

MRSA? *Stress!!*

Een kwalitatief onderzoek naar de behoeften van drie typen
MRSA-dragers in de thuissituatie



Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap,
Universiteit Twente, Enschede

Susanne Vonderhorst
19 oktober 2007

Afstudeercommissie
Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen
Drs. F. Verhoeven

Een onderzoek uitgevoerd in het kader van het Euregio
MRSA-net Project Twente/Münsterland



Samenvatting

MRSA is de afkorting van Methicilline Resistente *Staphylococcus aureus*, een bacterie die resistent is geworden tegen gebruikelijke antibiotica. Gezonde mensen kunnen MRSA bij zich dragen, maar worden zelden ziek. Echter, bij personen met een verminderde weerstand kan de bacterie leiden tot ernstige infecties. De MRSA-bacterie komt steeds vaker voor in Nederland en er duiken ook nieuwe varianten op zoals de Community-Acquired variant (CA-MRSA), een agressieve vorm die wordt opgelopen in de openbare gezondheid, en de veterinaire MRSA die voorkomt bij varkens (VA-MRSA).

Het MRSA-dragerschap blijkt een grote impact te hebben op de drager, zowel in het ziekenhuis als thuis. In de thuissituatie kampen MRSA-dragers vaak met problemen op emotioneel en praktisch gebied (zoals 'Mag ik op bezoek bij mijn zieke buurman'; 'Kan ik uit hetzelfde glas drinken als mijn vriend', etc.). Momenteel is er in Nederland echter geen direct aanspreekpunt voor deze MRSA-dragers waar zij met hun problemen en vragen terecht kunnen. Om deze mensen te helpen en de hulp- en informatievoorziening goed te laten aansluiten op hun wensen, is het van belang de ervaringen met het MRSA-dragerschap en de behoeften van deze groep mensen in de thuissituatie te inventariseren. De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Hoe ervaren drie typen MRSA-dragers het MRSA-dragerschap in de thuissituatie, wat zijn hun behoeften en hoe kan de informatie- en hulpvoorziening hier beter op afgestemd worden?

Er zijn 22 semi-gestructureerde diepte-interviews en een focusgroep (N=6) gehouden met drie typen MRSA-dragers; CA- en VA-MRSA dragers en verpleegkundigen die MRSA hebben opgelopen tijdens hun werk (HA-MRSA). Middels interviews is onderzocht in hoeverre het MRSA-dragerschap een stressvolle situatie is voor de dragers, welke behoeften zij hebben en welke copingstrategieën zij gebruiken om deze behoeften te vervullen. De focusgroep diende als verdiepingmethode om aanbevelingen uit de interviews voor verbetering van de hulp- en informatievoorziening uit te diepen en concreet inhoud te geven, zodat er gedetailleerder aanbevelingen konden worden gedaan voor de praktijk.

De resultaten laten zien dat MRSA een stressvolle ervaring is voor dragers. Zowel omgevingsfactoren (negatieve ervaringen door het handelen van o.a. zorginstellingen als gevolg van MRSA-beleid), interpersoonlijke factoren (negatieve ervaringen vanuit sociale contacten, waaronder stigmatisering) als persoonlijke fysieke, affectieve en cognitieve factoren (zoals pijn als gevolg van zweren, negatieve emoties zoals angst en een gebrek aan kennis) bleken stress op te roepen. CA- en HA-MRSA-dragers bleken de meeste stress te ervaren, voortkomend uit een negatief persoonlijk affect; negatieve gedachten en gevoelens die de persoon ervaart als gevolg van de MRSA. De VA-MRSA-dragers ervoeren overduidelijk de minste stress. De stress die zij ervoeren werd veroorzaakt door omgevingsfactoren; het handelen van zorginstellingen als gevolg van het MRSA-beleid.

Als gevolg van stress ervoeren MRSA-dragers zowel emotionele als informatiebehoeften die zij door middel van coping probeerden te vervullen. De informatiebehoeften omvatten: Behoefte aan algemene en praktische informatie over MRSA, behoefte aan hulp bij de behandeling/ begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn en in minder mate behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid in ziekenhuizen. Emotionele behoeften werden minder vaak uitgesproken en omvatten sociale steun en lotgenotencontact en verhaal kwijt willen/gevoelens uiten.

VA-MRSA-dragers bleken de minste behoeften te ervaren en geen emotionele behoeften te hebben. CA- en HA-MRSA-dragers ervoeren meer behoeften dan VA-MRSA-dragers. De verschillen tussen HA- en CA-MRSA dragers waren erg klein.

CA-MRSA-dragers bleken vooral behoefte te hebben aan algemene en praktische informatie over MRSA. Op het moment dat zij te horen kregen dat zij MRSA hadden, wisten zij vaak niet wat het inhield en daardoor hadden zij in de eerste plaats behoefte aan algemene informatie. Daarna volgde de behoefte aan praktische informatie over hoe zij er in het dagelijks leven mee om dienden te gaan. Zij zouden dergelijke informatie middels een persoonlijk gesprek en een aanvullende folder en/of website willen ontvangen. Op emotioneel gebied bleek deze groep behoefte te hebben aan sociale steun. Enerzijds vonden zij deze bij naaste familieleden en vrienden. Anderzijds zou een vast contactpersoon die niet alleen benaderd kan worden voor vragen, maar ook op emotioneel gebied steun biedt en begeleidt, prettig zijn voor deze groep dragers.

HA-MRSA-dragers hadden met name behoefte aan praktische informatie en hulp/begeleiding in het MRSA-dragerschap. Zij hadden niet zozeer behoefte aan algemene informatie over MRSA, omdat zij vanuit hun beroep hierover al voldoende wisten. Zij willen, evenals de CA-MRSA-dragers, een persoonlijk gesprek met iemand die tevens als vast aanspreekpunt dient en hen ook verder kan begeleiden in het MRSA-dragerschap. Deze persoon vervult hiermee eveneens een emotionele behoefte aan (sociale) steun en betrokkenheid die HA-MRSA-dragers ervaren. In de meeste gevallen vonden zij deze steun nu bij hun naaste familie en collega's. HA-MRSA-dragers zien graag dat er een speciale MRSA-poli komt in het ziekenhuis van waaruit dit allemaal kan plaatsvinden.

VA-MRSA-dragers hadden van de drie typen dragers de minste behoeften. De behoeften die zij hadden, bestonden uit het ontvangen van algemene en praktische informatie. Zij zouden graag zien dat er een uitgebreide folder en/of website komt met voldoende informatie over MRSA, ook over de veterinaire variant. Daarbij dient een telefoonnummer van een deskundig contactpersoon te staan (bijvoorbeeld de huisarts indien deze deskundig is) zodat contact kan worden opgenomen bij vragen. Op emotioneel gebied had deze groep geen uitgesproken behoeften. Enkel een folder is voldoende om te voorzien in de behoefte van deze groep.

Het onderzoek liet zien dat informatiebehoeften vaak verweven zijn met emotionele behoeften. Het proces van communicatie is vaak belangrijker dan de informatie zelf. Dit gold met name voor de CA- en HA-MRSA-dragers. Zij bleken emotionele behoeften te hebben die doormiddel van een persoonlijk gesprek zouden kunnen worden vervuld. Voor VA-MRSA-dragers geldt dat het MRSA-dragerschap geen grote impact heeft, dat zij geen emotionele behoeften ervaren en dat zij daardoor voldoende hebben aan een puur informatiegerichte voorziening zoals een folder.

Gezien het groeiende aantal MRSA-dragers in Nederland, is het van belang dat er tijdig hulp- en informatievoorzieningen worden ontwikkeld die afgestemd zijn op de wensen van de MRSA-dragers. De resultaten van dit onderzoek leveren hieraan een eerste bijdrage aan. Door het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode is rijke data verzameld en konden zeer concrete aanbevelingen worden gedaan voor verbetering van hulp- en informatievoorzieningen. Echter, vervolgonderzoek zal nodig zijn om de aanbevelingen verder uit te diepen en om de inhoud en vormgeving van de communicatiemiddelen af te stemmen op de MRSA-dragers. Op dit moment wordt er in het kader van het Euregio MRSA-net Project Twente/Münsterland reeds vervolgonderzoek verricht naar de invulling van een website voor MRSA-dragers.

Summary

Introduction: MRSA is the methicillin resistant variant of the organism *Staphylococcus aureus*, which is found on many individuals' skin and seems to cause no major problems. Individuals who carry this organism are usually totally healthy. However, if MRSA organisms are passed on to someone who is already ill, then a more serious infection may occur such as pneumonia, pimples or boils. In the Netherlands, MRSA is ever more prevailing and forms an increasing threat to public health because it has been acquired by persons who have not been (recently) hospitalized or had a medical procedure (Community Acquired MRSA; CA-MRSA). Recently, MRSA has also been found in pigs and their owners (VA-MRSA). Being colonised with MRSA appears to have a large impact on the person, both in the hospital and at home. At home, MRSA-carriers often experience emotional and practical problems (e.g., 'Can I visit my sick neighbour; Can I drink from the same glass as my partner', etc.) Currently, there is no place where MRSA-carriers can go to with their problems and questions.

In order to meet the MRSA-carriers' needs, it is important to investigate the experiences and needs of (former) MRSA-carriers in their home situation. The main research question therefore is:

What are the experiences and needs of three different types of MRSA-carriers in the home situation, and how can information provision and aid supplies be improved to meet these needs?

Methods: 22 semi-structured in-depth interviews and a focusgroup (N=6) were conducted with three types of MRSA-carriers: CA-MRSA, VA-MRSA and nurses who acquired MRSA during work hours (HA-MRSA). Interviews were carried out to investigate to what extent colonisation with MRSA is a stressful situation, which practical and emotional needs they experience, and which strategies they use to cope with the situation and to satisfy their needs. Based on the interview results, a focusgroup was performed to obtain concrete recommendations for improvement of aid supplies and information provision.

Results: Being colonised with MRSA turned out to be a stressful experience for people. Both environmental (negative experiences by the way health professionals act), interpersonal (negative experiences by social contacts, like stigmatizing) and personal physical, affective and cognitive factors (like pain, negative emotions like fear and a lack of knowledge) appeared to cause stress. CA- and HA-MRSA-carriers experienced the highest level of stress. This stress results from a negative personal affect, which implies negative thoughts and feelings, caused by the MRSA-carriership. VA-MRSA-carriers experienced obviously the lowest level of stress. Their stress was mainly caused by environmental factors, such as the way health professionals act as a consequence of the MRSA policy.

As a consequence of stress, MRSA-carriers experienced both emotional and information needs, which they try to fulfil through coping. The information needs included: The need to general and practical information, the need to help and support during their MRSA-carriership and to a lesser degree, the need of information about MRSA policy in hospitals. Emotional needs were expressed less frequently and included social support and venting feelings.

VA-MRSA-carriers seemed to have the least needs compared to the other groups and did not experience emotional needs at all. CA- and HA-carriers experienced more needs than VA-MRSA-carriers. The differences between HA- and CA-MRSA-carriers were very small.

CA-MRSA-carriers appeared to have general and practical information needs about MRSA. At the moment they heard they were colonised with MRSA, they often did not know what this implied and

therefore had general information needs at first, but later on practical information needs arose about how to cope with MRSA in daily life. They would like to receive this information by a personal conversation with a health professional and an additional written leaflet and/or a website. Furthermore, this group copes with their emotional problems by sharing their feelings with close family members and friends. Also, this group would prefer a fixed health professional to whom they can always address themselves with questions. This health professional should not only answer questions, but also provide emotional support.

HA-MRSA-carriers mainly needed practical information and help/support during their MRSA-carriership. They did not have much general information needs about MRSA, because they knew enough about it due to their profession. They want, just like CA-MRSA-carriers, a personal conversation with someone who serves as a central contact person who can support them during their MRSA-carriership, and fulfils their emotional needs to social support and involvement. Most of the time, HA-MRSA-carriers receive this support from close family and colleagues. HA-MRSA-carriers would like to have a special MRSA-polyclinic in the hospital where these information and emotional support should be provided.

Compared to the needs of the other types of MRSA-carriers, VA-MRSA-carriers had the least needs. The needs they experienced, consist of general and practical information. They would like to receive a detailed written leaflet and/or a website with sufficient information about MRSA, including information about the veterinary MRSA-variant. This leaflet must contain a telephone number of an expertised person (e.g., a general practitioner), who MRSA-carriers can contact with questions. Furthermore, this group does not have explicit, emotional needs. The needs of this group can be easily met by a written leaflet.

Conclusions: This study showed that information needs of MRSA-carriers are frequently interwoven with emotional needs. The process of communication is often more important than the information itself. This involves particularly CA- and HA-MRSA-carriers. They appeared to have emotional needs which can be met by a personal conversation. For VA-MRSA-carriers, being colonised has no large impact on their daily lives: They experience no emotional needs and as a result, simple information-oriented facilities, like a written leaflet, are enough for them.

Discussion: Because of the increasing number of Dutch MRSA-carriers, it is of vital importance that information provision and aid supplies are being developed that meet the needs of these people. The results of this research provide a starting point. By using a qualitative research method, rich data were collected and as a consequence, concrete recommendations could be made in order to optimize information provision and aid supplies. Although, further research is needed to explore those recommendations and to fit content and design of specific communication means to the needs of MRSA-carriers. Currently, user research is being conducted and translated into a website for MRSA-carriers. This research is performed on behalf of the Euregion MRSA-net Project Twente/Münsterland.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, een onderzoek uitgevoerd in het kader van het Euregio MRSA-net Project naar de behoeften van MRSA-dragers in de thuissituatie. Een verslag waar ik trots op ben en waar ik tijdens mijn afstudeerperiode over het algemeen met plezier aan heb gewerkt.

Een afstudeeronderzoek dat zich niet alleen achter de pc afspeelde, maar er ook voor zorgde dat ik geregeld op pad moest met de auto. De interviews hebben mij verschillende ritjes naar Noord-Brabant en Limburg gekost. Gewapend met een printje van routeplanner.nl in de hand door het hele land. Deze ritjes hebben me wel wat bloed, zweet en tranen gekost, want navigeren bleek niet mijn sterkste kant (heb ik ondervonden). Maar al met al was dit erg leuk om te doen; om bij allerlei mensen thuis te komen en hen te interviewen. Ik wil al mijn respondenten hartelijk bedanken voor hun deelname aan het onderzoek en de openheid waarmee zij spraken over hun (emotionele) MRSA-ervaringen. Door hun openhartigheid heeft dit onderzoek kunnen slagen.

Tevens wil ik mijn speciale dank uitspreken aan mijn begeleiders Dr. Lisette van Gemert-Pijnen en Drs. Fenne Verhoeven. Met Fenne heb ik veel tijd mogen doorbrengen op de UT, doordat ik geregeld bij haar op de kamer kon zitten om aan mijn scriptie te werken. Dit waren altijd gezellige momenten die ik niet snel zal vergeten! Ik wil haar bedanken voor deze gezellige tijd en haar onuitputtelijke interesse en enorme enthousiasme waarmee ze mij begeleid heeft. Bedankt ook dat je me mee hebt genomen naar Münster en naar het symposium in Vaals. Ervaringen om nooit te vergeten. Ook Dr. Lisette van Gemert-Pijnen wil ik bedanken voor haar kritische blik en nuttige adviezen die met name in de laatste fase van mijn afstuderen, ervoor gezorgd hebben dat mijn scriptie op diverse punten nog verbeterd werd. Natuurlijk wil ik tevens Nicol bedanken voor het beschikbaar stellen van haar werkplek.

De laatste, en daarmee ook de belangrijkste personen die ik wil bedanken zijn Gido en mijn ouders. Bedankt voor jullie vele geduld, de broodnodige oppeppers en de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn afstuderen en door de jaren heen. Zonder jullie was deze afstudeerscriptie er niet geweest.

Dinxperlo, oktober 2007

Susanne Vonderhorst

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	1
1.2	Probleemstelling	2
1.3	Opbouw van het verslag	3
2	Theoretisch kader	4
2.1	Stress: Ziekte als stressvolle situatie	4
2.2	Coping: Omgaan met een stressvolle situatie	7
2.2.1	Emotion-focused coping	7
2.2.2	Problem-focused coping	8
2.2.3	Coping en behoeften	9
2.3	Informatie zoeken als copingstrategie bij MRSA-dragers	10
2.4	Informatiezoekgedrag: een informatiebehoefte vervullen	10
2.4.1	Person-in-context	11
2.4.2	Context van informatiebehoefte	11
2.4.3	Activativeringmechanisme: Stress en coping theorie	13
2.4.4	Barrières/gebreken	14
2.4.5	Informatiezoekgedrag	15
2.4.6	Informatieverwerking en gebruik	15
2.5	Geïntegreerd model van stress, coping en informatiezoekgedrag	16
2.6	Onderzoeksvragen	17
3	Methode	19
3.1	Onderzoeksmethode	19
3.1.1	Kwalitatief versus kwantitatief	19
3.1.2	Dataverzamelmethode	19
3.2	Onderzoekspopulatie	20
3.2.1	Benadering en verdeling van respondenten	20
3.2.2	Kenmerken per respondent	21
3.2.3	Context van de MRSA	22
3.3	Het instrument	23
3.4	Procedure	27
3.4.1	Benadering respondenten	28
3.4.2	Pretest	28
3.4.3	Procedure	28
3.5	Aanbevelingen voor de praktijk: telefonische focusgroep	29
3.6	Analyse van de interviews	30
4	Resultaten	34
4.1	Stress	34
4.2	Coping	40
4.2.1	Problem-focused copingtechnieken	40

4.2.2	Emotion-focused copingtechnieken	44
4.3	Informatievoorziening en waardering	46
4.4	Informatiezoekgedrag en waardering	48
4.4.1	Soorten zoekgedrag	48
4.4.2	Geraadpleegde informatiebronnen per type zoekgedrag	50
4.4.3	Waardering van informatiebronnen	53
4.5	Barrières/gebreken	55
4.6	Aanbevelingen uit de interviews en de focusgroep	56
4.6.1	Centrale thema's uit de interviews	56
4.6.2	Concrete invulling van de centrale thema's	57
5	Conclusies en aanbevelingen.....	62
5.1	Beantwoording van de subvragen	62
5.1.1	Stress	62
5.1.2	Coping	62
5.1.3	Informatievoorziening en waardering	63
5.1.4	Informatiezoekgedrag en waardering	64
5.1.5	Barrières/gebreken	65
5.1.6	Aanbevelingen	65
5.2	Beantwoording van de hoofdvraag	66
6	Discussie.....	68
6.1	Wetenschappelijke en praktische meerwaarde van dit onderzoek	68
6.2	Bediscussiëring van de resultaten	70
6.3	Bediscussiëring van de methode	72
6.4	Aanbeveling voor vervolgonderzoek	73

Literatuurlijst

Bijlage 1	Introductie interview en interviewschema
Bijlage 2	Informatie voor de respondenten per email
Bijlage 3	Brief uitnodiging deelname onderzoek
Bijlage 4	Gespreksleiding voor deelnemers focusgroep
Bijlage 5	Draaiboek telefonische focusgroep
Bijlage 6	Codeboek

1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal de context van het onderzoek worden beschreven en de probleemstelling van het onderzoek worden geïntroduceerd. In paragraaf 1.1 wordt de aanleiding voor het onderzoek uiteengezet. Hierop volgt in paragraaf 1.2 de probleemstelling van het onderzoek. In paragraaf 1.3 is de opbouw van dit onderzoeksverslag te vinden.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De MRSA-bacterie komt steeds vaker voor in de Nederlandse ziekenhuizen, maar ook in de openbare gezondheidszorg. De MRSA is de voor methicilline resistente versie van de *Staphylococcus aureus*. De *Staphylococcus aureus* komt van nature bij 20% van de mensen voor op haren en huid en op slijmvliezen van neus, keelholte en darmen en wordt gemakkelijk overgedragen door huidcontact, oppervlakten of lucht (Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding [LCI], 2005). In principe heeft het *S.aureus*-dragerschap geen gevolgen voor gezonde personen. Bij personen met een verminderde weerstand of bij het gebruik van infusen en katheters kan de bacterie echter aanleiding geven tot ernstige infecties; huidinfecties, wondinfecties, bloedbaaninfecties, hartklepinfecties en botinfecties (LCI, 2005; Gezondheidsraad, 2006). De persoon kan uiteindelijk zelfs overlijden aan de infectie. Momenteel zijn er nog slechts enkele antibiotica die de resistente *Staphylococcus aureus* kunnen bestrijden (Sista, Oda & Barr, 2004). Deze middelen moeten echter met voorzichtigheid worden toegepast, want ook hier bestaat de kans op resistentie (Gezondheidsraad, 2006).

Sinds een aantal jaren is er een nieuwe variant van de MRSA-bacterie bekend; de Community-Acquired variant (CA-MRSA). Een ambulante, buiten het ziekenhuis opgelopen MRSA-bacterie. Deze MRSA-variant is afkomstig uit de VS en is een vaak agressieve vorm die zelfs in staat is om bij gezonde mensen infecties te veroorzaken (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007; Sista, Oda & Barr, 2004). In Nederland is slechts een tweetal gevallen bekend van een CA-MRSA uitbraak, desalniettemin vormt deze variant een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid. Daarnaast is recentelijk ontdekt dat er ook een veterinaire variant van de MRSA-bacterie bestaat. Deze komt veelal voor bij varkens. Onderzoek van de Voedsel en Waren Autoriteit [VWA] en het Centrum Infectieziektebestrijding [CIB] (2006) heeft aan het licht gebracht dat 40% van de varkens drager is van een MRSA bacterie. De MRSA-bacterie blijkt dus steeds vaker voor te komen en ergens op te duiken; een steeds groter wordend probleem voor de Nederlandse samenleving.

Besmet zijn met een MRSA-bacterie heeft belangrijke gevolgen voor de drager zelf. Binnen het ziekenhuis moet deze persoon in isolatie worden verpleegd en dienen het verplegend personeel en bezoek beschermende kleding te dragen (Werkgroep Infectiepreventie [WIP], 2006). Maar ook in de thuissituatie dienen MRSA-dragers bepaalde hygiënische maatregelen te treffen. Zo moeten zij elke dag het beddengoed, handdoeken, linnen dat rechtstreeks op de huid komt, zoals ondergoed, verschonen en wassen op 60°C. Ze dienen hun toiletartikelen zoals kam, tandenborstel en dergelijke te desinfecteren en zij moeten zichzelf met de juiste antibiotische middelen behandelen (LCI, 2005). Indien een MRSA-drager werkzaam is in de zorg, mag deze niet werken zolang hij/ zij positief is. Al met al heeft het dragerschap van een MRSA-bacterie invloed

op het dagelijkse leven van mensen. Dit terwijl deze mensen zich vaak niet eens ziek voelen. Mensen die drager zijn van een MRSA bacterie hebben hierdoor allerlei inhoudelijke, maar vooral ook praktische vragen: Mag ik nog wel op ziekenbezoek of op kraamvisite; Wat zijn de gevolgen voor mijn gezinsleden; Mag ik nu nog wel werken? Vooral mensen met MRSA die ontslagen worden uit het ziekenhuis en thuis komen, waar zij geen frequent contact meer hebben met verzorgend personeel en artsen, kampen met veel vragen. Bovendien bleek besmetting met MRSA voor velen een grote emotionele impact te hebben (Criddle en Potter, 2006).

Er is momenteel in Nederland geen direct aanspreekpunt voor deze MRSA-dragers die hun dagelijkse leven dienen aan te passen. De protocollen en draaiboeken die er bestaan rondom MRSA, zijn allen gericht op vroege opsporing en eradicatie van de bacterie bij dragers. Deze draaiboeken zijn bedoeld voor personeel in zorginstellingen en bieden duidelijke richtlijnen met als doel MRSA te voorkomen in zorginstellingen (WIP, 2006). Daarnaast is er een draaiboek voor 'MRSA in de openbare gezondheid', maar ook dit draaiboek besteedt weinig aandacht aan de informatievoorziening en voorlichting. Er wordt vermeld dat 'de GGDen' verantwoordelijk zijn voor de verstrekking van informatie over MRSA (LCI, 2005). Geen van deze draaiboeken geeft echter duidelijkheid over waar de patiënt terecht kan met zijn of haar vragen en emotionele problemen. De consequenties hiervan zijn tijdens een MRSA-uitbraak in het Medisch Spectrum Twente in februari 2006 duidelijk aan het licht gebracht. Verpleegkundigen met MRSA bleken, nadat ze thuis kwamen te zitten, allerlei problemen te ervaren, zowel op emotioneel als op praktisch gebied. Mensen bleken veel vragen te hebben omtrent hun dagelijks functioneren. De hulpverleners van het Medisch Spectrum Twente en de GGD Twente die destijds deze mensen hebben begeleid buiten het ziekenhuis, hebben ervaren dat de MRSA-dragers hier niet zelfstandig uitkwamen.

1.2 Probleemstelling

De conclusie die uit het voorgaande kan worden getrokken, is dat er momenteel geen duidelijke informatie- en hulpvoorzieningen bestaan die inspelen op de behoeften van MRSA-dragers in de thuissituatie, waardoor zij zelfstandig met de situatie zouden kunnen omgaan. Eenmaal thuis komen deze mensen in een zwart gat terecht en weten niet waar ze met hun vragen en problemen naar toe moeten. Mensen met CA-MRSA, opgelopen buiten het ziekenhuis, bevinden zich in eenzelfde situatie, evenals de groep mensen die MRSA heeft opgelopen door varkens; varkenshouders met veterinaire MRSA (VA-MRSA). Verwacht wordt dat ook deze groepen mensen (CA-MRSA en VA-MRSA), kampen met vragen en problemen in hun thuissituatie. Ook ziekenhuispersoneel dat door hun werk besmet is geraakt met Hospital Acquired-MRSA (HA-MRSA) hebben een groot aantal vragen, omdat zij, wanneer zij MRSA-positief zijn, niet mogen werken en voor hen niet exact duidelijk is wat zij in het dagelijks leven nu wel en niet mogen doen.

Om de hulp- en informatievoorziening goed aan te laten sluiten op de wensen van MRSA-dragers, is het van belang de behoeften van deze drie groepen dragers, CA-MRSA-dragers, varkenshouders en verpleegkundigen, te inventariseren. Hierbij staat als vanzelfsprekend de drager centraal. Een dragergerichte benadering zorgt ervoor dat de voorzieningen zo ontwikkeld worden, dat deze aansluiten op de persoonlijke behoeften en voorkeuren van de persoon (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2002). Om volledig patiëntgericht te zijn, dienen gezondheidsinformatie-gerelateerde voorzieningen en zorg "van het begin af aan ontwikkeld te

worden vanuit het oogpunt van de patiënt en diens omgeving en cultuur" (Andreasen, 2002). Dat is wat in dit onderzoek is gebeurd; vanaf de basis werden de ervaringen en problemen met betrekking tot het drager zijn van MRSA onderzocht. Op basis van het bovenstaande is tot de volgende probleemstelling van het onderzoek gekomen:

Inzicht verkrijgen in de ervaringen van het MRSA-dragerschap en het achterhalen van de behoeften van drie typen MRSA-dragers (CA-MRSA, VA-MRSA en HA-MRSA) in de thuissituatie, zodat aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbetering van de informatievoorziening en hulpverlening.

Hierbij zal nader ingegaan worden op de informatievoorziening en behoeften omtrent informatie, aangezien uit praktijkervaring van het Medisch Spectrum Twente is gebleken dat MRSA-dragers vaak informatiebehoeften hebben. Door dit nader te bestuderen kan de voorlichting hier beter op worden afgestemd.

1.3 Opbouw van het verslag

In het volgende hoofdstuk wordt het onderzoeksmodel geschetst dat als basis heeft gediend voor het onderzoeksinstrument. In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan de gebruikte onderzoeksmethode. Vervolgens zullen in hoofdstuk 4 de resultaten uit het onderzoek worden gepresenteerd. Hoofdstuk 5 gaat in op de conclusies en aanbevelingen ter verbetering van de informatievoorziening en hulpverlening ten behoeve van mensen die met MRSA besmet zijn. Hoofdstuk 6 bevat een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek en doet aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader worden geschetst dat als uitgangspunt dient voor dit onderzoek. Dit onderzoek bevindt zich op twee verschillende wetenschappelijke disciplines, namelijk de psychologie en de informatiewetenschap. Allereerst zal in dit hoofdstuk de theorie rondom ziekte, stress, coping en behoeften worden besproken. Dit omvat de paragrafen 2.1 tot en met 2.3. Het tweede deel van dit hoofdstuk vanaf paragraaf 2.4, zal betrekking hebben op informatiebehoeften en het zoekgedrag. Vanuit het perspectief van de informatiewetenschap zullen deze begrippen belicht worden. Aan het einde van dit hoofdstuk, in paragraaf 2.5 zullen de twee wetenschappelijke invalshoeken geïntegreerd worden in één model dat gebruikt is als basis voor de ontwikkeling van het onderzoeksinstrument. Tot slot worden in paragraaf 2.6 de onderzoeksvragen gepresenteerd.

2.1 Stress: Ziekte als stressvolle situatie

Dat ziekten een bron van stress kunnen zijn, is lang geleden al gebleken uit onderzoek van Holmes en Rahe (1967). Zij onderzochten wat de meest stressvolle 'life events' zijn. In tabel 2.1 staan de tien 'life events' gerangschikt van hoog naar laag. Getroffen worden door een ziekte staat op de zesde plaats in deze tabel en kan daarmee een stressvolle levensgebeurtenis worden genoemd.

Tabel 2.1 Top 10 van stressvolle 'life events' (Holmes & Rahe, 1967)

1	Death of spouse
2	Divorce
3	Marital separation
4	Jail term
5	Death of close family member
6	Personal injury or illness
7	Marriage
8	Fired at work
9	Marital reconciliation
10	Retirement

Stress wordt door Folkman (1984) gedefinieerd als:

...a relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and as endangering his or her well-being.

Stress is een verstoorde relatie tussen de persoon en de omgeving die door de persoon wordt beoordeeld als bedreigend voor zijn/haar bronnen en gevaarlijk voor het eigen welzijn. Het is een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving, waarbij een subjectieve beoordeling van de situatie bepaalt in hoeverre de persoon stress ervaart (Folkman & Lazarus, 1980). Hierdoor zal een situatie voor de één wel stress op roepen en voor de ander niet of in mindere mate. Het onderzoek

van Holmes en Rahe (1967) toont echter aan dat er wel degelijk gebeurtenissen bestaan die in zekere mate stressvol zijn voor elk individu. Ziekte blijkt een dergelijke situatie te zijn voor het ontstaan van stress.

