



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA PATIENTER MED ACINETOBACTER BAUMANII

Annsofie Albrektsson & Josefin Karlström

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Lidén

Titel svensk:	Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med <i>Acinetobacter baumannii</i>
Titel engelsk:	Intensive Care nurses experiences of caring for patients with <i>Acinetobacter baumannii</i>
Examensarbete: Program:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Lidén
Nyckelord:	<i>Acinetobacter baumannii</i> . Intensivvårdssjuksköterskor. Intensivvård. Upplevelse.

Sammanfattning

Bakgrund: *Acinetobacter baumannii* är en multiresistent bakterie som främst förekommer på intensivvårdsavdelningar. Bakteriens höga överlevnad på ytor i vårdmiljön och antibiotikaresistens medför ett hot mot sjukhus. Tidigare forskning om hur intensivvårdssjuksköterskor upplever det att vårda patienter med *A. baumannii* är begränsad.

Syfte: Att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.

Metod: En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer genomfördes med fyra intensivvårdssjuksköterskor. Insamlad data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I denna studie har det framkommit att vårdandet av en patient med *A. baumannii* medförde många utmaningar. Isoleringsvården av patienten medförde utmaningar för sjukvårdspersonalen och försvårade även transporter. Det framkom även en ökad arbetsbelastning relaterad till städningen som sjukvårdspersonalen fick genomföra. Det fanns en oro över att sprida vidare bakterien till andra patienter, kollegor eller till familjen. Trots att de flesta i personalstyrkan höll gott mod framkom en misstänksamhet mot kollegor relaterat till smittspridning. Sjukvårdspersonalens erfarenheter av tidigare utbrott resulterade i en mer förberedd personal. Viktiga aspekter som alla intensivvårdssjuksköterskorna var överens om var vikten av information och följsamheten till rutiner för att minska smittspridning.

Slutsats: Information, följsamhet till rutiner och tidigare erfarenheter var betydande för att kunna vårda patienten och hantera utbrottet av *Acinetobacter baumannii*. Vården försvårades dock vid transporter och av isoleringsvård. All städning som behövdes för att förhindra smittspridning medförde en ökad arbetsbelastning för personalen. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att vården av patienten blev omständligare och bidrog till stress. Känslan av att behöva skydda sig själv skapade även en distans till patienten.

Nyckelord: *Acinetobacter baumannii*. Intensivvårdssjuksköterskor. Intensivvård. Upplevelse.

Abstract

Background: *Acinetobacter baumannii* is a multi-resistant bacteria that occurs mainly in intensive care departments. Its high survival on surfaces in the healthcare environment and its resistance against antibiotics causes a threat to hospitals. Previous research on intensive care nurses' experiences of caring for patients with *A. baumannii* is limited.

Aim: To illustrate the experiences of intensive care nurses caring for patients with *Acinetobacter baumannii*.

Method: A qualitative method with semi-structured interviews was conducted with four intensive care nurses. The interviews were analyzed with a qualitative content analysis.

Result: In this study, it has emerged that the care of a patient with *A. baumannii* resulted in many challenges. The patient's isolation care resulted in additional work for the healthcare staff and made transport difficult. There was also an increased workload related to the cleaning that healthcare personnel had to carry out. There was a concern about spreading the bacteria further to other patients, colleagues or the family. Even though most people in the workforce maintained good courage, a suspicion was raised against colleagues related to the spread of infection. The medical staff's experience of previous outbreaks resulted in a more prepared staff. Important aspects that all intensive care nurses agreed on was the importance of information and compliance to routines for managing the outbreak.

Conclusion: Information, compliance to routines and previous experiences were significant in order to care for the patient and to handle the outbreak of *Acinetobacter baumannii*. However, the care was made more difficult because of patients transport and the isolation care. All cleaning that was needed to prevent the spread of the bacteria led to an increased workload for the staff. The intensive care nurses experienced that the care of the patient became more demanding and contributed to stress. The feeling of having to protect oneself also created a distance to the patients.

Keywords: *Acinetobacter baumannii*. Intensive care nurses. Intensive care. Experience.

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till deltagarna i denna studie, utan er hade det ej varit möjligt att genomföra studien.

Även ett tack till Verksamhetschefen samt Avdelningscheferna för att studien fick genomföras på er avdelning, samt för er hjälp med information och rekrytering av deltagare.

Vi vill också rikta ett stort tack till vår handledare Sofie Jakobsson som har stöttat och givit oss många goda råd under studiens gång.

Göteborg, Maj 2019
Annsophie Albrektsson
Josefin Karlström

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Multiresistenta bakterier	1
Acinetobacter baumannii	2
Att bära på multiresistenta bakterier.....	3
Att vårda patienter med multiresistenta bakterier.....	3
Smittskyddsåtgärder	4
Lagar och smittskydd.....	5
Teoretisk utgångspunkt	5
Vårdrelation	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Etiska överväganden.....	8
Resultat.....	8
Att inte sprida bakterien	9
Att transportera patienten.....	9
När vården ställs på sin spets	10
Att skydda sig själv	10
En ökad arbetsbelastning	12
När städningen tar över arbetet	12
En påverkan på teamet	13
Vikten av kunskap	15
Skräckexempel och spekulationer.....	15
Att få rätt och bra information	15
Tidigare erfarenheter.....	16
Diskussion	16

Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Kliniska implikationer och fortsatt forskning.....	21
Slutsats	21
Referenslista	22
Bilagor.....	27
Bilaga 1-Intervjuguide.....	
Bilaga 2-Brev till Verksamhetschef	
Bilaga 3-Forskningspersonsinformation.....	

Inledning

Acinetobacter baumannii är en multiresistent bakterie som är orsak till flertalet utbrott på intensivvårdsavdelningar världen över. WHO klassificerar *Acinetobacter baumannii* som den högst prioriterade multiresistenta bakterien att finna nya behandlingsalternativ till. Bakteriens höga antibiotikaresistens samt dess motståndskraft mot olika desinfektionsmedel, är två utmärkande egenskaper som leder till att bakterien är ett stort hot mot patienter och intensivvårdsavdelningar. I Sverige är förekomsten av *Acinetobacter baumannii* sällsynt, dock innebär bakteriens ökade spridning i världen ett potentiellt hot mot intensivvårdsavdelningar i Sverige. Bakterien sprids via aerosoler via luften, men främst genom droppsmitta. Den vanligaste smittspridningsvägen är dock via händer på grund av dålig följsamhet till basala hygienrutiner, vilket leder till att bakterien får stor spridning runt om i vårdmiljön. För att skydda patienten krävs det en effektiv infektionskontroll när en patient vistas på en intensivvårdsavdelning, detta för att förhindra att ytterligare hälsorisker och trauman drabbar en redan svårt sjuk patient. Eftersom bakterien främst drabbar intensivvårdsavdelningar är det av vikt att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av att vårda en patient med *Acinetobacter baumannii*.

Bakgrund

Multiresistenta bakterier

De flesta infektioner som är orsakade av bakterier kan botas med antibiotika. Detta sker genom att antibiotikan hämmar bakteriens tillväxt genom att binda till specifika målstrukturer i cellen. Genom att antibiotikan binder sig till de specifika målstrukturerna blockeras den bakteriella funktionen. Detta kan ske genom att syntesen av cellväggen hämmas, DNA syntesen blockeras, en inhibering av proteinsyntesen eller genom att ingripa på det metabola enzymsystemet (Erling, 2012).

Melhus (2010) beskriver att en bakterie erhåller resistensmekanismer genom mutation, transformation, transduktion och konjugation. När en resistensen har förvärvats hos bakterien kan en antibiotikaresistens uppstå genom fyra olika alternativ: Det första alternativet är att inte antibiotikan kan tränga in i cellen på grund av förändringar i cellväggens genomsläpplighet. Det andra som kan ske är att det sker en förändring eller förlust av den molekyl som antibiotikan använder för att ge effekt. Exempelvis genom att ytan som antibiotikan annars hade bundit till är förändrad vilket leder till att antibiotikan inte kan binda till cellen. Ytterligare effekter som kan ske är att bakterierna väljer att hoppa över det steg som antibiotikan blockerar och hittar istället andra sätt som håller igång metabolismen. Slutligen kan bakterien bilda ett enzym som bryter ner antibiotikan (Melhus, 2010). Enligt Barbier, Lisboa och Nseir (2016) orsakar multiresistenta bakterier cirka 36% av alla infektioner hos patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar. Grealy och Coyer (2016) beskriver att patienter som kommer till intensivvården kan vara bärare av multiresistenta bakterier utan att vara sjuka av dem. Detta kan i sin tur leda till att infektionskänsliga patienter på intensivvårdsavdelningen blir smittade.

Acinetobacter baumannii

Enligt World-Health-Organization (2017a) är *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) en av de högst prioriterade bakterierna av alla multiresistenta bakterier i världen, att finna nya behandlingsalternativ till. Enligt Nowak och Paluchowska (2016) anses bakterien vara en av de sex farligaste multiresistenta bakterierna på sjukhus världen över och kan vid en infektion öka mortaliteten från 8% till 40%. Infektioner med *A. baumannii* började spridas under 1960–1970 talet då även intensivvården av patienter ökade parallellt. Bakterien har under de senaste åren ökat på grund av att fler patienter behandlas i ventilator, har centrala infarter samt urinkateter, men även på grund av den ökade antibiotikaanvändningen runt om i världen. Idag har infektioner med *A. baumannii* spridit sig snabbt genom sjukhus över hela världen där bakterien främst förekommer på intensivvårdsavdelningar (Wong et al., 2017). Enligt Garnacho-Montero et al. (2015) utgör *A. baumannii* ett svårt problem, på grund av begränsade terapeutiska behandlingar samt riktlinjer. Bakterien är även bidragande orsak till de nosokomiella infektioner som huvudsakligen påverkar patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar, även om den senare kan spridas till vanliga vårdavdelningar.

A. baumannii är en gramnegativ bakterie som kan överleva på fasta och torra ytor upp till fem månader. Detta beror på bakteriens förmåga till att enkelt få i sig näring och att växa inom stora områden, samt dess höga resistens mot desinfektionsmedel (Nowak & Paluchowska, 2016). Människor som varit med om naturkatastrofer såsom översvämningar, jordbävningar eller i områden med militära konflikter kan drabbas av bakterien. Ungefär 1,8% av alla vårdrelaterade infektioner orsakas av *A. baumannii* enligt studier utförda i Europa, USA och Latinamerika. I Asien och ett fåtal länder i Sydamerika orsakar *A. baumannii* en mycket högre andel av nosokomiella infektioner. Det finns cirka 1 miljon fall per år i världen av *A. baumannii* infektioner (Wong et al., 2017).

Wong et al. (2017) beskriver vidare att de två vanligaste infektionerna som *A. baumannii* orsakar är pneumoni och sepsis. Ytterligare infektioner som kan orsakas av bakterien är sårinfektioner, osteomyelit, endokardit och meningit. *A. baumannii* kan överföras till patienter via olika miljötyper och via kontaminering av händerna hos sjukvårdpersonal. Det är en bakterie som sprids via droppsmitta och aerosolpartiklar vilket betyder att bakterien är luftburen. Detta innebär att sjukvårdpersonal efter inandning av bakterien exempelvis vid endotrachealsugning av en intuberad patient kan drabbas av pneumoni. Vidare beskriver Nowak och Paluchowska (2016) att riskfaktorer som kan bidra till att patienter drabbas av *A. baumannii* är stora kirurgiska ingrepp, trauman, hög ålder, mekanisk ventilation, perifera venkater, urinkateter och olika slags dränage. Patienter som är immunsupprimerade, barn som vårdas på neonatalen eller patienter med brännskador är särskilt sårbara för bakterien.

