rummet för att till exempel lämna mediciner eller matbricka. (HUS, 2003, s. 2-3; Vuopio-Varkila et al., 2010, s. 2)

Till en god handhygien hör naturligtvis att tvätta händerna, men också att använda handdesinfektionsmedel mellan varje patientkontakt. Liksom i samband med allt vårdarbete ska vårdpersonal som sköter personer med MRSA inte använda ringar, armbandsur eller andra smycken på händer och armar, eftersom fukten som samlas under dem leder till att mikroberna förökar sig. I Vasa sjukvårdsdistrikts patientsäkerhetsmeddelande (2016, s.7) påpekar hygienskötare Perttula att antalet ringar på vårdpersonalens händer korrelerar med

antalet bakterier och att redan en liten ring kan ge en patient en livshotande infektion. Hon påpekar också att vårdpersonalen inte kan tvätta sina händer tillräckligt högt upp på armen vid användning av armbandsur och armband, samt att mikrober samlas även under dessa. I en studie utförd i Japan under åren 2003 till 2009 framkom att ökad handdesinfektion hos vårdpersonal minskar spridningen av MRSA (Sakamoto et al., 2010, s. 533).

I en studie utförd av Creamer et al. (2010, s. 107-110) testades vårdarens händer för MRSA vid 822 tillfällen. Av dessa vårdare hade totalt fem procent MRSA-bakterien på händerna. Av de vårdare som hade tvättat händerna med tvål och vatten var ännu tre procent MRSA-positiva, de som hade använt handdesinfektion tre procent och de som inte hade utfört någon åtgärd för att rengöra händerna fem procent. I de fall där vårdpersonalen använde handskar och sedan utförde en adekvat handhygien hittades inte MRSA-bakterier på händerna. En del av vårdpersonalen som deltog i undersökningen gavs mera utbildning i hur man utför en rätt handhygien och åtta månader efter de första testerna hittades inte MRSA på de vårdarens händer som deltagit i utbildningen. Studiens resultat visar således, enligt forskarna, på att vårdpersonal behöver mera utbildning för att förbättra kvaliteten på handhygien, så att spridning av MRSA kan undvikas. I samma studie konstaterades också att även om en vårdare inte är i kontakt med en patient eller dess omedelbara omgivning är handhygien viktigt, eftersom MRSA-bakterien kan leva på ytor från dagar till månader och har hittats bland annat på patientjournaler i pappersform och i kanslier på olika vårdinrättningar.

Schultz (2010, s. 13-14) påpekar att det är viktigt med en snabb diagnos för att förhindra smittspridning. Om man misslyckas med att diagnostisera vårdare som är bärare, speciellt när bakterien finns i vårdarens näsa, leder det till att MRSA sprids även om instruktioner för handhygien följs. Arshad et al. (2017, s.9) anser att vårdpersonal borde testas för MRSA-bärarskap i näsan två gånger per år, samt att vårdpersonal som har konstaterat bärarskap inte borde arbeta så länge man är smittad. Schultz (2010, s. 13-14) påminner också om att en utbildad personal innebär en minskad smittspridning och att vårdarens händer kan kontamineras och föra smittan vidare trots användning av handskar. I en studie utförd i USA år 2012 av Seibert et al. (2014, s. 258) framkom det att personal som inte hade vårdutbildning inte hade tillräckligt med kunskap om smittspridning för att använda preventiva arbetsmetoder. Studien visade också på att vårdpersonalen tenderar att överskatta hur väl de

tillämpar sin kunskap om preventivt arbete i praktiska situationer, samt att de som deltog i studien trodde att MRSA-bakterien dör snabbt på ytor i patientens omgivning.

Förutom handhygien och skyddskläder bör vårdpersonal också tillämpa rätta metoder gällande desinfektion, rengöring, samt hantering av ren- och smutstvätt respektive avfall (Ericson & Ericson, 2009, s. 359). En studie utförd år 2006 av Dancer et al. (2009, s. 28) på en kirurgisk avdelning i England, visade på att effektivare städning reducerar nya MRSA-infektioner. Under sex månaders tid anställdes en extra städare som städade varje vardag i veckan. Under dessa sex månader minskade antalet nya MRSA-infektioner, för att sedan öka två till fyra veckor efter att den extra städaren inte längre fanns tillgänglig.

## 4 Teoretiska utgångspunkter

Jag har valt att lyfta fram vårdpersonalens kunskaper om MRSA utifrån Benners (1993) vårdteori. I boken "Från novis till expert" beskriver Benner en modell för hur sjukskötarens yrkesroll utvecklas genom att kunskap och praktisk erfarenhet möts (Olsen et al., 2012, s.2). Benner har utgått från ett fenomenologiskt perspektiv och har beskrivit 31 kompetensområden, indelade i sju domäner av sjukskötarens kliniska kunnande inom intensivvården. Även om dessa kompetensområden behandlar intensivvården är de flesta så allmängiltiga att de täcker även andra fält. Omvårdnadsteorin beskriver också hur sjukskötarens kunskapsutveckling sker i fem stadier. (Benner, 1993, s. 9; Olsen et al., 2012, s. 2)

När det gäller de fem stadierna i sjukskötarens kunskapsutveckling har Benner tagit modell av bröderna Dreyfus' modell om att, baserat på erfarenhet, kunskap och kompetens, bilda sig en omedelbar uppfattning eller göra en omedelbar bedömning, och tillämpat den på omvårdnad. Dreyfus och Dreyfus menar att en person som har yrkesskicklighet och erfarenhet, som ger en mer avancerad förståelse av en situation, kan ha ett korrekt beteende utan att följa regelboken till punkt och pricka. De fem stadierna är novis, avancerad



nybörjare, kompetent, skicklig och expert. (Benner, 1993, s. 15-17, s. 32; Olsen et al., 2012, s. 2)

En sjukskötare som saknar erfarenhet av sådana situationer där denna förväntas prestera kallas för novis. I detta stadiet saknar sjukskötaren erfarenhet och det stela, oflexibla handlandet styrs primärt av regler och riktlinjer. Eftersom novisen saknar uppfattning om den kontextuella innebörden av de inlärd lärobokstermerna behövs regler som vägledning. Förutom nyutexaminerade sjukskötare innefattar detta stadium också de sjukskötare som byter kliniskt verksamhetsområde. (Benner, 1993, s. 37-38; Olsen et al., 2012, s. 2)