Verschillende onderzoeken op het gebied van gezondheid tonen aan dat ziekte gepaard gaat met emoties en stress. De diagnose en de ziekte zelf hebben vaak een grote impact op het leven van de patiënt, vooral wanneer het gaat om een ernstige en levensbedreigende ziekte, zoals kanker. Hierbij komen gevoelens van onzekerheid, angst en verlorenheid kijken (Leydon, Boulton, Moynihan, Jones, Mossman, Boudioni et al., 2000). De patiënt moet niet alleen het hoofd bieden aan de ziekte zelf, met de daarbij behorende fysieke problemen en een onzeker toekomstbeeld, maar krijgt daarnaast ook vaak te maken met voor hem onbekende medische procedures en behandelingsopties (Jefford & Tattersall, 2002). Ook veranderingen in de omgeving zorgen hier voor de nodige stress. Een ziekte kan dus op twee manieren stress oproepen. Allereerst door de ziekte zelf en daarnaast door de gevolgen van de ziekte.

Kleinman (1980) maakte dit onderscheid duidelijk door gebruik te maken van de termen *illness* en *disease*. *Disease* is het lichamelijk disfunctioneren als gevolg van de ziekte; de *directe* gevolgen van de ziekte. *Illness* is de reactie van de patiënt op het gezondheidsprobleem. Dit zijn problemen die *indirect* af te leiden zijn van de ziekte, bijvoorbeeld emotionele problemen, alledaagse problemen/beperkingen die de ziekte oplegt en ook stigmatisering.

Omdat het MRSA-dragerschap geen ziekte is¹ (men ondervindt er weinig lichamelijke disfunctioneren door en in de meeste gevallen raakt men de bacterie weer redelijk snel kwijt) kan het in geen geval vergeleken worden met een ziekte als kanker. Echter, het MRSA-dragerschap kan wel impact hebben op mensen en aanleiding zijn tot stress. Niet zozeer door de directe gevolgen van het dragerschap, maar door de indirecte gevolgen van MRSA, in termen van Kleinmann (1980) door de *illness*-factor.

2.1.1 MRSA-dragerschap en stress

Het MRSA-dragerschap heeft op verschillende manieren impact op het dagelijks functioneren van de persoon. In het ziekenhuis dienen MRSA-positieve patiënten in isolatie verpleegd te worden en ook thuis wordt hun dagelijks leven beïnvloed door de maatregelen die hen worden opgelegd. Onderzoek naar de impact en ervaringen van MRSA-patiënten in het ziekenhuis laten zien dat isolatie-ervaringen leiden tot stemmingsstoringsen, zoals depressiviteit, angst en woede (Davies & Rees, 2000; Hartmann, 2006; Kennedy & Hamilton, 1997; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001). Ook onderzoek van Criddle en Potter (2006) laat zien dat isolatie-ervaringen een grote impact hebben op de MRSA-ervaring. Criddle en Potter (2006) deden als enige onderzoek naar de MRSA-ervaring in de *thuisituatie*, maar namen daarbij ook eventuele ziekenhuiservaringen mee in het onderzoek. Personen die in isolatie werden verpleegd hadden soms het gevoel dat ze in een gevangenis zaten en voelden zich gestigmatiseerd.

Of personen in de thuissituatie dezelfde emoties ervaren, is niet duidelijk. Er is weinig onderzoek bekend naar de ervaringen van MRSA-dragers in de thuissituatie.

¹ In de regel wordt er onderscheid gemaakt tussen kolonisatie (dragerschap) en infectie. Bij kolonisatie draagt men de bacterie bij zich, maar leidt deze niet tot lichamelijke problemen. Bij een infectie kan de MRSA-bacterie wel ernstige lichamelijke problemen en disfunctioneren tot gevolg hebben.

Er wordt echter verwacht dat ook thuis de indirecte gevolgen van het MRSA-dragerschap zorgen voor een situatie waarin stress ontstaat en wel om verschillende redenen:

- Beperkingen opgelegd door de omgeving

Factoren zoals hygiënische maatregelen die MRSA-dragers krijgen opgelegd en maatregelen die instanties zoals huisartsenpraktijken, verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen in acht dienen te nemen ter voorkoming van verdere verspreiding van de MRSA-bacterie, kunnen een bron van stress vormen voor de drager. Deze maatregelen hebben grote consequenties voor de drager en beïnvloeden hun dagelijks functioneren.

- Stigmatisering door de omgeving

Een ander mogelijk indirect gevolg van het MRSA-dragerschap ligt op interpersoonlijk vlak. Het betreft hier het verschijnsel *stigmatisering*. Hoewel er geen onderzoek bekend is naar stigmatisering van MRSA-dragers, laat onderzoek naar stigmatisering van mensen met tuberculose, evenals MRSA een infectieziekte, zien dat dit veelvuldig wordt ervaren (Kelly, 1999; Van Brakel, 2006). Stigmatisering is een sociaal proces waarbij mensen een etiket krijgen opgeplakt (MRSA-drager), apart worden geplaatst en ongewenste eigenschappen krijgen toegeschreven (zoals besmettelijk, vies, gevaarlijk). Als deze factoren vervolgens leiden tot een ervaring van statusverlies en discriminatie, is er sprake van stigma (Link & Phelan, 2001). MRSA-dragers of geïnfecteerden kunnen door hun omgeving het stigma 'besmet' opgeplakt krijgen. Hierdoor worden zij gezien als een besmettelijke groep. Dit kan hevige emotionele consequenties impliceren (Van Brakel, 2006). Stigmatisering kan leiden tot stress, depressie, angst, schaamte en isolatie (Van Brakel, 2006; Kelly, 1999). Deze gevolgen komen ook naar voren in de verhalen over MRSA-infecties, beschreven op <http://www.forum.mrsaresources.com/viewtopic.php?t=832>, een Amerikaans supportforum voor mensen die besmet zijn met MRSA en andere superbugs. Criddle en Potter (2006) vonden eveneens bewijs voor stigmatisering van MRSA-dragers, met name bij isolatie-verpleging; sommigen voelden zich buitengesloten en hadden het gevoel dat ze behandeld werden alsof ze melaats waren. Een stigma kan zodanig ernstige vormen aannemen dat het net zo erg, of zelfs erger, kan zijn voor de getroffen persoon als de ziekte zelf (Mak, Mo, Cheung, Woo, Cheung, Lee, 2006). Het bovenstaande geeft weer dat ook het interpersoonlijke contact oorzaak kan zijn van stress.

- Angsten, zorgen en vragen

Daarnaast blijkt uit praktijkervaring van het Medisch Spectrum Twente dat MRSA-dragers vaak veel vragen hebben en niet weten hoe zij met bepaalde situaties om moeten gaan. Hun kennis is vaak ontoereikend, wat een bron van stress veroorzaakt. Het onderzoek van Criddle en Potter (2006) bevestigt dit eveneens: Besmetting met MRSA had voor velen een grote emotionele impact, doordat de drager in de thuissituatie allerlei emoties en zorgen ervoeren. Thuis kampten MRSA-dragers met veel vragen en hadden zij zorgen over allerlei achtergrondproblemen, zoals angst voor de MRSA-bacterie zelf, angst voor besmetting en het risico voor anderen. Met name de gevoelens van angst zorgden ervoor dat zij afstand gingen bewaren, omdat zij zichzelf besmettelijk voelden en bang waren andere familieleden te besmetten. Deze angsten, zorgen en vragen zijn persoonlijke stressfactoren die ontstaan in de persoon en betrekking hebben op de affectieve (ofwel

emotionele) toestand en de cognitieve (ofwel kennis) toestand van de drager. Angst is een emotie en kan daarom worden gedefinieerd als een affectieve stressfactor, gebrek aan kennis is een cognitieve stressfactor. Volgens Criddle en Potter (2006) is informatievoorziening de oplossing om deze stressfactoren te lijf te gaan. Een betere informatievoorziening verhoogt de cognitieve toestand van de persoon en zal leiden tot minder stress. Slechte informatievoorziening resulteerde bij patiënten juist in gevoelens van verwarring en angst (Criddle & Potter, 2006).

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de indirecte gevolgen van het MRSA-dragerschap zorgen voor problemen en onrust; de *illness*-factoren. Het is van groot belang dat de MRSA-drager op de juiste wijze omgaat met deze stressvolle situatie om de psychische schade van het MRSA-dragerschap tot een minimum te beperken. Stress is immers schadelijk voor het immuumsysteem en kan op haar beurt weer leiden tot ziekte (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000)

2.2 Coping: Omgaan met een stressvolle situatie

In de vorige paragraaf is aan de hand van praktijkervaringen en literatuur over kanker, tuberculose en MRSA een beeld geschetst van de mogelijke stressvolle situatie die het MRSA-dragerschap teweeg brengt. Mensen kunnen op verschillende manieren omgaan met deze stress. Dit wordt *coping* genoemd. Coping kan worden gedefinieerd als:

...cognitive and behavioral effects to master, reduce or tolerate the internal and external demands that are created by stressful situations (Folkman & Lazarus, 1985).

Coping kan worden gezien als een respons op emoties en heeft de functie om de innerlijke 'arousal', ontstaan door de stressvolle situatie, te verminderen (Folkman & Lazarus, 1988). Dit kan op twee manieren: Via *problem-focused coping* en *emotion-focused coping*. Door middel van problem-focused coping probeert men de relatie tussen de persoon en de omgeving, waarin de stress is ontstaan, te managen of te veranderen (Folkman & Lazarus, 1988). Met andere woorden: Men onderneemt actie en probeert het probleem op te lossen dat onrust veroorzaakt. Hiermee probeert men de stressvolle situatie te veranderen. Emotion-focused coping bestaat uit het reguleren van de emotionele reacties die ontstaan zijn door de stressvolle situatie en heeft niet tot doel de stressvolle situatie zelf te veranderen (Folkman & Lazarus, 1988).

Mensen grijpen terug op beide vormen van coping. Echter het is gebleken dat ze een actieve, probleemgeoriënteerde benadering kiezen wanneer ze denken dat ze een bepaalde 'stressor' het hoofd kunnen bieden, maar terugvallen op een emotie-georiënteerde benadering wanneer ze het gevoel hebben dat het probleem niet controleerbaar is (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

2.2.1 Emotion-focused coping

Deze vorm van coping kan onderverdeeld worden in twee soorten: 'shutting down' en 'opening up' (Brehm, Kassin & Fein, 2002). Vaak reageert men op stress door zich er vanaf te sluiten (shutting down). Men probeert de onplezierige gedachten en gevoelens te onderdrukken. MRSA-dragers die

stress ervaren, of dat nou is omdat ze angst hebben voor de MRSA zelf, net naar huis gestuurd zijn omdat ze hun werk als verpleegkundige niet meer mogen uitoefenen, of omdat de omgeving hen stigmatiserend behandelt; zij kunnen zich hiervan afsluiten door bijvoorbeeld te gaan winkelen of op vakantie te gaan (distraction of escapism) of door gewoon verder te gaan met hun normale leven en er niets over te willen horen (suppression of denying). Anderzijds bestaat juist de behoefte om gevoelens te uiten aan onszelf en aan anderen. Deze vorm van emotion-focused coping wordt 'opening up' genoemd. Mensen met het MRSA-dragerschap kunnen omgaan met stress door o.a. hun gevoelens te uiten en hun verhaal te doen (venting feelings) of door sociale steun te zoeken bij familie, vrienden, maar ook lotgenoten (sociale steun zoeken). Er zijn naast deze vormen nog vele andere manieren waarop men om kan gaan met de emoties ontstaan uit stress. Onder andere: Humor van de situatie inzien, schuld zoeken, fatalisme, fantasie (Folkman & Lazarus, 1980). Maar ook je bekeren tot een religie en grijpen naar alcohol en drugs. Deze vormen komen echter minder vaak voor (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

2.2.2 Problem-focused coping

Problem-focused coping focust de aandacht op het probleem en probeert hier controle over te krijgen. Volgens Folkman en Lazarus (1988) kan dit op twee manieren: door informatie zoeken (information search) en door geplande probleem-oplossing (planful problem-solving). Dit laatste omvat het maken van actieplannen en het bedenken van oplossingsmogelijkheden voor het probleem (Folkman & Lazarus, 1988). 'Trying to get help' is een vorm van 'problem-focused planful problem-solving' en speelt een belangrijke rol bij het MRSA-dragerschap. MRSA-dragers kunnen bij een probleem dat stress veroorzaakt, bijvoorbeeld bij onduidelijkheid over hoe men zich moet behandelen, op zoek gaan naar hulp; iemand die vertelt wat er gaat gebeuren en hoe men zich moet kweken, wanneer men medicijnen moet innemen etc.

Information search speelt een belangrijke rol bij het omgaan met stress, omdat men hiermee controle probeert te verkrijgen over het probleem. Kennis is een vorm van cognitieve controle (Van der Molen, 1999). MRSA-dragers kunnen stress als gevolg van bijvoorbeeld angst voor de MRSA-bacterie of niet weten hoe om te gaan met maatregelen, verminderen door informatie te zoeken en zo duidelijkheid te krijgen over de ernst van de situatie en wat zij dienen te doen. In de volgende paragraaf zal informatie zoeken als vorm van coping nader worden besproken. Tabel 2.2 geeft een samenvatting van de hierboven besproken copingstrategieën en -technieken.

Tabel 2.2 Copingstrategieën en technieken relevant voor dit onderzoek

Copingstrategieën	Copingtechnieken
Emotion-focused coping	Sociale steun zoeken (social support)
	Gevoelens uiten/je verhaal doen (venting feelings)
	Afleiding (distraction) en ontsnapping (escapism)
	Onderdrukken (suppression) en ontkennen (denial)
Problem-focused coping	Hulp zoeken (trying to get help)
	Informatie zoeken (information search)

2.2.3 Coping en behoeften

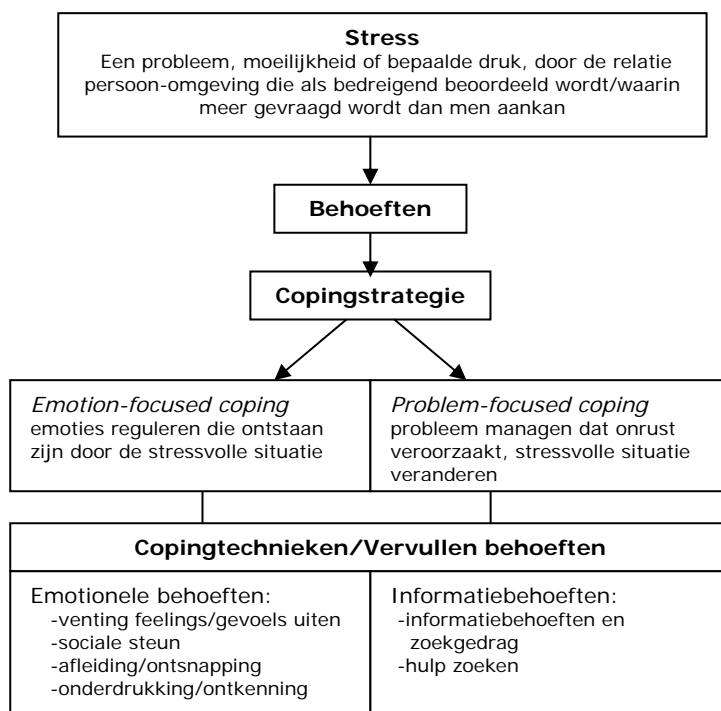
Stress is een situatie waarin behoeften ontstaan en coping is een manier waarop de behoeften worden vervuld. Hieronder volgt een voorbeeldscenario waarin dit aan de hand van de twee copingstrategieën wordt verduidelijkt: Een MRSA-drager die verpleegkundige is, ervaart stress doordat zij niet mag werken als gevolg van het MRSA-dragerschap. Hierdoor kunnen bij deze persoon allerlei behoeften ontstaan om met deze situatie om te gaan. In tabel 2.3 staan voorbeelden van problem-focused en emotion-focused coping vermeld die zij in dit geval zou kunnen toepassen.

Tabel 2.3 Voorbeeldscenario van problem- en emotion-focused coping

Scenario: Verpleegkundige ervaart stress doordat ze niet mag werken als gevolg van het MRSA-dragerschap.	
Problem-focused copingstrategie	Emotion-focused copingstrategie
<p>"Ik wil zo spoedig mogelijk behandeld worden, zodat ik weer snel aan het werk kan, dus ik ga op zoek naar hulp bij en informatie over hoe ik mij moet behandelen."</p> <p>→ behoefte aan hulp en informatie vervullen</p>	<p>"Ik ga een collega bellen die in dezelfde situatie zit, dan kan ik mijn smart delen en kunnen we elkaar een steuntje in de rug geven."</p> <p>→ behoefte aan sociale steun vervullen</p>

Figuur 2.1 vat de visie die in deze paragraaf is gepresenteerd samen en laat zien hoe een stressvolle situatie in dit onderzoek leidt tot bepaalde behoeften, copingstrategieën en copingtechnieken om deze behoeften te vervullen. Figuur 2.1 is geïntegreerd in het uiteindelijke onderzoeksmodel dat gepresenteerd wordt in figuur 2.3 in paragraaf 2.5.

Figuur 2.1 Stress en coping theorie in relatie tot behoeften en informatiezoekgedrag



2.3 Informatie zoeken als copingstrategie bij MRSA-dragers

Verschillende onderzoeken laten zien dat informatie zoeken een belangrijke copingstrategie is bij ziekte. Het betreft hier voornamelijk onderzoek dat verricht is bij mensen die lijden aan kanker. Informatie bleek bij kankerpatiënten en hun familieleden angst en depressie te verminderen (Fallowfield, Baum & Maguire, 1986; Michie, Rosebert, Heaversedge, Madden & Parbhoo, 1996) en hielp hen omgaan met de ziekte (Harrison-Woermke & Graydon, 1993). Bij reumapatiënten bleek informatie zoeken als copingtechniek de psychologische stress te verminderen (Revenson & Felton, 1989).

Onderzoek naar informatie zoeken als copingstrategie bij MRSA-dragers is niet bekend. Wel blijkt uit onderzoek van Criddle en Potter (2006) dat MRSA-dragers allerlei vragen hebben en *behoefte* hebben aan informatie. Deze informatie kan de perceptie van de patiënt ten opzichte van de MRSA enorm beïnvloeden. Uit het onderzoek van Criddle en Potter (2006) kwam naar voren dat de respondenten informatiebehoeften hadden op een drietal gebieden:

1. Behoefte aan informatie over de aard van het organisme. Hierbij hoorden vragen als: Wat is MRSA; Wat is kolonisatie; Wat zijn de symptomen van een infectie?
2. Behoefte aan informatie over praktische zaken, zoals het risico voor de familieleden, het bezoeken van de tandarts en het gebruiken van een gemeenschappelijke douche.
3. Behoefte aan informatie op het moment dat een patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis en naar huis mag. Daar heeft de patiënt niet meer geregeld contact met het gezondheidspersoneel en vragen die de patiënt heeft kunnen niet meer direct beantwoord worden. Belangrijk is daarom ook de timing van de informatievoorziening.

Tot slot noemen Criddle en Potter (2006) de noodzaak tot herhaling van de informatie. Bij deze constatering blijft het onderzoek. De aanbevelingen gaan niet dieper in op concrete onderwerpen waar aandacht naar uit moet gaan bij het informeren van de patiënten.

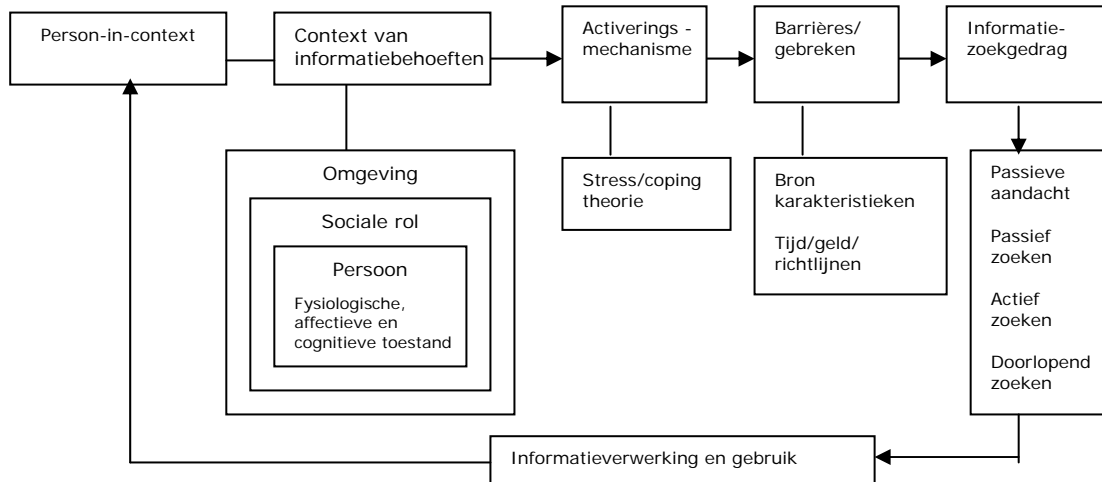
Ook is het informatiezoekgedrag van de MRSA-dragers niet onder de loep genomen. Hoe MRSA-dragers informatie zoeken, welke bronnen ze aanboren en welke barrières daarbij komen kijken, is nooit onderzocht. Om een beeld te scheppen van informatie zoeken als copingstrategie dient daarom teruggerepen te worden op meer algemene literatuur vanuit informatiewetenschappelijke hoek. De volgende paragrafen zullen deze invalshoek belichten.

2.4 Informatiezoekgedrag: een informatiebehoefte vervullen

In een poging een passend model te vinden voor dit onderzoek dat enerzijds het psychosociale aspect van dit onderzoek in ogenschouw neemt en dat daarnaast aandacht heeft voor het meer 'technische' proces van informatie zoeken, is gestuit op een model van Wilson. Wilson (1981) is één van de weinige wetenschappers die in zijn modellen rekening houdt met het contextuele aspect waardoor informatiebehoeften en informatiezoekgedrag worden bepaald. Daarnaast maakt hij gebruik van sociaal-wetenschappelijke theorieën om zoekgedrag te verklaren. De *context* en de toevoeging van de *stress and coping theory* maken dit model geschikt voor het huidige onderzoek, omdat zoals uit bovenstaande paragrafen is gebleken, de (stress)context bepalend is voor het ontstaan van (informatie)behoeften en het uiteindelijke informatiezoekgedrag als copingstrategie.

Het Wilson model, met een selectie van de componenten die van toepassing zijn op dit onderzoek, staat weergegeven in figuur 2.2. Hieronder zal het model toegelicht worden.

Figuur 2.2 Model van informatiebehoeften en zoekgedrag, gebaseerd op Wilson's model van informatiezoekgedrag (1996)



2.4.1 Person-in-context

Het betreft hier de persoon die het proces gaat doorlopen, die een bepaalde behoefte heeft door de context waarin deze persoon verkeert. In dit onderzoek gaat het over personen in de context van het MRSA-dragerschap.

2.4.2 Context van informatiebehoefte

Volgens Wilson (1981) ontstaan informatiebehoeften in een context waarin de persoon en zijn/haar fysiologische, affectieve en cognitieve toestand een rol speelt, waarin de sociale rol van invloed is en waarin de omgeving van invloed is.

De context zoals Wilson (1981) deze beschrijft, is niet zozeer een context van informatiebehoeften, maar een context van behoeften, waaruit informatiebehoeften kunnen ontstaan en leiden tot informatiezoekgedrag. Wilson onderschrijft dit door niet het woord *informatiebehoefte* te willen gebruiken, maar dit te omschrijven als '*informatie zoeken om behoeften te bevredigen*' (Wilson, 1981). Dit komt letterlijk overeen met wat in de voorgaande paragrafen en in figuur 2.1 is genoemd: informatie zoeken als copingstrategie/om behoeften te vervullen. De context van (informatie)behoeften van Wilson (1981) blijkt dan ook een zeer geschikt raamwerk te zijn waarin de begrippen stress en coping kunnen worden geplaatst. De drie contextniveau's voor (informatie)behoeften vormen het kader waarbinnen stress kan ontstaan en behoeften worden gevormd, die vervolgens door middel van coping (waaronder informatie zoeken) worden vervuld. In het uiteindelijke onderzoeksmodel (figuur 2.3 in paragraaf 2.5) is dit contextniveau dan ook terug te vinden. Hieronder zullen de drie contextniveau's nader worden toegelicht en zal hun relatie met stress en MRSA worden duidelijk gemaakt.

- Persoonlijke niveau (microniveau): Factoren die de persoonlijkheid van het individu vormen. Door de fysiologische (ofwel fysieke), affectieve en cognitieve toestand van de persoon kunnen

behoeften ontstaan die kunnen worden vervuld door informatie (Wilson, 1981). Toegepast op de MRSA-context:

- De fysiologische toestand, in dit onderzoek fysieke toestand genoemd, heeft betrekking op de fysieke ervaring van het MRSA-dragerschap. Als iemand een negatieve fysieke ervaring heeft, bijvoorbeeld iemand heeft pijnlijke zweren als gevolg van MRSA, dan kan dit leiden tot stress en de behoefte om de pijn te stoppen. Om deze stress te verminderen, ofwel de behoefte te vervullen, kan informatie worden gezocht en start het informatiezoekgedrag in het model van Wilson (1997). Echter, in dit onderzoek wordt er van uitgegaan dat deze situatie evengoed zou kunnen leiden tot een andere, emotion-focused copingstrategie, wanneer het individu denkt dat dit effectiever is. Er wordt dan niet gesproken over informatiebehoeften en informatie zoeken vindt dan niet plaats.
- De affectieve toestand (ook wel emotionele of psychologische toestand genoemd) heeft betrekking op de emoties en gevoelens van de persoon. Een negatief affect, bijvoorbeeld een gevoel van angst, afkeer of besmettelijkheid vanwege de MRSA-besmetting, is een directe bron van stress. Dit negatieve affect en de hieruit voortkomende stress kan leiden tot bepaalde behoeften (bijvoorbeeld de behoefte aan ontkrachting dat de MRSA-drager een gevaar vormt voor anderen), en bij het vervullen ervan zou informatie een rol kunnen spelen. Bijvoorbeeld een informatiebron raadplegen die de angstgevoelens wegneemt. Ook hier geldt dat een persoon zou kunnen kiezen voor een andere manier om zijn/haar behoeften te vervullen, bijvoorbeeld door sociale steun te zoeken bij lotgenoten of zijn/haar gevoelens bij iemand te uiten.
- De cognitieve toestand is oorspronkelijk afgeleid van het begrip 'need for cognition' en verwijst naar het persoonlijke kennisniveau en de behoefte aan kennis die de respondent heeft (Wilson, 1997). Wanneer een MRSA-drager te weinig of onjuiste kennis heeft, een respondent heeft bijvoorbeeld gehoord dat het MRSA-dragerschap ongeneeslijk is of de persoon weet niet welke maatregelen hij/zij moet nemen om MRSA-vrij te worden, dan kan dit ten onrechte stress veroorzaken. Slechte informatievoorziening leidt tot stress (Criddle & Potter, 2006). In deze situatie kan de behoefte ontstaan om antwoord op de vraag te krijgen en informatie te gaan zoeken. Omgekeerd kan een positieve cognitieve toestand stress verminderen. Respondenten die adequate kennis bezitten omtrent MRSA zullen minder stress ervaren en hierdoor geen grote behoefte hebben aan verdere informatie.
- Sociale rol/interpersoonlijk (mesoniveau): Behoeften ontstaan uit de rollen die een individu vervult in zijn/haar sociale leven. Wilson (1981) noemt hier de werkkrol en de prestatierol van een persoon. Het uitoefenen van bepaalde taken, in het kader van de werkkrol die een persoon vervult, kan leiden tot bepaalde behoeften aan informatie en informatiezoekgedrag (Wilson, 1981). In de context van dit onderzoek speelt de werkkrol een belangrijke rol. Zo zullen de behoeften van een MRSA-positieve verpleegkundige en een varkenshouder van elkaar verschillen, doordat zij beiden een andere sociale rol werkkrol vervullen. Voor de verpleegkundige levert het MRSA-dragerschap wellicht meer stress op, omdat zij haar beroep

tijdelijk niet mag uitoefenen en een behandeling moet ondergaan om MRSA-vrij te worden. Hierdoor zal zij andere behoeften hebben dan een varkenshouder, die gewoon zijn beroep kan blijven uitoefenen en helemaal geen behandeling hoeft te ondergaan. In dit onderzoek omvat de sociale rol tevens de informele rollen en ook interpersoonlijke contacten vallen hieronder. De informele rollen zoals de rol van moeder, partner, vriendin, collega, etc. spelen bij het MRSA-dragerschap een belangrijke rol. Beperkingen in de sociale rollen kunnen leiden tot stress en bepaalde behoeften. Bijvoorbeeld wanneer iemand niet meer de rol van vriendin kan vervullen, omdat de vriendin eveneens in de zorg werkt en contact wordt afgeraden tussen verpleegkundigen onderling. Personen kunnen hierdoor emotionele behoeften ontwikkelen om hierover te praten of er ontstaan informatiebehoeften om zo het probleem op te lossen. Niet alleen een verandering in de sociale rol kan leiden tot stress en bepaalde behoeften, alle sociale contacten kunnen in feite een bron van stress zijn. In dit onderzoek worden dit negatieve ervaringen vanuit interpersoonlijk contact/sociale rol genoemd. Voorbeelden hiervan zijn: Familie, vrienden of burens die afstand nemen, de MRSA-drager niet meer uitnodigen voor een verjaardag, mensen die niet bij de MRSA-drager thuis durven te komen in verband met angst voor besmetting. Dit zijn allemaal vormen van stigmatisering, die een MRSA-drager kan ervaren in het contact met mensen en die een aanleiding zijn voor stress.