A. baumannii har cirka 45 olika resistansgener och kan snabbt förvärva resistens från andra bakteriearter, den kan dessutom mitt i en behandlingsperiod utveckla resistens mot antibiotikan. Ett ytterligare kritiskt problem är att *A. baumannii* även utvecklat en resistens mot Karbapenem (Wong et al., 2017). Karbapenem är ett bredspektrum betalaktat antibiotika som anses ha en viktig roll i antimikrobiell terapi. Karbapenem ges ofta som sista utvägen till kritiskt sjuka patienter som behandling mot en rad olika infektioner (Nowak & Paluchowska, 2016). Om *A. baumannii* ej har någon Karbapenemresistens kan även detta antibiotikum användas. Dock kan *A. baumannii* infektioner i allmänhet endast behandlas med tigeicyclin eller polymyxiner (Garnacho-Montero et al., 2015).

Att bära på multiresistenta bakterier

Enligt Skyman, Lindahl, Bergbom, Sjöström och Åhrén (2016) känner sig patienter som är bärare av multiresistenta bakterier ofta smutsiga och har på grund av sin smitta en låg självkänsla. En del patienter uppger att känslan av att kunna sprida bakterierna vidare till andra människor väcker obehag hos dem själva och gör att de är mycket noga med att göra allt de kan för att inte smitta andra. Även i en studie av Lindberg, Carlsson och Skytt (2014) framkommer det att patienter upplevde att deras vänner men också sjukvårdspersonal tog avstånd från dem och det fick dem att känna sig äckliga.

Fortsättningsvis beskriver Skyman et al. (2016) att patienter blev lämnade ensamma med sin frustration över att de var smittsamma och att de ofta fick dålig information från sjukvårdspersonalen om deras vård. En del patienter upplevde att det var många i sjukvårdspersonalen som inte hade någon kunskap om multiresistenta bakterier och som inte kunde ge dem någon korrekt information. Detta upplevdes speciellt skrämmande för patienter när de insåg att sjukvårdspersonalen inte kunde hygienrutinerna och till exempel kom in i full skyddsutrustning när de inte behövdes. Detta fick patienten att känna sig som något farligt och bidrog till att det vårdande mötet mellan sjukvårdspersonalen och patienten förstördes. Även Lindberg et al. (2014) beskriver att patienten ansåg att sjukvårdspersonalen ofta var slarvig, hade otillräcklig kunskap om multiresistenta bakterier och att de behövde mer utbildning.

Att vårda patienter med multiresistenta bakterier

I en studie av Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm och Fossum (2016) framkom det att många sjuksköterskor var rädda för att vårda patienter med multiresistenta bakterier och att det hade stor respekt för bakterien. En anledning till att de kände rädsla var för att de själva skulle få bakterien eller att de skulle sprida den vidare till andra. Även i en studie av Seibert, Speroni, Oh, DeVoe och Jacobsen (2014) framkom det att hälften av deltagarna uttryckte rädsla för att ta med sig multiresistenta bakterier till sin familj.

Vidare menar Andersson et al. (2016) att osäkerheten och rädslan hos sjukvårdspersonalen bidrog till att det blev konflikter i teamet då en del i personalen inte ville vårda dessa patienter, samt när någon inte kunde eller följde rutinerna. Osäkerheten gjorde att patienternas vård påverkades, och sjuksköterskorna uttryckte oro för att patienterna skulle märka att de undvek att gå in till dem och att de skulle känna sig isolerade. Slutligen upplevde de att patienterna med multiresistenta bakterier ofta inte fick den information som de behövde. Även i en studie av Lindberg et al. (2014) framkom det att undersökningar som tex röntgen ibland inte prioriterades på grund av risken för smittspridning.

Enligt Andersson et al. (2016) är utbildning en central del där brist på information och lättillgängliga rutiner skapade de största barriärerna för vården av dessa patienter. Många sjuksköterskor uppgav att de saknade information angående dessa bakterier, och att bristen på information ökade deras osäkerhet och rädsla för att vårda patienten. Lindberg et al. (2014) beskrev att rädsla och osäkerhet bland sjukvårdspersonal uppstod när de hamnade i situationer som de inte var vana vid. Vidare beskrev Andersson et al. (2016) att de sjuksköterskor som kände till rutinerna och visste var de skulle hitta information angående detta kände sig mer säkra i omvårdnaden. Även Seibert et al. (2014) beskriver att mer utbildning behövs för att öka medvetenheten om patientrisker men också om risker för sjukvårdspersonalen.

Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskor ett omvårdnadsansvar där patientens behov av vård kommer i första hand. All omvårdnad ska utgå från medkänsla, respekt, integritet, lyhördhet och trovärdighet för patienten. Fortsättningsvis ska sjuksköterskan främja en vårdkultur som har ett etiskt förhållningssätt och även ansvara för att upprätthålla sin egen yrkeskompetens. Samtidigt som vården ska vara evidensbaserad för att kunna främja patientens rättigheter, säkerhet och värdighet. Detta innebär ett ansvar för att skydda patienten ifall deras hälsa äventyras vid vårdandet. Att främja en hållbar miljö och förstå innebörden av vårdmiljöns betydelse för patienten samt verka för ett etiskt förhållningssätt är av stor vikt som sjuksköterska (Svensk Sjuksköterskeförening 2017).

Som intensivvårdssjuksköterska ingår det även utifrån kompetensbeskrivningen för specialistjuksköterskor att vårda patienter med sviktande organ och varierande diagnoser oavsett kultur, etnicitet och ålder. Samt utifrån patientens omvårdnadsbehov övervaka och utföra omvårdnadsåtgärder kontinuerligt. Intensivvårdssjuksköterskan ska även stödja och minimera risker för patienten samt hjälpa de finna vägen till välbefinnande. Under all omvårdnad ska beprövad erfarenhet och evidensbaserad kunskap nyttjas. Att utföra en patientnära undervisning med god information samt ett gott bemötande är av yttersta vikt för en patientnära relation. Fortsättningsvis bör arbetet utföras enligt basala hygienrutiner och specialistjuksköterskan bör inneha kunskap om förebyggandet av vårdrelaterade infektioner. Slutligen ska intensivvårdssjuksköterskan *”identifiera smittfarliga sjukdomar och motverka dess spridning utifrån gällande säkerhetsrutiner vid smittfarliga sjukdomar, smittskyddslagstiftning regionalt och nationellt.”* (Svensk-Sjuksköterskeförening, 2012)

Smittskyddsåtgärder

Basala hygienrutiner förhindrar att resistenta bakterier sprider sig inom hälso-sjukvården. För att förhindra smittspridning krävs ibland ytterligare åtgärder såsom isoleringsvård och enkelrum. Viktigast är att ifall en patient är bärare av en multiresistent bakterie ska detta ej förhindra eller fördröja patientens sjukvård (Söderström, 2015). Enligt Wetzig, Blackwood och Currey (2016) är isolering av en patient en viktig del i att förhindra att nosokomiella infektioner sprider sig på avdelningen och för att skydda hälsosjukvårdspersonalen. Riktlinjer för att hantera multiresistenta bakterier innebär att involvera och implementera isolering och att använda rekommenderad skyddsutrustning. I Zahar et al. (2013) studie framkom det att på intensivvårdsavdelningar vid isolering av en patient sker det fler medicinska misstag och skapar mer negativa effekter för patienten. Ur en etisk synpunkt bör därför isolering endast utföras om nödvändigt och för att förhindra spridning av bakterier och virus. Även Socialstyrelsen (2006) anser att isoleringsvård är individuellt beroende på smitta och kan minska smittspridningen med 25 000 gånger. Dock betonas att basala hygienrutiner räcker mycket långt, de nämner basala hygienrutiner som lönsamma, effektiva och mindre komplicerade. De betonar även att vårdhygien alltid ska kontaktas och screenodlingar bör även tas från patienter som vårdats, jobbat utomlands eller som har vistats på en avdelning med känd smitta av multiresistenta bakterier. Om patienten är bärare av multiresistenta bakterier ska detta journalföras.

Vid ett utbrott av *A. baumannii* krävs det att vissa åtgärder genomförs direkt, att patienten isoleras och basala hygienrutiner införs. För att undvika att sprida bakterien ska sjukvårdspersonalen använda filtrerade munskydd och visirer. Det ska även genomföras städning med klorin för att undvika att bakterien sprider sig i miljön och därigenom minska

infektionsspridningen. All medicinsk personal ska även screenas för bakterien. Vid tidigare utbrott fann man att de vanligaste föremålen som förorenats av *A. baumannii* är sugutrustning, kuddar, madrasser, handfat och tvättfat. Därför bör odlingar tas runt om i vårdmiljön. Dock har även bakterien hittats i hissar, på anteckningsvagnar, akutvagnar, blodtrycksmätare och på ergonomiska hjälpmedel (Warde, Davies, & Ward, 2019).

Lagar och smittskydd

Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30 nämner att all vård ska bedrivas så att kraven på en god vård för patienten blir uppfylld. Vården ska bedrivas med en hygienisk god standard för att kunna se till att patientens behov av säkerhet, kontinuitet och trygghet följs (Socialdepartementet, 2017). Folkhälsomyndigheten beskriver några multiresistenta bakterier: Enterobacteriaceae med resistentmekanismen ESBL, Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA), Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP) och Vancomycinresistenta *enterococcus faecalis* (VRE). Dessa bakterier är även enligt Folkhälsomyndigheten anmälningspliktiga (Folkhälsomyndigheten, 2016a). Folkhälsomyndigheten uppger att multiresistenta bakterier ska rapporteras enligt smittskyddslagen då anmälningsplikt råder för antibiotikaresistenta bakterier. Trots att *A.baumannii* är en multiresistent bakterie finns den inte listad bland anmälningspliktiga sjukdomar (Folkhälsomyndigheten, 2016b).

Enligt smittskyddslag SFS 2004:168 innebär allmänfarliga sjukdomar smittsamma sjukdomar som kan innebära livshotande och långvarig sjukdom för patienter, vilket *A. Baumannii* kan medföra. En allmänfarlig sjukdom innebär även ett svårt lidande där det krävs åtgärder för att förebygga smittspridning. Alla sorters åtgärder vid smittskydd ska byggas på beprövad erfarenhet och vetenskap och får inte vara en fara för patientens hälsa. Alla åtgärder ska fortsättningsvis byggas på respekt för alla människors lika värde och integritet. I smittskyddslagen nämns det även att det är patientansvarig läkare som kontaktar smittskyddsläkare i respektive region vid misstanke eller konstaterad smitta. Därefter tar smittskyddsläkaren beslut ifall smittspårning behövs genomföras. Patienten har rätt till medicinska och praktiska råd angående att undvika smittspridning och ska även få psykosocialt stöd vid behov. Smittskyddslagen tar även upp förutsättningar för att enligt lag isolera en patient. Detta innebär att patienten ska ha en allmänfarlig sjukdom och ska isoleras ifall patienten ej är i ett tillstånd att själv utföra de åtgärder som krävs, eller för att patienten inte följer de åtgärder som har tagits beslut om. Ett beslut om isolering får även genomföras ifall det finns en stor risk för att andra personer kan bli smittade. En patient som ligger i isolering har rätt till samma vård som alla andra där nödvändiga förberedelser ska genomföras. Patienten ska få stöd under hela vårdtillfället samt har rätt till besök i den mån det går (Socialdepartementet, 2014).