Det andra stadiet, avancerad nybörjare, innefattar de som inte har möjlighet att uppfatta en situation i sin helhet, men som ändå kan uppvisa godtagbara prestationer. Denna sjukskötare har klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att kunna urskilja återkommande mönster i det kliniska arbetet, men måste ännu koncentrera sig på de regler som lärts in. Den avancerade nybörjaren behöver stöd i form av till exempel hjälp att prioritera. (Benner 1993, s. 38-40; Olsen et al., 2012, s. 2)

När en sjukskötare har arbetat under samma eller liknande omständigheter i två till tre år har hen nått följande stadium, kompetent. En kompetent sjukskötare saknar ännu den skickligas snabbhet och anpassningsförmåga, men är medveten om de mål som finns med de egna handlingarna och behärskar situationen till den utsträckningen att hen klarar av oförutsedda händelser. Förmågan att utföra en medveten planering innebär att en kompetent sjukskötares arbete blir mera effektivt och organiserat. (Benner, 1993, s. 40-41; Olsen et al., 2012, s. 2)

Fjärde stadiets nyckelord är varseblivning. I detta stadium kallas sjukskötaren för skicklig. Sjukskötare som nått detta stadium uppfattar situationer som helheter och kan se vad en viss åtgärd betyder för ett långsiktigt mål. Sjukskötares arbete grundar sig på erfarenhet och hen har förmåga att ändra sina planer i enlighet med vad som händer i en viss situation. En skicklig sjukskötare märker när den förväntade situationen inte infinner sig och ser inte beslutsfattande som något ansträngande. För att en sjukskötare ska nå detta stadiet krävs arbete inom samma område i tre till fem år. (Benner, 1993, s. 42-45; Olsen et al., 2012, s. 3)

I det femte stadiet har sjukskötaren nått upp till en experts nivå. En sjukskötare på denna nivå ödslar inte tid på att välja mellan ett antal ofruktbara alternativa diagnoser och lösningar, utan har en vision av vad som är möjligt och fokuserar snabbt på det centrala i en situation. Expertsjukskötaren har en grundlig förståelse av situationen som helhet och kan arbeta utifrån denna med en urskiljningsförmåga och säkerhet som andra sjukskötare saknar. En expertsjukskötare kan också fungera som konsulter för andra. (Benner, 1993, s. 45-47; Olsen et al., 2012, s. 3)

## 5 Metod

### 5.1 Urval

I den empiriska delen är syftet att undersöka kunskap hos vårdpersonal inom äldreomsorgen gällande vård av patienter med MRSA, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA. För att få svar på mina frågor utför jag en enkätundersökning bland vårdpersonal inom hemvården. Deltagarna i enkätundersökningen representerar vårdpersonal inom hemvården i tre olika finländska kommuner. Jag har valt att begränsa min undersökning till hemvårdspersonal eftersom jag anser att det inom hemvården ställs höga krav på personalen när det gäller aseptik och tillgång till arbetsredskap. Hemvårdspersonalen har inte alltid möjlighet att aseptiskt tvätta sina händer mellan patientbesök och det är inte alltid säkert att de rätta arbetsredskapen finns hemma hos patienten. Detta ställer, enligt mig, höga krav på personalen som ska planera så att arbetet löper så smidigt som möjligt, med patientsäkerheten i ständig fokus.

## 5.2 Datainsamlingsmetod

Avsikten med kvalitativa metoder är att kontrollera, uttyda och förstå fenomen, medan man med kvantitativa metoder vill mäta, beskriva och förklara (Patel & Tebelius, 1987, s. 43). Nyberg (2000, s. 100-101) anser att man måste använda kvalitativa metoder när frågeorden är vem, hur, på vilket sätt och varför och kvantitativa metoder vid frågeord som hur mycket, hur många, hur ofta eller i vilken utsträckning. Syftet med de kvalitativa metoderna är att skaffa en djupare kunskap för fenomen och att förstå och analysera helheter. Vid kvalitativ bearbetning används ofta olika slag av textmaterial, till exempel utskrivna intervjuer, böcker eller artiklar.

Enligt Kristensson (2014, s. 116-117) har den kvalitativa forskningen sin utgångspunkt i uppfattningen att varje människa är unik och har en individuell verklighetsuppfattning, som formas genom människans egna tolkningar. Syftet med en kvalitativ undersökning är att ge en detaljerad förståelse för något, istället för att mäta och jämföra något. Eftersom jag i mina forskningsfrågor frågar vad och hur blir min undersökning kvalitativ.

## 5.3 Kvalitativ innehållsanalys

En innehållsanalys innebär att forskaren använder ett strukturerat arbetssätt så att mönster, likheter och skillnader framgår ur det insamlade materialet (Kristensson, 2014, s. 118). Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008, s. 159-162) fokuserar den kvalitativa innehållsanalysen på att tolka texter genom att hitta skillnader och likheter. Dessa skillnader och likheter beskrivs i kategorier och teman på olika nivåer. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008, s. 161-162) anser att ett problem med att använda kvalitativ innehållsanalys som metod är den frekventa användningen av begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Dessa begrepp hör ofta ihop med den kvantitativa forskningen och borde inom den kvalitativa forskningen ersättas med begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Centrala begrepp som används inom den kvalitativa innehållsanalysen är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstrahera, kod, kategori och tema. Med analysenhet menas materialet som analyseras, medan begreppet domän syftar på delar av den analyserade texten som handlar om ett specifikt område. De ord, meningar och stycken som hör ihop och bildar textens bärande del utgör en meningsenhet. När undersökningens text bearbetas så att den blir kortare och mera lätthanterlig, utan att förlora det centrala innehållet, sker en kondensering, medan man genom att abstrahera flyttar textens innehåll till en högre logisk nivå. Begreppet kod innebär en etikett som kortfattat beskriver en meningsenhets innehåll. Undersökningens röda tråd utgör dess tema, vilket kan delas upp i ett antal kategorier som består av koder med liknande innehåll. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008, s. 162-164)

#### 5.4 Studiens praktiska genomförande

När det gäller MRSA och spridning av smittan finns mängder av forskning, men mindre litteratur om vårdpersonalens kunskap om ämnet. Jag hittade ingen lämplig och testad enkät, utan valde att själv utforma en enkät för att genomföra studien. Mitt syfte var att beskriva kunskap om MRSA hos vårdpersonal inom äldreomsorgen, då främst inom hemvården, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA, för att få en djupare förståelse för vårdpersonalens kunskaper och deras beteende, samt en insikt i om vårdpersonalen har tillgång till allt de behöver när det gäller vård av patienter med MRSA.

Undersökningens frågeställningar var:

Vad vet vårdpersonal inom hemvården om MRSA?

Hur skyddar vårdpersonal inom hemvården sig själva och andra patienter från att smittas av MRSA?