- Omgeving (macroniveau): Wilson (1981) schaaft onder het woord omgeving de werkomgeving, de sociaal culturele omgeving, de politiek-economische omgeving en de fysieke omgeving. Hij stelt dat de omgeving invloed heeft op behoeften en informatiezoekgedrag. In dit onderzoek wordt de omgeving gevormd door de zorginstanties en de eigen omgeving thuis waarin allerlei maatregelen dienen te worden genomen. Negatieve ervaringen vanuit de omgeving kunnen leiden tot stress. Een voorbeeld hiervan zijn de hygiënemaatregelen die artsen en verpleegkundigen moeten nemen, zoals mond-neusmaskers, beschermende kleding en handschoenen. Dit kan op de patiënt bedreigend overkomen en stress veroorzaken.

De omgevingscontext verschilt van de sociale context, in het feit dat de omgevingscontext zich op macro-niveau afspeelt; de organisaties zijn hier de spelers in het veld en beleid opgesteld door deze organisaties kan leiden tot stress. Op meso-niveau vormen één-op-één relaties en de onderlinge interacties de factoren waaruit stress kan ontstaan. Micro-niveau tot slot speelt zich af in de persoon zelf; persoonlijkheidsfactoren kunnen hier in meer of mindere mate leiden tot stress. Al deze drie stressfactoren leiden tot bepaalde behoeften om de stress het hoofd te bieden en kunnen worden vervuld door een emotion-focused copingstrategie of een problem-focused copingstrategie, waar het informatiezoekgedrag deel van uitmaakt.

2.4.3 Activeringsmechanisme: Stress en coping theorie

De stress en coping theorie heeft als uitgangspunt voor dit onderzoek gediend en deze begrippen zijn uitvoerig beschreven in de voorgaande paragrafen. Hoewel de essentie van stress en coping hetzelfde is voor dit onderzoek en de interpretatie van Wilson (1997), is er een belangrijk verschil in opvatting waar te nemen: Wilson bestudeerde in de eerste plaats informatiebehoeften en zoekgedrag en zag stress en coping als *onderdeel van het informatiezoekproces*. Dit onderzoek daarentegen bestudeert in de eerste plaats stress en coping en informatie zoeken wordt gezien als

onderdeel van (stress en) coping. In het huidige onderzoek speelt de stress en coping theorie een grotere rol dan in Wilson's model (figuur 2.2). In het uiteindelijke onderzoeksmodel in figuur 2.3 van paragraaf 2.5 is dit belang ook terug te vinden doordat stress en coping een prominente plaats inneemt (vooraan) in het model.

2.4.4 *Barrières/gebreken*

Barrières en gebreken kunnen het informatie zoeken verhinderen, op elke moment gedurende het informatiezoekproces (Wilson, 1997). De belangrijkste barrières die in dit onderzoek een rol spelen zijn:

- interpersoonlijke variabelen: problemen die ontstaan wanneer de informatiebron een persoon is. Informatiezoekgedrag kan belemmerd worden door de houding van die informatiebron
- bronkenmerken: toegankelijkheid en geloofwaardigheid (Wilson, 1997).
- diverse gebreken die de MRSA-dragers tegenkomen.

De bronkenmerken en interpersoonlijke variabelen worden in dit onderzoek samengenomen, omdat deze veel overlap zullen vertonen, met name wanneer een persoon als informatiebron fungeert. Bronkenmerken omvatten toegankelijkheid en geloofwaardigheid. Een fundamentele vereiste van informatie zoeken is dat informatiebronnen toegankelijk of goed bereikbaar moeten zijn. Wanneer dit niet het geval is, belemmert dat het informatie zoeken (Wilson, 1997). In dit onderzoek wordt het woord bereikbaarheid gebruikt in plaats van toegankelijkheid, aangezien dit begrip beter toepasbaar is op personen als informatiebron.

Geloofwaardigheid kan opgedeeld worden in twee begrippen: betrouwbaarheid en deskundigheid (Brehm, Kassin & Fein, 2002). Geloofwaardigheid van de bron is erg belangrijk. Als een MRSA-drager informatie zoekt en ontdekt dat een informatiebron onbetrouwbaar is in kwaliteit en deskundigheid, dan zal hij/zij deze bron bestempelen als ongeloofwaardig.

Voor een goede interpersoonlijke relatie tussen de informatiebron en degene die informatie zoekt, is empathie erg belangrijk (Fauconnier, 1986). Degene die informatie verschaft tracht de gevoelens te begrijpen van de ander en er dient een bepaalde mate van wederzijds vertrouwen te zijn (Fauconnier, 1986). Indien er geen begrip en vertrouwen is, vormt dit een barrière voor het verkrijgen van informatie. Begrip en vertrouwen zijn dan ook twee belangrijke bronkenmerken.

Wilson (1997) beschrijft in zijn model bronkenmerken, maar *informatiebronnen* zijn niet terug te vinden in zijn model. Dit is echter een relevant aspect bij het zoeken naar informatie. Omdat het interessant is om te weten waar MRSA-dragers naar informatie zoeken, is er in dit onderzoek voor gekozen om informatiebronnen gezamenlijk met de bronkenmerken mee te nemen in het onderzoek. Deze zijn dan ook samen terug te vinden in het uiteindelijke onderzoeksmodel in figuur 2.3 in paragraaf 2.5. Niet onder barrières/gebreken, maar onder een apart construct 'informatiebron' en 'bronkenmerken'. De informatiebronnen zijn opgedeeld in interpersoonlijke informatiebronnen en massamediale informatiebronnen. Daarbij is het eveneens van belang of MRSA-dragers formele of veelal informele bronnen raadplegen. Informele bronnen omvatten burens, kennissen, vrienden, familie en collega's. Formele bronnen worden gevormd door personen die werkzaam zijn binnen formele instanties zoals het ziekenhuis en de GGD.

De diverse gebreken omvatten onder andere een gebrek aan geld, tijd en richtlijnen door instanties waaraan MRSA-dragers hun vragen stellen. Echter, ook bij de MRSA-drager zelf kan gebrek aan geld of tijd een rol spelen en het zoeken naar informatie verhinderen.

2.4.5 Informatiezoekgedrag

Het uiteindelijke informatiezoekgedrag kan volgens Wilson (1997) onderverdeeld worden in vier typen zoekgedrag. In volgorde lopen deze op in intensiteit:

- **Passieve aandacht:** Wanneer er informatie wordt verkregen zonder dat er daadwerkelijk naar wordt gezocht. De persoon wordt ermee geconfronteerd en de informatie is niet relevant voor deze persoon. Een voorbeeld hiervan is wanneer een verpleegkundige een protocol over 'hoe te handelen als jezelf MRSA hebt' krijgt uitgereikt, maar zelf op dat moment geen MRSA heeft en er dus geen aandacht aan besteedt.
- **Passief zoeken:** Wanneer een bepaald soort gedrag (zoals naar het ziekenhuis gaan voor controle of het journaal kijken) resulteert in het verkrijgen van informatie die relevant is voor de persoon. De situatie doet zich voor en de persoon haakt hierop in, zodat er informatie wordt verkregen. Een voorbeeld hiervan is een MRSA-drager die in contact komt met een gezondheidsinstantie om medische redenen en een arts begint over het MRSA-dragerschap. De drager grijpt deze gelegenheid vervolgens aan om informatie te verkrijgen.
- **Actief zoeken:** Wanneer een persoon actief op zoek gaat naar informatie en het initiatief voor het aanspreken van een informatiebron geheel ligt bij de MRSA-drager. Een voorbeeld hiervan is dat de MRSA-drager iemand opbelt om informatie te verkrijgen of gericht op internet gaat zoeken naar informatie.
- **Doorlopend zoeken:** Wanneer er naar informatie wordt gezocht om het bestaande raamwerk van kennis, ideeën, overtuigingen of waarden op peil te houden of uit te breiden. Een voorbeeld hiervan is een varkenshouder met MRSA, die alles wat er in de vakbladen staat over MRSA leest, om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen en het beleid.

In feite kan er vanuit worden gegaan dat actief zoeken het meest overeenkomt met informatie zoeken als copingstrategie; men gaat bewust op zoek naar informatie en boort hier een informatiebron(nen) voor aan. Bij passief zoeken en doorlopend zoeken worden ook nog vrij bewust informatiebronnen aangeboord, hoewel dit bij passief zoeken minder het geval is. Hier komt het meer op de mensen af. Men kan het interpreteren als bepaalde 'open windows' die zich voordoen. Passieve aandacht mag geen zoekgedrag worden genoemd, aangezien de persoon zich hier passief opstelt en er geen sprake is van actief gedrag. Daarom zal passieve aandacht in het uiteindelijke onderzoeksmodel niet worden meegenomen als zoekgedrag waarbij informatiebronnen worden aangeboord.

2.4.6 Informatieverwerking en gebruik

Als de MRSA-drager naar aanleiding van een behoefte op zoek is gegaan naar informatie en uiteindelijk informatie heeft verkregen, wil dit nog niet zeggen dat deze informatie bevredigend is en de informatiebehoefte wordt vervuld. Er is geen garantie dat de informatie juist wordt verwerkt

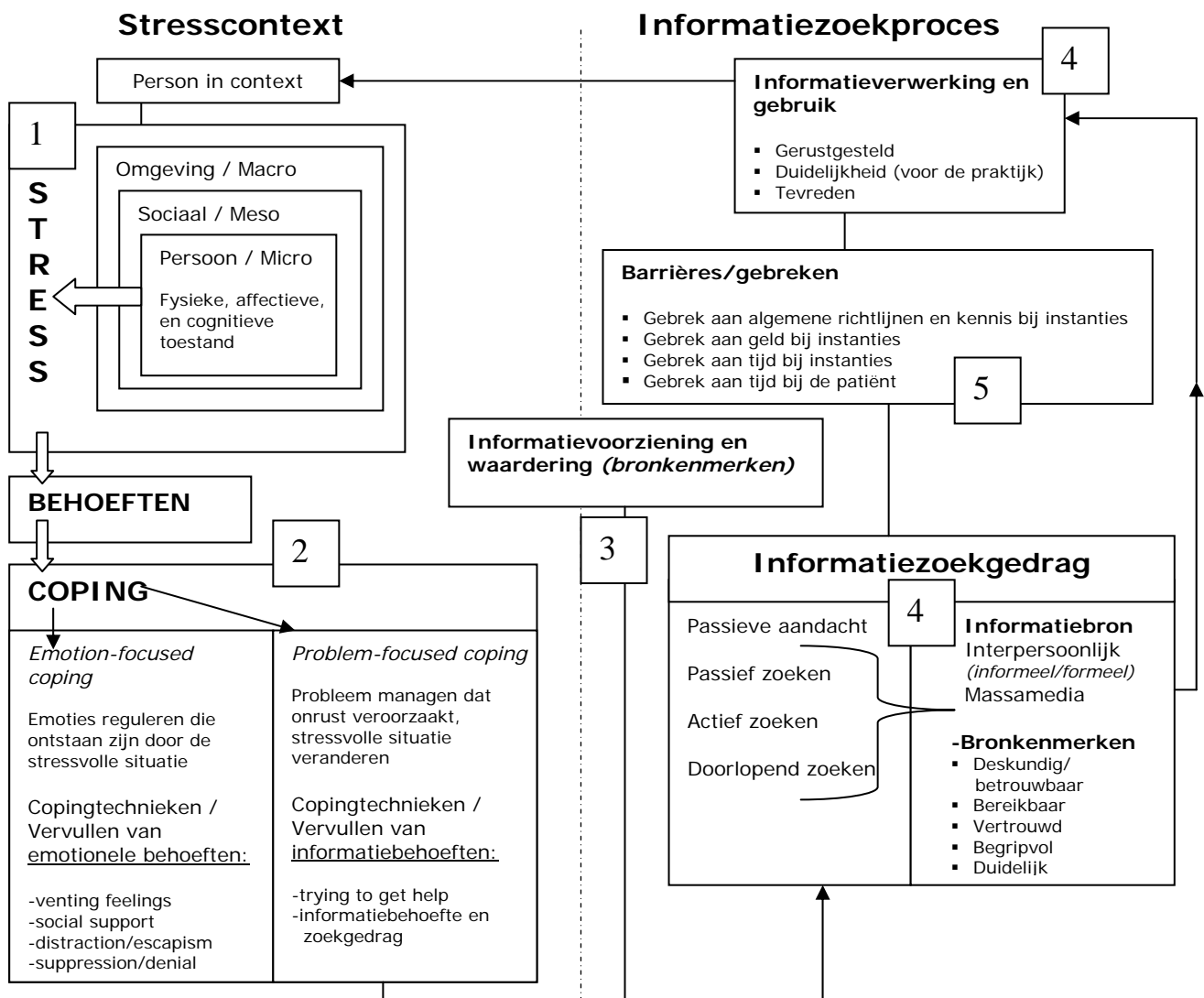
en gebruikt (Wilson, 1997); of de persoon de informatie begrijpt (duidelijkheid) en ook kan gebruiken in de praktijk. Hier vindt een afweging plaats door de informatiezoeker en indien de behoefte niet (volledig) is vervuld, vindt een terugkoppeling naar de person-in-context en de context van de informatiebehoefte plaats.

2.5 Geïntegreerd model van stress, coping en informatiezoekgedrag

In figuur 2.3 staat het onderzoeksmodel gepresenteerd dat op basis van de literatuur uit de voorgaande paragrafen is samengesteld. Het is een geïntegreerd model waarin zowel stress, coping en behoeften zijn meegenomen (figuur 2.1) als het Wilson model (1996) van informatiebehoeften en informatiezoekgedrag (figuur 2.2).

Zoals uit de figuur blijkt, ligt de nadruk van dit onderzoek op de problem-focused copingstrategie (informatiezoekgedrag) en wordt emotion-focused coping niet verder onderzocht. Deze keuze is gemaakt omdat dit onderzoek er op gericht is om met name aanbevelingen te doen met betrekking tot de voorlichting. Door het informatiezoekgedrag te onderzoeken, kan de voorlichting voor MRSA-dragers hier later op afgestemd worden.

Figuur 2.3 Geïntegreerd model van stress, coping en informatiezoekgedrag



In het onderzoeksmodel (figuur 2.3) is te zien dat de context zoals Wilson (1981) deze heeft omschreven, is geplaatst als de context waaruit stress ontstaat (zie nummer 1 in het model, de nummers geven de constructen in het model weer). De stress leidt tot bepaalde behoeften en emotion-focused of problem-focused copingstrategieën om deze behoeften te vervullen (2). Wanneer het een problem-focused copingstrategie is (ofwel de drager wil een informatiebehoefte vervullen) dan leidt dit tot informatiezoekgedrag, waarbij hij/zij op een bepaalde manier zoekt (4). Alvorens echter informatiezoekgedrag plaatsvindt, speelt informatievoorziening (3) nog een rol. Informatievoorziening is het aangereikt krijgen van informatie door instanties, zonder dat de MRSA-drager hier zelf iets voor hoeft te doen. Het is aan dit model toegevoegd, omdat informatievoorziening van invloed kan zijn op de mate van informatiezoekgedrag. Iemand die voldoende informatie krijgt van instanties en deze informatie positief beoordeelt, zal minder de behoefte hebben om zelf informatiebronnen aan te boren en te gaan zoeken naar informatie. MRSA-dragers raadplegen bij actief, passief en doorlopend zoeken informatiebronnen die zij op een bepaalde manier beoordelen (4). Tot slot wordt de informatie door de persoon verwerkt (4) en beoordeeld. Wanneer de informatiebehoefte niet is vervuld, vindt terugkoppeling plaats naar de person-in-context en de stresscontext. Gedurende het gehele informatiezoekproces kunnen MRSA-dragers gehinderd worden door barrières en gebreken (5).

2.6 Onderzoeksvragen

Op basis van de literatuur en het ontwikkelde onderzoeksmodel zijn de volgende hoofdvraag en subvragen geformuleerd voor het onderzoek. De nummers van de subvragen refereren aan de verschillende subconstructen uit het model.

Hoofdvraag: *Hoe ervaren drie typen MRSA-dragers het MRSA-dragerschap in de thuissituatie, wat zijn hun behoeften en hoe kan de informatie- en hulpvoorziening hier beter op afgestemd worden?*

Subvragen:

1. *In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring en waardoor wordt deze stress veroorzaakt; door omgevings-, interpersoonlijke of persoonlijke (fysieke, affectieve of cognitieve) factoren en zijn er hierbij verschillen tussen de drie typen MRSA-dragers?*
2. *Welke copingstrategieën hanteren MRSA-dragers om hun behoeften, ontstaan uit de stressvolle situatie, te vervullen en zijn er verschillen tussen de drie typen MRSA-dragers?*

Problem-focused coping: informatie zoeken

3. *Welke informatievoorzieningen krijgen de drie typen MRSA-dragers aangereikt en hoe worden deze gewaardeerd door de drie typen dragers?*
4. *Hoe en waar zoeken de drie typen MRSA-dragers zelf naar informatie en hoe worden deze bronnen verwerkt en gewaardeerd?*
5. *In hoeverre wordt het informatiezoekproces van de drie typen MRSA-dragers belemmerd door barrières en gebreken?*

6. *Welke hulp-/informatievoorzieningen moeten per type MRSA-drager ontwikkeld worden, zodat zij beter kunnen omgaan met het MRSA-dragerschap?*

Informatieverwerking en gebruik uit het onderzoeksmodel zijn in dit onderzoek samengenomen met bronkenmerken, aangezien het onderscheid tussen waardering en verwerking in de praktijk moeilijk is. De laatste deelvraag is niet in het onderzoeksmodel terug te vinden, aangezien aanbevelingen zullen voortvloeien uit de resultaten en geen onderdeel zijn van het theoretisch kader. In het volgende hoofdstuk wordt verduidelijkt hoe het onderzoeksmodel is geoperationaliseerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

3 Methode

In paragraaf 3.1 wordt de gebruikte onderzoeksmethode beschreven. Paragraaf 3.2 verantwoordt de selectie van de respondenten. Vervolgens wordt het onderzoeksinstrument beschreven in paragraaf 3.3. Paragraaf 3.4 richt zich op de procedure die gehanteerd is gedurende de interviews. Paragraaf 3.5 gaat in op de focusgroep die gehouden is. Tot slot zal in paragraaf 3.6 de analysemethode worden beschreven.

3.1 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf zullen de keuzes met betrekking tot kwalitatief versus kwantitatief onderzoek en de dataverzamelmethode worden verantwoord.

3.1.1 *Kwalitatief versus kwantitatief*

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering vanwege het explorerende karakter van het onderzoek. Er is nog weinig bekend over de *beleving en ervaring* van het MRSA-dragerschap en dit onderzoek had tot doel hier inzicht te krijgen. Er werd getracht te achterhalen welke gevoelens MRSA-dragers ervaren en hoe zij het MRSA-dragerschap beleven. Kwalitatief onderzoek is zeer geschikt om dergelijke complexe informatie te vergaren (Creswell, 2003). Door middel van kwalitatief onderzoek kunnen ervaringen, emoties en belevingen dan ook goed in beeld worden gebracht, zonder dat hier informatie verloren gaat.

3.1.2 *Dataverzamelmethode*

De data voor dit onderzoek zijn verzameld door middel van halfgestructureerde diepte-interviews, gevolgd door een telefonische focusgroep om concretere aanbevelingen voor de praktijk uit te diepen. De subvragen 1 tot en met 5 kwamen aan de orde in de interviews. Subvraag 6 kwam eveneens aan bod in de interviews, maar werd concreet beantwoord door de focusgroep.

Interviews zijn in het kader van dit onderzoek een geschikte methode omdat men door middel van deze methode opvattingen, gedachten en gevoelens kan achterhalen (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Volgens Patton (p. 340, 2002) is de voornaamste reden om gebruik te maken van interviews 'to find out from them those things we cannot directly observe'. Op deze manier kan de beleving en ervaring van MRSA-dragers in kaart worden gebracht. De mogelijkheid om door te vragen maken interviews erg geschikt om achter de gevoelens te komen van wat mensen zeggen. Dit is niet mogelijk met andere kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals observaties, documentanalyse en bestudering van audiovisueel materiaal (Creswell, 2003). Ook kwantitatieve methoden, zoals vragenlijsten, beschikken niet over deze mogelijkheid.

Als vervolg op de interviews is een focusgroep gehouden om subvraag 6 te beantwoorden. Er is gekozen voor een focusgroep vanwege het explorerende karakter van deze dataverzamelmethode; er kon zeer rijke en diverse informatie verzameld worden doordat respondenten met hetzelfde probleem (MRSA-dragerschap) bij elkaar gezet werden en zij vrijuit hun mening konden uiten over mogelijkheden voor verbetering van de informatie- en hulpvoorziening. De gesprekleider zorgde er hierbij voor dat de meningen van alle respondenten naar voren kwamen, zodat er zo divers mogelijke informatie werd vergaard. Een focusgroep wordt

vaak gebruikt voor triangulatie doeleinden; als onderdeel van meerdere dataverzamelmethode binnen een onderzoek met als doel de bevindingen uit te diepen en/of te valideren (Polit & Hungler, 1991; Riley, 1990). In dit onderzoek fungeerde de focusgroep als uitdiepingsmethode. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een zogenaamd sequentieel explanatory design (Creswell, 2003). Dit wil zeggen dat er twee opeenvolgende dataverzamelmethode werden gehanteerd, waarbij de eerste, in dit geval de interviews, zorgde voor een grote hoeveelheid kwalitatieve data en de tweede, de focusgroep, diende als uitdiepingsmethode om een deel van de resultaten verder uit te diepen en concreet inhoud te geven. In dit geval was de focusgroep bedoeld om de meest genoemde en opvallende aanbevelingen uit de interviews uit te diepen.

3.2 Onderzoekspopulatie

In paragraaf 3.2.1. zal de wijze van benaderen en de verdeling van respondenten over de drie typen MRSA-dragers worden beschreven. Paragraaf 3.2.2. geeft een overzicht van de kenmerken per respondent. Tot slot wordt in paragraaf 3.2.3 de context beschreven waarin MRSA is ontstaan.

3.2.1. Benadering en verdeling van respondenten

In totaal zijn 22 respondenten geïnterviewd voor dit onderzoek. De respondenten zijn gericht benaderd. Als uitgangspunt werd gekozen voor een zo eerlijk mogelijke verdeling van respondenten over de drie groepen MRSA-dragers; CA-MRSA, HA-MRSA en veterinaire MRSA (VA-MRSA). In tabel 3.1 staat de verdeling van de respondenten. Deze respondenten zijn bereikt door een tweetal GGD'en te benaderen waarvan bekend was dat er zich in die regio een uitbraak van CA-MRSA had voorgedaan. Het Medisch Spectrum Twente is benaderd vanwege een uitbraak van HA-MRSA onder verpleegkundigen in februari 2006 en de veterinaire MRSA-dragers zijn benaderd via een ziekenhuis in de Achterhoek en een drietal ziekenhuizen uit Midden- en Noord-Limburg. Deze geografische keuze is gebaseerd op het feit dat er in deze regio's veel varkenshouders gevestigd zijn (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2006), wat impliceert dat er als gevolg daarvan ook veel MRSA-positieve varkenshouders bekend zijn. Zoals uit tabel 3.1 blijkt, was het aantal CA-MRSA personen enigszins ondervertegenwoordigd. Dit is te wijten aan het feit dat er in Nederland slechts een tweetal uitbraken van CA-MRSA bekend zijn. Van de twee GGD'en in de gebieden waar de uitbraken hebben plaatsgevonden, was er slechts één bereid haar medewerking aan het onderzoek te verlenen. Deze doelgroep was al met al veel kleiner dan de HA-MRSA- en VA-MRSA-groep.

Tabel 3.1 Verdeling van respondenten over de drie typen MRSA-dragers

Type MRSA	Aantal respondenten (N=22)	Geslacht	
CA-MRSA	6	4 vrouwen	2 mannen
Veterinaire MRSA (VA-MRSA)	8	2 vrouwen	6 mannen
HA-MRSA	8	7 vrouwen	1 man

Uit tabel 3.1 blijkt dat de verhouding man/vrouw sterk verschilt per type MRSA-drager. De verdeling is het meest onevenredig bij de veterinaire MRSA (VA-MRSA) en de hospital-acquired-MRSA (HA-MRSA). Bij de VA-MRSA domineerde het mannelijke geslacht, bij de HA-MRSA het

vrouwelijke geslacht. Dit is toe te schrijven aan het feit dat er in de veehouderij voornamelijk mannen werkzaam zijn. Daardoor zijn zij ook vaker drager van de MRSA-bacterie. Hetzelfde geldt voor de HA-MRSA: Er werken meer vrouwen als verpleegkundige in het ziekenhuis dan mannen. Daardoor zijn het voornamelijk vrouwelijke verpleegkundigen die de MRSA-bacterie oplopen tijdens hun werkzaamheden.

Aangezien de ziekenhuizen zelf de benadering van VA-MRSA-dragers op zich hebben genomen, is niet bekend hoeveel respondenten initieel benaderd zijn door de ziekenhuizen en welk percentage hiervan bereid was mee te werken. De HA-MRSA-dragers hebben zich veelal zelf gemeld middels een oproep op het mededelingenbord, waardoor eveneens geen duidelijk responspercentage kan worden aangegeven. Voor de CA-MRSA-dragers geldt dat er tien personen benaderd zijn en dat er hiervan zes bereid waren mee te werken.

3.2.2. Kenmerken per respondent

De kenmerken per respondent staan in tabel 3.2. De leeftijd van de respondenten liep ver uiteen en varieerde van 19 jaar tot 71 jaar. De gemiddelde leeftijd was 36,4 jaar ($SD=12,5$).

Tabel 3.2 Kenmerken per respondent naar geslacht, leeftijd, beroep, herkomst, type en zelf of naaste ervaring

Type MRSA	Resp.nr	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Woonplaats	Provincie	Zelf MRSA of naaste
CA	1	Vrouw	30	Groepsleidster	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
CA	2	Vrouw	35	Horeca-medewerker	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
CA	3	Man	32	Maatschappelijk werker	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
CA	4	Vrouw	22	Schoonheidsspecialiste	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
CA	5	Man	71	Gepensioneerd	Roermond	Limburg	zelf
CA	6	Vrouw	45	Huisvrouw	Uden	Noord-Brabant	naaste
VA	7	Vrouw	34	Bloemiste (echtgenote van varkenshouder)	Beltrum	Gelderland	naaste
VA	8	Man	44	Varkenshouder	Eibergen	Gelderland	zelf
VA	9	Man	45	Varkenshouder	Grathem	Limburg	zelf
VA	10	Vrouw	26	Varkenshouder	Montfort	Limburg	zelf
VA	11	Man	19	Student (bijbaan in de varkenssector)	Nederweert	Limburg	zelf
VA	12	Man	51	Ex-varkenshouder	Oirlo	Limburg	zelf
VA	13	Man	56	Varkenshouder	Ysselsteyn	Limburg	zelf
VA	14	Man	41	Vertegenwoordiger Varkensfokkerij Organisatie	Ospel	Limburg	zelf
HA	15	Man	40	Verpleegkundige	Gronau	Duitsland	zelf
HA	16	Vrouw	-*	Verpleegkundige	-*	Overijssel	zelf
HA	17	Vrouw	28	Verpleegkundige	Haaksbergen	Overijssel	zelf
HA	18	Vrouw	26	Verpleegkundige	Oldenzaal	Overijssel	zelf
HA	19	Vrouw	31	Verpleegkundige	-*	Overijssel	zelf
HA	20	Vrouw	29	Verpleegkundige	Rietmolen	Gelderland	zelf
HA	21	Vrouw	25	Verpleegkundige	Enschede	Overijssel	zelf
HA	22	Vrouw	34	Verpleegkundige	Enschede	Overijssel	zelf

*geen gegevens van bekend of op verzoek, vanwege privacyredenen, hier niet vermeld

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn de MRSA-dragers zelf geïnterviewd om zo hun persoonlijke ervaringen met het MRSA-dragerschap te achterhalen. Echter, in een tweetal gevallen was het niet mogelijk om de persoon met de MRSA-ervaring te interviewen. Het betrof hier een kind van 2 jaar oud dat besmet was met de veterinaire MRSA en een licht verstandelijk beperkte vrouw van 18 jaar die behoorde tot de groep CA-MRSA. Bij deze twee personen is hun moeder geïnterviewd.

3.2.3 Context van de MRSA

In tabel 3.3 staat de context waarin MRSA is ontstaan, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers. Deze context verwijst naar de term 'person in context' in het onderzoeksmodel.

Tabel 3.3 'Person in context' van MRSA: historie, heden, besmetting, symptomen, test

Person in context N=22	Totaal N=22	CA n=6	HA n=8	VA n=8
Wanneer is MRSA ontdekt bij de respondent:				
▪ Meer dan een jaar geleden	8 (36.4%)	1	7	0
▪ Een 1/2 jaar tot 1 jaar geleden	7 (31.8%)	4	1	2
▪ Kortere dan een half jaar geleden	7 (31.8%)	1	0	6
Totaal	22 (100%)			
Op het moment van interviewen nog drager:				
▪ Ja	9 (40.9%)	1	0	8
▪ Nee	13 (59.1%)	5	8	0
Totaal	22 (100%)			
Waar is de respondent besmet geraakt:				
▪ In het ziekenhuis	7 (31.8%)	0	7	0
▪ Door varkens	8 (36.4%)	0	0	8
▪ Geen idee	7 (31.8%)	6	1	0
Totaal	22 (100%)			
De eerste symptomen van MRSA:				
▪ Geen zichtbare lichamelijke symptomen	15 (68.2%)	0	7	8
▪ Huidaandoeningen	6 (27.3%)	5	1	0
▪ Anders (slecht gehoor)	1 (4.5%)	1	0	0
Totaal	22 (100%)			
Waarom is de respondent getest op MRSA:				
▪ Getest omdat men in aanraking kwam met het ziekenhuis (ingreep/ opname/nieuwe baan als verpleegkundige) en tot de risicogroep behoorde	9 (40.9%)	0	1	8
▪ Getest vanwege MRSA besmetting in het ziekenhuis	6 (27.3%)	0	6	0
▪ Getest in het ziekenhuis/bij de huisarts omdat ze zelf symptomen hadden (zonder bewust te zijn van MRSA)	7 (31.8%)	6	1	0
Totaal	22 (100%)			

Zoals te zien in tabel 3.3 is het voor de HA-MRSA-dragers, ofwel de verpleegkundigen, het langst geleden dat bij hen MRSA werd ontdekt; voor zeven van de acht verpleegkundigen was het meer dan een jaar geleden. De VA-MRSA-dragers hebben het meest recent te horen gekregen dat zij MRSA-drager waren. Zij waren op het moment van interviewen allemaal nog

drager van de bacterie. Voor de CA-MRSA-groep geldt dat de MRSA-periode voor het merendeel van deze groep een half jaar tot een jaar geleden heeft gespeeld. Dit gegeven is relevant, aangezien tijd en of men op het moment van interviewen nog steeds drager is, een rol kan spelen bij de herinnering en beleving van de MRSA.