Teoretisk utgångspunkt

Vårdrelation

Enligt Joyce Travelbee är det av vikt att sjuksköterskan ser till patientens upplevelse av lidande och sjukdom istället för endast en bedömning eller diagnos av patienten. Vidare menar hon på att en mellanmänsklig relation måste finnas för att omvårdnadsbehoven skall

kunna tillgodoses. Kommunikationen är en av sjuksköterskans viktigaste verktyg för att kunna möjliggöra den mellanmännsliga relationen (Travelbee, 1971). En mellanmännslig relation krävs för att kunna lindra lidandet och stödja patientens hälsoprocesser. För att en vårdande relation skall skapas krävs det att vårdaren har fokus på patienten, har en reflektion över relationen i sitt vårdande och använder sin professionella kunskap. För att kunna ge patienten en god vård är det av vikt att belysa vårdarens perspektiv och hur de upplever patientens hälsa samt välbefinnande. Fortsättningsvis beskrivs att om inte vårdmiljön eller vårdandet upplevs som något positivt för vårdaren blir det också svårare för vårdaren att möjliggöra en bra vård för patienten (Dahlberg & Segesten, 2010).

Närhetsetiken betonar vikten av att möta sin patient som en person och inte som en patient med en specifik diagnos. Inom vården är det lätt att objektifiera patienten och se något som ska hanteras istället för att visa respekt och omtanke för personens tankar och behov (Sandman & Kjellström, 2018). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) måste en vårdande relation vara inbjudande för att ett vårdande möte ska kunna skapas. Om patienten upplever sjukvårdspersonalen som stressad eller ointresserad kan detta leda till att patientens välbefinnande påverkas. Enligt Sandman och Kjellström (2018) är målet att hjälpa människor att förändra sin nuvarande situation. Detta kan dock försvåras av att patienters sjukdomstillstånd inte möjliggör att vara närvarande i mötet med sjukvårdspersonalen.

Problemformulering

Acinetobacter baumannii är ett stort hot mot sjukhus världen över. Bakterien anses vara en av de sex farligaste multiresistenta bakterierna på sjukhus på grund av dess antibiotikaresistens, och resistens mot desinfektionsmedel. Idag har *A. baumannii* infektioner spridit sig snabbt genom sjukhus över hela världen där bakterien främst förekommer på intensivvårdsavdelningar. Förekomsten av *A. baumannii* i Sverige är sällsynt dock medför den ökade spridningen av bakterien i världen ett potentiellt hot mot intensivvårdsavdelningar i Sverige. Flertalet infarter, infektionskänslighet och ventilatorbehandling leder till att intensivvårdspatienter har en ökad risk för att drabbas av denna bakterie. Sjuksköterskors upplevelser som tidigare belysts av att vårda patienter med multiresistenta bakterier involverar rädsla för att själva bli smittade, brist på kunskap om bakterier och en fasa över att vårda dessa patienter överlag. Tidigare studier beskriver patienters erfarenhet av att bära på multiresistenta bakterier som ett stigma, där även sjuksköterskors okunskap bidragit till en förstörd vårdrelation. Intensivvårdssjuksköterskor har ett omvårdnadsansvar och ska lindra patientens lidande och stödja patientens väg till hälsa. Ifall en intensivvårdssjuksköterska inte upplever vårdandet av patienten som något positivt kan detta motverka en god omvårdnad. Forskning om *Acinetobacter baumannii* i Sverige är begränsad vilket innebär att intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa patienter tidigare ej har belysts. Därför anses det vara av vikt att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.

Syfte

Att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.

Metod

Enligt Polit och Beck (2017b) används en kvalitativ forskningsansats för att erhålla information angående deltagarens upplevelser. Kvalitativ forskning syftar till att studera ett fåtal deltagares upplevelser och utgår inte från att generalisera resultatet till en stor population. Vid en kvalitativ ansats får forskaren ett helhetsperspektiv över deltagarens upplevelser genom exempelvis en intervju, deltagaren får då med egna ord berätta sin upplevelse. Denna studie utgår från en induktiv ansats. Enligt Elo och Kyngäs (2008) används en induktiv ansats vid forskning som inte belysts tidigare, där en teori inte existerar och där insamlad data från exempelvis intervjuer används för att sedan kunna dra en slutsats.

Urval

Till denna studie har intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att ha vårdat patienter med *Acinetobacter baumannii* studerats. Deltagarna valdes genom ett strategiskt urval för att lämpligast kunna svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2017b). Det strategiska urvalet utgick från att inkludera deltagare till studien från en intensivvårdsavdelning med tidigare känd smitta av *A. baumannii* i Sverige. Inklusionskriterier till studien var intensivvårdssjuksköterskor, oberoende av ålder, kön och arbetslivserfarenhet, som vårdat patienter med *A. baumannii*. Antalet deltagare som intervjuades var fyra intensivvårdssjuksköterskor.

Datainsamling

Ett massmail skickades ut till samtliga 40 intensivvårdssjuksköterskor med hjälp från avdelningschefen. Även muntlig information gavs till intensivvårdssjuksköterskor av ansvariga för studien, för att informera om studien samt finna potentiella deltagare att intervjua. På grund av få deltagare skickades ytterligare massmail ut för att finna fler intensivvårdssjuksköterskor att intervjua, dock resulterade detta inte i några fler deltagare. Intervjuerna till studien genomfördes enskilt av ansvariga för studien. Deltagarna intervjuades även enskilt där intervjuformen var semistrukturerade intervjuer. De semistrukturerade intervjuerna genomfördes med förutbestämda frågor som ställdes till samtliga deltagare, där även följdfrågor användes (se bilaga 1). Enligt Polit och Beck (2017b) möjliggör semistrukturerade intervjuer att forskarna får den information som efterfrågas samtidigt som deltagarna erbjuds att fritt tala om sina upplevelser. En pilotintervju genomfördes för att granska intervjufrågornas relevans till studiens syfte, där inga ändringar av intervjufrågorna genomfördes. Då pilotintervjun gav riklig data användes den till studiens resultat. Intervjuerna varade i ca 20–30 minuter under deltagarens arbetstid och spelades in för att transkriberas, och avidentifierades genom ett nummer. Transkriberingen genomfördes enskilt direkt efter intervjun. Efter att intervjuerna transkriberats lyssnades de igenom igen för att kontrollera transkriberingen.

Dataanalys

Innehållsanalysen av transkriberingen utfördes genom en tematisk innehållsanalys enligt Burnard (1991) då denna metod lämpar sig för semistrukturerade intervjuer. Analysmetoden kräver att intervjuerna spelas in och har blivit korrekt transkriberade. Burnards analysmetod möjliggör att delar av intervjuerna kan delas in i teman som sedan kommer att bilda kategorier. Analysmetoden har 14 steg, till denna uppsats används alla steg förutom steg 11. I

steg 11 ska författarna gå tillbaka till deltagarna med framtagna kategorier och dess transkriberade innehåll för att få bekräftelse av de olika kategorierna.

Efter att intervjuerna genomförts och transkriberats lästes de enskilt för att erhålla en djupare förståelse, där även anteckningar genomfördes av deltagarens upplevelser enligt steg ett. Under tiden som transkriberingarna lästes igenom utfördes även markeringar i texten som överensstämde med studiens syfte enligt steg två i analysmetoden. Under steg tre av analysen lästes transkriberingarna igenom enskilt igen för att eventuellt finna ny betydande data. Även text från transkriberingen som ej var utav intresse för studiens syfte markerades. Sedan gjordes en öppen kodning av texten vilket innebar att markerad transkribering förkortades utan att förlora sitt betydande innehåll. Utifrån den öppna kodningen bildades sedan preliminära kategorier. I steg fyra granskade författarna tillsammans de preliminära kategorierna för att gruppera och reducera kategorierna. I steg fem kontrollerades kategorierna för att bilda tre huvudkategorier. I enlighet med steg sex kontrollerades kategorierna av en utomstående för att öka studiens validitet och för att undvika bias. Fortsättningsvis lästes transkriberingen igenom igen för att kontrollera att data ej gått förlorad samt förlorat sin innebörd, och färgmarkerades utifrån kategoritillhörighet enligt steg sju till tio. Steg 11 uteslöts då analysmetoden beskrev att steg 12 i analysen istället kunde ersätta steg 11 för att säkra trovärdigheten av studien. Resultatet fortsattes sedan att skrivas utifrån steg 12-14 enligt analysmetoden, där även citat valdes från intervjuerna att tas med i texten (Burnard, 1991).

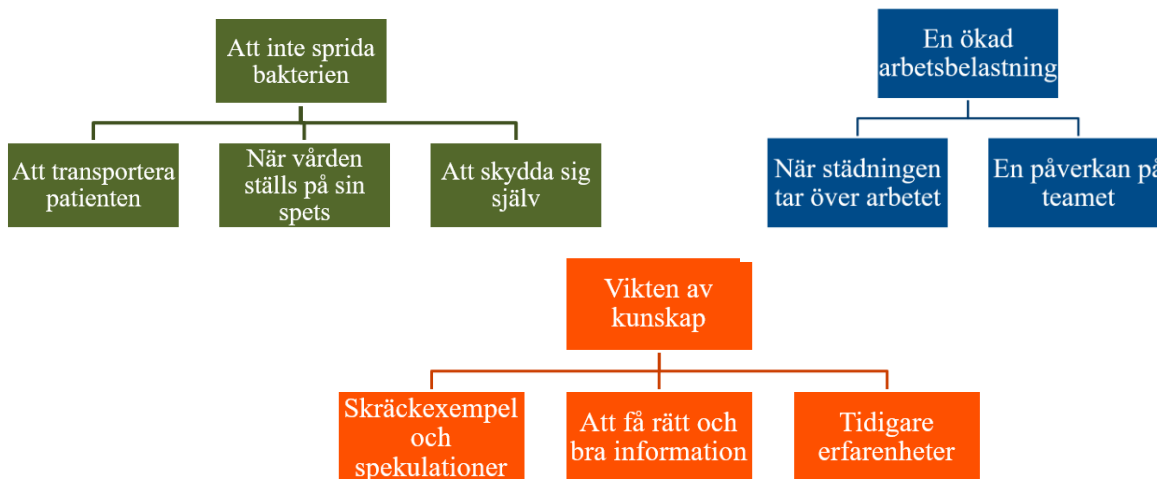
Etiska överväganden

Enligt lag (2003: 460) om etikprövning av forskning som avser människor krävs det inte att denna studie behöver prövas av en etikprövningsnämnd då examensarbeten inte omfattas av etikprövning (Socialdepartementet, 2003). Inför studien kontaktades verksamhetschefen och avdelningscheferna via mail för godkännande (se bilaga 2). Ett skriftligt godkännande från verksamhetschefen erhöles. Deltagarna tillfrågades att delta i studien via mail och muntligen, samt erhöles en forskningspersonsinformation (se bilaga 3). För att kunna genomföra forskning krävs det att nyttan med forskningen noga övervägs och efterföljs för att minimera riskerna för forskningspersonernas integritet (Cöster, 2014). På grund av detta har studien för att skydda deltagarnas integritet och identitet utgått från forskningsetiska principer. De fyra forskningsetiska principer som berörts är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Enligt Vetenskapsrådet (2002) innebär informationskravet att deltagarna skall erhålla information angående studiens syfte. Detta fick deltagarna genom forskningspersonsinformationen där de fick information om studien, samt att deltagandet är frivilligt och får avbrytas när som helst. Deltagarna blev även informerade angående eventuella risker och att obehöriga ej kommer att ta del av det insamlade materialet i enlighet med konfidentialitetskravet. Alla intervjuer förvarades avidentifierade på en låst data med lösenordsskydd, och raderades efter godkännande av denna magisteruppsats. Varje deltagare fick även ge sitt muntliga medgivande att medverka i studien enligt samtyckeskravet. Slutligen fick deltagarna information angående att studiens resultat endast kommer att ingå i denna magisteruppsats, med hänvisning till nyttjandekravet.