För att söka svar på dessa frågeställningar utformades enkätfrågorna (bilaga 1 och 2). Frågorna kunde besvaras som öppna frågor där respondenterna fritt fick skriva sina svar utan fasta svarsalternativ, vilket innebär att de är kvalitativa frågor. Enkätfrågorna har bearbetats tillsammans med handledaren. Följebrevet (bilaga 3 och 4) utformades och tillstånd till undersökningen frågades per e-post av förmannen på enheterna. Undersökningen utfördes under november och december 2017, genom att enkäten delades ut via enheternas förmän samt vid besök på enheterna. Vid analys av det insamlade materialet användes kvalitativ innehållsanalys och svaren klassificerades, kodades och kategoriserades.

## 5.5 Etiska reflektioner

Forskningsetiken bidrar till att skydda personer som deltar i en studie. För att en studie ska vara etisk måste dessa aspekter beaktas: att studien handlar om väsentliga frågor, att studien har god vetenskaplig kvalitet, samt att studien genomförs på ett etiskt sätt. (Sandman & Kjellström 2012, s. 70-76; Forskningsetiska delegationen 2013, s. 20-21)

Kristensson (2014, s. 49) påpekar att forskningsetiken handlar om att forskaren tar ansvar för personerna som deltar i forskningen genom att behandla dessa med respekt.

När gäller de etiska övervägandena delade jag ut enkäterna till personalen genom deras förman, samt vid besök på enheterna. De som inte ville svara tvingades inte heller till det. Enkätens anonymitet och frivillighet framgick tydligt i följebrevet och nämndes även vid utdelningstillfället. Deltagarna i enkätundersökningen kommer att vara anonyma och svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Resultaten redovisas så att det inte går att uttyda vem som svarat vad.

## 6 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas enkätundersökningens resultat. Sammanlagt insamlades 21 svar. Av deltagarna var tjugo stycken kvinnor och en man, i en ålder av 20-67 år. Den manliga deltagaren var utbildad närvårdare, medan de kvinnliga deltagarna bestod av sju närvårdare, sex sjukskötare, fyra hälsovårdare, två hemvårdare och en person utan vårdutbildning. Erfarenhet från arbete inom hemvården var allt från tre månader till över tjugo år, vilket innebär att det enligt Benners teori, som redovisades i kapitel fyra, finns representanter från alla fem kunskapsstadier bland deltagarna när det gäller att arbeta inom hemvården.

Svaren på enkäten har analyserats utifrån de två frågeställningar som presenterades i kapitel två. Frågeställningarna är: vad vet vårdpersonal inom hemvården om MRSA, och hur skyddar vårdpersonal inom hemvården sig själva och andra patienter från att smittas av MRSA? Resultatet består av två teman, kunskap om MRSA och åtgärder för att förhindra spridning av MRSA, med tillhörande underkategorier. Vid varje underkategori finns citat som beskriver kategorin. Underkategorin har markerats med fet stil och citaten med kursiv stil.

### 6.1 Kunskap om MRSA

#### **Nuvarande kunskap**

Alla som deltog i undersökningen visste att MRSA är en bakterie som har utvecklat resistens mot antibiotika, samt att den smittar via kontakt. Deltagarna refererade också ofta till MRSA som sjukhusbakterie.

*”MRSA är en multiresistent Staphylococcus aureus som de flesta antibiotika inte biter på. Kallas sjukhusbakterien. Smittar via kontaktsmitta och via luften. Staphylococcus aureus är en vanlig bakterie som muterat och blivit resistent mot*

*antibiotika. Man kan vara bärare av MRSA även om man inte smittar.” (Hälsovårdare, arbetat 10 år)*

*”En gul stafylokock som väldigt få antibiotika biter på. Orsakar sällan besvär, men om man får en infektion som kräver vård är det viktigt att få rätt antibiotika. Kontaktsmitta.” (Närvårdare, arbetat 7 år)*

Deltagarna visste också att MRSA kan finnas i sår hos en smittad person och att det ofta sprids från patient till patient via en vårdare, men ingen nämnde att MRSA kan finnas i sängkläder och endast en nämnde att bakterien kan finnas i patientens sekret. Denna deltagare var av åsikten att MRSA inte lever länge om den sprids via till exempel sekret, men att den kan finnas i den smittade patientens omgivning under en lång tid.

*”Förekommer i samhället, men sprids också mellan patient och personal inom vården. Kan bäras av personal utan att de vet om det. Bakterien finns oftast på huden, i näsan och i svalget.” (Sjukskötare, arbetat 10 år)*

*”Multiresistent *Stafylococcus aureus*, smittar till exempel från sår. Droppsmitta, kan smitta mellan patienter ifall bristfällig handhygien/hygien på den som utför arbetet.” (Hälsovårdare, arbetat 16 år)*

*”Resistent mot antibiotika, smittar via hudkontakt. Indirekt via föremål, t.ex. dörrhandtag, direkt via kontakt med variga sår, skrapsår, via saliv, slem och snor eller via nysningar och hosta. Bakterien dör inom några dygn, men finns i den smittades omgivning en lång tid.” (Närvårdare, arbetat 15 år)*

## **Behov av kunskap**

När det gäller deltagarnas åsikter om deras egna kunskaper om MRSA var sex personer av åsikten att de har tillräckligt med kunskap, medan tretton deltagare önskade få mera kunskap. Två deltagare valde att inte svara på frågan. I nedanstående citat framkommer också att en dialog mellan anhöriga och hemvården saknas när det gäller smittspridning och vilken kunskap de olika parterna har.

*”Känner att jag har tillräckligt för att skydda mig själv i hemmiljö, men vet ju inte vilken kunskap anhöriga som bor med patienterna har för att förhindra smittspridning.” (Hälsovårdare, arbetat 10 år)*

*”Vet grunden. Vore trevligt med mera kunskap, t.ex. hur man gör exakt på denna enhet, vad som händer om man smittas själv, hur tar man allt i beaktande om en patient har MRSA. Jag känner att jag kan skydda mig själv och patienter bra, men inte utmärkt.” (Sjukskötare, arbetat 2,5 år)*

## 6.2 Åtgärder för att förhindra spridning av MRSA

### **Handhygien och skyddsutrustning**

Alla 21 deltagare nämnde att de använder handskar för att förhindra spridning av MRSA. Annan skyddsutrustning som nämndes var förkläde, skoskydd och munskydd. När det gäller förkläde antar skribenten att det handlar om engångsförkläden i plast, så även när det är fråga om skoskydd.