Voor 68.2% van de respondenten gold dat zij geen zichtbare symptomen ervoeren van de MRSA. Het betrof hier voornamelijk de groep varkenshouders (VA-MRSA) en verpleegkundigen (HA-MRSA). Opmerkelijk is dat de respondenten in de groep CA-MRSA daarentegen allemaal symptomen hadden als gevolg van de MRSA. Vijf van de zes hadden huidaandoeningen zoals abscessen, steenpuisten en zweren en één persoon had last van een slecht gehoor als gevolg van de MRSA. De groepen varkenshouders en verpleegkundigen zijn getest vanwege respectievelijk een standaardprocedure voor varkenshouders toen zij in het ziekenhuis kwamen voor behandeling en een standaardprocedure voor verpleegkundigen toen er iemand op de afdeling besmet bleek te zijn. Zij waren zich niet bewust van hun dragerschap. De CA-MRSA-groep daarentegen is getest omdat zij symptomen zoals abscessen, steenpuisten en zweren ervoeren en waren zich bewust van het feit dat zij iets onder de leden hadden.

3.3 Het instrument

Er zijn verschillende vormen van interviewen. Deze verschillen betreffen onder andere de mate van gestructureerdheid van het interview (Emans, 2002). Voor dit onderzoek is gekozen voor een halfgestructureerd interview. Dit wil zeggen dat er vooraf een lijst is opgesteld met onderwerpen die aan de orde dienden te komen (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Deze topiclist diende als checklist zodat de onderzoeker tijdens het gesprek na kon gaan of alle onderwerpen uit het onderzoeksmodel aan bod waren gekomen. De interviews hadden een diepgaand en open karakter. Men spreekt in dit verband van een 'diepte-interview' (Baarda, de Goede en Teunissen, 2005). Belangrijk was om het vertrouwen te winnen van de respondent, zodat deze al zijn emoties en ervaringen vrijuit wilde delen met de onderzoeker (Emans, 2002)

3.3.1 Constructie van het interviewschema

Het interviewschema bestond uit twee delen. Het eerste en belangrijkste deel voor dit onderzoek had betrekking op stress, behoeften en coping. Het tweede deel ging nader in op de problem-focused copingtechniek; het informatiezoekgedrag.

De constructen uit het onderzoeksmodel dienden als uitgangspunt voor het interview en vormden de topiclist die de leidraad was voor het interview. In het interviewschema stond ook de introductie en afsluiting van het interview. Het volledige interviewschema is terug te vinden in bijlage 1. Elk onderdeel stond apart in het schema met daarbij een aantal vragen die de kern van het construct weergaven. Deze vragen dienden als richtlijn voor het gesprek om er zo zeker van te zijn dat elk construct goed werd ondervraagd. De onderzoeker gebruikte een aantal van de vragen als uitgangspunt, het doorvragen was niet gestandaardiseerd. Dit vanwege het feit dat elke respondent een andere beleving had van het MRSA-dragerschap waardoor er elke keer op een andere manier door de interviewer moest worden ingespeeld op het gesprek. Wanneer de respondent geen antwoord kon geven op een vraag werd deze geholpen door enkele voorbeelden te noemen. In het interviewschema was tevens een voorkeur voor vraagvolgorde vastgelegd,

maar deze was slechts ter indicatie, omdat de respondent in feite het verloop van het gesprek bepaalde. Deze kon openlijk spreken en hier werd door de interviewer op ingespeeld. Hierdoor werd elk interview op een andere wijze doorlopen. Hieronder volgt de volledige topiclist zoals deze gebruikt is tijdens de interviews.

Person in context:

- *Hoe bent u er achter gekomen dat u MRSA had?*
- *Drager of geïnfecteerd?*
- *Wanneer (lang geleden of niet?) / Nu nog besmet?*
- *Waar besmet geraakt/door wat?*
- *Bent u alleen besmet of zijn andere gezinsleden ook besmet?*

Met deze vragen werd het construct 'Person in context' gemeten; het eerste construct uit het onderzoeksmodel. De vragen dienden om inzicht te krijgen in de context waarin MRSA is ontstaan en ontdekt bij de respondent; historie, heden, besmetting, symptomen, test. De gegevens zijn gebruikt voor beschrijving van de respondentengroep. Elk interview werd begonnen met deze vragen. Volgens Baarda, de Goede en Teunissen (2005) is het goed om een interview te starten met 'makkelijke', ofwel neutrale, vragen. De interviewer en respondent kunnen dan aan elkaar wennen en rustig ingespeeld raken op het onderwerp.

Stress

Interpersoonlijke factoren/sociale rol (mesoniveau):

- *Wat kunt u wel/niet doen? Beperking in dagelijks leven/beroep?*
- *Merkte u ook aan uw omgeving dat zij anders reageerden naar u toe?*

Omgevingsfactoren (macroniveau):

- *Merkte u ook aan uw omgeving dat zij anders reageerden naar u toe?*

Persoonlijke factoren (microniveau):

- *Hoe (erg) is/was het voor u om MRSA-drager te zijn? Waarom?*
- *Was het een stressvolle situatie? Wat zorgde voor stress/problemen?*
- *Welke emoties maakt het los?*

Bovenstaande vragen hadden betrekking op het construct stress en de drie niveau's waarin stress kan ontstaan. Er is getracht op alle deze drie niveau's vragen te formuleren, zodat de ervaring met het MRSA-dragerschap zo breed mogelijk in kaart zou worden gebracht. Dit wilde echter niet zeggen dat de antwoorden die de respondenten zouden geven op de verschillende contextvragen, als vanzelfsprekend in dezelfde contextcategorie zouden zijn in te delen, als de vraag zelf.

Met de vragen op persoonlijk niveau is getracht dieper in te gaan op de mate van stress die het MRSA-dragerschap veroorzaakt. Hier komen de persoonlijke factoren aan bod; wat doet MRSA met de persoon zelf? De emotionele impact van het MRSA-dragerschap.

Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de beleving van het MRSA-dragerschap en de mate van stress die dit veroorzaakt, zijn niet alleen vragen opgesteld op basis van de drie factoren (op macro-, meso- en microniveau) waarvan wordt verwacht dat deze de context voor stress vormen, maar is ook een tweetal open vragen geformuleerd die de stress als gevolg van MRSA-dragerschap van de andere kant belichten. Op deze manier kreeg het interview een open en explorerend karakter en werden respondenten niet een bepaalde richting op geduwd. De

antwoorden van de respondenten op deze vragen konden achteraf weer ingedeeld worden onder één van de drie stresscontextfactoren. De twee vragen staan hieronder weergegeven.

Stress:

- *Wat vond u het meest moeilijke aan deze periode waarin u MRSA-positief was?*
- *Waar maakte u zich zorgen over, welke problemen hebt u ervaren?*

Coping

- *Hoe bent u met deze problemen/het MRSA-dragerschap omgegaan?*
- *Hoe heeft u zichzelf door deze periode heen geholpen?*

Om dit construct te meten werd ingehaakt op de vragen over stress. In het interviewschema is dit terug te vinden door een pijl die het stressconstruct verbindt met het construct coping. Er werd door de interviewer direct op de genoemde problemen ingespeeld door te vragen hoe de respondent met deze problemen is omgegaan en hoe hij/zij heeft gehandeld. De vragen dienden te achterhalen welke copingstrategieën er zijn gebruikt. Wanneer respondenten niet direct concreet een antwoord konden geven op deze vraag werd er een korte toelichting gegeven waarin een voorbeeld van de verschillende copingstrategieën werd gegeven. Met deze vragen kwamen eveneens de behoeften die de respondenten hadden aan het licht.

Wanneer uit het antwoord van de respondent op één of andere manier bleek dat hij/zij informatie had gezocht, in welke vorm dan ook, dan werd op deze plek de link gemaakt naar informatiebehoeften en het zoekgedrag. Er werd een sprong gemaakt in het interviewschema en overgeslagen constructen zouden later pas worden behandeld. Wanneer niet uit het antwoord kon worden opgemaakt dat de respondent concreet naar informatie had gezocht, werd het interviewschema vervolgd met de volgende vragen over behoeften:

Behoeften algemeen

- *Als u nu terugkijkt op de periode waarin u MRSA-positief was.
Waar had u toen vooral behoefte aan in die periode?*
- *En wat heeft u gemist?*

Deze vraag diende als een heroriëntatiepunt, waardoor de respondenten zich even konden heroriënteren en niet één onderwerp of één aspect van het MRSA-dragerschap onevenredig veel aandacht kreeg, omdat men in het verhaal bij een bepaalde gebeurtenis blijft hangen.

De laatste vraag *'En wat heeft u gemist?'* is noodzakelijk om te stellen, aangezien coping enkel behoeften meet die te vervullen zijn (coping is immers het *vervullen* van behoeften). Behoeften die de respondent heeft, maar die volgens hem niet gemakkelijk of niet te vervullen zijn omdat hiervoor de middelen of voorzieningen niet voor handen zijn, worden hierdoor niet gemeten. Daarom is de vraag naar wat de respondent gemist heeft in zijn MRSA-dragerschapsperiode belangrijk, om juist die behoeften te achterhalen die niet vervuld konden worden. Het is van belang om dit naar voren te krijgen met het onderzoek, zodat verbeteringen kunnen worden aangebracht om er voor te zorgen dat in de toekomst deze behoeften wel vervuld kunnen worden.

Problem-focused coping: Informatiebehoefte

- *Heeft u tijdens de periode dat u MRSA had behoefte gehad aan informatie?*
- *Heeft u vragen gehad? Welke vragen? Kunt u zich die nog herinneren?*

Informatiebehoeften zouden enerzijds kunnen worden achterhaald door de vragen omtrent coping. Omdat in dit onderzoek echter specifiek in werd gegaan op informatiebehoeften als één van de copingtechnieken van MRSA-dragers, is er in het interviewschema een apart onderdeel terug te vinden dat hierop ingaat. De informatiebehoeften werden achterhaald door eerst aan respondenten te vragen of zij behoefte hadden gehad aan informatie en wanneer dit het geval was, de respondenten concreet proberen te laten herinneren welke vragen zij hebben gehad tijdens hun MRSA-dragerschapperperiode. Wanneer de respondent zich moeilijk vragen kon herinneren werden enkele voorbeelden genoemd van soorten vragen met betrekking tot MRSA, welke zijn afgeleid van de soorten informatiebehoeften die uit het onderzoek van Criddle en Potter (2006) naar voren kwamen.

De constructen informatiebehoeften en informatiezoekgedrag werden in de interviews aan elkaar gekoppeld. Wanneer respondenten antwoord gaven op de vragen met betrekking tot informatiebehoefte, werd direct de link gelegd naar informatiezoekgedrag. Een voorbeeld: Een respondent had vragen over het risico dat zijn naaste familie zou lopen; een informatiebehoefte. Vervolgens werd direct gevraagd of de respondent ook getracht heeft deze vragen te beantwoorden en hoe hij/zij dit heeft gedaan. Indien deze link niet te leggen was, werd informatiezoekgedrag middels een vraag aan de orde gebracht.

Problem-focused coping: Informatie zoeken

- *Bent u zelf op zoek gegaan naar informatie/antwoord op uw vragen?*
- *Wie/wat heeft u geraadpleegd? Waarom?*
- *Heeft u uiteindelijk antwoord gevonden op uw vraag (naar tevredenheid)?*
- *Hoe heeft u deze informatie toegepast/gebruikt?*

Bovenstaande vragen hebben betrekking op de constructen informatiezoekgedrag, informatiebronnen en bronkenmerken, informatieverwerking en gebruik. De eerste vraag had betrekking op het subconstruct *actief zoeken* uit het onderzoeksmodel. Er is alleen expliciet gevraagd naar deze vorm van zoeken en niet naar de andere vormen, aangezien dit de enige aanleiding is tot bewust informatiezoekgedrag. Vervolgens werd gevraagd naar de *informatiebron* en waarom deze was aangeboord. Met de waarom-vraag werden uitspraken over *bronkenmerken* ontlokt. Hetzelfde werd nagestreefd met de derde vraag over de mate waarin de vraag van de respondent is beantwoord. Deze vraag diende ook om eventuele gebreken en barrières tijdens het zoeken aan het licht te brengen. De laatste vraag over hoe de informatie is toegepast en gebruikt, had betrekking op het construct *informatieverwerking en gebruik* uit het onderzoeksmodel.

Informatievoorziening (de huidige situatie)

- *Heeft u informatie ontvangen over MRSA? Van huisarts/ziekenhuis/GGD of van iemand anders?*

De informatievoorziening is gemeten met bovenstaande vraag. Daarbij is eveneens gevraagd wie deze informatie heeft verstrekt. Naar bronkenmerken is niet specifiek gevraagd; deze werden door de respondenten zelf toegekend.

Aanbevelingen

- a) Informatiebehoeften (de gewenste situatie)
- *Welke informatie zou u willen ontvangen als MRSA-drager in de thuissituatie?*
 - *En hoe en van wie zou u het liefst deze informatie ontvangen?*
- b) Algemeen

Evaluatie van de huidige hulp- en informatievoorziening:

- *Wat was er anders dan u aanvankelijk/vooraf verwachtte van het hebben van MRSA, de informatievoorziening en de hulpverlening in het algemeen? (van de periode waarin u MRSA-drager was). Wat is u meegevallen, wat is tegengevallen?*

Verbeteringen:

- *Wat zou u, als "MRSA-ervaringsdeskundige", aanbevelen, zodat mensen die te maken krijgen met MRSA er zo goed mogelijk mee kunnen omgaan?
Kortom, hoe zouden we mensen die te maken krijgen met MRSA in hun gezin thuis, het best kunnen helpen om door deze ingrijpende situatie heen te komen?*

Het laatste onderdeel van het interview was geheel gericht op het achterhalen van aanbevelingen om de huidige hulp- en informatievoorzieningen te verbeteren voor MRSA-dragers in de thuissituatie. In de eerste plaats werd expliciet gevraagd naar de gewenste situatie wat betreft informatievoorziening. Hierbij werd er doorgevraagd op hoe men de informatie het liefst zou willen ontvangen en welke de bron de informatie zou moeten verstrekken.

Vervolgens werd de respondent gevraagd hoe hij/zij terugkijkt op de MRSA-periode. Deze vraag vormde een soort algemene evaluatie van de totale hulp- en informatievoorziening en diende als opstap naar de laatste, en wellicht wel belangrijkste, vraag van het interview; aanbevelingen ter verbetering van de hulp- en informatievoorziening voor MRSA-dragers in de thuissituatie. Hierin werd de respondent in de rol van MRSA-deskundige geplaatst en om advies gevraagd. De aanbevelingen die werden genoemd zijn samengevat en gebruikt als input voor de focusgroep.

3.4 Procedure

Vanwege de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst [WGBO] was het niet mogelijk om MRSA-dragers direct te benaderen met de vraag of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Hiervoor was de onderzoeker aangewezen op de welwillendheid van instanties. De procedure voor het leggen van het eerste contact met de respondent verschilde per instantie en daardoor ook per type MRSA-drager. In tabel 3.4 staat door welke instanties en op welke wijze de respondenten zijn benaderd. In alle gevallen ontvingen de instanties contactgegevens van personen die wilden deelnemen en deze werden vervolgens doorgespeeld naar de onderzoeker.

Tabel 3.4 Benaderingswijze en betreffende instantie waardoor de drie typen MRSA-dragers zijn benaderd

Type MRSA	Benaderd door	Benaderingswijze
CA-MRSA	GGD-verpleegkundige van GGD Hart voor Brabant	Telefonisch benaderd
HA-MRSA	Afdelingshoofden binnen het ziekenhuis (Medisch Spectrum Twente)	Oproep middels een brief (van de onderzoeker) op het mededelingenbord + mondeling aanspreken van (ex-)MRSA-dragers
VA-MRSA	Ziekenhuishygiënisten van ziekenhuizen uit Winterswijk, Roermond, Venlo, Weert	Schriftelijk middels een brief (van de onderzoeker) aan alle VA-MRSA-dragers uit het patiëntenbestand

3.4.1 Benadering respondenten

De personen die hadden aangegeven te willen meewerken aan het onderzoek zijn telefonisch benaderd door de onderzoeker om een afspraak te maken voor het interview. In dit telefoongesprek werd eveneens het doel, het onderwerp en de inhoud van het interview besproken. Bij het plannen van plaats en tijd voor het interview schikte de interviewer zich naar de wens van de respondent. Veelal vond het interview plaats bij de respondent thuis. Echter, een achttal interviews (binnen de groep HA-MRSA-dragers) zijn gehouden in het ziekenhuis. De interviews zijn gehouden in de periode van medio maart 2007 tot en met medio mei 2007.

Na afloop van het telefoongesprek is per e-mail nog informatie toegezonden. Deze informatie is terug te vinden in bijlage 2. Hierin stond eveneens de beloning vermeld die de respondent ontving voor deelname aan het onderzoek.

Pretest

Alvorens de interviews plaatsvonden is een pretest gedaan bij één respondent (HA-MRSA-drager). Het doel hiervan was om na te gaan of het interviewschema goed in elkaar stak en of de vragen duidelijk waren voor de respondent. Op basis van de pretest zijn geen grote veranderingen aangebracht in het interviewschema en daarom is de pretest te beschouwen als een officieel interview en als zodanig meegenomen in de analyse.

Procedure

Voorafgaand aan het interview werden kort het doel en de geplande tijdsduur besproken. Ook werd medegedeeld dat het interview de vorm van een open gesprek zou hebben en dat de respondent de mogelijkheid kreeg om vrijuit te praten. Er werd hierbij uitdrukkelijk vermeld dat de anonimiteit gewaarborgd zou blijven. Tot slot was er de mogelijkheid om vooraf nog enkele vragen te stellen.

Bij het interviewen is gebruik gemaakt van een voicerecorder waarmee het hele interview werd opgenomen. Voorafgaand aan het interview werd toestemming gevraagd aan de respondent om het interview op te nemen. Hierbij werd vermeld dat de opname gebruikt zou worden om de gegevens accuraat te kunnen verwerken.

Tijdens het interview diende het interviewschema als leidraad. Als alle constructen voldoende waren ondervraagd en er niet meer informatie te verkrijgen was, werd het interview

gestopt. Tot slot werd de respondent gevraagd of deze geïnteresseerd zou zijn in de resultaten van het onderzoek en of hij/zij het op prijs stelde een digitale versie van het rapport te ontvangen.

De tijdsduur van de interviews varieerde tussen 48 minuten en anderhalf uur en duurden gemiddeld 66 minuten. Deze variatie in tijd is toe te schrijven aan het feit dat de MRSA-ervaring voor iedereen anders was en varieerde in stress en impact. Hierbij was een verschil in lengte waar te nemen tussen de drie groepen. De interviews van de CA-MRSA-dragers duurden gemiddeld het langst met 74 minuten. De interviews met de varkenshouders hadden de kortste lengte; gemiddeld 60 minuten. De gesprekken met de verpleegkundigen zaten hier tussenin met gemiddeld 66 minuten.

3.5 Aanbevelingen voor de praktijk: telefonische focusgroep

Uit de interviews zijn een aantal opvallende resultaten naar voren gekomen voor verbetering van de huidige hulp- en informatievoorzieningen. Deze zijn voorgelegd aan een focusgroep.

De focusgroep is gehouden met zes respondenten die allen hadden meegewerkt aan een interview. Elk type MRSA werd door twee respondenten vertegenwoordigd in de focusgroep. De respondenten zijn geselecteerd op basis van de ervaringen van de onderzoeker met de respondent tijdens de interviews en hun persoonlijke situatie. Er is gekozen voor respondenten die mondig waren, tijdens de interviews veel te vertellen hadden en een duidelijke mening hadden. Daarbij is ook gelet op diversiteit tussen de respondenten om een zo divers mogelijke groep te creëren en daardoor rijke data te verkrijgen. In tabel 3.5 staan deze respondenten weergegeven.

Tabel 3.5 Kenmerken van de zes deelnemers aan de focusgroep

Type MRSA	Resp. nr	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Woonplaats	Provincie	Zelf MRSA of naaste?
CA	1	Vrouw	30	Groepsleidster	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
CA	4	Vrouw	22	Schoonheidsspecialiste	Den Bosch	Noord-Brabant	zelf
HA	17	Vrouw	28	Verpleegkundige	Haaksbergen	Overijssel	zelf
HA	21	Vrouw	25	Verpleegkundige	Enschede	Overijssel	zelf
Veterinair	8	Man	44	Varkenshouder	Eibergen	Gelderland	zelf
Veterinair	14	Man	41	Vertegenwoordiger Varkensfokkerij Organisatie	Ospel	Limburg	zelf

Aangezien twee respondenten (VA-MRSA-dragers) nog steeds drager waren van de MRSA-bacterie en anderen MRSA-vrij waren, was het ethisch niet verantwoord om deze mensen samen te brengen in één groep. De focusgroep is daarom telefonisch gehouden, via telefonisch vergaderen van de KPN. Respondenten werden op de afgesproken datum en tijd, dinsdag 12 juni om 18.45 uur, opgebeld door de KPN en in de vergaderruimte geplaatst. Hier konden zij met iedereen contact hebben en met elkaar discussiëren.

Deze telefonische focusgroep vergde meer structuur dan een face-to-face focusgroep, omdat de deelnemers elkaar niet konden zien en elkaar bovendien niet kenden. Er zijn dan ook een aantal maatregelen genomen zodat de discussie gestructureerd kon verlopen. Zo is voorafgaand aan de discussie per e-mail een gesprekshandleiding (zie bijlage 4) verstuurd naar alle zes deelnemers met daarin zeer gestructureerd het verloop van de discussie en daarbij een introductie

van de zeven onderwerpen die zouden worden besproken. Deze handleiding bood de deelnemers enige houvast gedurende de discussie. Daarnaast diende elke respondent vóórdat deze wilde reageren, eerst zijn/haar naam te noemen.

3.5.1 Procedure

De focusgroep duurde een uur en zes minuten en werd opgenomen met een softcall recorder. Nadat de gespreksleider iedereen welkom had geheten, volgde een voorstelronde waarin elke respondent zijn/haar naam vertelde, tot welk MRSA-type hij/zij behoorde en wanneer hij/zij besmet is (geweest) met de bacterie. Vervolgens werd begonnen met het eerste onderwerp dat besproken diende te worden. Per onderwerp was er acht minuten tijd gereserveerd. In totaal zijn zes van de zeven onderwerpen aan bod gekomen. Deze laatste diende als reserve wanneer er nog tijd over zou zijn.

De onderwerpen die werden voorgelegd bestonden uit veel voorkomende oplossingsrichtingen voor verbetering van de hulp- en informatievoorziening die tijdens de interviews aan het licht waren gekomen. Deze hadden betrekking op de informatievoorziening direct na constatering van MRSA en een vastaanspreekpunt voor MRSA-dragers, op de informatievoorziening die MRSA-dragers zelf zouden kunnen raadplegen (zoals een brochure of een website), op de continuïteit van de informatievoorziening, op de rol van het ziekenhuis in de communicatie met MRSA-dragers, op het kennistekort van zorgprofessionals en tot slot op het creëren van beroepsspecifieke richtlijnen voor MRSA-dragers. Elk onderwerp werd geïntroduceerd door de gespreksleider door de oplossingsmogelijkheid uit de interviews te omschrijven en vervolgens de mening van de respondenten te vragen voor de concrete invulling hiervan. Het betrof hier vragen als: Wie, wat, waar, hoe en wanneer. De zeven onderwerpen en de specifieke vragen die gesteld zijn in de focusgroep, zijn terug te vinden in het draaiboek dat gebruikt is voor de focusgroep, in bijlage 5.

De rol van de gespreksleider bestond uit het bewaken van orde en structuur gedurende de telefonische discussie en het creëren van een situatie waarin zoveel mogelijk diverse informatie zou worden vergaard. Dit laatste werd bereikt door op sommige punten discussie te ontlocken en er voor te waken dat elk type MRSA-drager evenredig aan het woord kwam en zijn/haar mening gaf omtrent het onderwerp. Indien nodig werd specifiek naar de mening van bepaalde personen gevraagd. In veel gevallen werd de gehele groep aangesproken, maar soms werd een vraag gesteld aan één van de drie typen MRSA-dragers, wanneer de vraag specifiek betrekking had op één bepaald type MRSA-drager.

De opgenomen focusgroep werd getranscribeerd en vervolgens werd elk onderwerp in essentie samengevat.

3.6 Analyse van de interviews

Om de kwalitatieve data die zijn verkregen uit de interviews te analyseren, was het allereerst noodzakelijk om de opgenomen interviews te transcriberen en om te zetten in tekst. Alle 22 interviews zijn aan de hand van de opnames met de voicerecorder letterlijk uitgetypt, wat resulteerde in een grote hoeveelheid ruwe data. Vervolgens is elk interview ingedeeld in tekstfragmenten en aan elk tekstfragment werd een code toegekend. De tekstfragmenten zijn

bepaald op basis van inzicht, waarbij het onderwerp van het tekstfragment een bepalende factor was. Na het coderen van de 22 interviews werd gekwantificeerd hoe vaak elke code voorkwam om een beeld te krijgen van het aantal uitspraken dat is gedaan over elk construct. De codes staan in het codeboek, zie bijlage 6. Het codeboek omvat 76 codes, welke de constructen uit het onderzoeksmodel weerspiegelen. Het codeboek is tot stand gekomen door een iteratief proces waarbij twee onderzoekers betrokken waren. Met het vooraf opgestelde codeboek werden allereerst vijf interviews gecodeerd. Uit deze vijf gecodeerde interviews kwamen nieuwe categorieën naar voren. Deze werden voorgelegd aan de tweede onderzoeker en bediscussieerd totdat er tussen de twee onderzoekers consensus werd bereikt over de nieuwe codes en categorieën. Vervolgens konden deze worden toegevoegd aan het codeboek. Dit proces heeft zich vijf maal herhaald, waarbij steeds meerdere interviews werden gecodeerd en nieuwe bevindingen hieruit werden bediscussieerd met de tweede onderzoeker. Gedurende de ontwikkeling van het codeboek en het categoriseren is gelet op de criteria van interne homogeniteit en externe heterogeniteit. Dit wil zeggen dat tekstfragmenten binnen één categorie een grote mate van overeenkomst moesten vertonen en dat verschillen tussen categorieën onderling duidelijk en helder dienden te zijn (Patton, 2002).

In tabel 3.6 staan de codes met hun betekenis weergegeven die gebruikt zijn voor het coderen van de tekstfragmenten. Achter elke code staat óf en welke literatuur als basis heeft gediend voor het opstellen van deze code.

Met betrekking tot tabel 3.6 dienen enkele opmerkingen te worden gemaakt. Allereerst past de problem-focused coping *geheimhouding van MRSA* niet in het rijtje van de andere CP-codes. Het is weliswaar een problem-focused manier om om te gaan met de problemen die het MRSA-dragerschap te weeg brengt, maar het is geen cognitieve behoefte die door middel van deze copingstechniek wordt nagestreefd. Omdat dit echter een opvallend en geregeld terugkomend verschijnsel was in de interviews en ook in de literatuur over stigmatisering van tuberculosepatiënten *geheimhouding* voorkomt als copingstechniek (Kelly, 1999), is er voor gekozen deze informatie niet te laten liggen maar mee te nemen in de analyse. Vandaar dat geheimhouding als copingstechniek is meegenomen in het codeerschema.

Uit de tabel is af te lezen dat de constructen *informatievoorziening* en *informatiebronnen* bestaan uit een aantal codes die vervolgens onderverdeeld zijn in a t/m I. Deze letters geven de bronnen aan (zoals het ziekenhuis, de GGD, de huisarts) waarvan het communicatiemiddel afkomstig is. Bij de informatiebronnen werd daarbij tevens onderscheid gemaakt tussen informele bronnen zoals burens, familie, collega's etc. en formele bronnen (ziekenhuis, GGD, huisarts etc.). Door deze manier van coderen kon met één code het communicatiemiddel en de bron worden beschreven.

Tabel 3.6 Weergave van de gebruikte codes, omschrijving van de inhoud en verwijzing naar de bron op basis waarvan deze zijn opgesteld.