Resultat

Innehållsanalysen av intervjuerna resulterade i tre huvudkategorier (se Figur 1.) I den första kategorin *Att inte sprida bakterien* beskrivs svårigheter i patientvården relaterat till att inte

sprida bakterien och hur personalen skyddade sig. Kategorin innefattas av tre subkategorier: *Att transportera patienten*, *När vården ställs på sin spets* och *Att skydda sig själv*. I den andra kategorin *En ökad arbetsbelastning* beskrivs hur vårdpersonalen upplevde merarbetet och den ökade arbetsbelastningen, men även hur teamet påverkades. Subkategorierna var: *”Vi skulle klorera allt i princip”* och *En påverkan på teamet*. I den sista kategorin *Vikten av kunskap* beskrivs betydelsen av tidigare erfarenheter samt behovet av information till personalen. Subkategorierna var: *”De fick bränna ner IVA”*, *Att få rätt och bra information* samt *Tidigare erfarenheter*.



Figur 1. Studiens resultat kategorier med tillhörande subkategorier.

Att inte sprida bakterien

Att transportera patienten

Samtliga intensivvårdssjuksköterskor var överens om att *A. baumannii* infektionen försvårade transporter och flytt av patienten. Om patienten skulle transporteras till operation eller röntgen uppstod en risk för spridning av bakterien. Inför varje transport krävdes det från personalen att de behövde tänka extra på hur de genomförde varje flytt och hur den skulle hanteras på bästa sätt. Även hur risker för patienten och personalen skulle minimeras reflekterades över kontinuerligt, därför var det ett ständigt övervägande över vilka undersökningar och behandlingar som behövdes genomföras för att undvika att sprida bakterien.

Det är väl det som är den största risken som jag ser i alla fall... att man gör... att man flyttar runt de här bakterierna för det är skitsvårt att få bort den. (Intervju nr 1)

Samtliga intensivvårdssjuksköterskor upplevde att det var lättare att isolera patienten på en intensivvårdssal då flera undersökningsmetoder och behandlingar kunde genomföras på salen. En av intensivvårdssjuksköterskorna beskrev även att hen hade svårt att kunna se hur isoleringsvården skulle fungera om patienten låg på en vanlig vårdavdelning.

När vården ställs på sin spets

Vården behövde planeras noga för att omvårdnaden skulle kunna genomföras när extrapersonalen var tillgänglig på avdelningen för att undvika spring in och ut från salen. Det framhölls att det var viktigt att förvara lite material på rummet, då detta senare behövdes slängas när patienten lämnat intensivvårdsavdelningen. Detta var en erfarenhet som alla intensivvårdssjuksköterskorna delade då de under tidigare utbrott fått slänga material för stora kostnader. Vården av en patient med A. baumanii upplevdes mer komplicerad, på grund av att patientvården tog längre tid. Enligt en av intensivvårdssjuksköterskorna var det trots detta ingen som uttryckligen nämnt att de inte ville vårda patienten. En av intensivvårdssjuksköterskorna betonade att patienten har rätt till samma behandling oavsett om patienten har en smittsam sjukdom eller ej. Vidare menade en annan intensivvårdssjuksköterska att även om arbetet inte är trevligt ibland, att det är ett arbete som personalen är anställda för att genomföra. En Intensivvårdssjuksköterska beskrev dock att det blev en skillnad, då de i vanliga fall bara kunde göra det de skulle och sedan sprita händerna och vara klara, men att i vården av patienter med A. Baumanii behövdes mer noggrannhet. och att de var tvungna att skärpa till sig. En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att isoleringen av patienten medförde att en inre stress skapades. Hen beskrev att arbetet blev omständligare då all skyddsutrustning skulle tas på och ifall det glömdes något utanför skulle allt av igen, och sen skulle allt på innan man går in ytterligare en gång.

Då skapar de en viss irritation och ännu mer stress och så blir det att man blir ännu mer irriterad och inte på patienten då självklart men det märks ju säkert om de är vakna kan jag nog tänka mig...
(Intervju nr 3)

Smittan med A. baumanii var något som även försvårade akuta situationer. Enligt en av intensivvårdssjuksköterskorna resulterade en akut situation i att personalen tryckte varstans med handskar som tidigare använt hos patienten.

Jaa det räcker ju bara att patienten tappar blodtrycket eller att man står där och grejar med någonting annat så då tänker man ju inte alltid på att man ska ta av sig handskarna det första man gör. Utan det viktigaste är ju att... patienten klarar sig.
(Intervju nr 2)

Fortsättningsvis beskrev en av intensivvårdssjuksköterskorna att det i en akut situation kan vara svårt att skydda sig mot bakterien och att det blir att man "slänger sig över" patienten. Dock berättade intensivvårdssjuksköterskan att vetskapen om bakterien och tidigare erfarenheter bidrog till att hen i största möjliga mån försökte sätta på sig skyddsutrustning för att skydda sig mot bakterien trots en akut situation.

Att skydda sig själv

En upplevelse som framkom i intervjuerna var rädslan över att själv sprida vidare bakterien och att man skulle dra hem den till sin familj. En av intensivvårdssjuksköterskorna berättade att tankar om att själv bära på bakterien cirkulerade. "Det kändes ju som [...] man får väldigt konstiga tankar de kan jag säga eller såhär... tänk om jag går runt och bär på det här

(Intervju nr 3) ” Flera av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det viktigaste i vården av patienten med A. baumannii var att skydda sig själv för att inte drabbas av bakterien.

*Skydd... skydda sig själv så tänker man... patienten har ju det redan
[...] jag ska ju skydda mig själv och inte sprida vidare bakterien på
resten av mina arbetskollegor och släpa hem det (Intervju nr 3)*

En av intensivvårdssjuksköterskorna vårdade en av patienterna med A. baumannii innan de på avdelningen visste om att patienten hade bakterien. Att ha vårdat patienten utan att veta om bakterien upplevdes skrämmande. Hen beskrev att det är skillnad när man vet om bakterien och har den isolerad. Vetskapen om att patienten hade bakterien och inte var isolerad resulterade i att intensivvårdssjuksköterskan tvivlade på sig själv i efterhand. ”Man skall ju alltid sköta basala hygienrutiner och allting men man börja ändå tänka på det...oj var jag noggrann där då? (Intervju nr4) ”

En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att vetskapen om bakterien ökade distansen till patienten. Detta på grund av att intensivvårdssjuksköterskan ville skydda sig själv. Relationen till patienten blev inte densamma då hen medvetet höll ett avstånd för att undvika att bli smittad.

*Visst du pratar med de med men du håller lite mer distans och du är
lite mer tystare... du håller lite mer avstånd på ett annat vis än vad du
gör med en som inte har såna bakterier...
(Intervju nr 3)*

Intensivvårdssjuksköterskan förklarade att detta berodde på A. baumannii och vetskapen om hur farlig den är. Kommunikationen med patienten blev inte densamma då sjuksköterskan endast genomförde sitt arbete och var trevlig mot patienten men undvek att genomföra ”det lilla extra”.

*Har jag ingenting annat att göra så sitter jag jämte patienten och
pratar skit och tar en fika på kvällen och sitter och snackar där... det
kan du inte göra med en sån patient riktigt nee... då har du ett annat
avstånd... (Intervju nr 3)*

En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde ett problem med anhöriga och att de kunde sprida vidare bakterien, i och med att anhöriga också kunde vara bärare utan vetskap om det eller att personalen inte fick reda på det.

*Och med anhöriga då som man tänker då har dom de? Och så
springer de runt på avdelningen och går in på toaletterna och så
kommer det nya som ska in där och då känner man bara hmm... hur
ska man göra? (Intervju nr 3)*

En ökad arbetsbelastning

När städningen tar över arbetet

En ytterligare aspekt som påverkade personalen var det intensiva städandet där städningen efter varje patient fick genomföras i tre steg. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev städningen med att de först fick städa med tvål och vatten, sedan sprit och därefter klorin. För alla intensivvårdssjuksköterskorna var det nytt att behöva städa med klorin för att få bort *A. baumannii*. De beskrev även att vårdhygien kom och tog flertalet odlingar på många utrymmen på avdelningen efter utbrottet. Trots städningen och flertalet odlingar beskrev de en rädsla över att bakterien fortfarande kunde vara kvar och att detta skapade känslor av osäkerhet.

Först tvål och sen sprit och sen klorin. Åhh ändå så kunde man se...ja här var det en blodfläck efter att städ hade varit. Man bara hur kan det vara en blodfläck när man har tagit tre gånger? Asså man missar ju ändå små små utrymmen och tänk om det är just där som bakterien sitter” (Intervju nr 4)

Användandet av klorin var något som alla i personalstyrkan fann svårt att hantera enligt intensivvårdssjuksköterskorna. Personalen var även oroliga och funderade på ifall klorinet var bra för deras hälsa och deras arbetsmiljö.

Jag tror... I början innan kanske folk ifrågasatte det här med klorinet mer om det var. Är det nyttigt för oss? Som står och tvättar. Kan vi bli påverkade? (Intervju nr 1)

Intensivvårdsmiljön försvårade städningen då det fanns små områden som är svåra att tvätta där bakterien kunde fästa sig. Att även få rent bland alla sladdar och slangar sågs som ett stort problem. Själva städandet beskrev intensivvårdssjuksköterskorna skapade merarbete. Trots detta hade alla uppfattningen om att personalen visste vad som behövdes genomföras.

Vi skulle klorera allt i princip. Åh det blev ju rätt mycket mer jobb. Men sen upplevde jag att alla liksom köper ju det. Eller det måste man ju....men det är inte så mycket klagande eller gnäll över det utan alla förstår ju varför man ska göra det. (Intervju nr 1)

Trots att intensivvårdssjuksköterskorna var överens om att många i personalen höll gott mod var flera överens om att städningen och allt merarbete tärde på personalstyrkan. Dock underlättade det för sjukvårdspersonalen när de kunde få in extra personal. De betonade att det behövdes extrapersonal och att inte alla i personalen skulle orka om utbrottet varade mycket längre.