*”Engångshandskar hos klienterna, handhygien mycket viktigt. Tvättar händerna med tvål och vatten och torkar med engångshanddukar, samt använder handdesi. Det är bättre att sköta handhygien en gång för mycket än en gång för lite.” (Närvårdare, arbetat 7 år)*

*”Jag byter handskar ofta under sårvårdens gång, använder förkläde, munskydd, skoskydd. Använt sårvårdsmaterial och förkläde läggs med det samma i en påse. Det är viktigt med ett aseptiskt arbetssätt och god handhygien.” (Hälsovårdare, arbetat 16 år)*

*”Den gången vi hade MRSA var cirka 20 år sedan. Då hade vi skyddskläder i tamburen, som vi klädde på och tog av och satte i skräppåse när vi var klara där på stället. Oftast tog vi besöket sist på dagen. Skyddskläder var mössa, munskydd, rock och skoskydd.” (Sjukskötare, arbetat 22 år)*



Deltagarna använder också handdesinfektionsmedel, en del ur en flaska hemma hos patienten och en del ur en flaska de förvarar i bilen, mellan patientbesöken. När det gäller handtvätt framkom det tydligt i undersökningen att deltagarna gärna skulle tvätta sina händer med tvål och vatten mellan olika patienters hem, men att detta inte alltid är möjligt.

*”Handdesi i bilen mellan besöken. Tvättar hos klienter där det är möjligt, finns inte hygieniska tvålar och handdukar i alla hem.” (Närvårdare, arbetat 8 år)*

*”Handdesi mellan besök, tvål och vatten vid kansli. Tvättar händerna när jag kommer till och åker från jobbet, samt när jag tar på och av handskar.” (Sjukskötare, arbetat 2,5 år)*

### **Brister i omgivningen**

På frågan om det är något deltagarna saknar i arbetet för att förhindra smittspridning av MRSA var fyra av deltagarna av den åsikten att de inte saknar något. Bland de resterande 17, som tyckte att de saknar något i arbetet, kan svaren delas in i information och tvättmöjligheter.

Deltagarna var av åsikten att vårdpersonal pratar för lite sinsemellan om MRSA och att de inte får tillräckligt med information om vem som bär smittan. De saknade också uppdaterade föreskrifter om hur de ska arbeta för att förhindra smittspridning och tyckte att de inte har tillräckligt med kunskap för att nya medarbetare ska få en heltäckande inskolning.

*”Ja, jag saknar. Många kommer inte ihåg att man t.ex. ska använda engångsstas och det finns brister i information om hur man ska göra. Patienten borde ha egna mätare eller så borde det finnas ett ordentligt desinfektionsmedel till mätarna. Man borde inte föra saker från en patient till en annan. Alla i personalen borde uppmärksammas på att patienten är smittad, också anhöriga och ambulanspersonal.” (Sjukskötare, arbetat 5 år)* (Med mätare syftas här på till exempel blodtrycksmätare och saturationsmätare. Begreppet engångsstas syftar på stasen som används vid blodprovstagning. När det gäller patienter med MRSA borde en engångsstas användas för att undvika smittspridning.)

*”Oftast är det dåligt med info mellan läkare, klient och vårdare.” (Närvårdare, arbetat 24 år)*

När det gäller tvättmöjligheter ansåg deltagarna att det är svårt att utföra den egna handtvätten rätt eftersom det inte finns möjlighet till det i alla patienters hem. Eftersom hemvårdspersonalen åker från en patient direkt till en annan ansåg de att det ibland är svårt att förhindra att smittor sprids.

*”Det finns ej alltid så hygieniska tvättmöjligheter till handtvätt hemma hos patienten och inte heller så hygieniska förutsättningar för sårvård. Efter ett sårvårdsbesök hos en MRSA-patient kan jag få ett akutbesök till en annan sårvårdspatient, vilket inte är optimalt, men vilket jag inte heller har så lätt att påverka alla gånger.” (Hälsovårdare, arbetat 16 år)*

*”Som närvårdare i hemvården är man väldigt utsatt för smittor. Det är dåligt med tvättmöjligheter, när det oftast ska ske i klientens hem.” (Närvårdare, arbetat 24 år)*

## 7 Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva kunskap om MRSA hos vårdpersonal inom äldreomsorgen, då främst hemvården, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA. Tanken var att söka svar på vad hemvårdspersonalen vet om MRSA och hur de skyddar sig själva och andra patienter från att smittas av MRSA.

Den teoretiska referensramen i undersökningen utgjordes av en litteraturstudie, som behandlade bakterier, antibiotikaresistens och vårdhygien.

Den empiriska undersökningens material sammanfattades i två teman; kunskap om MRSA och åtgärder för att förhindra spridning av MRSA. Med hjälp av dessa teman uppstod en struktur, där varje tema innehöll underkategorier. Dessa kategorier var följande:

- Kunskap om MRSA
  - o Nuvarande kunskap
  - o Behov av kunskap
- Åtgärder för att förhindra spridning av MRSA

- Handhygien och skyddsutrustning
- Brister i omgivningen

Resultaten av undersökningen diskuteras i kapitel 7.2.

Detta kapitel kommer att innehålla tre delar. Den första av dessa delar handlar om valet av metod och bearbetningen av undersökningsmaterialet. I den andra delen sammanfattar jag resultatet som redovisades i kapitel sex och ger mina egna åsikter om ämnet. I den tredje delen ges förslag till fortsatt forskning.

## 7.1 Metoddiskussion

Enligt Henricson (2012, s. 152-153) avser begreppet validitet att ett undersökningsinstrument mäter det som avses mäta, medan reliabilitet innebär att samma mått fås vid varje mätning. För att söka svar på mina forskningsfrågor utfördes en enkätundersökning bland personal inom hemvården. Validiteten och reliabiliteten är naturligtvis låga, eftersom det insamlade materialet är litet, men svaren var enhetliga och ett tydligt mönster kunde ses.

Skribenten anser att hon lyckats uppfylla syftet med att beskriva hemvårdspersonalens kunskap gällande vården av patienter med MRSA, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA, men inser också att en intervjuundersökning, med möjlighet till följdfrågor, kunde ha gett en djupare insikt i hemvårdspersonalens förhållningssätt till patienter med MRSA. En intervjuundersökning hade också gett möjligheten att locka deltagarna att beskriva de aseptiska skedena i det dagliga arbetet mera ingående och därmed ge en tydligare bild av hur de aseptiska rutinerna sker i praktiken. Här kunde även observation användas som undersökningsmetod. Men även dessa undersökningsmetoder har sina för- och nackdelar. En intervju- eller observationsundersökning hade varit mera tidskrävande, vilket hade lett till färre antal deltagare.

## 7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer jag att granska resultatets helhet, om syftet uppfyllts, och relatera undersökningens resultat till tidigare forskning inom området.