Code	Omschrijving	Literatuurverwijzing
Stress¹		
S1 +/-	Macroniveau: Ervaringen vanuit de omgeving die leiden tot stress	Wilson (1981)
S2 +/-	Mesoniveau: Ervaringen vanuit interpersoonlijk contact/de sociale rol die leiden tot stress	Wilson (1981)
S3F +/-	Microniveau: Persoonlijke fysieke ervaringen	Wilson (1981)
S3A +/-	Microniveau: Persoonlijke affectieve ervaringen	Wilson (1981)
S3C +/-	Microniveau: Persoonlijke cognitieve ervaringen/mate van kennis die leiden tot stress	Wilson (1981)
Coping		
Ce1	Emotion-focused: Sociale steun	Brehm, Kassin, Fein (2002)
Ce2	Emotion-focused: Venting feelings/gevoelens uiten	Brehm, Kassin, Fein (2002)
Ce3	Emotion-focused: Afleiding/ontsnapping	Brehm, Kassin, Fein (2002)
Ce4	Emotion-focused: onderdrukking/ontkenning	Brehm, Kassin, Fein (2002)
Cp1	Problem-focused: Behoefte aan algemene informatie over MRSA	Criddle en Potter (2006)
Cp2	Problem-focused: Behoefte aan praktische informatie	Criddle en Potter (2006)
Cp3	Problem-focused: Behoefte aan hulp	Folkman en Lazarus (1988)
Cp4	Problem-focused: Behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid	o.b.v. de interviews
Cp5	Problem-focused: Geheimhouding van MRSA	o.b.v. de interviews + Kelly (1999)
Informatievoorziening		
V1a t/m V1c	Algemene informatie folder	o.b.v. de interviews
V2a t/m V2c	Schriftelijke behandelingsinformatie	o.b.v. de interviews
V3	Geen informatie	o.b.v. de interviews
V4a t/m V4c	Schriftelijke handelingstoelichting/maatregelen (welke en hoe te nemen)	o.b.v. de interviews
V5a t/m V5k	Mondelinge informatie	o.b.v. de interviews
Informatiezoekgedrag		
Z1 t/m Z4	Passieve aandacht (1), passief zoeken (2), actief zoeken (3), doorlopend zoeken (4)	Wilson (1997)
Informatiebronnen		
I1	Interpersoonlijke, informele bron	o.b.v. de interviews
I2a t/m I2l	Interpersoonlijke, formele bronnen	o.b.v. de interviews
M1 t/m M 4	Massamedia bronnen: internet (1), TV (2), krant (3), (vak)bladen (4)	o.b.v. de interviews
Bronkenmerken¹		
B1 t/m B5 +/-	Bronkenmerken; deskundig/betrouwbaar (1), bereik (2), vertrouwd (3), begrip (4), duidelijk (5)	Brehm, Kassin, Fein (2002) Fauconnier (1986)
Informatieverwerking en gebruik¹		
G1 t/m G3 +/-	Informatieverwerking en gebruik: gerustgesteld (1), duidelijkheid voor de praktijk (2), tevreden (3)	o.b.v. de interviews
Barrières/gebreken		
X1 t/m X4	Gebrek aan richtlijnen en kennis bij instanties (1), gebrek aan geld (2), gebrek aan tijd (3), gebrek aan tijd bij de patiënt (4)	o.b.v. de interviews

¹Deze codes kunnen zowel positief als negatief voorkomen. M.b.t. stress +/- geldt: + = negatieve ervaring die leidt tot stress; - = positieve ervaring die niet leidt tot stress.

M.b.t. bronkenmerken en informatieverwerking en gebruik geldt: + = positieve waardering; - = negatieve waardering.

De aanbevelingen voor dit onderzoek zijn geanalyseerd door deze allereerst uit de interviews te selecteren en op een rij te zetten. Vervolgens is gekeken of er bepaalde onderscheidende thema's met betrekking tot verbeteringen voor de hulp- en informatievoorziening op emotioneel gebied en op het gebied van informatie te herkennen waren. De aanbevelingen die binnen een bepaald thema bleken te vallen bij elkaar gezet. Uiteindelijk zijn acht thema's gevormd met aanbevelingen. Deze staan weergegeven in tabel 3.7. Deze thema's zijn gebruikt als input voor de focusgroep ter uitdieping, waarbij het laatste thema 'betere afstemming en samenwerking tussen instanties' niet is meegenomen in de focusgroep vanwege de beperkte tijd en de (mindere) geschiktheid van het onderwerp. De overgebleven aanbevelingen welke niet in één van de gevormde categorieën vielen, werden ondergebracht in een restcategorie. De centrale thema's zijn in de eerste plaats allen gericht op informatie en kennis; in termen van coping 'problem-focused'. Echter, uit de interviews bleek dat vele, in eerste instantie informatiegerichte aanbevelingen, tevens een emotionele component met zich meedroegen in de vorm van begeleiding en sociale steun. Dit speelde met name een rol bij de thema's persoonlijk gesprek, een vast contactpersoon, informatie ter raadpleging (*lotgenotencontact*) en initiatief van het ziekenhuis (*betrokkenheid van het ziekenhuis als werkgever voor MRSA-positieve verpleegkundigen*).

Tabel 3.7 Centrale thema's waarbinnen de aanbevelingen uit de interviews zijn ondergebracht, onderverdeeld naar problem-focused en emotion-focused aanbevelingen.

Centrale thema's	Problem-focused (informatie) of emotion-focused
1 Informatievoorziening direct na constatering MRSA –persoonlijk gesprek	Problem-focused (informatie) en emotion-focused
2 Eén vast contactpersoon	Problem-focused (informatie) en emotion-focused
3 Informatie ter raadpleging (brochure/folder/website/lotgenoten)	Problem-focused (informatie) en emotion-focused
4 Initiatief (in communicatie) van het ziekenhuis verbeteren	Problem-focused (informatie) en emotion-focused
5 Continuïteit van informatievoorziening	Problem-focused (informatie)
6 Kennistekort professionals verbeteren	Problem-focused (informatie)
7 Richtlijnen voor het werk opstellen	Problem-focused (informatie)
8 Betere afstemming en samenwerking tussen instanties	Problem-focused (informatie)
9 Restcategorie	Problem-focused (informatie) en emotion-focused

4 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. Aan elk construct uit het onderzoeksmodel wordt een aparte paragraaf gewijd. Allereerst zal in paragraaf 4.1 het construct stress aan de orde komen. Paragraaf 4.2 bespreekt de copingstrategieën en de daarbij behorende behoeften. In paragraaf 4.3 wordt ingegaan op de informatievoorziening, waarna in paragraaf 4.4 het informatiezoekgedrag en de waardering van aangeboorde informatiebronnen worden besproken. In paragraaf 4.5 komen de barrières/gebreken aan de orde. Tot slot worden de aanbevelingen uit de interviews en de focusgroep besproken in paragraaf 4.6.

4.1 Stress

In tabel 4.1 staan de resultaten weergegeven met betrekking tot stress die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

In de interviews is door de respondenten relatief vaak gesproken over stress. 1122 citaten van de in totaal 2589 citaten (43,3%) die de 22 interviews hebben opgeleverd, hebben betrekking op het construct stress.

Met betrekking tot stress werd er door de respondenten het meest gesproken over hun eigen affectieve toestand; hun emoties en hoe zij zich voelden (32.6% van de 1122 citaten). Daarnaast werd er veel gesproken over de kennis (of het ontbreken ervan) in relatie tot stress (21.9%) en over de omgevingsfactoren zoals het handelen van het ziekenhuis (20.8%). Het minst werd er gezegd over de fysieke toestand (6.3%).

Het merendeel, namelijk 826 van de 1122 stresscitaten (73.6%), slaat op stressverhogende incidenten. 26.4% van de citaten m.b.t. tot stress gaan over stressverlagende factoren. Hieronder volgt van elk een voorbeeld:

Stressveroorzakend citaat (no. 151): "Ik schrok, ik vond het eng. Ik had er wel eens ooit iets van gehoord: MRSA, iiiieeee. Ik schrok, ik had zo iets van: Gatver een bacterie in mijn lijf."

Stressverminderend citaat (no. 1484): "Ik heb het misschien al wel 50 jaar. Je merkt er niks van en je kunt er ook niks aan doen."

Het percentage stressveroorzakende citaten bleek op alle niveau's hoger dan het percentage citaten dat stressverminderende factoren laat zien.

Tabel 4.1 Aantal positieve en negatieve uitspraken over stress, onderverdeeld naar de drie stressfactoren op macro-, meso- en microniveau.

Stressfactoren	Aantal citaten ¹	n	Stress +*	Geen stress -*
Omgevingsfactoren (macroniveau)	233 (100%) (20.8%)	22	215 (92.3%) (26.0%)	18 (7.7%) (6.0%)
<i>Voorbeeldcitaat:</i> "Het meest vervelende vond ik het veranderen van alle richtlijnen. Afhankelijk van situaties en van reacties. En de fouten die ze gemaakt hebben."				
Interpersoonlijke/sociale factoren (mesoniveau)	206 (100%) (18.4%)	22	130 (63.1%) (15.7%)	76 (36.9%) (25.7%)
<i>Voorbeeldcitaat:</i> "Mijn zus, die is al vaak wat hysterischer, maar die reageerde er heel erg op. Die zei: Ik raak je niet meer aan!"				
Persoonlijke factoren (microniveau):	683 (100%) (60.8%)		481 (70.4%) (58.3%)	202 (29.6%) (68.3%)
▪ Stress als gevolg van een negatieve fysieke toestand	71 (100%) (6.3%)	18	48 (67.6%) (5.8%)	23 (32.4%) (7.8%)
<i>Voorbeeldcitaat:</i> "Het was echt best een heftige, dikke ontsteking. Mijn knie was echt gigantisch. Toen is het op een gegeven moment open gegaan en ik moest echt elke dag naar het ziekenhuis om het leeg te halen."				
▪ Stress als gevolg van een negatief affect	366 (100%) (32.6%)	22	255 (67.7%) (30.9%)	111 (32.3%) (37.5%)
<i>Voorbeeldcitaat:</i> "Het jeukte gewoon. Ik zag het altijd als kleine beestjes. Dan kreeg ik er al kriebels van als ik er aan dacht. Vreselijk. Dat vond ik zo vies."				
▪ Stress als gevolg van gebrek aan kennis/onjuiste kennis	246 (100%) (21.9%)	22	178 (62.4%) (21.6%)	68 (37.6%) (23.0%)
<i>Voorbeeldcitaat:</i> "Als mensen vroegen: Wat is dat dan? Je familie bijvoorbeeld. Ik kon niet precies uitleggen wat ik had. En dat frustreerde."				
Totaal aantal citaten	1122 (100%)		826 (73.6%) (100%)	296 (26.4%) (100%)

¹ Omdat stress een subjectief begrip is en het om 'critical incidents' gaat (hoe vaker iets gezegd, hoe meer dit van belang is voor de persoon), zijn hier aantallen citaten vermeld, niet het aantal personen.

* Stress + = stressverhogend; stress- = stressverlagend
 Percentages rechts van de aantallen dienen horizontaal gelezen te worden. Percentages onder de aantallen dienen verticaal gelezen te worden.

De meeste stress werd veroorzaakt door de persoonlijke affectieve stressfactor (30.9%). Met andere woorden: De stress die mensen ervaren door wat de MRSA persoonlijk met hen doet, komt door hun eigen affectieve, emotionele toestand. De bovenstaande citaten zijn hier voorbeelden van en tevens staat in tabel 4.1 een voorbeeld vermeld. De persoonlijke affectieve stressfactor is omvangrijk en omvat negatieve gedachten en gevoelens die respondenten hebben, zoals een gevoel dat men besmettelijk is, afkeer voor de bacterie en angst voor de gevolgen (zoals nooit meer kunnen werken). Ook andere emoties als gevolg van de MRSA-besmetting vallen hieronder zoals woede en verdriet. In positieve zin omvat de affectieve stressfactor factoren als nuchterheid en een positieve instelling.

Daarnaast bleken gebeurtenissen in de omgeving of het handelen van actoren in de omgeving stress op te roepen (26% van de 826 stressveroorzakende citaten). Veelal ging het hier

om onduidelijkheden, inconsistentie en continue verandering van beleid in de omgeving van de respondent.

Een opmerkelijk gegeven is dat ook het gebrek aan of onjuiste kennis in relatief veel gevallen een stressveroorzakende factor is (21.6%). Dit kon allerlei vormen aannemen. Enerzijds leidde onwetendheid over de MRSA-bacterie (bijvoorbeeld over waar men het heeft opgelopen, over de behandelingsmaatregelen, over de risico's voor anderen) tot stress. Voor sommige respondenten was het moeilijk te bevatten wat de MRSA-bacterie precies inhield en dit was stressvol voor henzelf en zorgde daarnaast ook voor stress wanneer zij het moesten uitleggen aan naasten in hun omgeving. In tabel 4.1 staat een voorbeeld beschreven. Anderzijds leidde onjuiste kennis of 'te veel' kennis tot stress. Dit laatste kwam tot uiting in 'horrorverhalen' die respondenten hadden opgevangen over mensen die besmet waren met de MRSA-bacterie uit hun dorp of uit hun beroepssector. Het volgende citaat laat dit zien:

(citaat no. 1695): "Iedereen kent ook dat verhaal van die verpleegkundige uit Hengelo, die haar baan heeft moeten opzeggen, omdat ze niet meer van de MRSA afkwam. Dat verhaal flitst gewoon door je hoofd heen."

Onjuiste of onvolledige kennis leidde bovendien soms tot onbegrip voor het MRSA-beleid in ziekenhuizen en andere zorginstaties.

Na gebrek aan kennis blijken interpersoonlijke factoren relatief veel stress op te roepen (15.7%). Dit uitte zich onder andere in bewuste vermijding van MRSA-dragers (zie tabel 4.1 voor een voorbeeld).

De fysieke gevolgen van het MRSA-dragerschap op zich blijken geen belangrijke stressveroorzakende factor te zijn. 5.8% de stressveroorzakende citaten slaat op de fysieke toestand als gevolg van de MRSA en de behandeling. Twee respondenten hebben niet gesproken over hun fysieke toestand, wat impliceert dat dit voor hen geen belangrijke rol speelde bij hun beleving van het MRSA-dragerschap.

4.1.1 Stress onderverdeeld naar drie typen MRSA-dragers

In tabel 4.2 zijn de stress-gerelateerde citaten uitgesplitst naar de drie typen MRSA-dragers. Wanneer gekeken wordt naar het totale aantal citaten, dan valt op te merken dat de groep VA-MRSA-dragers met hun relatief lagere percentage zowel op de stressveroorzakende als de stressverminderende uitspraken afwijkt van de andere twee groepen. De groep HA-MRSA-dragers heeft de meeste uitspraken gedaan over stress (41.2% van 826). Het verschil met de CA-MRSA-dragers is echter niet groot en hierbij moet vermeld worden dat de citaten in de groep CA-MRSA-dragers door zes personen zijn gedaan en in de groep HA-MRSA-dragers door acht personen. Om een beter beeld te krijgen van het verschil tussen deze groepen, zou daarom gekeken moeten worden naar het gemiddelde aantal stresscitaten per persoon. Dit ligt voor de CA-MRSA-dragers op 49,2 citaten en voor de HA-MRSA-dragers op 42,5 citaten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de CA-MRSA-dragers meer uitspraken over stress hebben gedaan. De verschillen zijn echter niet noemenswaardig groot.

Tabel 4.2 Aantal positieve en negatieve uitspraken over stress, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers.

Stressfactoren	Aantal citaten	CA	HA	VA
Omgevingsfactoren die tot stress leiden (macroniveau)	+ 215 (100%) (26.0%)	28 (13.0%)	88 (40.9%)	99 (46.1%)
	- 18 (100%) (6.0%)	4 (22.2%)	7 (38.9%)	7 (38.9%)
Interpersoonlijke/sociale factoren die tot stress leiden (mesoniveau)	+ 130 (100%) (15.7%)	48 (36.9%)	67 (51.5%)	15 (11.6%)
	- 76 (100%) (25.7%)	20 (26.4%)	28 (36.8%)	28 (36.8%)
Persoonlijke factoren (microniveau):	+ 481 (100%) (58.3%)	219 (45.5%)	185 (38.5%)	77 (16.0%)
	- 202 (100%) (68.3%)	49 (24.3%)	48 (23.7%)	105 (52.0%)
• Stress als gevolg van een negatieve fysieke toestand door MRSA	+ 48 (100%) (5.8%)	31 (64.6%)	11 (22.9%)	6 (12.5%)
	- 23 (100%) (7.8%)	9 (39.1%)	5 (21.8%)	9 (39.1%)
• Stress als gevolg van een negatief affect t.o.v. MRSA (angst, gevoel besmettelijk te zijn)	+ 255 (100%) (30.9%)	104 (40.8%)	127 (49.8%)	24 (9.4%)
	- 111 (100%) (37.5%)	26 (23.4%)	29 (26.1%)	56 (50.5%)
• Stress als gevolg van gebrek aan kennis/onjuiste kennis over MRSA	+ 178 (100%) (21.6%)	84 (47.2%)	47 (26.4%)	47 (26.4%)
	- 68 (100%) (23.0%)	14 (20.6%)	14 (20.6%)	40 (58.8%)
Totaal aantal citaten	+ 826 (100%) (100%)	295 (35.7%)	340 (41.2%)	191 (23.1%)
	- 296 (100%) (100%)	73 (24.7%)	83 (28.0%)	140 (47.3%)

N.B. Percentages dienen horizontaal gelezen te worden, met uitzondering van de percentages onder de getallen in de kolom 'aantal citaten'.

Stressfactoren voor de CA-MRSA-dragers

Uit tabel 4.2 blijkt dat CA-MRSA-dragers door alle factoren een zekere mate van stress ervaren (het aantal positieve stresscitaten is op alle factoren hoger dan het aantal stressverminderende citaten). De meest stressveroorzakende factor blijkt voor CA-MRSA-dragers (én voor de HA-MRSA-dragers) het persoonlijke affect te zijn (104 van de 295 stresscitaten). Voor de CA-MRSA-dragers uitte zich dit vooral in uitspraken over angst, afkeer en het gevoel zelf besmettelijk te zijn en anderen te kunnen aansteken. Bijvoorbeeld:

(citaat no. 33): "Ja, ik voelde mij toen ook heel erg....ja, vies is niet het juiste woord. Maar gewoon, je voelt je niet op je gemak. Je denkt dat iedereen je zo aankijkt. Ja, ik kan het niet uitleggen. Ik voelde me echt een beetje... besmettelijk. Ook met handjes geven, terwijl dat gewoon mocht. Bij de dokter, dan ging ik meteen mijn handen wassen.

Een aantal CA-MRSA-dragers voelden zich dermate besmettelijk dat zij maatregelen namen, zoals sociaal contact vermijden en bewust afstand houden uit angst om anderen ook te besmetten (zie citaat nr. 33). Een aantal respondenten nam echter nog rigoureuzere maatregelen. Zij stigmatiseerden zichzelf als het ware en dit leidde tot stress. Het volgende citaat geeft hier een voorbeeld van:

(no. 264): "Ik zei tegen mijn zus: Je hoeft niet bij mij te komen. Je moet mijn broer en kind meenemen naar woonplaats X. Zij woonde in X. Laat mij hier alleen blijven. Ik ben bang dat jullie het ook krijgen."

Verder is het gebrek aan, of onjuiste kennis de op één na grootste stressfactor voor CA-MRSA-dragers, in tegenstelling tot VA- en HA-MRSA-dragers. Deze groep laat op deze stressfactor een groot verschil zien met de andere twee typen MRSA-dragers. Bijna de helft van de stressuitspraken over gebrek aan of onjuiste kennis zijn gedaan door CA-MRSA-dragers (47.2% van de 178 citaten), in vergelijking met 26.4% door de andere twee groepen. Een gebrek aan kennis levert stress op, doordat het onzekerheden geeft. De drager weet niet waar hij/zij aan toe is. De volgende citaten geven dit duidelijk weer:

(citaat no. 41): "En doordat ik dus zelf ook niet wist wat er precies gaande was, kreeg ik zo'n onzeker gevoel van: Ik loop met iets rond, maar ik weet niet waar het vandaan komt, ik weet niet wat het is en gaat het nog wel weg?"

(citaat no. 277): "Ik heb zo zitten huilen en moeilijk gedaan. Echt waar. Ik wist niet wat het was. Ik voelde mij niet goed. Ik dacht: Nu ga ik dood. Ik ga mijn kind nooit meer zien, mijn zus of broer."

Stressfactoren voor de HA-MRSA-dragers

Voor de HA-MRSA-dragers bleek ook de affectieve stressfactor de meeste stress te veroorzaken (127 van de 340 citaten). Ook zij hadden soms het gevoel besmettelijk te zijn, maar bij hen ging dit veelal gepaard met woede en een soort fatalisme van: "Waarom moet mij dit overkomen als verpleegkundige?" Het verschil in sociale rol speelde hier mee voor de impact die het heeft op de persoon. De angst zoals CA-MRSA-dragers deze ervaren, is in deze groep minder heftig. Enerzijds is dit toe te schrijven aan het feit dat HA-MRSA-dragers geen lichamelijk klachten hebben als gevolg van de MRSA, wat de meeste CA-MRSA-dragers wel ervaren. Anderzijds hebben HA-MRSA-dragers kennis van de medische wereld en van de MRSA-bacterie en hierdoor kunnen zij een betere inschatting maken van de ernst van de situatie. Dit geven de volgende citaten weer:

(citaat no. 2542): "Dat ik het bij me droeg vond ik niet eng. Ja, het is ook niet eng. Als je goed weet wat het inhoudt. Daar had ik niet zo'n last van."

(citaat no. 1621): "Ik had geen last van de ziekte, het is geen echte ziekte. Ik was alleen drager"

De stress die deze respondenten ervaren werd in de eerste plaats voornamelijk veroorzaakt door de angst die zij hadden om hun baan kwijt te raken. Niet omdat ze op dát moment hun sociale rol niet konden uitoefenen als verpleegkundige, maar de angst hiervoor in de toekomst. Bijvoorbeeld:

(citaat no. 2157): "Die onzekerheid of je er nu wel of niet vanaf komt. Het is niet zo van: Antibiotica en klaar, je kunt weer aan het werk. Als je die zekerheid maar hebt, maar die is er gewoon niet in dit geval."

Daarnaast speelde ook bij de HA-MRSA-dragers een gevoel van besmettelijkheid een rol; de angst om anderen te besmetten. Uit de interviews kwam naar voren dat verpleegkundigen voorzichtig waren in het sociaal contact en bij alles wat ze deden goed nadachten over de risico's. Uit angst voor het besmetten van anderen. Zij konden het echter wat realistischer bekijken dan de CA-MRSA-dragers. Hun angst uitte zich dan ook niet in dergelijke rigoureuze maatregelen zoals het zichzelf afsluiten van sociale contacten, wanneer hiervoor geen reden was.

Verder werd stress in deze groep veroorzaakt door omgevingsfactoren. Verpleegkundigen hebben in de interviews relatief vaak (88 van de 340 citaten) gemeld dat niet zozeer de MRSA zelf een probleem was, maar het beleid en de onduidelijkheden die er waren. Een citaat:

(citaat no. 2031): "Ik had steeds het gevoel dat ik van het kastje naar de muur werd gestuurd. Ik vond het echt slecht geregeld. Veel onduidelijkheid, dat je niet weet van: Nu moet je dit doen en dan dat. En dat ik niet wist waar ik aan toe was. Dan was er weer dit en dan kwam dat er weer bij en toen moest ik weer langer kweken. Dat is gewoon niet duidelijk. Ik wilde gewoon weten waar ik aan toe was en wanneer ik dan weer aan het werk mocht en hoe dat dan zou gaan. "

Niet alleen het ziekenhuis vormde hier een bron van stress, ook andere zorginstellingen wisten niet hoe ze met MRSA-dragers om dienden te gaan. Dit nam verregaande vormen aan:

(citaat no. 2041): "Ik mocht dus niet meer naar de verloskundige heen. Ik mocht niet meer voor controle komen. Ze wisten eigenlijk niet wat ze met mij aan moesten."

(citaat no. 1805): "Toen zegt de huisarts dus: Kom maar richting de praktijk. Ze zegt tegen mij: Bij de vijver is een steiger en staat een bankje. Wacht daar maar. Dan kom ik buiten. Dus ik fietste daar naar toe, ik had de tranen in de ogen. Dit is te zot, het is alsof je als melaatse behandeld wordt."

Stressfactoren voor de VA-MRSA-dragers

Aan het begin van paragraaf 4.1.2 is gebleken dat deze groep dragers afwijkt van de andere twee groepen wat betreft de ervaring van stress. Op drie van de vijf stressfactoren (de fysieke, affectieve en interpersoonlijke stressfactor) deed deze groep relatief meer *stressverminderende* uitspraken dan *stressveroorzakende*. VA-MRSA-dragers laten een grote nuchterheid zien en worden emotioneel niet geraakt door het MRSA-dragerschap, hebben fysiek geen klachten die tot stress leiden en ondervinden in het interpersoonlijke contact geen problemen die kunnen leiden tot stress. Enkel op macro-niveau (door omgevingsfactoren) laat deze groep een duidelijke stressfactor zien (99 van de 191 citaten). Deze omgevingsfactoren bestonden voornamelijk uit ziekenhuiservaringen. De stress die zij hierdoor ervaren is toe te schrijven aan hun onvrede over het handelen van zorginstellingen als gevolg van het MRSA-beleid. VA-MRSA-dragers praatten over het dragerschap veelal in termen van omgevingsfactoren, omdat zij enkel op die momenten werden geconfronteerd met het MRSA-dragerschap. Het volgende citaat verwoordt dit:

(citaat no. 1607): "Dus bij mij hoorde het (dragerschap) meer als zaak rondom de ingreep. Verder speelt het niet, daarna. Het is even een ingreep, daar moet iets omheen gepland worden, klaar en nu is het weg."

Op cognitief gebied bleken VA-MRSA-dragers enige stress te ervaren (47 van de 191 citaten), maar hier stonden een bijna even zo groot aantal negatieve citaten tegenover. Vooral door hun beroepsgroep bleken de VA-MRSA-dragers al enige kennis te bezitten en dit levert minder stress op:

(citaat no. 1192): "Wij wisten er al heel veel vanaf, maar als je er helemaal niks vanaf weet en je weet alleen: MRSA is een bacterie die ongevoelig is voor heel veel antibiotica. Dan schrik je wel."

Over het algemeen ervaart deze groep dragers weinig stress. Het volgende citaat vat goed samen hoe deze groep het MRSA-dragerschap ervaart:

(citaat no. 1495): "Ik vind het alleen niet zo fijn dat je zo'n aparte behandeling in het ziekenhuis krijgt. Maar ook niet meer dan dat."

4.2 Coping

In tabel 4.3 staan de aantallen citaten die betrekking hebben op de copingstrategieën. Door de respondenten is het meest gesproken over problem-focused coping (80% van de 505 citaten). De groep HA-MRSA-dragers heeft de meeste uitspraken gedaan over coping (46.1% van 505 citaten), zowel met betrekking tot problem-focused coping als emotion-focused coping, gevolgd door de CA-MRSA-dragers (34.5%). Hierbij moet echter wederom opgemerkt worden dat de citaten uit de CA-MRSA-groep door zes personen zijn uitgesproken en de citaten uit de HA-MRSA-groep door acht personen. Het gemiddelde aantal citaten per persoon ligt in beide groepen nagenoeg gelijk (respectievelijk $M=29$ en $M=29.1$).

De groep VA-MRSA-dragers wijkt met haar relatief lagere percentages af van de andere twee groepen. Zij hebben de minste uitspraken gedaan over coping (19.4%) en indien zij het hierover hadden, spraken zij vaker dan CA- en HA-MRSA-dragers over problem-focused coping (88.8% van 98 citaten).

Tabel 4.3 Aantal citaten over problem-focused en emotion-focused coping, onderverdeeld naar drie typen MRSA-dragers.

Coping	Aantal citaten	n	Aantal CA-citaten	Aantal HA-citaten	Aantal VA-citaten
Problem-focused	404 (100%) (80%)	22	138 (34.2%) (79.3%)	179 (44.3%) (76.8%)	87 (21.5%) (88.8%)
Emotion-focused	101 (100%) (20%)	14	36 (35.6%) (20.7)	54 (53.5%) (23.2%)	11 (10.9%) (11.2%)
Totaal aantal citaten	505 (100%)		174 (34.5%) (100%)	233 (46.1%) (100%)	98 (19.4%) (100%)

N.B. Percentages rechts van de aantallen dienen horizontaal gelezen te worden, percentage onder de aantallen dienen verticaal gelezen te worden.

4.2.1 Problem-focused copingtechnieken

In tabel 4.4 staan de afzonderlijke copingtechnieken voor problem-focused en emotion-focused coping. Met betrekking tot de problem-focused copingtechnieken bleken MRSA-dragers het vaakst te zoeken naar praktische informatie (32.7% van 404 citaten), gevolgd door het zoeken naar algemene informatie over MRSA (30.2%). Algemene informatie omvat alle medische informatie omtrent de MRSA-bacterie zelf en de behandeling en kan ook 'declaratieve informatie' worden

genoemd. Praktische informatie duidt op informatie die nodig is om in het dagelijks leven om te gaan met het MRSA-dragerschap, is specifiek van aard en kan omschreven worden als 'procedurele informatie'. Deze praktische informatiebehoefte namen uiteenlopende vormen aan. In tabel 4.5 staan enkele voorbeelden van algemene informatiebehoefte en praktische informatiebehoefte die de MRSA-dragers hebben genoemd in het onderzoek.

Daarnaast kwam naar voren dat MRSA-dragers op zoek gingen naar hulp (20.3%). Dit begrip duidt op hulp bij de behandeling en begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn en is een breed begrip. Het omvat onder andere behoefte aan begeleiding en betrokkenheid door instanties, behoefte aan instructies over hoe men zich dient te behandelen en de behoefte aan een aanspreekpunt voor vragen. Ook behoefte aan betrokkenheid vanuit het werk (voornamelijk van toepassing op verpleegkundigen) valt hieronder. Een voorbeeld:

(citaat no. 2189): "Ik zou willen dat je niet zelf de hele tijd hoeft te bellen, want je werd echt van het kastje naar de muur gestuurd. Dat iemand gewoon met je meedenkt of het voor je uitzoekt en niet zegt van: Nou, hier heb je het, je moet zelf maar weten wat je doet. Dan kun je nog beter hebben dat iemand zegt van: Je moet dit en dat doen."

Tabel 4.4 Aantal citaten over problem-focused en emotion-focused copingtechnieken, onderverdeeld naar drie typen MRSA-dragers.

Coping	Aantal citaten	n	Aantal CA-citaten	Aantal HA-citaten	Aantal VA-citaten
Problem-focused					
Behoefte aan algemene informatie	122(100%) (30.2%)	22	53(43.4%)	37(30.3%)	32(26.2%)
Behoefte aan praktische informatie	132(100%) (32.7%)	22	49(37.1%)	62(47.0%)	21(15.9%)
Behoefte aan hulp (bij behandeling, begeleiding in proces van MRSA-drager zijn)	82(100%) (20.3%)	17	25(30.5%)	44(53.6%)	13(15.9%)
Behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid (ziekenhuis)	49(100%) (12.1%)	15	3(6.1%)	28(57.1%)	18(36.8%)
Geheimhouding van (het woord) MRSA	19(100%) (4.7%)	8	8(42.1%)	8(42.1%)	3(15.8%)
Totaal aantal citaten problem-focused coping	404(100%) (100%)		138(34.2%)	179(44.3%)	87(21.5%)
Emotion-focused					
Sociale steun zoeken/ lotgenotencontact	50(100%) (49.5%)	13	25(50.0%)	23(46.0%)	2(4.0%)
Venting feelings: je verhaal kwijt willen/gevoelens uiten	33(100%) (32.6%)	12	9(27.3%)	17(51.5%)	7(21.2%)
Afleiding (distraction), ontsnapping (escapism)	13(100%) (12.9%)	7	0(0%)	12(92.3%)	1(7.7%)
Onderdrukken (suppression), ontkennen (deny)	5(100%) (5.0%)	4	2(40.0%)	2(40.0%)	1(20.0%)
Totaal aantal citaten emotion-focused coping	101(100%) (100%)		36(35.6%)	54(53.5%)	11(10.9%)

N.B. Percentages rechts van de getallen dienen horizontaal gelezen te worden, percentages onder de getallen verticaal.