Det är ingen som orkar i längden... folk blir jättetrötta på det där då va och de... det tar för mycket resurser av de som är här. Ska man då göra ännu mer och ännu mer.... ja de går en dag eller två... sen blir folk sjuka... (Intervju nr 3)

Vid en bra och lugn beläggning på intensivvårdsavdelningen hade personalen det mycket lättare att kunna isolera patienten. Dock vid hårt tryck på intensivvårdsavdelningen upplevdes

det svårare att kunna upprätthålla isoleringen av patienten med befintlig personal. Det behövdes mer personal och detta kunde skapa problem ifall utbrottet var långvarigt samt att även kunde nöta på personalstyrkan med många extrapass. All städning krävde även en extra press på personalen där flera var överens om att de kunde bli utslitna och att städningen skulle gå till så fort som möjligt. De blev även pressade över att städningen tar tid och att nästa patient snart skulle anlända till avdelningen. All städning hindrade även personalen stundvis från att kunna ta en ordentlig rast innan de skulle möta nästa patient och påtalade problemen kring detta.

Då får man aldrig tiden till att pusta och prata lite skit och ta det lite lugnt med städningen och sen hinna gå ut och ta en kopp kaffe emellan då va att det är så en dag eller två ibland... det är okej men inte varje dag. Det orkar ingen och då... får de nog ingen personal kvar tillslut skulle jag tro (Intervju nr 3)

En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde ytterligare en svårighet i vårdandet då det skulle tas mycket odlingar. Detta försvårades även när patienter skulle lämna intensivvårdsavdelningen för att skickas vidare till en vårdavdelning. Fortsättningsvis beskrevs en frustration över städningen då patientvården kom i skymundan när det var detta som skulle prioriteras. Intensivvårdssjuksköterskan berättade även att hen gärna undvek att vårda en patient med A. baumanii på grund av allt extra arbete.

Slipper det gärna... det låter hemskt och säga det såhär men... jag känner det att det är allt det här runtomkring patienten... själva patienten att vårda den är okej tycker jag men du vet allt det här med provtagningar och extra städningar... (Intervju nr 3)

En påverkan på teamet

Trots att de flesta i personalen höll gott mod enligt intensivvårdssjuksköterskorna var de alla överens om att vissa hinder uppstod. Intensivvårdssjuksköterskorna delade även en uppfattning om en misstänksamhet gentemot sina kollegor. Denna misstänksamhet involverade främst skötsel av hygienrutiner och städningen. En intensivvårdssjuksköterska påpekade exempelvis att det fanns personal som misskötte sin klädsel och behöll kläder från gårdagen.

Visst de kommer ju någon som spritar varje morgon och varje kväll och vi spritar ju själva ibland men det är så lätt att man står och tar i de och tar i de och sen kommer någon och klappar dig på ryggen och... vart har den personen haft sina händer? (Intervju nr 3)

Misstänksamheten kring personalen fortsatte även när alla odlingar genomförts och personalen fick reda på hur stor spridning bakterien hade fått. En av intensivvårdssjuksköterskorna beskrev det även som ”jaa vi hade varit duktiga på att sprida den (Intervju nr 2)” Detta trodde alla intensivvårdssjuksköterskorna berodde på slarv hos personalen då bakterien kunde hittas ute i hissarna och i akutvagnarna. A. baumanii kunde

även hittas ute i förrådet på intensivvårdsavdelningen där en intensivvårdssjuksköterska förklarade med egna ord.

Jaa och det är ju såhär... hittar man den i förrådet på en hylla där så ja patienten har ju inte varit där och pillat på den hyllan... mm inte någon anhörig heller... nee... det är ju en personal... varför det blir så ja det är väl ingen som vet det kan ju ha varit väldigt bråttom och glömmer tvätta handen... sprita handen och har sprungit och hämtat någonting som måste hämtas NU... (Intervju nr 3)

Fortsättningsvis visade det sig även att A. baumanii hade spridit sig i avloppen i en annan modul på avdelningen. Detta spädde ytterligare på tankarna kring att hygien inte har skötts som den ska men även att någon annan patient kan ha legat i modulen tidigare utan vetskap om bakterien. ” Och då fick vi reda på att hen hade fått det också så antagligen hade hen smittats då från...på något sätt den patienten till...dit (Intervju nr 4)”

På avdelningen har de kontroller av personalens hygien och uppföljningar hur personalen sköter basala hygienrutiner kontinuerligt. En av intensivvårdssjuksköterska beskrev att uppföljningarna visar på att noggrannheten hos personalen växlar. Efter utbrottet fick all berörd personal genomgå odlingar för att kontrollera ifall någon i personalen var bärare av bakterien ” Jaa det fick vi göra... så man inte är bärare... för någon har ju varit ute och klabbat runt någonstans på avdelningen (Intervju nr 2)” En tanke kring ifall flera intensivvårdssjuksköterskor skulle bli smittade med A. baumanii och vad de skulle ge för konsekvenser organisatoriskt och vad detta i sin tur kunde leda till uppstod.

Var ska de få tag i nya IVA-sjuksköterskor någonstans? IVA-sjuksköterskor växer ju inte på träd precis... och sen att behandla 10 stycken och kanske vara avstängd då en månad eller två tre ... (Intervju nr 3)

En ytterligare påverkan på teamet trots ett bra samarbete var att intensivvårdssjuksköterskorna hade en upplevelse av att läkarna inte följde rutiner. ” Åh även läkarkåren tror jag för de kan väl ibland va lite så, ah inte nonchalanta, men dom kan väl se mellan fingrarna ibland (Intervju nr 1)” Intensivvårdssjuksköterskorna var även överens om att det var läkarna som bestämde vad som skulle genomföras i vården av patienten. De beskrev det som att läkarna behövde inneha en förståelse för att A. baumanii kan utgöra ett hinder i att exempelvis förflytta patienten till röntgen då detta kräver mycket arbete från sjuksköterskorna och undersköterskorna. Även att intensivvårdssjuksköterskorna inte fick något gehör för att ta odlingar på patienten som vårdats utomlands vid ankomst till avdelningen upplevdes som problematiskt. Detta var något som ifrågasattes tidigt i vården av den smittade patienten. ”Jag vet att det var sjuksköterskor som tog upp det när den här patienten kom in till oss och då tyckte man att det inte fanns några indikationer för det (Intervju nr 2)”

Vikten av kunskap

Skräckexempel och spekulationer

Alla intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att de inte kände till något om bakterien *A. baumannii* innan den drabbade deras avdelning. En av intensivvårdssjuksköterskorna berättade att det ifrågasattes hur farlig den var och varför den var så farlig. Dock blev hen inte rädd utan nyfiken på bakterien och ville ta reda på vad det var som var så farligt med *A. baumannii*. Att de inte kände till bakterien sedan innan skapade spekulationer hos personalen. En av intensivvårdssjuksköterskorna berättade att det blev en anspänning på avdelningen på vad det var för något speciellt med denna bakterien. Vidare berättade en av intensivvårdssjuksköterskorna att spekulationerna ökade om inte personalen fick information direkt. Alla berättade att de fick reda på att bakterien *A. baumannii* bidragit till att en intensivvårdsavdelning i Spanien fått rivas, då de inte fick bort den genom sanering. En av intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att detta skräckexempel var något som spred sig bland personalen på avdelningen. Vidare berättade en annan deltagare att den historien bidrog till att hen verkligen förstod hur farlig bakterien var. En intensivvårdssjuksköterska berättade att en känsla av oro uppstod när de fick reda på att det var en bakterie som trots sanering kunde komma tillbaka. Ytterligare en intensivvårdssjuksköterska beskrev att det hade varit ett mardrömsscenario om detta hänt på deras avdelning då det redan är ont om intensivvårdsplatser.

Ibland känns det som att oj det här har blivit helt hysteriskt om det här känner man då, eller är det så illa tänker man då eller vad är detta... men det är klart får man bränna ner sjukhus eller riva som de gjorde i Spanien så är de ju rätt illa (Intervju nr 3)

Att få rätt och bra information

Alla intensivvårdssjuksköterskor upplevde att de fick bra information från både Vårdhygien och cheferna om bakterien. En av intensivvårdssjuksköterskorna berättade att cheferna flertalet gånger gick igenom vad och hur de skulle göra. Ett bra samarbete med Vårdhygien ansågs viktigt för att erhålla hjälp och få svar på frågor vid behov. En annan intensivvårdssjuksköterska upplevde att när personalen fick information om bakterien lugnade sig klimatet på avdelningen. Vidare menade hen att informationen var en central del, och att när det delgavs rätt och bra information blev läget på avdelningen hanterbart.

Det är alltid så när det kommer en basilusk som folk aldrig hört talas om åh man får reda på att det är liksom ingen snäll bakterie då blir väl folk lite rädda liksom. Men det är ju mycket med information tror jag (Intervju nr 1)

En viktig aspekt som togs upp var vikten av att följa rutiner. En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det egentligen inte var mycket som skiljde sig från att vårda en patient med *A. baumannii* gentemot patienter med andra multiresistenta bakterier. Hen förklarade att det centrala är att inneha bra och fungerande grundrutiner som följs. Dock delgav intensivvårdssjuksköterskan att vid vård av en patienten med *A. baumannii* är det extra viktigt att tänka på rutinerna. ”*Alla blir ju lite på tå om man säger så (Intervju nr 1)*” Vidare menade intensivvårdssjuksköterskan att konsekvenserna kunde bli enorma om inte rutinerna

följdes ordentligt. Det framkom även att det ibland ses mellan fingrarna med vissa rutiner och att det är viktigt att komma ihåg varför de skall följas.

Så ibland. Om jag nu ska vara synisk så är det väl. Ja... det är nästan bra att det dyker upp någon sån här bakterie emellanåt för åh få folk att vakna till lite ibland då...liksom att...att man verkligen ska följa de här rutinerna (Intervju nr 1)

Tidigare erfarenheter

I intervjuerna framkom det att tidigare erfarenheter var något som spelade stor roll i vården av dessa patienter. Flera av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de med hjälp av tidigare erfarenheter kunde hantera utbrottet och vården av patienten med *A. baumannii* på ett bättre sätt. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att tidigare utbrott av VRE på avdelningen bidragit till att alla i personalen förstod hur viktigt det var med noggrannheten denna gången. ”Men det är väl det att man har lärt sig av erfarenhet egentligen då. Att det är...det är inget man skojar bort (Intervju nr 1)” En intensivvårdssjuksköterska berättade även att de lärt sig av tidigare utbrott där anhöriga varit bärare av bakterien och troligen spridit den i anhörigrummet. Den tidigare händelsen bidrog till att vara mer restriktiv med besök, med riktlinjer på hur många som fick besöka patienterna.

En intensivvårdssjuksköterska beskrev att hen tidigare behandlat patienter med multiresistenta bakterier och hade en lång erfarenhet inom vården. Detta bidrog till att hen kände sig lugnare och tryggare i sig själv vid vården av patienten med *A. baumannii*.