Vid kartläggning av hemvårdspersonalens kunskap om MRSA kom det fram att deltagarna visste att MRSA var resistent mot antibiotika och att det är viktigt att de skyddar både sig själva och andra patienter från att smittas genom en god hygien. Deltagarna visste att MRSA är en kontaktsmitta och att MRSA ofta finns i sår. Det som skribenten dock saknade i flera deltagares svar var kunskapen om att MRSA kan finnas på andra ställen på människokroppen än i sår och till exempel i patientens sängkläder, handdukar och på ytor i patientens hem. Undersökningen visade också på att tretton deltagare ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap om MRSA. Studier visar på att vårdpersonalens kunskaper om och förhållningssätt till MRSA påverkar det mottagande en patient får. Om vårdpersonalen känner att de inte har tillräckligt med kunskap om MRSA för att på ett säkert sätt förhindra smittspridning leder det till att vårdpersonalen undviker dessa patienter och att patienterna i sin tur blir isolerade (Andersson et al., 2016, s. 233-237). Studier har också visat att personalens kunskap påverkar informationen som ges åt anhöriga och patienter. För att förhindra smittspridning som orsakas av patienterna själva eller deras anhöriga är det viktigt att ta reda på om något saknas i vårdpersonalens kunskap i ämnet (Hill et al., 2013).

I undersökningen framkom att dialogen mellan patient, läkare, anhöriga och vårdpersonalen är bristfällig och att vårdpersonalen inte vet vad anhöriga och patienter vet om MRSA. Studier visar på att en ökad kunskap i ämnet minskar smittspridning och att vårdpersonal ofta överskattar hur väl de utför preventiva metoder för att förhindra smittspridning (Schultz, 2010, s. 13-14; Seibert et al., 2014, s. 258; Creamer et al., 2010, s. 107-110).

Undersökningen visade på att hemvårdspersonalen har de arbetsredskap de behöver, i form av handskar, förkläde, skoskydd och munskydd, för att förhindra smittspridning av MRSA, men att handhygien blir bristfällig på grund av avsaknad av tvättmöjligheter och att den enda möjligheten att rengöra händerna mellan olika patienters hem är att använda handdesinfektionsmedel. Forskning visar på att ökad handdesinfektion hos vårdpersonal minskar spridning av MRSA, men att användningen av handskar under en vårdsituation med därpå följande handtvätt och användning av handdesinfektionsmedel är den mest effektiva

metoden för att försäkra sig om att MRSA inte sprids via vårdpersonalens händer (Sakamoto et al., 2010, s. 533; Creamer et al., 2010, s. 107-110).

Syftet med denna studie var att beskriva kunskap om MRSA hos vårdpersonal inom äldreomsorgen, då främst hemvården, samt undersöka hur vårdpersonalen undviker smittspridning av MRSA. Undersökningen visar på att hemvårdspersonalen har grundläggande kunskaper om MRSA och att de vet hur de ska utföra sitt arbete aseptiskt, men att de saknar redskapen för att ständigt göra det. En dialog saknas mellan vårdare, patient och anhöriga för att klargöra vilka luckor det finns i var och ens kunskap om MRSA och vårdpersonalen borde känna ett ansvar för att undervisa patienten och dess anhöriga i ämnet, för att smittspridning ska undvikas så långt som möjligt. Eftersom undersökningen visade på att det finns brister i hemvårdspersonalens djupare kunskap om MRSA borde mera information ges både under utbildning av ny personal och i form av fortbildning för redan utexaminerade vårdare.

För att koppla detta till Benners teori (Benner, 1993, s. 37-47; Olsen et al., 2012, s. 3) som presenterades i kapitel 4 kan man säga att vårdpersonalen borde befinna sig på expertstadiet när det gäller kunskap om MRSA för att kunna handleda patienter, anhöriga och annan vårdpersonal. En del av vårdpersonalen som deltog i undersökningen kan sägas befinna sig på expertstadiet när det gäller grundläggande information om MRSA, men eftersom bakterien ständigt formas och utvecklar nya egenskaper behövs kontinuerlig information för att vårdpersonalen fortfarande ska befinna sig på expertstadiet. Tidigare i detta kapitel påpekades att det dock finns luckor i kunskapen om MRSA, vilket innebär att alla som deltog i undersökningen inte kan sägas befinna sig på expertstadiet. När det gäller handhygien befinner sig de flesta av deltagarna i undersökningen på stadierna skicklig och expert i teorin, problemet är att de inte har möjlighet att utföra handhygien i praktiken eftersom det saknas tvättmöjligheter mellan patientbesök.

### 7.3 Förslag till fortsatt forskning

Förslagen till fortsatt forskning när det gäller ämnet MRSA inom äldreomsorgen är många. Något jag kom att tänka på under bearbetningen av det insamlade undersökningsmaterialet är att det finns en viss kunskapsskillnad gällande MRSA mellan närvårdare och sjukskötare.

Detta kunde undersökas närmare och man kunde också ta reda på hur ämnet tas upp under de två yrkeskategoriernas utbildning.

Det vore också intressant att se närmare på hemvården och aseptiken i de olika arbetsmomenten. Som redan nämnts är det inte alltid möjligt att utföra vårdarbetet inom hemvården på samma sätt som det går att utföra på en avdelning när det gäller aseptik. Det vore intressant att undersöka antalet bakterier på hemvårdspersonalens händer både före och efter ett klientbesök, för att kunna utarbeta ett redskap eller tvättmedel som skulle ge rena händer utan tvätt med tvål och vatten.

## Källförteckning

Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C. & Fossum, B. 2016. Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*. 63 (2), s. 233-241.

Antibiotikaresistens snart allvarligt problem. *Vasabladet*, 24.5.2017, s. 10.

Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R., (toim.) 2010. *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Helsinki: Kuntaliitto.

Arshad, J., Rasheed, F., Yousaf, N. W. & Iram, S. (2017). Nasal carriage rate of Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among health care workers of a tertiary care hospital. *Biomedica Research Journal*, 33 (1), s. 9-13.

Arvidson, S., 2015. *Stafylokocker*. Ingår i A., Brauner, (red.) 2015. *Medicinsk mikrobiologi och immunologi*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., 1993. *Från novis till expert -mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Brauner, A., (red.) 2015. *Medicinsk mikrobiologi och immunologi*. Lund: Studentlitteratur.

Creamer, E., Dorrian, S., Dolan, A., Sherlock, O., Fitzgerald-Hughes, D., Thomas, T. Walsh, J., Shore, A., Sullivan, D., Kinnevey, P., Rossney, A.S., Cunney, R., Coleman, D. & Humphreys H. 2010. When are the hands of healthcare workers positive for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*? *Journal of Hospital Infection*. 2010 (75), s. 107-111.