12.1% van de problem-focused copingcitaten werd gecodeerd als behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid. Een aantal respondenten bleek veel behoefte te hebben en ging op zoek naar

informatie over het waarom van het MRSA-beleid in het (betreffende) ziekenhuis. Een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 1378): "Ik vroeg waarom mijn vader niet getest moest worden. En toen zei hij: ja, je vader is maar gewoon op bezoek in het ziekenhuis. Maar omdat ik MRSA had en omdat ze bij mij op bezoek waren, mochten ze ook alleen bij mij op bezoek. Ik vroeg: waarom is dat?"

In vergelijking met de andere vier problem-focused copingtechnieken niet vaak genoemd, is geheimhouding. Een manier om met het MRSA-dragerschap om te gaan is het bewust niet (of gedeeltelijk niet) vertellen. 4.7% van de citaten had hier betrekking op. Geheimhouding is geen informatiebehoefte. Met name de CA-MRSA-dragers en de HA-MRSA-dragers hebben dit een aantal keren laten vallen (allebei 42.1%). De motivatie voor geheimhouding heeft te maken met negatieve ervaringen vanuit interpersoonlijk contact. Om dit te voorkomen kiezen sommige dragers er bewust voor het MRSA-dragerschap geheim te houden. Een voorbeeld:

(citaat no. 34): "Ik heb op mijn werk niet verteld dat ik dat had. Zoals mijn zus die surfte over internet en die had meteen zoiets van: Kijk uit! En daarna is het goed gekomen, daar kan ze zelf ook niets aan doen. Maar mijn collega's hadden dat dan misschien ook gehad."

Tabel 4.5 Voorbeelden van algemene en praktische informatiebehoefte van MRSA-dragers

Behoefte aan algemene informatie:
<ul style="list-style-type: none"> • Wat is MRSA eigenlijk? • Hoe loop je het op? • Is het gevaarlijk voor jezelf en voor je omgeving? • Waarom wordt er een kweek afgenomen uit mijn neus? • Hoe kom je er weer vanaf? • Wat zijn de bijwerkingen van de antibiotica-behandeling?
Behoefte aan praktische informatie:
<ul style="list-style-type: none"> • Kan ik een ander een hand geven? • Kan ik nog gemeenschap hebben? • Wat zijn de maatregelen die ik moet nemen op mijn werk? • Mag ik nog sporten, ook teamsport? • Mag ik bij mijn buurman op bezoek die net geopereerd is aan zijn knie? • Mag de fysiotherapeut gewoon bij mij thuis komen als ik MRSA heb? • Mag ik als MRSA-positieve verpleegkundige contact hebben met collega's?

Problem-focused coping door CA-MRSA-dragers

Uit tabel 4.4. blijkt dat CA-MRSA-dragers het meest behoefte hadden en op zoek gingen naar algemene informatie over MRSA (53 van de 138 citaten), gevolgd door het zoeken naar praktische informatie (49 van de 138). CA-MRSA-dragers bleken voornamelijk vragen te hebben over wat MRSA is en hoe ze het hebben opgelopen. Velen hadden nog nooit van MRSA gehoord, totdat bij hen zelf de diagnose werd gesteld. Hierdoor zijn hun behoeften in de eerste plaats gericht op algemene informatie. Hierbij bleek de centrale vraag voor vele CA-MRSA-dragers te zijn waar ze

de bacterie hebben opgelopen. In tegenstelling tot de HA- en VA-MRSA-dragers, is het voor CA-MRSA-dragers onduidelijk waar de bacterie vandaan komt.

(citaat no. 253): "Ik heb continue vraagtekens gehad: Waar heb ik het gekregen? Dat wil ik gewoon graag weten."

Op de derde plaats bleken zij behoefte te hebben aan hulp en begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn; iemand of een instantie die hen begeleidt en die als vraagbaak kan dienen.

Problem-focused coping door HA-MRSA-dragers

HA-MRSA-dragers hebben, in tegenstelling tot de CA-MRSA-dragers, minder behoefte aan algemene informatie. Zij gingen in de eerste plaats voornamelijk op zoek naar praktische informatie (62 van 179), gevolgd door de behoefte en het zoeken naar hulp bij de behandeling/begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn (44 van 179). Dit laatste uitte zich vooral door een gebrek aan betrokkenheid en begeleiding vanuit het ziekenhuis waar zij werkzaam waren. Er is geregeld gesproken over de slecht functionerende rol van het ziekenhuis als werkgever. Op de derde plaats staat de behoefte aan algemene informatie (37 van 179). Veel verpleegkundigen zijn door hun beroep al op de hoogte van wat de MRSA-bacterie inhoudt (algemene informatie), en hebben juist behoefte aan informatie over hoe ze er thuis mee om dienen te gaan als ze het zelf blijken te hebben. Daarover krijgen zij vanuit hun beroep geen informatie.

(citaat no. 1767): "Ik weet wel wat is het en zo, maar niet heel gericht van: Goh, wat moet je nu doen als je het zelf overkomt, thuis?"

Problem-focused coping door VA-MRSA-dragers

VA-MRSA-dragers hebben, evenals de CA-MRSA-dragers, voornamelijk behoefte aan algemene informatie over MRSA (32 van de 87) en praktische informatie (21 van de 87). Een opvallende bevinding hierbij is dat de VA-MRSA-dragers hebben aangegeven dat zij veel op zoek zijn naar algemene informatie omtrent wetenschappelijke onderzoeksgegevens over MRSA en de varkenssector. Dit varieert van statistieken over risico's en de omvang van het probleem tot aan onderzoeksgegevens over verschillende stamtyperingen. Het volgende citaat geeft een voorbeeld:

(citaat no. 1593): "De laatste ontwikkelingen van onderzoeksresultaten. Zeker meer informatiebehoefte richting de werkgever over het voorkomen van besmetting. Of het voorkomen kan worden. Is het een besmetting dat je vrij snel en heel acuut oploopt? Of heeft het dan zin dat je bescherming draagt? Of dat er misschien wel iets aan te doen is met een mondkapje."

De op twee na grootste behoefte van deze groep is de behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid in ziekenhuizen (18 van 87). HA-MRSA-dragers bleken eveneens een zekere mate van behoefte te hebben aan informatie over het MRSA-beleid in ziekenhuizen (28 van de 179). Een opmerkelijk verschil met de groep CA-MRSA-dragers, die hier veel minder behoefte aan heeft (3 van de 138). CA-MRSA-dragers hebben echter, vergeleken met de HA- en VA-MRSA-dragers,

minder contact gehad met het ziekenhuis en slechts één van de respondenten uit de CA-MRSA-groep is opgenomen geweest in het ziekenhuis. Dit in tegenstelling tot de VA-MRSA-dragers, waarbij alle respondenten contact hebben gehad met het ziekenhuis. HA-MRSA-dragers hebben door hun beroep contact met het ziekenhuis.

4.2.2 *Emotion-focused copingtechnieken*

Op emotioneel gebied bleken sociale steun zoeken/lotgenotencontact (49.5% van 101 citaten) en je verhaal kwijt willen/gevoelens uiten (32.6%) de meest voorkomende copingtechnieken. Met sociale steun wordt hier, naast de steun van naaste familie en vrienden, ook steun door lotgenoten bedoeld. Niet alleen in termen van het ontvangen van steun, maar ook het zélf steun bieden aan lotgenoten was voor een aantal MRSA-dragers belangrijk. Een voorbeeldcitaat van sociale steun:

(Citaat no. 265): "Ik heb een hele lieve zus. Zij zegt: Nee, wij willen jou niet alleen laten. Niemand gaat dood, want het is niet gevaarlijk. En als het wel gevaarlijk is en er gaat iemand dood, dan blijf ik toch tot aan het einde bij jou. En zij is, echt, echt waar, ik ben echt trots op haar. Ze heeft me continue gewassen. En terwijl ze wist dat ik de MRSA-bacterie had, is zij toch altijd bij mij geweest."

Venting feelings is minder omvattend dan sociale steun en duidt op de behoefte om jezelf 'te luchten'. Men zoekt geen steun, maar heeft er voldoende om tegen iemand aan te praten. Het volgende citaat beschrijft dit:

(Citaat no. 1940): "Ik heb gewoon van het begin af aan heel veel van mij afgepraat. En alles met iedereen gedeeld om mij heen. (...) Ik kom nu misschien heel nuchter over, maar dat komt gewoon omdat je je verhaal heel vaak hebt gedaan. Je hebt het gewoon heel vaak gelucht"

Het minst vaak is er gesproken over 'shutting down' technieken, ofwel afleiding zoeken en ontkenning van MRSA (respectievelijk 12.9% en 5%). Afleiding/ontsnapping had betrekking op het letterlijk afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen (winkelen, vakantie, met vrienden iets ondernemen), maar ook afleiding door het ritme van het normale leven weer op te pakken viel hieronder. Onderdrukking is het minst aantal keren uitgesproken en is het bewust niet denken aan MRSA. Hieronder volgen twee voorbeelden:

Afleiding/ontsnapping (citaat no. 1720): "En dan word je zo voor de deur gezet (bij het ziekenhuis). Toen heb ik mijn ouders opgebeld en die zijn hier gekomen. Toen zijn we de stad in gegaan en hebben we er geprobeerd een leuke dag van te maken. Je bent best wel even, ja..."

Onderdrukking/ontkenning (citaat no. 2430): "Alleen sta je er wel weer bij stil als je een kweek moet afnemen en je weer op de uitslag moet wachten. Maar verder probeer ik er niet te veel aan te denken."

Emotion-focused coping door CA-MRSA-dragers

Voor CA-MRSA-dragers was sociale steun veruit de belangrijkste emotion-focused copingstrategie (25 van de 36 citaten). Zij vonden deze steun vooral bij familieleden en vrienden. Een aantal gaf echter ook aan dat zij wel behoefte zouden hebben gehad aan contact met een andere MRSA-

drager die hetzelfde had gehad als hen, zodat zij vragen konden stellen, gevoelens konden delen en dat zij konden zien dat het goed afgelopen was met die persoon. Een ervaring van een CA-MRSA-drager:

(citaat no. 31): "Ja, ik heb het ook gehad, zei ze. Zij had er een verhaal bij, maar dat ben ik helaas vergeten. Het kwam in ieder geval niet overeen met dat van mij, maar wel haar gevoelens. Het wederzijdse begrip was er, van dat meisje die het had gehad."

Naast sociale steun bleek venting feelings van belang te zijn voor een aantal MRSA-dragers uit deze groep (9 van 36). Afleiding/ontsnapping en onderdrukking/ontkenning bleken voor CA-MRSA-dragers geen belangrijke copingtechnieken (respectievelijk 0 en 2 van 36 citaten).

Emotion-focused coping door HA-MRSA-dragers

Ook voor HA-MRSA-dragers was sociale steun de belangrijkste emotion-focused copingtechniek (23 van de 54 citaten). Zij vonden deze steun voornamelijk bij collega-lotgenoten. Het volgende citaat geeft een duidelijk voorbeeld van lotgenotencontact met collega's:

(citaat no. 2085): "Vooral met collega's onderling hadden we contact. Over hoe ver je was met het decontamineren op zich. Ja en hoe het was om positief te zijn. We hadden MRSA-lotgenotencontact via de mail. En dat was wel heel fijn, niet dat je de enige was of zo. Dan kun je het wel delen in elk geval."

HA-MRSA-dragers bleken bij coping met MRSA voornamelijk terug te vallen op collega's. Zowel wat betreft sociale steun als de copingtechniek venting feelings, wat voor deze groep eveneens een belangrijke copingtechniek vormt (17 van de 54 citaten). Het volgende citaat over venting feelings geeft weer waarom collega's hier een belangrijke rol spelen.

(citaat no. 1992): "Ik vond het ook wel fijn dat collega's mij belden. Ik moet zeggen, dat had ik alleen bij hen. Of tegen mijn vriendin, die ook in de zorg werkt, die ook een beetje weet hoe het gaat. Tegen zulke mensen kwam het er meestal wel uit. Maar als ik het tegen mijn familie vertel, die zegt dat niets."

Een opmerkelijk resultaat is, in vergelijking met de andere twee groepen, het relatief hoge aantal citaten van HA-MRSA-dragers op de copingtechniek afleiding/ontsnapping (12 van 13 citaten). CA-MRSA-dragers hebben dit geen enkele keer genoemd en VA-MRSA-dragers één maal. HA-MRSA-dragers bleken vaker dan de andere groepen afleiding te zoeken of tijdelijk te ontsnappen aan het feit dat ze MRSA-drager waren. Een duidelijk voorbeeld van afleiding:

(citaat no. 2368): "Ik ben op vakantie geweest. Ja, dat was echt afleiding. Want dan dacht je er niet zoveel aan, behalve op de dag van de uitslag keek ik toch wel even in de mail. Dat was even spannend. En verder heb je vakantie en denk je er niet veel aan."

Emotion-focused coping door VA-MRSA-dragers

De VA-MRSA-dragers bleken weinig emotionele behoeften te hebben die zij door middel van emotion-focused coping probeerden te vervullen. De elf emotion-focused citaten uit deze groep

zijn gedaan door slechts twee respondenten. Opmerkelijk is dat dit twee vrouwelijke respondenten waren. De overige zes VA-MRSA-dragers hebben geen enkele keer gesproken over emotion-
focused copingtechnieken. Het merendeel van de citaten hadden betrekking op de copingtechniek
venting feelings (7 van de 11 citaten). De twee VA-MRSA-dragers konden hun verhaal en emoties
kwijt bij hun naaste familie en bij bekenden die werkzaam waren in het ziekenhuis (en wisten hoe
het MRSA-beleid in elkaar stak).

4.3 Informatievoorziening en waardering

In tabel 4.6 staat het totaal aantal citaten over een informatievoorziening en het aantal personen
per type MRSA-drager dat een informatievoorziening aangereikt heeft gekregen. In paragraaf
4.3.1 worden de resultaten besproken per type MRSA-drager.

Tabel 4.6 Aantal citaten over de informatievoorziening, en het aantal personen die dit genoemd hebben,
onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers.

Informatievoorziening	Aantal citaten	n	Aantal CA- personen¹	Aantal HA- personen¹	Aantal VA- personen¹
Informatiefolder van:					
Ziekenhuis	23 (13.7%)	8	4	2	2
GGD	10 (6.0%)	1	1	0	0
Behandelingsinformatie op papier van:					
Ziekenhuis	6 (3.6%)	6	1	4	1
GGD	1 (0.6%)	1	0	1	0
Huisarts	5 (3.0%)	2	1	0	1
Handelingstoelichting/maatregelen op papier van:					
Ziekenhuis	5 (3.0%)	3	1	1	1
GGD	4 (2.4%)	4	1	3	0
Mondelinge informatie					
Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	8 (4.2%)	5	3	1	2
Ziekenhuishygiënist	12 (7.2%)	4	2	0	2
Behandelend arts	5 (3.0%)	4	2	0	2
Verplegend personeel	2 (1.2%)	1	0	0	1
Microbioloog	12 (7.2%)	4	1	3	0
Huisarts	10 (6.0%)	5	3	0	2
GGD	30 (18.0%)	7	3	4	0
Afdelingshoofd ziekenhuis	10 (6.0%)	4	0	4	0
Bedrijfsarts	4 (2.4%)	3	1	2	0
Verloskundige	9 (5.3%)	1	0	0	1
Geen informatie	12 (7.2%)	6	1	1	4
Totaal aantal citaten	167 (100%)				

¹Vanwege de aard van de subvraag waarop deze paragraaf betrekking heeft, is hier gekozen voor aantal personen die een bepaalde voorziening hebben genoemd in plaats van aantal citaten over een bepaalde informatievoorziening.

Van alle informatievoorzieningen bleken de meeste respondenten een informatiefolder van het ziekenhuis te hebben ontvangen (n=8), gevolgd door mondelinge informatie van de GGD (n=7). Dit laatste gold enkel voor de CA- en HA-MRSA-dragers, niet voor de VA-MRSA-dragers. Behandelingsinformatie op papier werd door zes respondenten genoemd. Een opvallend gegeven is dat zes respondenten hebben aangegeven helemaal geen informatie te hebben ontvangen over MRSA. Het meest aantal keren werd een waardering uitgesproken over de GGD (18%), de informatiefolder van het ziekenhuis (13.7%), de ziekenhuishygiënist en microbioloog (elk 7.2%).

Van alle informatievoorzieningen werd de mondelinge informatie van de GGD het meest gewaardeerd, gevolgd door de mondelinge informatie van de ziekenhuishygiënist. Het minst gewaardeerd werd de informatiefolder van het ziekenhuis en mondelinge informatie van de microbioloog. Hieronder staan per type MRSA-drager de informatievoorzieningen en hun waardering beschreven.

4.3.1 Informatievoorziening en de waardering per type MRSA-drager

De belangrijkste informatievoorziening voor CA-MRSA-dragers bestond uit een informatiefolder van het ziekenhuis (n=4) en mondelinge informatie van de GGD (n=3), de huisarts (n=3) en het ziekenhuis (n=3). Van alle informatievoorzieningen werd de mondelinge informatie van de GGD door de CA-MRSA-dragers het meest gewaardeerd. De persoon van de GGD werd als deskundig, goed bereikbaar en duidelijk beoordeeld. De informatie die werd gegeven was duidelijk en stelde de drager in veel gevallen gerust.

Over de informatiefolder van het ziekenhuis en de mondelinge informatie van de huisarts waren deze respondenten het minst positief. Een veelgemaakte opmerking was dat de informatiefolder niet duidelijk genoeg was, waardoor men na het lezen van de folder nog steeds niet precies wist waar men aan toe was. De huisarts bleek over te weinig kennis te beschikken met betrekking tot MRSA en kwam daardoor ondeskundig over op de drager. Ook veroorzaakte de huisarts, als gevolg van zijn gebrek aan kennis, in een aantal gevallen onrust bij de drager. Een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 823): "Door wat de huisarts zei, dat ze (dochter met MRSA) heel erg op moest letten en dat zij alleen haar vuile kleren mocht aanraken, zei zij op een gegeven moment: Je durft niks meer, want je bent bang dat je iedereen aansteekt. Dus de huisarts heeft absoluut onrust veroorzaakt door wat hij verteld heeft. De huisarts maakte er meer een soort drama van dan de GGD deed."

Over de mondelinge informatie door het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd naar welk persoon) waren de meningen verdeeld. De ziekenhuishygiënist bleek echter, hoewel deze voorziening slecht door twee respondenten is genoemd, wel een gewaardeerde informatievoorziening. Deze gaf duidelijke informatie die geruststelde.

De HA-MRSA-dragers kregen met name mondelinge informatie aangereikt door hun afdelingshoofd (n=4) en de GGD (n=4). Ook kregen zij vaker dan de andere twee groepen behandelingsinformatie op papier aangereikt (n=4), handelingstoelichting op papier van de GGD (n=3) en mondelinge informatie van de microbioloog (n=3). De meest gewaardeerde informatievoorziening voor deze groep MRSA-dragers was de mondelinge informatie die de GGD en het afdelingshoofd verstrekten. Ook door deze groep MRSA-dragers werd de GGD als deskundig, bereikbaar en duidelijk beoordeeld. Over het afdelingshoofd werd gezegd dat deze helder was in

haar overdracht van informatie en dat de informatie ook duidelijkheid schepte over wat te doen. De microbioloog werd het minst positief beoordeeld. Meest genoemde commentaar was dat deze persoon weinig begripvol was ten overstaande van de dragers. Het volgende citaat laat hiervan een voorbeeld zien:

(citaat no. 2307): "De microbioloog die zei: ach ja, maak je niet druk. Echt zo van: maak je niet druk?? Ik ben degene die besmet is! Ik maak me wél heel druk, want ik wil wel zo meteen weer aan het werk. Mocht ik die bacterie bij me houden, dan kom ik niet meer op deze afdeling aan het werk. Direct met de patiëntenzorg. En dat is toch wel waar je voor gekozen hebt. Dus toen dacht ik: maak je niet druk? Ik maak me wel heel druk, ik moet zoveel weken lang dit allemaal hanteren. Die vond ik er nonchalant en laconiek over praten."

Over de informatie op papier werd geen waardering uitgesproken.

De meest opvallende bevinding met betrekking tot de VA-MRSA-dragers is het feit dat de helft van de dragers geen enkele informatie heeft ontvangen over MRSA (n=4). De informatievoorziening blijkt in deze groep minder gestructureerd en meer verdeeld over verschillende instanties. De VA-MRSA-dragers hebben minder vaak informatie op papier aangereikt gekregen dan de andere twee groepen en ontvingen mondelinge informatie van uiteenlopende personen zoals de huisarts (n=2), de ziekenhuishygiënist (n=2), het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd welk persoon) (n=2) en de behandelend arts (n=2).

(Citaat no. 1336): "En toen heeft de ziekenhuishygiënist 's avonds me wel nog even opgebeld van hoe en wat (nadat ik die dag uit het ziekenhuis was ontslagen). Die belden op wat ik verder moest doen. En afspraak maken voor controle. Daar ging het eigenlijk om. Niet echt over MRSA. Hij heeft wel kort uitgelegd wat het inhield."

Opvallend is dat in tegenstelling tot de andere twee groepen MRSA-dragers, de GGD zich op geen enkele manier bemoeid heeft met de informatievoorziening voor VA-MRSA-dragers. Geen mondelinge informatie, maar ook geen informatie op papier.

Twee VA-MRSA-dragers hebben een informatiefolder van het ziekenhuis ontvangen, maar waren hier niet positief over. De folder omvatte volgens de respondenten te weinig informatie en was daardoor niet duidelijk. Over het algemeen werd de mondelinge informatie van de huisarts en de behandelend arts het meest gewaardeerd door de VA-MRSA-dragers.

4.4 Informatiezoekgedrag en waardering

In deze paragraaf wordt het informatiezoekgedrag van de drie typen MRSA-dragers beschreven. Allereerst wordt ingegaan worden op de soorten zoekgedrag, vervolgens zal per type zoekgedrag gekeken worden naar de informatiebronnen die de respondenten aanboren. Tot slot zal de waardering van de aangeboorde informatiebronnen aan de orde komen.

4.4.1 Soorten zoekgedrag

In tabel 4.7 staan de resultaten weergegeven die betrekking hebben op het informatiezoekgedrag. De meeste uitspraken bleken betrekking te hebben op het actief zoeken naar informatie (164 van

226). Voor alle drie groepen MRSA-dragers is actief zoeken het meest voorkomende zoekgedrag in het onderzoek. Dit is niet bijzonder te noemen, aangezien het onderzoek hier voornamelijk op gericht is (actief zoeken als copingstrategie) en er ook direct naar dit type zoekgedrag is gevraagd in de interviews. Bij actief zoeken gaat de drager bewust op zoek naar een informatiebron om antwoord te krijgen op een vraag. In tabel 4.7 staat een voorbeeldcitaat vermeld.

HA- en CA-MRSA-dragers blijken het meest actief informatie te zoeken (respectievelijk 67 en 60 van 164 citaten). Voor een goede vergelijking tussen deze twee groepen wordt hier weer gekeken naar de gemiddelden per persoon: De HA-MRSA-dragers hebben op dit deelconstruct een gemiddelde van 8,4 citaten per persoon, de CA-MRSA-dragers een gemiddelde van 10 citaten en zijn hiermee de meest actieve zoekers van informatie omtrent MRSA. Met andere woorden: CA-MRSA-dragers hebben de meeste keren actief een bron geraadpleegd om antwoord op hun vragen te krijgen.

Tabel 4.7 Aantal citaten over vier soorten zoekgedrag, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers

Informatiezoekgedrag	Aantal citaten	n	Aantal CA citaten	Aantal HA citaten	Aantal VA citaten
Passieve aandacht	2	2	-	2	-
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Je hebt die folders wel eens gezien (over MRSA), maar dat je ze nou uit je hoofd weet...nee."					
Passief zoeken	45	18	10	7	28
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Ik heb meer dingen gevraagd als ik sprak met iemand van de verpleging. Maar als je zou willen, dan kon je denk ik wel contact opnemen met de hygiënist of zo. Maar dat heb ik niet gedaan."					
Actief zoeken	164	21	60	67	37
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Ja, elke keer had ik weer een vraagje. Dan belde ik de microbioloog weer. Allemaal kleine dingetjes, die me dan in gedachten schoten. "					
Doorlopend zoeken	15	4	-	-	15
<u>Voorbeeld citaat:</u> "Op het moment dat er via de vakliteratuur of via internet wat komt over MRSA, dan zoek je het wel op. Dan lees je het wel."					
Totaal aantal citaten	226		70	76	80

De VA-MRSA-dragers hebben de hoogste score op het totale aantal zoekgedragcitaten (80 van de 226), maar blijken veel minder vaak dan de andere twee groepen actief naar informatie over MRSA te zoeken (37 van 164). Hun zoekgedrag is meer evenredig verdeeld over de vier typen. Zij zoeken relatief vaak passief (28 van 80) en doorlopend naar informatie over MRSA (15 van 80). Deze twee typen zoekgedrag worden door de CA- en de HA-MRSA-dragers minder vaak of helemaal niet gebruikt. Passief zoeken gebeurt bij de VA-MRSA-dragers voornamelijk wanneer het onderwerp zich tijdens een ziekenhuisbezoek of consult voordoet. De respondent grijpt deze gelegenheid aan om informatie op te doen en vragen te stellen (zie voorbeeldcitaat in tabel 4.6). Daarnaast vindt passief zoeken plaats tijdens ander (zoek)gedrag, zoals het lezen van de krant of het kijken van tv. De urgentie om antwoord te krijgen op specifieke vragen blijkt voor deze groep

MRSA dragers in veel gevallen niet zo groot, dat zij onmiddellijk actief op zoek gaan naar het antwoord. Doorlopend zoeken komt voornamelijk voort uit beroepsinteresse van VA-MRSA dragers. Varkenshouders blijven graag op de hoogte van allerlei zaken die te maken hebben met hun bedrijf, dus ook van ontwikkelingen op het gebied van MRSA. Het voorbeeldcitaat in tabel 4.7 geeft dit weer.

4.4.2 Geraadpleegde informatiebronnen per type zoekgedrag

Passieve aandacht bestond uit twee uitspraken. Twee verpleegkundigen hebben door hun beroep eerder te maken gehad met informatie over MRSA, maar het toen niet actief opgenomen, omdat het op dat moment niet relevant voor hen was. Beide keren betrof dit informatie waaraan zij tijdens hun werk werden blootgesteld, één maal een informatiefolder en één maal mondelinge informatie van een microbioloog.

Informatiebronnen bij passief zoeken

In tabel 4.8 staan de informatiebronnen die door de respondenten gebruikt zijn tijdens passief zoeken.

Tabel 4.8 Geraadpleegde informatiebronnen bij passief zoeken, onderverdeeld naar de drie typen MRSA dragers

Informatiebronnen	Aantal citaten	N	Aantal citaten CA	Aantal citaten HA	Aantal citaten VA
• Buren, familie, vrienden, collega's	3 (6.7%)	2	-	1	2
• Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	1 (2.3%)	1	1	-	-
• Ziekenhuishygiënist	2 (4.4%)	2	1	1	-
• Behandelend arts	3 (6.7%)	2	1	-	2
• Verplegend personeel	2 (4.4%)	2	-	-	2
• microbioloog	2 (4.4%)	2	1	1	-
• huisarts	4 (8.9%)	1	-	-	4
• GGD	2 (4.4%)	2	2	-	-
• Internet	2 (4.4%)	2	-	-	2
• TV	4 (8.9%)	4	2	1	1
• Krant	7 (15.6%)	7	2	2	3
• (Vak)bladen	10 (22.2%)	4	-	-	10
• Niet nader omschreven: 'Je leest en hoort het...'	1 (2.3%)	1	-	-	1
• Geen bron genoemd	2 (4.4%)	2	-	1	1
Totaal aantal citaten	45 (100%)		10	7	28

(Vak)bladen bleken de belangrijkste informatiebron bij passief zoeken (22.2% van 45).

Opmerkelijk is dat dit enkel door de VA-MRSA dragers is genoemd. Vier VA-MRSA dragers gaven aan dat er in de bladen op hun vakgebied al langere tijd artikelen staan over MRSA in de varkenssector en dat zij de bladen gebruikten om informatie op te doen over MRSA:

(citaat no. 1029): "De bladen staan er vol van. Vooral de vakbladen hè, de Boerderij en Agrarisch dagblad. Daar staat nog meer in dan gewoon in de krant. In de vakbladen staat het er al heel lang in. Elke keer weer."

Na de vakbladen was de krant met 15.6% de belangrijkste informatiebron bij passief zoeken. Voor alle drie typen MRSA-dragers bleek de krant één van de belangrijkste informatiebronnen voor passief zoeken. Op de derde plaats staan met elk vier citaten de TV en de huisarts (8.9%). De tv werd door vier respondenten genoemd als informatiebron voor passief zoeken. Het betrof hier een documentaire over MRSA of een nieuwsitem uit een nieuwsprogramma. Voor één VA-MRSA-drager bleek de huisarts een belangrijke bron voor passief zoeken te zijn. Deze persoon noemde het vier maal in het interview.

Informatiebronnen bij actief zoeken

Actief zoeken is informatie zoeken zoals dit genoemd wordt als problem-focused copingstrategie. In tabel 4.9 staan de informatiebronnen die door de drie typen MRSA-dragers zijn gebruikt tijdens het actief zoeken naar informatie.