Erfarenheten var betydande för förhållningssättet och bemötandet mot patienten. Att arbeta förebyggande för att inte sprida bakterien vidare var något som lyftes av flera intensivvårdssjuksköterskor. De menade på att deras erfarenheter bidragit till att de blev mer uppmärksamma när en patient anlände till avdelningen och vårdats utomlands. De prioriterade då att patienten skulle odlas och att de redan innan odlingssvaren kommit skärpte vårdhygien. Slutligen uppgav en intensivvårdssjuksköterska att utbrottet med *A. baumannii* är något som avdelningen fått ny lärdom och erfarenheter utav.

Det var ju ett Wake- up call för alla tror jag. Asså man får ju ändå tänka till lite så nu tror jag att vi har blivit...det har ändå...alla har nog lärt sig någonting utav det (Intervju nr 4)

Diskussion

Metoddiskussion

För att kunna nå studiens syfte ”att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*” valdes en kvalitativ ansats. Metoden användes då författarna var ute efter att belysa upplevelser hos intensivvårdssjuksköterskor. En induktiv ansats ansågs vara lämplig då forskarna till studien önskade erhålla rikligt med information angående ett ämne som tidigare ej har studerats (Kvale & Brinkmann, 2014b).

Till denna studie fanns det ett litet urval då endast få intensivvårdsavdelningar i Sverige haft ett utbrott med *A. baumannii*, vilket även författarna var medvetna om kunde begränsa urvalet. Trots detta valde författarna att utföra en intervjustudie då tidigare studier angående upplevelser av att vårda en patient med *A. baumannii* är begränsad. Deltagarnas kön, ålder och arbetslivserfarenhet har utelämnats ur studien för att behålla deltagarnas konfidentialitet. Studien genomfördes på en intensivvårdsavdelning med tidigare utbrott av *A. baumannii*. Verksamhetschef samt avdelningschef har varit informerade om att studien har utförts på denna enhet. På grund av fåtal deltagare samt att studien utfördes under arbetstid har det bidragit till att cheferna vet vilka deltagare som har intervjuats till studien. Detta kan i sin tur eventuellt påverka deltagarnas berättelse i intervjuerna samt studiens konfidentialitet. Intervjuerna har dock kodats för att skydda deltagarnas identitet i uppsatsen.

Inför studien hölls ett informationsmöte för att rekrytera intensivvårdssjuksköterskor på vald intensivvårdsavdelning samt ett massmail skickades ut med hjälp av avdelningschefen. Även intensivvårdssjuksköterskor tillfrågades muntligt under arbetstid vilket resulterade i fyra deltagare till studien. Ytterligare ett massmail skickades ut efter två veckor, som dock inte resulterade i några nya deltagare. För att finna fler deltagare diskuterades om undersköterskor, läkare och chefer skulle inkluderas i studien. Dock valdes detta alternativ bort eftersom det inte motsvarade studiens syfte. Intervjufrågorna till denna studie hade även behövt ändras då intervjufrågorna är semistrukturerade och anpassade efter intensivvårdssjuksköterskor. Intervjumaterialet innehöll flertalet upplevelser med olika synvinklar och detaljerade beskrivningar vilket bidrog till att fler deltagare till studien ej rekryterades.

Författarna till studien är medvetna om att studiens överförbarhet är begränsad på grund av få deltagare. Antalet deltagare kan även resulterat i att inte alla aspekter av intensivvårdssjuksköterskors upplevelser har belysts, vilket kan medföra att resultatets bredd av upplevelser minimerats. Kvalitativa metoder syftar dock ej till att ge ett generaliserbart resultat utan används för att få en djupare förståelse av ett visst fenomen. Därför anses de fyra deltagarnas upplevelser till denna studie vara användbart och kunna ligga till grund för ytterligare studier. Kvale och Brinkmann (2014a) beskriver att ett stort antal intervjuer gör det svårare att genomföra ingående tolkningar av innehållet i intervjuerna. Vidare beskriver de även att intervjustudier vinner på att lägga mer vikt kring förberedelser inför och analys efter intervjuerna. Även ett fåtal intervjuer gör det möjligt för forskarna att vara mer noggranna vilket bidrar till att forskningen blir mer detaljrik. Intervjuerna varade mellan 20–35 minuter vilket innebar att deltagarnas upplevelser gav rikligt med material. De förutbestämda intervjufrågorna bidrog till att författarna fick svar på studiens syfte utan att deltagarna blev för styrda med att dela sin upplevelse.

En styrka denna studie innehar är att varje deltagare själv fick välja tid och plats för när intervjun skulle äga rum. Att intervjun genomfördes på en plats som deltagaren själv valt kan bidra till en känsla av trygghet. Att varje intervju genomfördes enskilt kan bidra till att deltagarna vågar delge sina upplevelser fritt men även genom att minska risken för att deltagaren riskerar att få känslor av underlägsenhet. Hade författarna till studien valt att genomföra fokusgruppsintervjuer hade detta kunnat påverkas, då exempelvis misstänksamhet mot kollegor troligtvis inte framförts. Polit och Beck (2017a) beskriver att fokusgruppsintervjuer kan leda till att deltagarna blir obekväma och vågar därför inte delge sin upplevelse framför en grupp. En fokusgrupp kan även påverka de enskilda deltagarnas åsikter då de påverkas av andra.

Analysen av intervjuerna påbörjades enskilt av författarna vilket är en styrka då det undviks att användbart material förlorats, och att författarna inte påverkades av varandras tolkningar. Det är en styrka att studiens resultat analyserades enligt Burnard (1991) på grund av att de 14 analysstegen är applicerbara till denna studie och bidrog även till att innehållet i intervjuerna inte förlorade sin mening. Forskarna har i och med det låga antalet av deltagare till studien hållit sig nära materialet under analysprocessen vilket innebär att deltagarnas upplevelser inte har utelämnats (Polit & Beck, 2017a). En styrka är att studiens kategorier, innehåll och slutliga resultat granskades av handledaren för denna studie. (Burnard, 1991).

Författarna till studien har ej tidigare arbetat på en intensivvårdsavdelning och har aldrig vårdat en patient med A. baumannii. Dock har författarna tidigare vårdat patienter med multiresistenta bakterier vilket kan påverka förförståelsen och skapandet av intervjufrågor till denna studie. Författarna är medvetna om sin förförståelsen och den diskuterades innan påbörjandet av studien samt under analysfasen för att undvika att påverka studiens resultat.

Resultatdiskussion

I Hälsa och sjukvårdslagen SFS 2017:30 framkommer det att målet är att hela befolkningen skall erhålla vård på lika villkor (Socialdepartementet, 2017). Rätten till samma vård var något som lyftes fram i studiens resultat. Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att patienten med A. baumannii hade rätt till samma vård som alla andra patienter. Vilket även ICN:s etiska kod för sjuksköterskor för fram, där patientens behov av vård alltid ska komma i första hand, och att vården ska utgå ifrån respekt och medkänsla för patienten (Svensk-Sjuksköterskeförening, 2017). Vården blev dock omständligare och resulterade i en negativ påverkan på patienten. En av intensivvårdssjuksköterskorna i studiens resultat lyfte fram att merarbetet med städning och isoleringsvård skapade en inre stress och irritation, samt att denna stress i sin tur troligen hade en negativ påverkan på patienten. Travelbee (1971) menar på att det är av vikt att sjuksköterskan kan se till patientens upplevelse av sjukdom och att sjuksköterskan ser patienten som en individ. Vidare betonas att det är sjuksköterskans uppgift att medvetet ta initiativ för att skapa en mellanmännisklig relation med patienten. Det krävs således att sjuksköterskan kan tillgodose de omvårdnadsbehov patienten har. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att det i arbetssituationen är viktigt att belysa sjuksköterskans utsatthet och påverkan på dess hälsa eftersom detta i sin tur har en påverkan på vårdens kvalitet. Stressen som beskrevs i resultatet kan således påverka vårdrelationen och den mellanmänniskliga relationen med patienten.

En viktig del som togs upp i resultatet var vetskapen om att patienten bar på en smittsam bakterie, vilket upplevdes skapa en distans till patienten. Trots detta var det endast en av intensivvårdssjuksköterskorna som påpekade att relationen med patienten kunde påverkas. Intensivvårdssjuksköterskan upplevde att hen blev tystare i vården när patienten hade en smitta och att hen inte genomförde ”det lilla extra”. Detta kan i sin tur påverka kommunikationen med patienten. Enligt Travelbee (1971) är kommunikationen en central del i vårdandet som möjliggör att en mellanmännisklig relation kan skapas. Syftet med kommunikationen är att sjuksköterskan skall kunna tillgodose patientens behov genom att lära känna patienten. Det betonas vara lika viktigt att i vården lära känna patienten för att hjälpa patienten genom sjukdom och lidande som att ge fysisk omvårdnad.

I en tidigare studie om utbrott av Musau, Baumann, Kolotylo, O'Shea och Bialachowski (2015) framkom det att sjuksköterskorna upplevde arbetet kring patientvården omständligare, där sjuksköterskorna spenderade nästan en timme per dag av vårdtiden på att ta på sig skyddsutrustning. Adams et al. (2011) beskrev att vid ett tidigare utbrott av *A. baumannii* genomfördes olika steg för att kontrollera utbrottet. Flera oanmälda kontroller genomfördes i veckan för att kontrollera följsamheten till handhygien, isolering och smittspridning i vårdmiljön. Trots detta finns det begränsat med studier kring intensivvårdspersonalens upplevelser av ett utbrott med *A. baumannii*. Deltagarna som intervjuades till denna studie delade flertalet känslor kring all extra städning och merarbete, där även en av intensivvårdssjuksköterskorna delgav att hen gärna slipper vårda patienten på grund av detta. Detta är något som inte har framkommit i tidigare studier av sjuksköterskors upplevelser i vården av patienter med andra multiresistenta bakterier. Det ifrågasattes även av sjukvårdspersonalen ifall användandet av klorin vid städningen var farligt för sjukvårdspersonalens hälsa. WHO bekräftar att klorinet kan leda till hälsoproblem om det inte används utifrån korrekta instruktioner. Dock beskriver de att städningen i vårdmiljön vid ett utbrott av *A. baumannii* hade en signifikant påverkan på att minska smittspridningen (World-health-organization, 2017b).

En rädsla för att själv bli smittad samt en oro för att ta hem bakterien till sin familj var något som intensivvårdssjuksköterskorna delgav under intervjuerna. I tidigare forskning beskrev Musau et al. (2015) att sjuksköterskor i vården av patienter med isoleringsvård på grund av smittsamma bakterier upplevde en oro för att bli smittad och att ta med det hem till sin familj, vilket kan jämföras med denna studies resultat. Det beskrevs även en oro av intervjuade intensivvårdssjuksköterskor över att sprida bakterien vidare till en annan patient. En intressant aspekt som framkom var tvivel på sig själv och sin noggrannhet angående basala hygienrutiner efter att utbrottet av *A. baumannii* upptäcktes. Lindberg, Skytt, Högman och Carlsson (2012) beskrev att det krävs mer träning och utbildning för sjukvårdspersonalen för att förhindra smittspridning. Här ingår även att utbilda personalen i användandet av basala hygienrutiner och användandet av skyddsutrustning och hur den ska användas. Detta nämner även kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom intensivvård där kunskap och förebyggande angående våldsrelaterade infektioner betonas. Där även intensivvårdssjuksköterskan ska motverka bakteriers smittspridning utifrån gällande säkerhetsrutiner enligt smittskyddslagstiftning (Svensk-Sjuksköterskeförening, 2012).