Dancer, S., White, L., Lamb, J., Girvan, K. & Robertson, C. 2009. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. *BMC Medicine*, 2009 (7), s. 28.

Dornbusch, K. & Sörén, L., 2015. *Antibiotika*. Ingår i A., Brauner, (red.) 2015. *Medicinsk mikrobiologi och immunologi*. Lund: Studentlitteratur.

Easton, P.M., Sarma, A., Williams, F.L.R., Marwick, C.A., Phillips, G. & Nathwami, D. 2007. Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *Journal of Hospital Infection*, 2007 (66), s. 29-33.

Ericson, E. & Ericson, E., 2009. *Klinisk mikrobiologi. Infektioner, immunologi, vårdhygien*. (4. uppl.) Stockholm: Liber.

Forsgren, A. Kronvall, G., (red.) 1996. *Klinisk bakteriologi*. Lund: Studentlitteratur.

Forskningsetiska delegationen. 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*. [Online] <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis> [hämtat 12.1.2018].

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., (red.) 2012. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hill, J., Evans, C., Cameron, K., Rogers, T., Risa, K., Kellie, S., Richardson, M., Anderson, V., Goldstein, B. & Guihan, M. 2013. Patient and provider perspectives on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A qualitative assessment of knowledge, beliefs, and behavior. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 36 (2), s. 82-90.

Hughes, C., Tunney, M. & Bradley, M.C. Infection control strategies for preventing the transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in nursing homes for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013 (11).

HUS, 2003. *Frågor och svar beträffande MRSA*. [Online] [http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/8.2.5\\_Fragor\\_och\\_svar\\_betraffande\\_MRSA.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/8.2.5_Fragor_och_svar_betraffande_MRSA.pdf) [hämtat 19.8.2016].

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Pirhonen, J., Savolainen-Kopra, C., Liitsola, K., Jalava, J., Toropainen, M., Nohynek, H., Virtanen, M., Löflund, J-E., Kuusi, M. & Salminen, M., (toim.) 2016. *Tartuntataudit Suomessa 2015*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 10.



Kolho, P. & Syrjälä, H., 2010. *Metisilliiniresistentti Staphylococcus aureus eli MRSA*. Ingår i V-J., Anttila, S., Hellstén, A., Rantala, M., Routamaa, H., Syrjälä & R., Vuento, (toim.) 2010. *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Helsinki: Kuntaliitto.

Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. 2008. *Kvalitativ innehållsanalys*. Ingår i M., Granskär & B., Höglund-Nielsen (red.) 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R., 2000. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Olsen, M., Granström, T. & Olai, L. 2012. *Från novis till expert. Patricis Benners modell - en kort sammanfattning*. Högskolan Dalarna. [Online] <http://www.du.se/PageFiles/119509/Fr%C3%A5n%20novis%20till%20expert,%20en%20Benner.pdf> [hämtat: 19.10.2016].

Patel, R. & Davidson, B., 1994. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R. & Tebelius, U., (red.) 1987. *Grundbok i forskningsmetodik: kvalitativt och kvantitativt*. Lund: Studentlitteratur.

Ransjö, U., 2015. *Vårdhygien*. ingår i Brauner, A., (red.) 2015. *Medicinsk mikrobiologi och immunologi*. Lund: Studentlitteratur.

Sakamoto, F., Yamada, H., Suzuki, C., Sugiura, H. & Tokuda, Y., 2010. Increased use of alcohol-based hand sanitizers and successful eradication of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit: A multivariate timeseries analysis. *American Journal of Infection Control*, 2010 (38), s. 529-534.

Sandman, L. & Kjellström, S., 2012. *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Schultz, M., 2010. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): what the nurse should know. *Professional Nursing Today*, 14 (5), s. 12-14.

Seibert, D.J., Speroni, K.G., Oh, K.M, DeVoe, M.C. & Jacobsen, K.H. 2014. Knowledge, perceptions, and practices of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission prevention among health care workers in acute-care settings. *American Journal of Infection Control*, 2014 (42), s. 254-259.

Socialstyrelsen, 2006. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

THL, 2016. *Antibiotikaresistens*. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar/overvakning-och-epidemier/antibiotikaresistens> [hämtat 19.8.2016].

Vasa sjukvårdsdistrikt, 2016. *Patientsäkerhetsmeddelande 03/2016*. [Online] [https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/potilasturvallisuustiedotteet/ptt\\_3\\_2016\\_sv\\_low.pdf](https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/potilasturvallisuustiedotteet/ptt_3_2016_sv_low.pdf) [hämtat 10.8.2017].

Wadström, T., 1996. *Stafylokocker*. Ingår i A., Forsgren, G., Kronvall, (red.) 1996. *Klinisk bakteriologi*. Lund: Studentlitteratur.

Weston, D., 2013. *Vårdhygien för sjuksköterskor -med bakgrund i mikrobiologi och infektionssjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Wikipedia, 2010., *Penicillin*. [Online] <https://sv.wikipedia.org/wiki/Penicillin> [hämtat 19.8.2016].

Vuopio-Varkila, J., Kuusela, P. & Kotilainen, P. 2010., *Staph. aureuksen mikrobilääkeherkkyys*. [Online] [http://www.oppiportti.fi/op/mbg00604/do?p\\_haku=mrsa#q=mrsa](http://www.oppiportti.fi/op/mbg00604/do?p_haku=mrsa#q=mrsa) [hämtat 10.8.2017].

Åhrén, C., Torell, E. & Burman, L. G., 2006. *Antibiotikaresistenta bakterier i vården*. ingår i Socialstyrelsen, 2006. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

1. Ålder: \_\_\_\_\_, Kön: \_\_\_\_\_
2. Utbildning: \_\_\_\_\_
3. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_
4. Berätta om hur du gör i ditt dagliga arbete för att rengöra dina händer mellan klientbesök.