Tabel 4.9 Geraadpleegde informatiebronnen bij actief zoeken, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers

Informatiebronnen	Aantal citaten	N	Aantal citaten CA	Aantal citaten HA	Aantal citaten VA
• Buren, familie, vrienden, collega's	7 (4.3%)	5	2	4	1
• Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	13 (8.0%)	6	7	1	5
• Ziekenhuishygiënist	15 (9.1%)	7	6	3	6
• Behandelend arts	-	-	-	-	-
• Verplegend personeel	1 (0.6%)	1	-	-	1
• microbioloog	29 (17.7%)	8	5	24	-
• huisarts	13 (8.0%)	9	2	4	7
• GGD	16 (9.8%)	6	13	3	-
• Afdelingshoofd	9 (5.4%)	5	-	9	-
• Bedrijfsarts	1 (0.6%)	1	-	1	-
• Veearts	2 (1.2%)	1	-	-	2
• Verloskundige	1 (0.6%)	1	-	1	-
• Apotheek	1 (0.6%)	1	-	1	-
• Internet	51 (31.1%)	16	23	12	16
• TV	-	-	-	-	-
• Krant	1 (0.6%)	1	-	-	1
• (Vak)bladen	2 (1.2%)	1	-	-	2
• Geen bron genoemd	2 (1.2%)	2	2	-	-
Totaal	164 (100%)		60	67	37

Een opmerkelijke bevinding uit de tabel is het hoge aantal citaten dat is uitgesproken over het internet als informatiebron. In 31.1% van de gevallen waarin men op zoek ging naar informatie, raadpleegden de MRSA-dragers het internet. Voor alle drie groepen bleek het internet een belangrijke bron voor informatie. De CA-MRSA-dragers bleken hierbij van de drie typen dragers het internet het meest te gebruiken als informatiebron bij actief zoeken (23 van de 51 citaten). Het volgende citaat laat een mogelijke verklaring voor het veelvuldig gebruik van internet als informatiebron zien:

(Citaat no. 358): "Weet je, als je niks bij de hand hebt, geen papieren, geen telefoonnummer, dan ga je meteen op het internet. Dat doet iedereen. Geen informatie en je kunt niemand bereiken, wat is dan beter: De computer. Dan ga je achter de computer en dan krijg je gewoon alle informatie."

Naast het internet bleken de microbioloog (17.7%) en de GGD (9.8%) belangrijke informatiebronnen te zijn die actief werd aangeboord door de MRSA-dragers. Bij deze twee informatiebronnen zijn echter opvallende verschillen waar te nemen tussen de groepen.

De CA-MRSA-dragers maakten het meest gebruik van internet (23 van 60 citaten) en bleken daarnaast de GGD vaak te raadplegen als informatiebron (13 van 60), dit in tegenstelling tot de HA- en VA-MRSA-dragers. Het ziekenhuis (7 van 60) en de ziekenhuishygiënist (6 van 60) werden door deze groep eveneens regelmatig geraadpleegd.

Voor de HA-MRSA-dragers was de microbioloog de belangrijkste informatiebron bij actief zoeken (24 van 67 citaten). Internet staat bij de HA-MRSA-dragers op een tweede plaats (12 van 67), gevolgd door het afdelingshoofd (9 van 67). De microbioloog bleek enkel voor de HA-MRSA-dragers een belangrijke informatiebron te zijn. Voor de CA- en VA-MRSA-dragers was deze persoon veel minder van belang (respectievelijk 3 van 67 en 0 van 37). HA-MRSA-dragers bleken vergeleken met CA- en VA-MRSA-dragers, daarnaast ook geregeld informele bronnen aan te boren (4 van 67). Dit waren voornamelijk collega's.

Voor de VA-MRSA-dragers was na het internet (16 van 37) de huisarts (7 van 37), de ziekenhuishygiënist (6 van 37) en het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd naar persoon) (5 van 37) de belangrijkste informatiebronnen die zij aanboorden.

Informatiebronnen bij doorlopend zoeken

Doorlopen zoeken gebeurde op diverse manieren, via informele bronnen zoals burens, familie, collega's, maar ook via formele wegen zoals het lezen van de krant of de vakbladen. Tabel 4.10 geeft een overzicht van de gebruikte bronnen bij doorlopend zoeken. De belangrijkste informatiebronnen voor het op peil houden en uitbreiden van algemene kennis over MRSA, bleken de vakbladen vanuit de varkenssector te zijn (3 van de 8 citaten).

Tabel 4.10 Geraadpleegde informatiebronnen bij doorlopend zoeken

Informatiebronnen	Aantal citaten	N	Aantal citaten CA	Aantal citaten HA	Aantal citaten VA
• Buren, familie, vrienden, collega's	1 (12.5%)	1	-	-	1
• Veearts	2 (25%)	1	-	-	2
• Internet	1 (12.5%)	1	-	-	1
• Krant	1 (12.5%)	1	-	-	1
• (Vak)bladen	3 (37.5%)	3	-	-	3
Totaal aantal citaten	8 (100%)				

4.4.3 Waardering van informatiebronnen

In tabel 4.11 wordt een totaalbeeld geschetst van de informatiebronnen waarover de MRSA-dragers een waardering hebben uitgesproken. Uit deze tabel blijkt dat de meeste waarderingssuitspraken zijn gedaan over het internet (24.9%), de microbioloog (14.9%), de huisarts (12.4%) en het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd) en de GGD (elk 12%). De respondenten beoordeelden het internet het meest negatief (50 van de 60 citaten negatief), gevolgd door het ziekenhuis (23 van 29) en de microbioloog (24 van 36). De meest positief gewaardeerde informatiebronnen waren de ziekenhuishygiënist (20 van 25 positief), de GGD (18 van 29), de huisarts (18 van 30) en het afdelingshoofd (5 van 6).

Tabel 4.11 Aantal waarderingscitaten (met + en -) dat is uitgesproken over de informatiebronnen, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers

Informatiebronnen	Totaal aantal citaten	Aantal citaten		n	Aantal CA-citaten	Aantal HA-citaten	Aantal VA-citaten
		+	-				
• Buren, familie, vrienden, collega's	6 (2.5%)	4	2	3	1	5	-
• Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	29 (12.0%)	6	23	9	17	3	8
• Ziekenhuishygiënist	25 (10.4%)	20	5	7	14	2	9
• Behandelend arts	6 (2.5%)	0	6	3	5	-	1
• Verplegend personeel	1 (0.4%)	1	0	1	-	-	1
• Microbioloog	36 (14.9%)	12	24	8	1	35	-
• huisarts	30 (12.4%)	18	12	10	8	6	16
• GGD	29 (12.0%)	18	11	7	25	4	-
• Afdelingshoofd	6 (2.5%)	5	1	4	-	6	-
• Bedrijfsarts	3 (1.3%)	0	3	1	3	-	-
• Internet	60 (24.9%)	10	50	17	28	18	14
• TV	5 (2.1%)	1	4	3	5	-	-
• Krant	4 (1.7%)	0	4	4	2	2	-
• (Vak)bladen	1 (0.4%)	1	0	1	-	-	1
Totaal aantal citaten	241 (100%)				109	81	50

Het internet werd door alle drie groepen dragers slecht beoordeeld. Voornamelijk wat betreft duidelijkheid bleek het internet te wensen over te laten. De respondenten gaven aan dat zij vaak niet de informatie konden vinden die zij zochten en een aantal wist ook niet wáár ze moesten zoeken, omdat er geen goede sites waren die de drager van alle informatie voorzien. Dit gold voor alle drie groepen MRSA-dragers. Twee voorbeelden:

(citaat no. 855): "Onze oudste dochter heeft op internet gekeken. Maar ja, daar staat eigenlijk ook weinig op. Ze heeft gekeken bij MRSA. En daar stond dat het besmettelijk was. Maar hoe en wat je moest doen? En dat het van varkens afkwam, dat stond er ook. Ze noemden het eigenlijk een ziekenhuisziekte. Zo werd het eigenlijk omschreven. Maar met die informatie daar kon je in principe niets mee."

(citaat no. 1516): "Als je bij een zoekmachine MRSA intoetst, dan krijg je misschien wel 20 sites met een link naar MRSA, ja...."

Meer verontrustend is wellicht het feit dat het internet door de CA-MRSA-dragers werd beoordeeld als veroorzaker van onrust. Zij werden angstig door de informatie die er op stond. Het volgende citaat is hier een voorbeeld van:

(citaat no. 283): "En ik heb via internet gekeken. Maar het internet maakt mensen echt bang, echt waar. Er staat: 'Het is echt een vervelende bacterie, is een besmettelijke bacterie. En als je hele lichaam de bacterie krijgt, ga je sowieso dood.' En ik heb het onder mijn oksel gehad en ik dacht: Oh, het is heel erg, echt waar."

Over het algemeen kan gesteld worden dat niet alleen het internet angst opwekt, maar dat ook andere media angstopwekkend kunnen werken. Een aantal CA-MRSA-dragers bleek angstig te zijn geworden naar aanleiding van informatie over MRSA die zij op tv hadden gezien. En zowel CA-MRSA-dragers als HA-MRSA-dragers gaven aan dat berichtgeving in de krant ook onrust kan opwekken.

Waardering van informatiebronnen per type MRSA-drager

De CA-MRSA-dragers hebben de meeste waarderingssuitspraken gedaan over achtereenvolgens; het internet (28 van 109), de GGD (25), het ziekenhuis (17) en de ziekenhuishygiënist (14). Van deze informatiebronnen werd het internet het minst gewaardeerd, vanwege het gebrek aan eenduidige informatie. Dit is hierboven besproken. Het meest gewaardeerd werden de ziekenhuishygiënist en de GGD. De ziekenhuishygiënist was volgens de CA-MRSA-dragers goed bereikbaar, gaf duidelijke informatie en stelde met zijn/haar informatie de drager gerust. De persoon van de GGD werd beoordeeld als deskundig, bereikbaar en begripvol. Hij/zij schepte duidelijkheid voor de praktijk, zodat de drager wist wat deze als MRSA-drager wel en niet kon doen in praktijksituaties. Een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 180): "Maar ze (GGD-verpleegkundige) heeft mij wel gerustgesteld en goede informatie gegeven, praktische tips. En uiteindelijk vroeg ik ook: Mag ik daar dan blijven werken? En toen heeft

ze mij zelfs teruggebeld, heeft ze alles uitgezocht voor mij. En daar bleek dus uit dat ik daar mocht blijven werken.”

Het ziekenhuis in algemene zin werd minder goed beoordeeld door deze groep. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan één persoon die zijn/haar ongenoegen uitte over het handelen van het ziekenhuis.

De HA-MRSA-dragers maakten de meeste opmerkingen over de microbioloog (35 van 81). Deze persoon was op het internet na, de minst gewaardeerde informatiebron. Het meest genoemde commentaar was dat de microbioloog slecht bereikbaar was voor vragen. Ook was de microbioloog niet altijd begripvol en er werd gezegd dat deze persoon niet altijd duidelijk was wanneer hij informatie verstrekke. Het volgende citaat geeft hier een voorbeeld van:

(citaat no. 2127): “Eigenlijk omdat de microbioloog steeds wat anders zei en ik toch wat advies wilde over hoe ik het nou moest aanpakken. De microbioloog zei steeds ook verschillende dingen. Ik wist zelf ook niet goed meer wat ik ermee moest.”

Over het afdelingshoofd als informatiebron zijn slechts zes waarderingsuitspraken gedaan, maar deze waren op één na allemaal positief. Het afdelingshoofd gaf bij vragen uiteindelijk altijd een duidelijk antwoord en bovendien werd deze persoon beoordeeld als begripvol.

De VA-MRSA-dragers hebben het meest gesproken over het internet (14 van 50), de huisarts (16 van 50), de ziekenhuishygiënist (9 van 50) en het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd) (8 van 50). De meest gewaardeerde informatiebron was de huisarts. Deze werd beoordeeld als deskundig en was begripvol ten overstaande van de MRSA-dragers. Daarnaast was deze goed bereikbaar en vertrouwd voor de drager. Een voorbeeld:

(citaat no. 1463): “Hij (de huisarts) staat er helemaal open voor, hij wil er zelf ook gewoon meer van weten. Hier in Noord-Limburg zitten zo ontzettend veel varkens en dat zegt hij zelf ook, daar krijgt hij vast nog veel meer mee te doen. Ook geïnteresseerd vind ik. Het gevoel dat ik ook echt serieus genomen word.”

Tevens positief beoordeeld werd de ziekenhuishygiënist. De informatie die de hygiënist verstrekke, stelde in veel gevallen gerust. Het minst gewaardeerd werd het internet. Hierbij moet vermeld worden dat de VA-MRSA-dragers in vergelijking met de CA- en HA-MRSA-dragers, de minste problemen lijken te hebben met het internet. Zij worden er niet angstig van en ervaren enkel onduidelijkheid, doordat zij niet weten waar zij voor hen relevante informatie kunnen vinden. Eveneens slecht gewaardeerd, maar minder slecht dan het internet, werd het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd). Een aantal VA-MRSA-dragers vond het ziekenhuis niet deskundig en niet duidelijk bij het beantwoorden van vragen.

4.5 Barrières/gebreken

In tabel 4.12 staan vier barrières/gebreken weergegeven die uit de interviews naar voren zijn gekomen. De meest genoemde barrière had betrekking op een gebrek aan algemene richtlijnen en kennis bij instanties (57 van 74 citaten). 15 MRSA-dragers werden bij het informatie zoeken

gehinderd doordat instanties over onvoldoende kennis beschikten om hun vragen te beantwoorden en doordat algemene richtlijnen ontbraken. Enerzijds is dit toe te schrijven aan onvoldoende onderzoek omtrent de MRSA-bacterie, met name op het gebied van CA- en VA-MRSA. Hierdoor is nog niet alle informatie bekend rondom de bacterie en daardoor konden instanties geen duidelijke richtlijnen opstellen voor dragers. Anderzijds bleek dat zorgprofessionals simpelweg niet goed op de hoogte waren van MRSA; huisartsen en bedrijfsartsen bleken veelvuldig over onvoldoende kennis te beschikken wat betreft MRSA.

De CA-MRSA-dragers ondervonden de meeste problemen als gevolg van deze interveniërende variabele (24 van 57 citaten), gevolgd door de VA-MRSA-dragers (17 van 57) en HA-MRSA-dragers (16 van 57).

De overige barrières bleken van een veel minder groot belang voor de dragers. De VA-MRSA-dragers bleken, naast het gebrek aan kennis en richtlijnen, een barrière te ervaren als gevolg van gebrek aan geld bij instanties (5 van 29). Gebrek aan tijd bij instanties werd door de drie typen dragers niet vaak genoemd als barrière. Gebrek aan tijd bij de drager werd enkele malen genoemd door één VA-MRSA-dragers.

Tabel 4.12 Aantal citaten over barrières/gebreken, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers

Barrières/gebreken	Aantal citaten	n	Aantal CA Citaten	Aantal HA citaten	Aantal VA citaten
Gebrek aan algemene richtlijnen en kennis bij instanties	57	15	24	16	17
Gebrek aan geld bij instanties	8	4	2	1	5
Gebrek aan tijd bij instanties	4	4	1	1	2
Gebrek aan tijd bij de drager	5	1	-	-	5
Totaal aantal citaten	74		27	18	29

4.6 Aanbevelingen uit de interviews en de focusgroep

In deze paragraaf worden de aanbevelingen besproken die uit de interviews naar voren zijn gekomen en die door middel van de focusgroep verder zijn uitgediept. In paragraaf 4.6.1 staan de aanbevelingen weergegeven. Vervolgens zullen deze in paragraaf 4.6.2 worden toegelicht.

4.6.1 Centrale thema's uit de interviews

Aangezien aanbevelingen geen onderdeel uitmaken van het onderzoeksmodel zijn deze niet op dezelfde manier gekwantificeerd zoals dit gedaan is bij stress, coping en informatiezoekgedrag etc. De aanbevelingen uit de interviews zijn samengevat in centrale thema's en staan in tabel 4.13. Hierbij staat tevens aangegeven of het enkel een problem-focused, ofwel een informatiegerichte aanbeveling is of ook een op emoties gerichte aanbeveling.

Uit de tabel valt af te lezen dat een folder/brochure door het meeste aantal personen genoemd is als aanbeveling (n=18), gevolgd door een persoonlijk gesprek (n=17), een website (n=15) en initiatief (in communicatie) van het ziekenhuis (n=14). In de volgende paragraaf zullen de centrale thema's afzonderlijk worden besproken.

Tabel 4.13 Centrale thema's met aanbevelingen naar informatiegerichtheid (problem-focused) en emotiegerichtheid, onderverdeeld naar de drie typen MRSA-dragers

Centrale thema's	Informatie-gericht of emotiegericht	¹ Aantal personen (n=22)	Aantal CA-MRSA (n=6)	Aantal HA-MRSA (n=8)	Aantal VA-MRSA (n=8)
Informatievoorziening direct na constatering MRSA – persoonlijk gesprek	Informatie en Emotie	17	6	7	4
Eén vast contactpersoon	Informatie en Emotie	9	3	5	1
Informatie ter raadpleging:					
-website	Informatie	15	4	4	7
-folder/brochure	Informatie	18	5	6	7
-lotgenoten/forum	Informatie en Emotie	10	4	6	0
Initiatief (in communicatie) van het ziekenhuis verbeteren	Informatie en Emotie	14	2	7	5
Continuïteit van informatievoorziening	Informatie	5	0	0	5
Kennistekort professionals verbeteren:					
- huisarts/bedrijfsarts/kraamzorg/verloskundige moet meer kennis hebben	Informatie	7	4	2	1
- ziekenhuis(personeel) moet meer kennis hebben/eenduidiger beleid en routinematiger mee omgaan	Informatie	6	0	1	5
Richtlijnen voor het werk opstellen	Informatie	3	3	0	0
Betere afstemming en samenwerking tussen instanties	Informatie	9	3	1	5

¹ Het betreffen hier aantallen personen dat een aanbeveling heeft genoemd.

4.6.2 Concrete invulling van de centrale thema's

Informatievoorziening direct na constatering van MRSA – persoonlijk gesprek

Uit de interviews is naar voren gekomen dat een persoonlijk gesprek erg belangrijk is, wanneer men net te horen heeft gekregen dat men MRSA-positief is. Voornamelijk voor CA-MRSA-dragers en HA-MRSA-dragers bleek dit belangrijk te zijn. Naast het informatieve aspect waarin het persoonlijk gesprek dient te voorzien, speelt hier het emotionele aspect een rol. Iemand waar zij hun verhaal bij kwijt kunnen en die persoonlijke aandacht heeft voor hun situatie. Dit geldt voornamelijk voor HA- en CA-MRSA-dragers. De VA-MRSA-dragers bleken veel minder behoefte te hebben aan een persoonlijk gesprek. Er zijn uiteenlopende personen genoemd met wie een dergelijk gesprek zou moeten plaatsvinden. Echter, veel belangrijker dat een *bepaalde* persoon bleken de *eigenschappen* van deze persoon te zijn. Uit de focusgroep kwam naar voren dat voor MRSA-dragers professionaliteit en deskundigheid voorop staat. En deze persoon moet wellicht ook fulltime bezig zijn met MRSA. Een huisarts is volgens alle drie typen dragers prettig, vanwege het feit dat deze persoon vertrouwd is en dichtbij de drager staat, maar volgens CA- en HA-MRSA-dragers is hij/zij vaak niet vakkundig genoeg. Iemand vanuit het ziekenhuis die met betrekking tot MRSA overal van op de hoogte is, zou het beste zijn. VA-MRSA-dragers gaven daarentegen toch de voorkeur aan de huisarts om een persoonlijk gesprek mee te voeren.

Een persoonlijk gesprek zou thuis kunnen plaatsvinden of op een aparte afdeling in het ziekenhuis waar men niet direct in contact komt met vatbare mensen, bijvoorbeeld een speciale poli. Een belangrijk argument om het thuis te laten plaatsvinden is het feit dat familieleden erbij kunnen zijn (omdat die vaak ook vragen hebben). Dit bleek voor een aantal dragers van belang te zijn. Dit kan echter ook door familieleden mee te laten gaan naar een persoonlijk gesprek elders.

Vast contactpersoon/punt

Binnen dit centrale thema zijn meerdere aanbevelingen gedaan:

- Er moet één vast aanspreekpunt/contactpersoon zijn

Met name aanbevolen door CA- en HA-MRSA-dragers. Er moet continu één contactpersoon zijn bij wie de MRSA-drager terecht kan voor vragen en die de drager begeleidt en belt als er nieuws is. CA-MRSA-dragers noemen de GGD en de huisarts, HA-MRSA-dragers noemen de GGD, het afdelingshoofd of een verpleegkundige die het MRSA-dragerschap zelf heeft ervaren. Ook hier geldt dat deskundigheid belangrijker is dan specifiek de functie van deze persoon. Bereikbaarheid en ervarenheid bleken eveneens belangrijke voorwaarden. Voor CA-MRSA-dragers dient het niet alleen een contactpersoon zijn die enkel informatie verstrekt, maar moet het ook een persoon zijn die de MRSA-drager, indien nodig, nog meer zou kunnen begeleiden in het proces en zo steun kan bieden. Ook hier blijkt het emotionele aspect een rol te spelen bij de informatievoorziening. HA-MRSA-dragers vinden dit ook belangrijk. Volgens hen zou een verpleegkundige die het MRSA-dragerschap zelf ervaren heeft een geschikt persoon zijn, omdat deze persoon zich kan inleven in de situatie en hierdoor de MRSA-positieve verpleegkundigen beter kan begeleiden. VA-MRSA-dragers bleken minder behoefte te hebben aan één contactpersoon. Zij vonden de huisarts het meest geschikt om contact mee te onderhouden wanneer dit nodig is. De huisarts is bekend en vertrouwd. Daarnaast zijn VA-MRSA-dragers van mening dat er een regionaal aanspreekpunt moet komen waar alle informatie omtrent MRSA aanwezig is en waar onderzoeksgegevens worden verzameld en waar zij ook terecht zouden kunnen met vragen over onderzoeksresultaten.

- Een MRSA-poli/kliniek

Een mogelijke oplossing waarin bovenstaande voorwaarden samenvallen, werd aangedragen door HA-MRSA-dragers: Een MRSA-poli in het ziekenhuis waar alle kennis gecentreerd is en die zorgdraagt voor de gehele begeleiding van MRSA-dragers. Enkele CA-MRSA-dragers hebben al enige ervaring met een dergelijke poli en pleiten hier eveneens voor. Zij zeggen echter dat het ook plaats kan vinden bij de GGD. In de focusgroep is vaak genoemd dat er op de poli een contactpersoon zou moeten zitten die het vaste aanspreekpunt vormt voor MRSA-dragers. Deze persoon moet contact onderhouden met de microbioloog voor beantwoording van vragen en de poli dient daarnaast de huisarts te voorzien van kennis over MRSA. VA-MRSA-dragers spreken zich minder uit over een poli. Zij vinden het wel van belang dat het beleid in het ziekenhuis eenduidiger wordt en dat alle neuzen dezelfde kant op staan, voordat een vast contactpersoon op de poli zijn/haar werk goed kan doen.

Informatievoorziening ter raadpleging

- Folder/brochure en website

Uit de interviews en de focusgroep kwam naar voren dat zowel een uitgebreide folder als een algemene website goede middelen zijn om MRSA-dragers van informatie te voorzien. Voor CA- en HA-MRSA-dragers bleek een folder/website voornamelijk een aanvullende informatievoorziening; het zou nooit een persoonlijk gesprek kunnen vervangen. Een folder dient als naslagwerk na een gesprek en moet ook een telefoonnummer bevatten van een (vast) contactpersoon die gebeld kan worden als er vragen zijn. VA-MRSA-dragers zagen de folder vaker als een volledig communicatiemiddel (mits de folder uitgebreid is) in plaats van als aanvulling op een gesprek.

De folder en de website dienen afkomstig te zijn van een landelijke instantie die het MRSA-beleid heeft opgesteld (voor alle ziekenhuizen), zodat de folder/website eenduidige informatie bevat met algemeen geldende richtlijnen. De website dient dezelfde informatie te bevatten als de folder (ze moeten naar elkaar verwijzen) en kan in het bijzonder dienen voor naasten van MRSA-dragers die geïnteresseerd zijn en er meer over willen weten. Een MRSA-drager kan deze persoon verwijzen naar de website en hoeft zo niet over meerdere folders te beschikken. Folders zouden bovendien moeten liggen bij de huisarts, in het ziekenhuis, bij de apotheek, bedoeld voor mensen die een bekende in hun omgeving hebben die MRSA-positief is.

In de folder en op de website zou duidelijk moeten staan wat MRSA is (met daarbij voldoende informatie over de verschillende varianten die er zijn), wat het inhoudt en wat de maatregelen zijn die de drager moet nemen. In feite dienen zowel de folder als de website een puur informatief doel, waarbij vervulling van emotionele behoeften geen rol spelen.

De website moet bij Google, als men MRSA intypt, op een vrij hoge plaats terechtkomen, zodat die gemakkelijk te vinden is.

- Lotgenotencontact/forum

Met name HA-MRSA-dragers hebben het als prettig ervaren om contact te hebben met andere collega's die ook MRSA-positief waren. Dit lotgenotencontact dient zowel een informatiegericht doel, waarbij er informatie uitgewisseld kan worden over o.a. de behandelingsprocedure als een emotioneel doel waarbij sociale steun kan worden gegeven en ontvangen. Voor HA-MRSA-dragers geldt dat zij dit lotgenotencontact enkel waarderen wanneer het met bekenden is, zoals naaste collega's. Zij hebben niet de behoefte aan een algemeen forum. Voor CA-MRSA-dragers kan het een bepaalde steun bieden, ook achteraf wanneer men genezen is, maar het kan ook voor verwarring zorgen, doordat iemand heel anders begeleid wordt bijvoorbeeld. VA-MRSA-dragers hebben geen enkele behoefte aan lotgenotencontact.

Initiatief (in communicatie) van het ziekenhuis verbeteren

VA-MRSA-dragers hebben aangegeven dat het ziekenhuis zelf initiatief moet tonen en tijdig bij patiënten moet checken of ze tot de risicogroep behoren. Patiënten zouden daar niet zelf mee moeten komen. Hierbij moet de groep vertegenwoordigers van varkensfokkerij-organisaties, varkenstransporteurs, dierenartsen en mensen die werken in slachthuizen niet vergeten worden. Het ziekenhuis zou daarnaast professioneler overkomen wanneer zij voor opname duidelijk zou vertellen welke maatregelen er genomen worden en waarom dit wordt gedaan. Dit wordt door zowel CA-MRSA-dragers als VA-MRSA-dragers onderschreven. Het zou onduidelijkheid en angst wegnemen. Het beste kan dit worden uitgelegd in een persoonlijk gesprek voorafgaand aan de opname. Eventueel telefonisch kan ook.

HA-MRSA-dragers hebben aanbevolen dat het ziekenhuis meer betrokkenheid moet tonen naar MRSA-positieve werknemers en meer steun moet bieden. De belangstelling van het afdelingshoofd is heel belangrijk. Het zou prettig zijn als deze af en toe belt, zodat hij/zij op de hoogte is van hoe het ervoor staat met de MRSA-drager. Daarnaast is het echter nog veel belangrijker dat er een vast aanspreekpunt komt die de drager begeleidt tijdens de behandeling. Dit hoeft niet perse het afdelingshoofd te zijn. Hier gaat het niet zozeer om een informatiegerichte aanbeveling, maar om een emotiegerichte aanbeveling waarbij er sociale steun en betrokkenheid is vanuit de werkgever.

Continuïteit van de informatievoorziening

VA-MRSA-dragers vinden het belangrijk om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rondom MRSA. Enerzijds voorzien vakbladen hierin, maar anderzijds bestaat er bij een aantal VA-MRSA-dragers behoefte aan informatie over nieuwe onderzoeksontwikkelingen op het gebied van MRSA. Zij willen tevens vanuit de humane sector op de hoogte worden gehouden van de MRSA-problematiek. Deze informatie zou afkomstig kunnen zijn van de GGD, het ziekenhuis of eventueel via een MRSA-poli waar over gesproken is. Zeer opzienbarende ontwikkelingen op het terrein van MRSA, bijvoorbeeld verandering van de ernst van de bacterie, dienen zonder meer te worden medegedeeld aan deze groep.

Voor HA-MRSA-dragers geldt dat het, in verband met hun werk als verpleegkundige, eveneens van belang is om op de hoogte te worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen rondom MRSA. Een goede manier hiervoor is een bijeenkomst voor het personeel wanneer er zich nieuwe ontwikkelingen voordoen. Het kan ook via een informatieblad van het ziekenhuis.

Voor CA-MRSA-dragers is continuïteit van de informatievoorziening van minder groot belang, aangezien zij in sectoren werkzaam zijn waar MRSA niet vaak voorkomt. Nadat zij negatief zijn bevonden, hebben zij niet meer te maken met de MRSA-bacterie.

Kennistekort professionals oplossen

Door de MRSA-dragers wordt aanbevolen dat professionals in de zorg meer kennis zouden moeten hebben van MRSA. Het ziekenhuispersoneel (niet alleen verpleegkundigen maar ook telefonistes bij het opnamebureau), de huisarts, de huisartsassistentes, de kraamzorg en de bedrijfsarts zouden beter op de hoogte moeten zijn van MRSA en het beleid. Ook zou het beleid in ziekenhuizen eenduidiger moeten zijn en consequenter moeten worden gehanteerd. Een duidelijke en consistente beleidsvoering kan veel verwarring en onbegrip bij met name VA-MRSA-dragers voorkomen.

Volgens HA-MRSA-dragers vloeit het één uit het ander voort. Het is allereerst van belang dat er een eenduidig MRSA-beleid komt in ziekenhuizen. Vervolgens dient dit beleid duidelijk gecommuniceerd te worden naar alle personeel. Voor verpleegkundigen kan dit via protocollen, maar dan moeten deze uitgebreider zijn dan de huidige protocollen en er dient eveneens aangegeven te worden wat de maatregelen zijn als er naast positieve patiënten, ook verpleegkundigen op de afdeling positief worden. Het is belangrijk dat er een overkoepeld orgaan ontstaat, zodat informatie gedeeld kan worden en niet elke afdeling opnieuw het wiel uit moet vinden. Een poli zou hiervoor geschikt zijn.