De Wandel, Maes, Labeau, Vereecken och Blot (2010) beskrev att intensivvårdsavdelningar är kända för att vara en stressfylld miljö men har dock fler möjligheter för att sköta handhygien än övriga vårdavdelningar. Fortsättningsvis beskrevs det även att följsamheten till handhygien och basala hygienrutiner överlag var oberoende av olika delar i vårdandet, exempelvis vid akuta situationer och var inte associerad till en specifik del av arbetspasset eller arbetsbelastning. Detta motsatte sig dock intervjuade intensivvårdssjuksköterskor till som betonade att det upplevdes svårare att upprätthålla basala hygienrutinerna i en akut situation. Det ansågs då att det fanns en större risk i att sprida vidare bakterien men att det viktigaste var att patienten skulle klara sig.

Alla deltagarna var överens om att de inte tyckte att arbetsklimatet påverkades. Dock framkom en misstänksamhet mot varandra i teamet men även problem i samarbetet med läkarna. Misstänksamheten rådde endast kring städning och skötsel av hygienrutiner enligt deltagarna men uppstod först efter att bakteriens spridning bekräftades av Vårdhygien.

Författarna till studien anser att det är av vikt att belysa då detta i ett långt förlopp kan ha en inverkan på arbetsklimatet och teamarbetet. En av specialistsjuksköterskans sex kärnkompetenser innehåller teamarbetet inom sjukvården. Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) beskrev att alla medlemmar i teamet behöver ett tydligt mål, vara prestigelösa och kunna ge konstruktiv feedback när det behövs för ett gott arbetsklimat. Tam, Kwai, Ping, Ka Man och Tze Fan Lee (2011) beskrev även att en öppen kommunikation och information är en viktig komponent i en bra arbetskultur och teamarbete för att förbättra patientsäkerheten. Att intensivvårdssjuksköterskorna inte fick något gehör från läkarna när de tidigt ville ta odlingar på patienten som var infekterad med *A. baumannii* är ett problem som framkom i resultatet. Tam et al. (2011) beskrev dock att intensivvårdssjuksköterskorna har en utmärkt position i att uppmärksamma fel i patientvården, och att om intensivvårdssjuksköterskan inte väljer att påpeka detta kan detta leda till konsekvenser för patienten men också en negativ effekt för personalen. Ginsburg och Bain (2017) beskrev att intensivvårdssjuksköterskor är mer benägna till att undvika potentiella konflikter med läkare. Detta beskrev även Tam et al. (2011) att intensivvårdssjuksköterskor kunde tveka på att konfrontera intensivvårdsläkarna angående vården omkring patienten på grund av mindre erfarenhet och utbildning. Att inte konfrontera intensivvårdsläkarna berodde på skillnaderna mellan de och intensivvårdssjuksköterskor då status, kön, auktoritet och hierarki fortfarande existerade. I och med studiens resultat och tidigare forskning visar detta på att teamarbetet är en central fråga som bör diskuteras kontinuerligt.

Tidigare utbrott har medfört att intensivvårdssjuksköterskorna kunde använda sina erfarenheter vid utbrottet av *A. baumannii*, där även följsamheten till rutiner underlättade för sjukvårdspersonalen. Den ökade arbetsbelastningen angående städningen på intensivvårdsavdelningen var dock något som tog hårt på personalstyrkan, även om de visste varför de behövde genomföra det. De betonade flertalet gånger att mer personal behövdes för att kunna genomföra allt merarbete och framförallt städningen på grund av bakterien. Vid ett längre förlopp kan det leda till en utmattning av personalen, sjukskrivningar och personalbrist, vilket i sin tur kan påverka vården av patienten. Att sjukvårdspersonalen inte hann med raster innan nästa patient är ett arbetsmiljöproblem, som i sin tur kan påverka hela organisationen på avdelningen. Dock beskrev Kong, Cook, Paterson, Whitby och Clements (2012) att en förbättrad handhygien och följsamhet till rutiner kan kompensera för bristen på personal, och kan även förhindra spridning av multiresistenta bakterier vid en hög belastning på avdelningen.

Caroline et al. (2016) beskrev att *A. baumannii* och dess antibiotika resistens men också genom dess överlevnad på ytor innebär att bakterien är ett hot mot sjukhus världen över. Ben-Chetrit et al. (2018) beskrev även ett tidigare utbrott av *A. baumannii* på en intensivvårdsavdelning där det krävdes att de behövde stänga ner intensivvårdsavdelningen. Samtliga intensivvårdssjuksköterskor i denna studie berättade om ett skräckexempel där de fick stänga ner en hel intensivvårdsavdelning på grund av *A. baumannii*. Detta bidrog till en oro över att inte bli av med bakterien. Dock kunde dessa spekulationer minskas genom rätt och bra information till sjukvårdspersonalen. I denna studie framkom det att informationen hade en central del under utbrottet med *A. baumannii*. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att eftersom det fick information om bakterien snabbt samt bra riktlinjer och rutiner så blev utbrottet samt vården av patienten hanterbart. Lindberg et al. (2012) beskrev att allmänt är sjuksköterskors kunskaper kring multiresistenta bakterier och dess spridning med medföljande hygienrutiner skattad som låg i Europa. För att förbättra detta krävs det

utbildning och information från chefer för att öka patientsäkerheten, men även för att undvika stigmatisering av patienter. Viktigt att påpeka är att de även beskrev att sjukvårdspersonal i Sverige inte alltid känner sig säkra på att vårda patienter med multiresistenta bakterier då förekomsten av dessa patienter är få i Sverige. Sjukhusledningen har därför ett viktigt uppdrag att ta kontroll över utbrott av bakterier. Varje avdelningschef måste kontrollera att sjukvårdspersonalen har rätt kompetens, och att personalen får rätt och kontinuerlig information för att utföra de åtgärder som behövs för att förhindra smittspridning. Slutligen anser författarna till denna studie det vara av vikt att belysa att *A. baumannii* inte är en anmälningspliktig sjukdom enligt Folkhälsomyndigheten då den ej finns med på listan för anmälningspliktiga sjukdomar. Vilket anses vara anmärkningsvärt med tanke på bakteriens konsekvenser för sjukhus världen över.

Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Resultatet av denna studie bidrar till en ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskors omvårdnadsarbete vid ett utbrott av *Acinetobacter baumannii*. Det kan även användas av chefer för att erhålla insikt angående personalens behov, utmaningar och vikten av kontinuerlig information. Då spridning av *A. baumannii* ökar i världen är det därför av vikt att ta del av intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter för att kunna ta lärdom av dem. Vidare kan studien användas för att belysa de skillnader som existerar i vården av patienter som är infekterade av *A. baumannii* i jämförelse med andra multiresistenta bakterier. Framtida forskning inom detta ämne kan vara att undersöka inte enbart intensivvårdssjuksköterskors upplevelser, utan även hela teamet runt patienten då det framkommit i denna studie att teamarbetet påverkades. Sjukhusledningens och avdelningschefers perspektiv är även av intresse att studera. Även patienters upplevelser av att vara bärare av *A. baumannii* bör studeras.

Slutsats

Ur denna studie har det framkommit att intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii* är:

- Att städningen medförde merarbete och resulterade i en ökad arbetsbelastning samt att användandet av klorin påverkade personalen.
- Att transporter och akuta situationer försvårades för att undvika smittspridning av bakterien.
- Att intensivvårdssjuksköterskorna ville skydda sig själva från bakterien, vilket skapade en distans till patienten och påverkade patientrelationen.
- Att omvårdnaden av patienten blev omständligare och skapade mer stress.
- Att teamarbetet påverkades av bakterien.
- Att vikten av rätt och bra information samt erfarenheter sedan tidigare underlättade vården av patienten och hanteringen av utbrottet.

Referenslista

- Adams, D., Yee, L., Rimmer, J.-A., Williams, R., Martin, H., & Ovington, C. (2011). Investigation and management of an *A. Baumannii* outbreak in ICU. *British Journal of Nursing*, 20(3), 140-147.
- 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), 233-241. doi:10.1111/inr.12245
- Barbier, F., Lisboa, T., & Nseir, S. (2016). Understanding why resistant bacteria are associated with higher mortality in ICU patients. *Intensive Care Med*, 42(12), 2066-2069. doi:10.1007/s00134-015-4138-x
- Ben-Chetrit, E., Wiener-Well, Y., Lesho, E., Kopuit, P., Broyer, C., Bier, L., . . . Levin, P. D. (2018). An intervention to control an ICU outbreak of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*: long-term impact for the ICU and hospital. *Crit Care*, 22(1), 319. doi:10.1186/s13054-018-2247-y
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466. doi:10.1016/0260-6917(91)90009-Y
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. In A.-K. Edberg (Ed.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl. ed., pp. 64-101). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Caroline, F., Audrey, M., France, B., Marguerite, F.-G., Carole, P., Vincent, C., & Xavier, L. C. (2016). Spatio-temporal analysis of *Acinetobacter baumannii* outbreak with multiple routes of transmission in ICU setting. *Canadian Journal of Infection Control*, 31(1), 24-27.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl. ed.). Stockholm: Stockholm : Liber.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis* (1. utg. ed.). Stockholm: Stockholm: Natur & kultur.
- De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C., & Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(3), 230-239. doi:10.4037/ajcc2010892
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

- Erling, B. M. (2012). Mikrobiologi och Antimikrobiella läkemedel. In A. Larsson & S. Rubertsson (Eds.), *Intensivvård* (2., grundligt omarb. och utök. uppl. ed., pp. 665-679). Stockholm: Stockholm : Liber.
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). Anmälningssplikt enligt smittskyddslagen för antibiotikaresistenta bakterier. Hämtad: 2019-04-12 Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/resistensovervakning/anmalningsplikt-/>
- Folkhälsomyndigheten. (2016b). Anmälningsspliktiga och smittspårningsspliktiga sjukdomar. Hämtad 2019- 04-12 Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/resistensovervakning/anmalningsplikt-/>
- Garnacho-Montero, J., Dimopoulos, G., Poulakou, G., Akova, M., Cisneros, J. M., De Waele, J., . . . Bassetti, M. (2015). Task force on management and prevention of *Acinetobacter baumannii* infections in the ICU. *Intensive Care Med*, 41(12), 2057-2075. doi:10.1007/s00134-015-4079-4
- Ginsburg, L., & Bain, L. (2017). The evaluation of a multifaceted intervention to promote “speaking up” and strengthen interprofessional teamwork climate perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 207-217. doi:10.1080/13561820.2016.1249280
- Grealy, B., & Coyer, F. (2016). Essential nursing care of the critically ill patient. In L. Aitken, A. Marshall, & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN'S critical care nursing* (pp. 131-163). Chatswood, NSW: Elsever Australia.
- Kong, F., Cook, D., Paterson, D. L., Whitby, M., & Clements, A. C. A. (2012). Do staffing and workload levels influence the risk of new acquisitions of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a well-resourced intensive care unit? *Journal of Hospital Infection*, 80(4), 331-339. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2011.10.008>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014a). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014b). Tematisering och planering av en intervjustudie. In S. Brinkmann & S. Kvale (Eds.), *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.): Lund : Studentlitteratur.
- 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), 427-435. doi:10.1016/j.jiph.2014.02.004

- Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2012). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 424-436. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x
- Melhus, Å. (2010). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Stockholm: Stockholm: Norstedt.
- Musau, J., Baumann, A., Kolotylo, C., O'Shea, T., & Bialachowski, A. (2015). Infectious disease outbreaks and increased complexity of care. *Int Nurs Rev*, 62(3), 404-411. doi:10.1111/inr.12188
- Nowak, P., & Paluchowska, P. (2016). Acinetobacter baumannii: biology and drug resistance - role of carbapenemases. *Folia Histochem Cytobiol*, 54(2), 61-74. doi:10.5603/FHC.a2016.0009
- Polit, D., & Beck, C. (2017a). Data collection in qualitative research. In C. T. Beck (Ed.), *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed., pp. 506-529). Philadelphia: Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Polit, D., & Beck, C. (2017b). Sampling in qualitative research. In *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9.ed. ed.). Philadelphia: Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken : etik för vårdande yrken* (1. uppl. ed.). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- 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. *Am J Infect Control*, 42(3), 254-259. doi:10.1016/j.ajic.2013.09.005
- Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Sjöström, H. T., & Åhrén, C. (2016). Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 813. doi:10.1111/scs.12309
- Socialdepartementet. (2003). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
- Socialdepartementet. (2014). Smittskyddslag 2014:168. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

- Socialdepartementet. (2017). Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen. (2006). Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Hämtad 2019-04-22 Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/3692c757601b40eda5e49f890c2d11ca/att-forebygga-vardrelaterade-infektioner-ett-kunskapsunderlag-2006-123-12.pdf>
- Svensk-Sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad: 2019-04-20 Retrieved from <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>
- Svensk-Sjuksköterskeförening. (2017). ICN: etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2019-04-20 Retrieved from https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Söderström, Å. (2015). *Grunderna i operationssjukvård* (1. uppl. ed.). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Tam, S., Kwai, L., Ping, S., Ka Man, H., & Tze Fan Lee, D. (2011). Assessing the safety and teamwork climate of intensive care staff. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, 8(1), 21-25.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2. ed. ed.). Philadelphia: Philadelphia : Davis.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer. Hämtad 2019-04-23 Retrieved from <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Warde, E., Davies, E., & Ward, A. (2019). Control of a multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* outbreak. *Br J Nurs*, 28(4), 242-248. doi:10.12968/bjon.2019.28.4.242
- Wetzig, S., Blackwood, B., & Currey, J. (2016). Respiratory alternations and management. In L. M. Aitken, A. Marshall, W. Chaboyer, & N. Australian College of Critical Care (Eds.), *ACCCN's critical care nursing* (3 ed. ed., pp. 438-469). Chatswood, NSW: Chatswood, NSW : Elsevier Australia.
- Wong, D., Nielsen, T. B., Bonomo, R. A., Pantapalangkoor, P., Luna, B., & Spellberg, B. (2017). Clinical and Pathophysiological Overview of *Acinetobacter* Infections: a Century of Challenges. *Clin Microbiol Rev*, 30(1), 409-447. doi:10.1128/cmr.00058-16

World-Health-Organization. (2017a). GLOBAL PRIORITY LIST OF ANTIBIOTIC-RESISTANT BACTERIA TO GUIDE RESEARCH, DISCOVERY, AND DEVELOPMENT OF NEW ANTIBIOTICS. Hämtad: 2019-04-19 Retrieved from https://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short_Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf

World-health-organization. (2017b). Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa in health care facilities. Hämtad: 2019-04- 19 Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259462/9789241550178-eng.pdf?sequence=1>

Zahar, J. R., Garrouste-Orgeas, M., Vesin, A., Schwebel, C., Bonadona, A., Philippart, F., . . . Timsit, J. F. (2013). Impact of contact isolation for multidrug-resistant organisms on the occurrence of medical errors and adverse events. *Intensive Care Med*, 39(12), 2153-2160. doi:10.1007/s00134-013-3071-0

Bilagor

Bilaga 1-Intervjuguide



SAHLGRENSKA AKADEMIN

SYFTE: Att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.

INTERVJUFRÅGOR

Hur mycket kände du till om bakterien *Acinetobacter baumannii* innan?

Kan du berätta om när du har vårdat en patient med *Acinetobacter baumannii*?

Hur var din upplevelse av att vårda en patient med *Acinetobacter baumannii*?

Hur upplevde du att vårda denna patienten i en intensivvårdsmiljö?

Upplevde du att arbetsklimatet bland personalen påverkades på avdelningen?

Har du någon erfarenhet av att arbeta med patienter med multiresistenta bakterier sedan tidigare?

Tyckte du att vården skiljde sig någonting från att vårda en patient med exempelvis MRSA?

Finns det något du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

Utökade följdfrågor:

Kan du berätta mer?

Kan du ge något exempel?

Kan du utveckla det lite mer?

Vad berodde det på?

Du sa såhär...

Bilaga 2-Brev till Verksamhetschef



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Brev till verksamhetschef samt avdelningschefer på intensivvårdsavdelningen i (stad)

Hej!

Vi heter Josefin Karlström och Annsofie Albrektsson och vi studerar till intensivvårdssjuksköterskor på Göteborgs universitet. Vi ska nu under utbildningen skriva vår magisteruppsats. Området som vi har valt att belysa är "Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*." Vi är intresserade av att utföra studien på er avdelning i och med er erfarenhet av detta ämne. Vi bifogar även en kort sammanfattning om studien samt forskningspersoninformation.

Om Ni godkänner att studien genomförs på er intensivvårdsavdelning under arbetstid är vi tacksamma för er underskrift av denna bilaga. Om Ni inte önskar att studien genomförs på er avdelning är vi tacksamma för besked angående detta.

För ytterligare information angående studien är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Annsofie Albrektsson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-XXXXX
E-post: xxxxxxx@student.gu.se

Josefin Karlström
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-XXXXXXX
E-post: xxxxxxx@student.gu.se

Handledare

Sofie Jakobsson
Leg. Sjuksköterska och universitetslektor
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Göteborgs universitet
E-post: xxxxxxxxx@fhs.gu.se

Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

Titel

”Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med Acinetobacter baumannii.”

Bakgrund och syfte

Multiresistenta bakterier har en kraftig global spridning och ökar även i Sverige. En multiresistens innebär att bakterien har en motståndskraft mot flera antibiotika. World Health Organization klassificerar den multiresistenta bakterien Acinetobacter baumannii som en av de högst prioriterade bakterien att framställa nya antibiotika till. Bakterien anses därför vara ett stort hot mot sjukvården och innebär isoleringsvård för patienten. Forskning avseende intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa patienter är begränsad och det är därför av stor vikt att belysa detta ämne. Under 2018 hade er intensivvårdsavdelning ett utbrott av den multiresistenta bakterien Acinetobacter baumannii. Därför vill vi med denna studie undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa patienter.

Metod

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas av deltagarna. Studien kommer att utföras i form av enskilda intervjuer. Intervjuerna önskas äga rum under vecka 16 och 17, år 2019. Intervjun beräknas ta cirka 30–45 minuter och kommer att spelas in. Under intervjun kommer deltagarna att få svara på frågor avseende deras upplevelser. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas, inga personuppgifter kommer att efterfrågas under intervjun. Den transkriberade texten kommer inte att kunna kopplas till deltagarna. Svaren på intervjufrågorna kommer att förvaras och behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Själva resultatet av intervjuerna kommer att redovisas i form av en magisteruppsats vid Sahlgrenska Akademin och Göteborgs Universitet. Vårt insamlade material kommer efter att uppsatsen är godkänd att förstöras.

Tidslängd

Intervjuerna önskas genomföras under vecka 16 och 17 år 2019.

Godkännande

Jag godkänner härmed att Josefin Karlström och Annsofie Albrektsson får genomföra studien ”Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med Acinetobacter baumannii.” på Intensivvårdsavdelningen i (stad) under vecka 16 och 17, år 2019 och därigenom intervjua intensivvårdssjuksköterskor under arbetstid.

Ort och datum

Namnteckning, verksamhetschef/avdelningschef

Namnförtydligande



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 3-Forskningspersonsinformation

FORSKNINGSPERSONINFORMATION

Tillfrågan om att delta i en intervjustudie

Vi heter Josefin Karlström och Annsofie Albrektsson och vi studerar till intensivvårdssjuksköterskor på Göteborgs universitet. Vi ska nu under utbildningen skriva vår magisteruppsats. Området som vi har valt att belysa är ”Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.” Vi vill därför intervjua dig som har vårdat patienter med denna bakterie.

Bakgrund och syfte

Multiresistenta bakterier har en kraftig global spridning och ökar även i Sverige. WHO klassificerar den multiresistenta bakterien *Acinetobacter baumannii* som en av de högst prioriterade bakterien att framställa nya antibiotika till. Bakterien anses vara ett stort hot mot sjukvården och innebär isoleringsvård för patienten. Forskning avseende vården av dessa patienter är begränsad och det är av stor vikt att belysa detta ämne. Syftet med denna studie är att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med *Acinetobacter baumannii*.

Förfrågan om deltagande

Under 2018 hade er intensivvårdsavdelning ett utbrott av den multiresistenta bakterien *Acinetobacter baumannii*. Du som intensivvårdssjuksköterska som har vårdat patienter med denna bakterie tillfrågas härmed att delta i vår studie och berätta om dina upplevelser.

Hur går studien till?

Studien kommer att utföras i form av enskilda intervjuer. Intervjuerna kommer att äga rum under vecka 16 och 17. Du får själva bestämma tid och plats för intervjun och den kan även utföras under arbetstid om så önskas. Intervjun beräknas ta cirka 30–45 minuter och kommer att spelas in. Under intervjun kommer du att få svara på frågor avseende din upplevelse om vården av patienter med *Acinetobacter baumannii*.

Vilka är riskerna?

Intervjufrågorna kan anses vara av personlig karaktär men vi hoppas att du inte kommer att känna något obehag under intervjun. Vi anser ej att det föreligger några risker med att delta i denna studie och vi hoppas att du kommer finna deltagandet som något positivt.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Du behöver inte svara på intervjufrågor som du anser vara olämpliga och intervjun kan avbrytas när som

helst om så önskas, utan att behöva ange anledningen till varför. Ifall du vill avbryta ditt deltagande i studien, var god kontakta någon av oss ansvariga för studien.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas, inga personuppgifter kommer att efterfrågas under intervjun. Den transkriberade texten kommer inte att kunna kopplas till dig som person. Dina svar på intervjufrågorna kommer att förvaras och behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem, endast ansvariga för studien kommer ta del av materialet. Resultatet av intervjuerna kommer att redovisas i form av en magisteruppsats vid Sahlgrenska Akademin och Göteborgs Universitet. Vårt insamlade material kommer efter att uppsatsen är godkänd att förstöras.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Önskar du ta del av studiens resultat får ni gärna kontakta oss som intervjuat er, var god se kontaktuppgifter nedan.

Ansvariga för studien

Annsophie Albrektsson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-XXXXXX
E-post: xxxxxxx@student.gu.se

Josefin Karlström
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-XXXXXX
E-post: xxxxxxx@student.gu.se

Handledare

Sofie Jakobsson
Leg. Sjuksköterska och universitetslektor
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Göteborgs universitet
E-post: xxxxxxxxxxxxx@fhs.gu.se