---

---

---

---

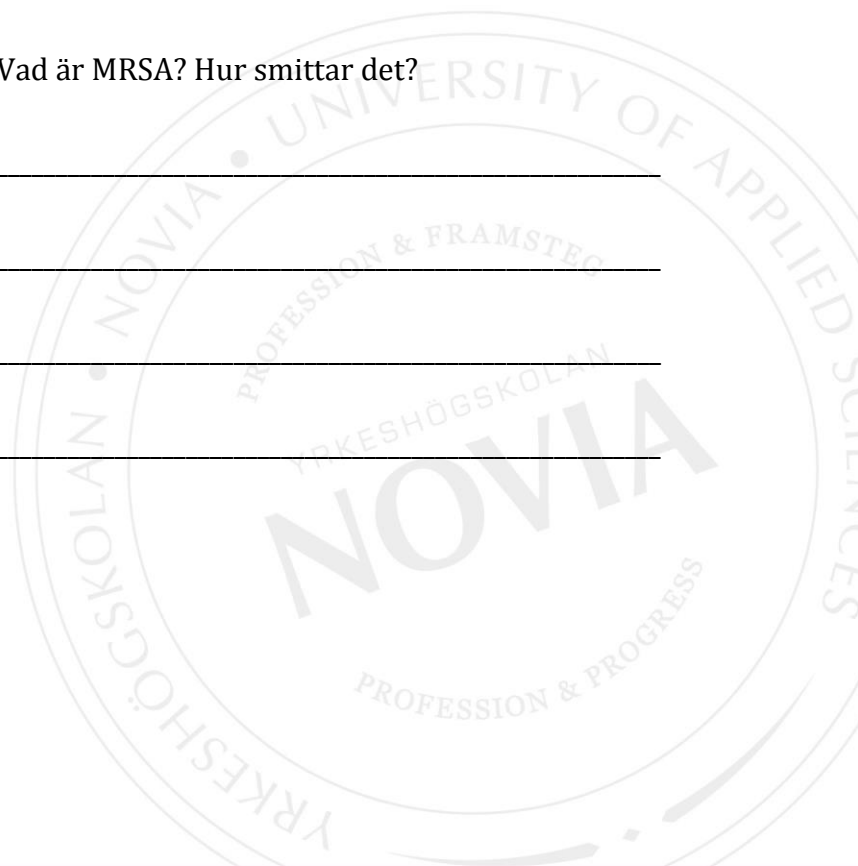
5. Berätta vad du vet om MRSA. Vad är MRSA? Hur smittar det?

---

---

---

---



6. Berätta om hur du skyddar dig själv och dina klienter från att smittas från en eventuell MRSA-smitta hos andra klienter. Vilken skyddsutrustning använder du och i vilka situationer?

---

---

---

---

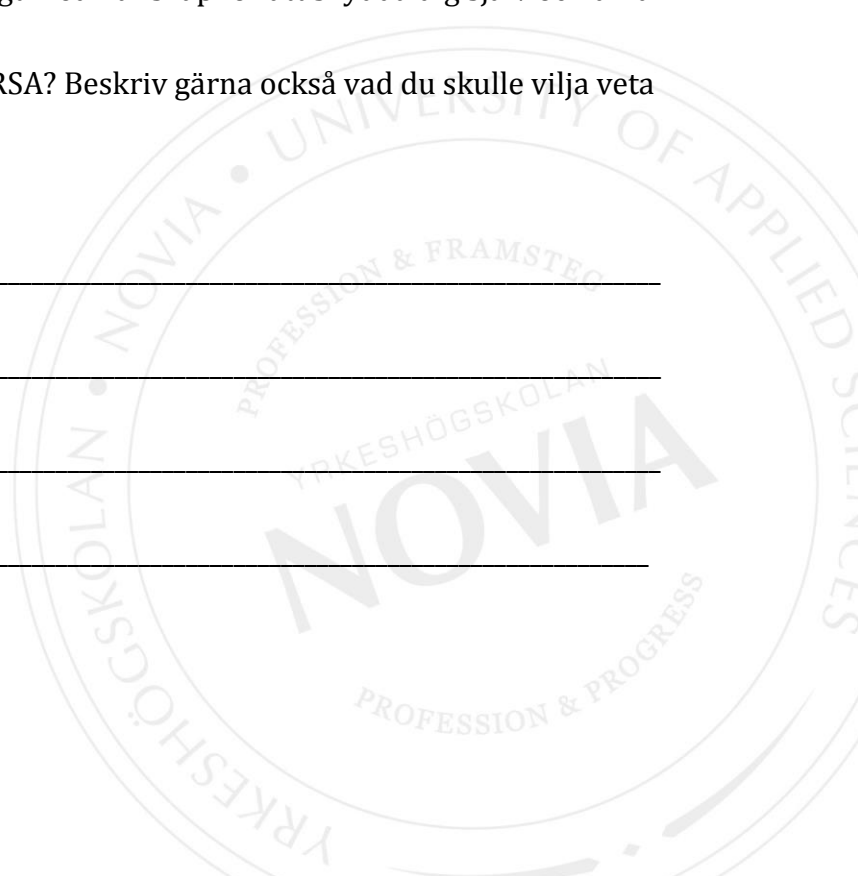
7. Känner du att du har tillräckligt med kunskap för att skydda dig själv och dina klienter från att smittas av MRSA? Beskriv gärna också vad du skulle vilja veta mera om.

---

---

---

---



8. Är det något du tycker du saknar i ditt arbete för att kunna förhindra smittspridning av MRSA? I så fall vad?

---

---

---

---



1. Ikä: \_\_\_\_\_, Sukupuoli: \_\_\_\_\_

2. Koulutus: \_\_\_\_\_

3. Kauanko olet ollut kotihoidossa töissä? \_\_\_\_\_

4. Kerro miten sinä puhdistat kätesi asiakaskäyntien välissä.

---

---

---

---

5. Mitä tiedät MRSA:sta? Mitä se on ja miten se tarttuu?

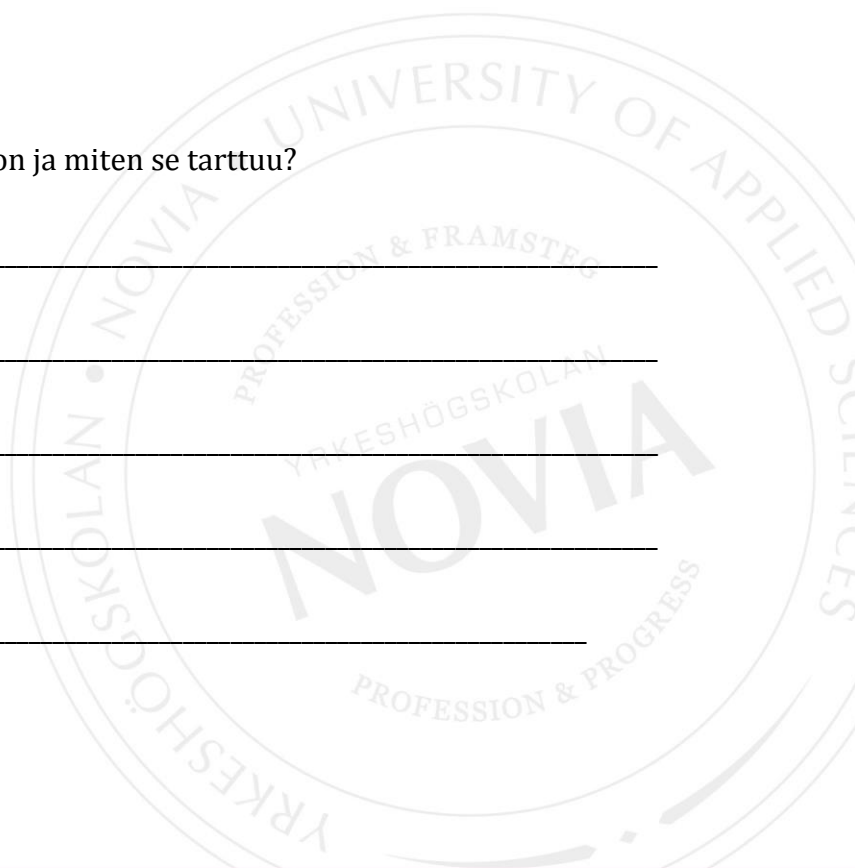
---

---

---

---

---



6. Miten sinä suojaat itseäsi ja asiakkaitasi mahdollisesta MRSA-tartunnasta, niin ettei se leviä asiakkaasta toiseen? Minkälaisia suojavarusteita käytät ja missä tilanteessa käytät niitä?

---

---

---

---

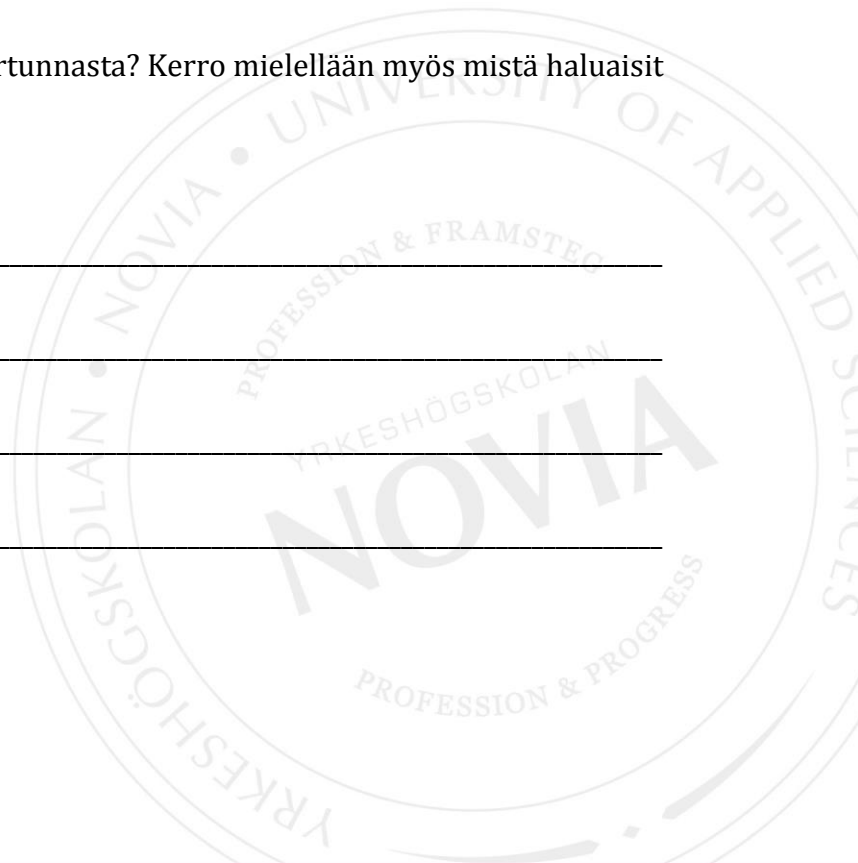
7. Oletko sitä mieltä että sinulla on riittävästi tietoa MRSA:sta, niin että voit suojata itsesi ja asiakkaitasi tartunnasta? Kerro mielellään myös mistä haluaisit saada lisää tietoa.

---

---

---

---



8. Tuntuuko että jotakin puuttuu työstäsi tai työpaikaltasi että voit estää MRSA-taudin leviämisen? Jos vastasit kyllä, niin mitä puuttuu?

---

---

---





### **MRSA inom äldreomsorgen**

Härmed tillfrågas du om deltagande i en undersökning rörande vårdpersonalens kunskap och förhållningssätt gällande vård av patienter om MRSA. Jag har valt att begränsa min undersökning till hemvårdspersonal eftersom jag anser att det inom hemvården ställs höga krav på personalen när det gäller aseptik och tillgång till arbetsredskap. Hemvårdspersonalen har inte alltid möjlighet att aseptiskt tvätta sina händer mellan patientbesök och det är inte alltid säkert att de rätta arbetsredskapen finns hemma hos patienten.

**Vad kommer detta innebära för dig?** Du kommer att delta i en enkätundersökning. Undersökningen tar ca 15-20 minuter. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst, utan särskild förklaring, välja att avbryta. Enkätsvaren kommer att avidentifieras och full sekretess råder. Citat från undersökningen kan komma att användas i examensarbetet. Om antalet rader inte räcker till för ditt svar får du gärna skriva på baksidan av pappret.

Tack på förhand!

Ann-Louise Jussila

050-5982579, ann-louise.jussila@edu.novia.fi

Handledare:

Anita Wikberg

044-7805326, anita.wikberg@novia.fi



## **MRSA vanhustenhuollossa**

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni, jonka aihe on hoitoalan henkilöstön tietoa ja näkemystä MRSA-potilaan hoidosta. Tutkimukseni käsittää ainoastaan kotihoidon työntekijät, koska olen sitä mieltä että niihin on korkeat vaatimukset kun puhutaan aseptiikasta, mutta ei aina ole oikeat työkalut niiden toteuttamiseen. Kotihoidossa ei ole aina mahdollista pestä käsiä asiakaskäyntien välissä ja oikeat työvälineet eivät aina ole olemassa asiakkaan kotona.

## **Mitä osallistuminen tähän tutkimukseen vaatii sinusta?**

Vastaa kyselyyn. Kysely kestää noin 15-20 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista ja voit koska tahansa keskeyttää. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti, toki lainauksia voidaan käyttää lopputyössä. Jos rivit eivät riitä sinun vastauksiin, saat mielellään käyttää paperin toista puoltakin.

Kiitos etukäteen!

Ann-Louise Jussila

050-5982579, ann-louise.jussila@edu.novia.fi

Ohjaaja:

Anita Wikberg

044-7805326, anita.wikberg@novia.fi