Richtlijnen voor het werk opstellen

Een aantal CA-MRSA-dragers hebben voorgesteld dat er duidelijke richtlijnen moeten komen voor het werk; wat mag men wel en niet doen als MRSA-drager? Voornamelijk voor mensen die een beroep hebben waarbij ze veel in aanraking komen met mensen is dit van belang.

Beroepsspecifieke richtlijnen voor maatschappelijk werkers, horeca-personeel en schoonheidsspecialistes. Deze richtlijnen zouden meegenomen kunnen worden in het protocol over hygiëne van de verschillende beroepssectoren. Zo zijn er altijd richtlijnen voor handen, mocht een persoon MRSA oplopen.

Betere afstemming en samenwerking tussen instanties

Door alle drie groepen MRSA-dragers is genoemd dat er een betere afstemming en samenwerking moet zijn tussen instanties onderling, zoals de GGD, de huisarts, de bedrijfsarts, de fysiotherapeut, de verloskundige, de wijkverpleging etc. Als er meerdere partijen betrokken zijn bij de MRSA-drager dan moeten deze onderling goed communiceren en eenduidig zijn naar de MRSA-drager toe. Ook zouden verschillende instanties beter kunnen samenwerken, zoals het ziekenhuis met de huisarts bij het afnemen van kweken.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de conclusies van dit onderzoek worden gepresenteerd. In paragraaf 5.1 worden allereerst de subvragen beantwoord. Vervolgens zal in paragraaf 5.2 een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven. In paragraaf 5.3 worden ten slotte kort de aanbevelingen uit paragraaf 4.6.2 herhaald die dit onderzoek hebben opgeleverd.

5.1 Beantwoording van de subvragen

In deze paragraaf worden de subvragen 1 tot en met 5 beantwoord. Subvraag 6, die betrekking heeft op de aanbevelingen voor verbetering van de hulp- en informatievoorzieningen, zal beantwoord worden in paragraaf 5.1.6.

5.1.1 Stress

Subvraag 1 was: In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring en waardoor wordt deze stress veroorzaakt; door omgevings-, interpersoonlijke of persoonlijke (fysieke, affectieve of cognitieve) factoren en zijn er hierbij verschillen tussen de drie typen MRSA-dragers?

MRSA bleek een stressvolle ervaring te zijn voor dragers. Zowel omgevingsfactoren, interpersoonlijke factoren als de persoonlijke fysieke, affectieve en cognitieve factor bleken stress op te roepen. Deze meeste stress kwam echter voort uit het persoonlijke affect; negatieve gedachten en gevoelens die de persoon ervaart als gevolg van de MRSA, zoals een gevoel van besmettelijkheid, afkeer van de bacterie en angst voor de gevolgen (zoals nooit meer werken).

Van de drie typen MRSA-dragers bleken de CA-MRSA-dragers de meeste stress te ervaren, gevolgd door de HA-MRSA-dragers. De verschillen tussen deze twee groepen zijn echter klein. Zowel de CA- als de HA-MRSA-dragers ervoeren stress als gevolg van omgevingsfactoren, interpersoonlijke factoren en de persoonlijke fysieke, affectieve en cognitieve factor. De meeste stress werd in beide groepen echter veroorzaakt door het persoonlijke affect. Voor CA-MRSA-dragers uitte zich dat in angst voor de bacterie en een gevoel van besmettelijkheid, wat bij sommigen leidde tot bewuste vermijding van sociale contacten uit angst om anderen te besmetten. Bij HA-MRSA-dragers werd stress met name veroorzaakt door de angst om hun baan kwijt te raken. De VA-MRSA-dragers bleken overduidelijk de minste stress te ervaren als gevolg van het MRSA-dragerschap. De stress die zij ervoeren kwam voort uit omgevingsfactoren en uitte zich in onvrede over het handelen van zorginstellingen als gevolg van het MRSA-beleid.

5.1.2 Coping

Subvraag 2 luidde: Welke copingstrategieën hanteren MRSA-dragers om hun behoeften, ontstaan uit de stressvolle situatie, te vervullen en zijn er verschillen tussen de drie typen MRSA-dragers?

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat MRSA-dragers veel vaker problem-focused coping gebruiken dan emotion-focused coping. Met andere woorden: Zij bleken vaker behoefte te hebben aan informatie en hulp als middelen om om te gaan met het MRSA-dragerschap dan behoefte aan emotionele ondersteuning.

CA-MRSA-dragers en VA-MRSA-dragers hebben met betrekking tot problem-focused coping het meest behoefte aan algemene informatie en in de tweede plaats behoefte aan praktische informatie. Zij bleken in de eerste plaats te willen weten wat MRSA is, wat de risico's zijn en wat het inhoudt etc. Daarna volgde de behoefte aan praktische informatie over hoe zij er in het dagelijks leven mee om dienden te gaan. HA-MRSA-dragers weten vanuit hun beroepsperspectief al voldoende over MRSA en hadden, in vergelijking met de andere typen MRSA-dragers, dan ook veel minder behoefte aan algemene informatie. Zij zochten in de eerste plaats voornamelijk naar praktische informatie en hadden, meer dan de andere twee typen, behoefte aan hulp/begeleiding bij de behandeling om zo snel mogelijk MRSA-vrij te worden.

Op emotioneel gebied bleken CA-MRSA-dragers en HA-MRSA-dragers sociale steun te zoeken. CA-MRSA-dragers zochten dit voornamelijk bij familie en vrienden. HA-MRSA-dragers vonden deze steun voornamelijk bij collega-lotgenoten. Daarnaast bleken HA-MRSA-dragers vaker dan de andere twee typen MRSA-dragers afleiding te zoeken door op vakantie te gaan of te gaan winkelen om zo even niet te denken aan het MRSA-dragerschap. VA-MRSA-dragers bleken veel minder vaak problem-focused coping en emotion-focused coping te hanteren. Zij hadden over het algemeen veel minder informatiebehoefte en emotionele behoeften dan CA- en HA-MRSA-dragers. Op emotioneel gebied had deze groep geen uitgesproken behoeften.

5.1.3 Informatievoorziening en waardering

Subvraag 3 was: Welke informatievoorzieningen krijgen de drie typen MRSA-dragers aangereikt en hoe worden deze gewaardeerd door de drie typen dragers?

De MRSA-dragers kregen zeer variërende informatievoorzieningen aangereikt en deze werden erg verschillend beoordeeld. Voor CA-MRSA-dragers bestond de belangrijkste informatievoorziening uit een informatiefolder van het ziekenhuis en mondelinge informatie van de GGD, de huisarts en het ziekenhuis. De mondelinge informatie van de GGD werd het meest gewaardeerd; de informatiefolder en de mondelinge informatie van de huisarts het minst. De persoon van de GGD werd als deskundig, goed bereikbaar en duidelijk beoordeeld. De informatie was duidelijk en stelde gerust. De informatiefolder was onduidelijk en de huisarts bleek vaak over te weinig kennis te beschikken.

HA-MRSA-dragers ontvingen veelal mondelinge informatie van hun afdelingshoofd en de GGD. Deze twee informatievoorzieningen werden eveneens het meest gewaardeerd. De GGD werd ook door deze groep als deskundig, bereikbaar en duidelijk beoordeeld. Het afdelingshoofd was helder in de overdracht van informatie en gaf duidelijkheid voor de praktijk. De microbioloog werd het minst gewaardeerd. Het meest genoemde commentaar was dat deze persoon weinig begripvol was ten overstaande van de dragers. HA-MRSA-dragers kregen vaker dan CA- en VA-MRSA-dragers informatie op papier aangereikt.

Vier van de acht VA-MRSA-dragers hebben geen enkele informatie aangereikt gekregen. De informatievoorziening bleek minder gestructureerd en zeer verdeeld over verschillende instanties. Door de overige vier VA-MRSA-dragers werd het meest genoemd: informatiefolder van het ziekenhuis en mondelinge informatie van de ziekenhuishygiënist, het ziekenhuis (niet nader gespecificeerd), de behandelend arts en de huisarts. Deze laatste twee werden het meest

gewaardeerd, de informatiefolder van het ziekenhuis het minst. Het meest genoemde commentaar was dat de folder te weinig informatie bevatte en daardoor niet duidelijk genoeg was.

5.1.4 Informatiezoekgedrag en waardering

Subvraag 4 luidde: Hoe en waar zoeken de drie typen MRSA-dragers zelf naar informatie en hoe worden deze bronnen verwerkt en gewaardeerd?

Het merendeel van de MRSA-dragers zocht tijdens het dragerschap actief naar informatie. CA-MRSA-dragers en HA-MRSA-dragers bleken het meest actief naar informatie te zoeken. VA-MRSA-dragers zochten minder actief en gebruikten vaker passief zoeken en doorlopend zoeken als zoekstrategie. Bij passief zoeken zoekt men niet actief naar informatie, maar doet er zich een bepaalde situatie voor waarin gemakkelijk informatie verkregen wordt die van belang blijkt te zijn. Passief zoeken is minder snel dan actief zoeken. De urgentie om antwoord te krijgen op vragen bleek in deze groep dan ook minder groot. Doorlopend zoeken is het verkrijgen van informatie om het bestaande kennisniveau op peil te houden en komt bij VA-MRSA-dragers voort uit beroepsinteresse. Zij bleken graag op de hoogte te blijven van allerlei zaken rondom hun bedrijf, dus ook met betrekking tot ontwikkelingen op het gebied van MRSA.

Voor actief zoeken bleek voor alle drie typen dragers het internet een belangrijke informatiebron. CA-MRSA-dragers en VA-MRSA-dragers gebruikten dit medium veelvuldig. Het is een laagdrempelige en toegankelijke informatiebron voor deze (vrij jonge) groep respondenten. HA-MRSA-dragers raadpleegden de microbioloog het meest voor informatie, gevolgd door het internet. Voor passief en doorlopend zoeken bleken (vak)bladen de meest gebruikte informatiebronnen. Deze werden echter alleen gebruikt door VA-MRSA-dragers.

De informatiebronnen werden zeer wisselend beoordeeld door de MRSA-dragers en verschilden per type drager. Het internet werd echter door alle drie typen MRSA-dragers overduidelijk het minst gewaardeerd vanwege het gebrek aan eenduidige informatie. Draggers wisten niet waar zij moesten zoeken en vonden niet de informatie die zij zochten. Daar komt bij dat het internet in sommige gevallen angst opwekte door onduidelijke informatie en 'horror'-scenario's. Naast het internet bleken HA-MRSA-dragers de microbioloog slecht te waarderen als informatiebron. Het meest genoemde commentaar was dat deze slecht bereikbaar was voor vragen, niet altijd begripvol was en onduidelijk was in zijn informatieverstrekking.

CA-MRSA-dragers waren het meest tevreden over de ziekenhuishygiënist en de GGD. De ziekenhuishygiënist was goed bereikbaar, gaf duidelijke informatie en stelde de MRSA-drager gerust. De persoon van de GGD werd beoordeeld als deskundig, bereikbaar en begripvol. Hij/zij schepte bovendien duidelijkheid voor de praktijk, zodat de drager wist wat deze in praktijksituaties wel en niet kon doen als MRSA-drager. Voor HA-MRSA-dragers was het afdelingshoofd de meest gewaardeerde informatiebron. Deze persoon was begripvol en gaf duidelijke informatie. VA-MRSA-dragers waren het meest positief over de huisarts. Zij beoordeelden deze persoon als deskundig, begripvol, bereikbaar en vertrouwd.

5.1.5 Barrières/gebreken

Subvraag 5: In hoeverre wordt het informatiezoekproces van de drie typen MRSA-dragers belemmerd door barrières/gebreken?

Barrières bleken geen dermate grote impact op het informatiezoekproces te hebben van MRSA-dragers dat het zoeken daardoor belemmerd werd. De belangrijkste barrière was het gebrek aan algemene richtlijnen en kennis bij instanties. Door een gebrek aan richtlijnen en kennis, met name rondom de Community-Acquired MRSA-variant maar ook rondom de veterinaire MRSA, konden vragen van dragers niet altijd beantwoord worden. CA-MRSA-dragers hebben hier het meest mee te maken gehad.

5.1.6 Aanbevelingen

Subvraag 6: Welke hulp-/informatievoorzieningen moeten per type MRSA-drager ontwikkeld worden, zodat MRSA-dragers beter kunnen omgaan met het MRSA-dragerschap?

Met betrekking tot de informatievoorzieningen zouden alle drie typen MRSA-dragers graag informatie ontvangen via een uitgebreide folder of website (waarop dezelfde informatie staat als in de folder). Voor CA- en HA-MRSA-dragers geldt dat een folder als aanvullend communicatiemiddel dient: Zij geven de prioriteit aan een persoonlijk gesprek met een deskundig persoon. Zij hechten hierbij waarde aan één vast contactpersoon waarbij zij terecht kunnen voor vragen en die tevens emotionele steun kan bieden als dit nodig blijkt. De folder of website dient als puur informatief doel, het persoonlijk gesprek dient tevens als emotioneel doel. VA-MRSA-dragers hebben minder behoefte aan een persoonlijk gesprek. Voor hen is een folder alleen in veel gevallen voldoende, mits deze uitgebreid genoeg is en er een telefoonnummer van een contactpersoon op staat (bijvoorbeeld de huisarts) wat men kan bellen voor vragen. Voor hen speelt emotionele ondersteuning geen rol. VA-MRSA-dragers adviseren tevens dat er vanuit de GGD of het ziekenhuis continuïteit van informatievoorziening plaats dient te vinden, wanneer er zich nieuwe ontwikkelingen voordoen op het gebied van MRSA.

Met betrekking tot de hulpvoorzieningen, wensen vooral CA- en HA-MRSA dragers een MRSA-poli waar alle kennis en middelen aanwezig zijn en waar een vast contactpersoon zit die de MRSA-dragers begeleidt. Een MRSA-poli dient niet enkel een informatief doel, maar hier speelt eveneens een emotionele factor een rol in de begeleiding van de dragers.

VA- en HA-MRSA-dragers gaven aan dat het ziekenhuis meer initiatief moet tonen (in de communicatie) naar MRSA-risicogroepen (zoals varkenshouders) en betrokkenheid moet tonen naar verpleegkundigen die MRSA-positief zijn. HA-MRSA-dragers willen dat het afdelingshoofd of interesse toont en dat er een vast aanspreekpunt komt die hen begeleidt in het proces van MRSA-dragerschap. Dit betreft een emotiegericht doel waarbij er sociale steun en betrokkenheid is vanuit de werkgever. VA-MRSA-dragers bevelen aan het kennistekort van het ziekenhuispersoneel te verbeteren, CA-MRSA-dragers vinden dat met name dat het kennistekort van zelfstandig werkende zorgprofessionals zoals huisarts, bedrijfsarts en verloskundige moet verbeteren, beide informatiegerichte aanbevelingen.

Tot slot wordt door VA- en CA-MRSA-dragers aanbevolen om een betere afstemming en samenwerking tussen instanties te bewerkstelligen en zou het volgens deze laatste groep prettig zijn om richtlijnen op te stellen voor het werk.

Een uitgebreide beschrijving van de genoemde hulp- en informatievoorzieningen is te vinden in paragraaf 4.6.

5.2 Beantwoording van de hoofdvraag

In dit onderzoek is de volgende hoofdvraag onderzocht:

Hoe ervaren drie typen MRSA-dragers het MRSA-dragerschap in de thuissituatie, wat zijn hun behoeften en hoe kan de informatie- en hulpvoorziening hier beter op afgestemd worden?

Het MRSA-dragerschap wordt als een stressvolle situatie ervaren door dragers. CA- en HA-MRSA-dragers bleken de meeste stress te ervaren, VA-MRSA-dragers het minst. CA-MRSA-dragers ervoeren met name stress door negatieve gedachten en gevoelens als gevolg van de MRSA. De VA-MRSA-dragers ervoeren overduidelijk de minste stress. De stress die zij ervoeren werd veroorzaakt door het handelen van zorginstellingen als gevolg van het MRSA-beleid.

Als gevolg van stress ervoeren MRSA-dragers zowel emotionele behoeften als informatiebehoeften die zij door middel van problem-focused en emotion-focused coping probeerden te vervullen. Zij bleken in grote mate problem-focused coping te hanteren en hierbij met name op zoek te zijn naar algemene en praktische informatie over MRSA, naar hulp bij behandeling en naar begeleiding in het proces van MRSA-dragerschap. In mindere mate ervoeren zij behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid in ziekenhuizen. Emotion-focused coping werd minder vaak genoemd door de MRSA-dragers en omvatte sociale steun en lotgenotencontact en verhaal kwijt willen/gevoelens uiten. Er moet echter vermeld worden dat emotionele behoeften vaak samenhangen met informatiebehoeften en deels ook door middel van informatie werden vervuld.

CA-MRSA-dragers bleken het meest behoefte te hebben aan algemene en praktische informatie over MRSA. Zij zouden dergelijke informatie middels een persoonlijk gesprek en een aanvullende folder en/of website willen ontvangen. Op het gebied van emotion-focused coping bleek deze groep behoefte te hebben aan sociale steun. Enerzijds vonden zij deze bij naaste familieleden en vrienden. Anderzijds zou een vast contactpersoon die niet alleen benaderd kan worden voor vragen, maar ook op emotioneel gebied enige steun biedt en begeleidt, prettig zijn voor deze groep MRSA-dragers.

HA-MRSA-dragers hadden het meest behoefte aan praktische informatie en behoefte aan hulp en begeleiding in het MRSA-proces. Zij willen het liefst een persoonlijk gesprek met iemand die tevens als vast aanspreekpunt dient en hen ook verder zou kunnen begeleiden in het MRSA-proces. Deze persoon vervult hiermee eveneens in zekere mate een emotionele behoefte aan (sociale) steun en betrokkenheid die HA-MRSA-dragers ervaren. In de meeste gevallen vonden zij deze steun nu bij hun naaste familie en vrienden. Naast een gesprek is een folder met de behandelingsprocedure erg belangrijk als puur informatief naslagwerk. HA-MRSA-dragers zouden

graag zien dat er een speciale MRSA-poli komt in het ziekenhuis van waaruit dit allemaal zou kunnen plaatsvinden.

VA-MRSA-dragers hadden, net als de CA-MRSA dragers, het meest behoefte aan zowel algemene als praktische informatie. Zij zouden graag zien dat er een uitgebreide folder en/of website komt met voldoende informatie over MRSA, ook over de veterinaire variant. Daarbij dient een telefoonnummer van een deskundig contactpersoon te staan (bijvoorbeeld de huisarts indien deze deskundig is) zodat contact kan worden opgenomen bij vragen. Voor sommige VA-MRSA-dragers geldt dat zij een persoonlijk gesprek prettig zouden vinden. Echter, over het algemeen hebben VA-MRSA-dragers minder behoefte aan een persoonlijk gesprek dan de andere twee typen MRSA-dragers. De aanbevelingen voor deze groep dienen puur een informatief doel, waarin middels een folder alleen kan worden voorzien. Op emotioneel gebied heeft deze groep geen uitgesproken behoeften en indien VA-MRSA-dragers emotionele behoeften ervaren, dan hebben zij voldoende aan hun naaste omgeving om deze behoeften te vervullen. (Voor een volledige beschrijving van de aanbevelingen wordt verwezen naar paragraaf 4.7.)

Uit het onderzoek blijkt dat informatiebehoeften vaak verweven zijn met emotionele behoeften. Hoewel MRSA-dragers niet veelvuldig spraken over hun emotionele behoeften, waren deze wel degelijk aanwezig. Met name in de groep CA- en HA-MRSA-dragers. Zij spraken hier niet altijd in termen van 'steun' over, maar spraken bijvoorbeeld over 'iemand bellen om een antwoord op een vraag te krijgen'. Dit gesprek had vaak niet alleen een puur informatief doel, maar vervulde dan tevens emotionele behoeften die de dragers ervoeren. Dit verklaart tevens het feit waarom CA- en HA-MRSA-dragers veel waarde hechten aan een persoonlijk gesprek en een vast contactpersoon en VA-MRSA-dragers, die weinig stress ervaren en geen emotionele behoeften hebben, voldoende hebben aan enkel een informatieve folder.

6 Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische blik geworpen op de onderzoeksresultaten. In paragraaf 6.1 zal allereerst de meerwaarde van dit onderzoek worden besproken ten opzichte van bestaand onderzoek naar MRSA. Paragraaf 6.2 zal een reflectie geven op een aantal opvallende resultaten, gevolgd door een reflectie op de onderzoeksmethode in paragraaf 6.3. Tot slot worden in paragraaf 6.4 aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Wetenschappelijke en praktische meerwaarde van dit onderzoek

Dit onderzoek draagt op verschillende manieren bij aan de literatuur en de praktijk. In de eerste plaats het onderwerp zelf: MRSA blijkt een steeds grotere bedreiging voor de volksgezondheid en steeds vaker voor te komen. Dit blijkt uit het feit dat er nieuwe stammen opduiken zoals de CA-MRSA en de veterinaire MRSA (Gezondheidsraad, 2006). Het is daarom van belang dat hulp- en informatievoorzieningen worden ontwikkeld voor het groeiende aantal mensen dat met MRSA besmet raakt of zal raken in de toekomst. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de hulp- en informatievoorzieningen momenteel nog onontwikkeld zijn en dat deze nu niet tegemoet komen aan de wensen van de MRSA-dragers. Het is zaak dat de voorzieningen goed worden afgestemd op de MRSA-dragers, zodat er in de toekomst een goede basis is voor de MRSA-dragers die zullen moeten worden opgevangen. Dit onderzoek vormt in Nederland de eerste aanzet daartoe.

In de tweede plaats zorgt de keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode ten aanzien van de bestaande literatuur voor zowel een wetenschappelijke als praktische meerwaarde. Bestaand onderzoek naar MRSA is voornamelijk kwantitatief van aard. De perceptie van het algemene publiek of van de MRSA-patiënt zelf is door verschillende onderzoekers op kwantitatieve wijze onderzocht (Gill, Kumar, Todd & Wiskin, 2006; Hamou, O'Bichere, Peters & McDonald, 2003; Washer & Joffe, 2006). Ook onderzoek naar de impact van isolatieverpleging in het ziekenhuis is op kwantitatieve wijze uitgevoerd (Davies & Rees, 2000; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001). Dit onderzoek is in tegenstelling tot al deze andere onderzoeken kwalitatief, waardoor een beter inzicht is verkregen in de beleving van het MRSA-dragerschap en ook betere aanbevelingen konden worden gedaan voor verbetering van de informatie- en hulpvoorzieningen. Het onderzoek van Criddle en Potter (2006) is verschillende malen aangehaald, omdat dit het enige kwalitatieve onderzoek is dat bekend is op het gebied van MRSA en zich richt op MRSA-dragers in de thuissituatie. Bovendien vertoont het raakvlakken met het huidige onderzoek. Hoewel Criddle en Potter (2006) in hun onderzoek hebben aangetoond dat het MRSA-dragerschap impact heeft op mensen en dat informatie een belangrijke rol speelt tijdens deze periode, zijn zij echter niet dieper ingegaan op de conclusies die zij trekken. Op dit punt bood dit onderzoek een meerwaarde ten opzichte van Criddle en Potter. Respondenten hebben mede dankzij de focusgroep duidelijk kunnen aangeven op welke punten zij graag verbetering zouden zien en hun voorkeuren uitgesproken over de middelen en bronnen die hiervoor dienden te worden ingezet. Deze resultaten kunnen worden gebruikt voor het in de praktijk verbeteren van hulp- en informatievoorzieningen voor MRSA-dragers.

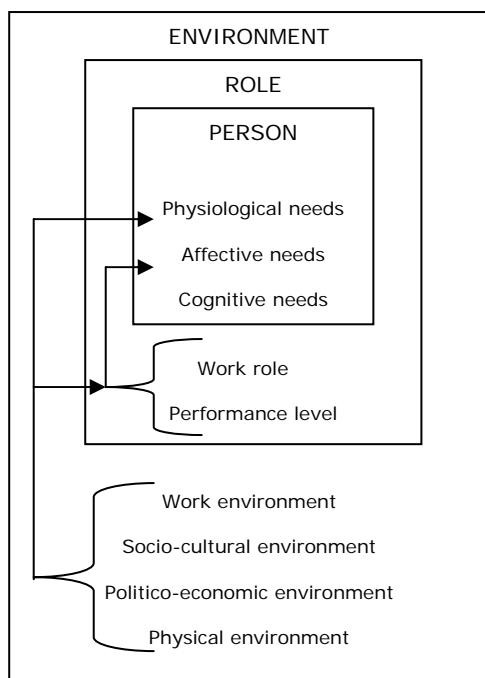
In de derde plaats leveren de concrete aanbevelingen die dit onderzoek hebben opgeleverd, nog op een andere wijze een bijdrage voor de praktijk: Deze worden gebruikt voor de invulling van

een website. Het onderzoek maakt deel uit van het Euregio MRSA-net Project Twente/Münsterland; een project dat zich richt op het voorkomen van verspreiding van MRSA in het grensgebied Nederland/Duitsland en onderdeel van het project vormt het opzetten van een Euregionale website met doelgroepgerichte informatie over MRSA (Euregio MRSA-net Project, z.d.). Hier kunnen alle verschillende personen die te maken hebben met MRSA hun informatie vandaan halen. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de invulling van de website, gericht op de doelgroep "mensen met MRSA in de thuissituatie". Het onderzoek heeft waardevolle informatie opgeleverd over concrete informatiebehoeften, in de vorm van allerlei vragen, die kunnen worden geplaatst op de website.

Een vierde belangrijke meerwaarde van dit onderzoek is het feit dat dit onderzoek op wetenschappelijk gebied een nieuw onderzoeksmodel heeft opgeleverd. Het model van Wilson (1997) met betrekking tot informatiebehoeften en informatiezoekgedrag is verder uitgebreid en toegespitst op stress en coping als gevolg van MRSA-dragerschap. Bovendien is het model gebruikt voor onderzoek. Dit is bijzonder omdat Wilson (1981) zelf geen van zijn modellen ooit empirisch onderzocht heeft. Dit brengt tevens een beperking van dit onderzoek met zich mee, want de bruikbaarheid van het model voor dit onderzoek bleek op bepaalde punten te wensen over te laten. Dit kwam met name tot uiting tijdens het coderen van tekstfragmenten. Hoewel er gedurende de ontwikkeling van het codeboek is gelet op de criteria van interne homogeniteit en externe heterogeniteit, bleek het onderscheid tussen bepaalde codes tijdens het coderen niet altijd duidelijk te zijn. Met name de externe heterogeniteit tussen de drie stressfactoren 'omgeving', 'interpersoonlijk/sociaal' en 'persoonlijk (fysiek, affectief en cognitief)' was niet altijd even goed. Het was soms onduidelijk waar een bepaald stresscitaat onder diende te vallen. Was er sprake van een omgevingsfactor die stress veroorzaakte of toch meer een persoonlijk affect? Of was het de omgevingsfactor die leidde tot een negatief persoonlijk affect? Dit probleem is te verklaren wanneer gekeken wordt naar het contextmodel van informatiebehoeften van Wilson (1981) dat in dit onderzoek gebruikt is als stresscontext. Het model staat weergegeven in figuur 6.1. Het is een uitgebreidere weergave van het construct 'context van informatiebehoefte', wat tevens terug te vinden is in figuur 2.2 in paragraaf 2.4. In dit model heeft Wilson (1981) middels pijlen de relatie aangegeven tussen de drie contextfactoren omgeving, interpersoonlijk/sociale rol en persoonlijke factoren. Hieruit blijkt, en hij vermeldt het ook in het artikel, dat al deze drie factoren met elkaar samenhangen en dat alle factoren uiteindelijk op persoonlijk niveau invloed uitoefenen op behoeften en daaruit voortkomende informatiebehoeften. Omdat de context van Wilson in dit onderzoek is gebruikt als context waarin op deze drie niveau's stress ontstaat, is ook hier sprake van onderlinge samenhang tussen omgevingsfactoren, interpersoonlijke/sociale factoren en persoonlijke factoren. Dit verklaart het feit dat een strikte scheiding van stresscontextfactoren bij de codering soms wat moeilijk was en dat met name het persoonlijke niveau op sommige punten moeilijk te scheiden was van de omgeving en het interpersoonlijke/sociale niveau. Dit is echter zo goed mogelijk opgelost door tekstfragmenten enkel als persoonlijke factoren te coderen, wanneer de persoon ook echt over zichzelf praatte. Een voorbeeld:

(citaat no. 64): Ik was niet echt verdrietig, maar ik was meer boos en onzeker.

Figuur 6.1 De interrelaties tussen de drie contextniveaus uit Wilson's model van informatiezoekgedrag, 1981.



6.2 Bediscussieering van de resultaten

De resultaten lieten zien dat VA-MRSA-dragers weinig stress bleken te ervaren als gevolg van het MRSA-dragerschap. Wat echter opvalt is, in vergelijking met de andere stressfactoren, de zeer hoge stressscore op omgevingsfactoren. Deze score steekt met kop en schouders boven de andere stressfactoren uit in deze groep. De VA-MRSA-dragers bleken in de interviews zeer veel te praten over hun ervaring in het ziekenhuis. Zij spraken weinig over de interpersoonlijke/sociale impact en over de persoonlijke fysieke, affectieve en cognitieve impact van het dragerschap. Hier moest in de meeste gevallen dan ook specifiek naar gevraagd worden, omdat het anders niet aan bod kwam tijdens de interviews. Het lijkt alsof de MRSA-ervaring van deze groep niet verder reikte dan de ziekenhuiservaring en dat dit bij de meeste respondenten zelfs aan elkaar gelijk stond. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Allereerst kan dit toe te schrijven zijn aan het feit dat VA-MRSA-dragers enkel geconfronteerd worden met het MRSA-dragerschap wanneer zij in aanraking komen met het ziekenhuis. Dan worden zij zich ervan bewust. In het dagelijkse leven heeft het geen impact en 'vergeten' de meeste respondenten dat zij MRSA-drager zijn. De MRSA-ervaring hangt hierdoor samen met de ziekenhuiservaring. Een citaat uit het resultaatendeel gaf dit ook aan:

(citaat no. 1607): "Dus bij mij hoorde het (dragerschap) meer als zaak rondom de ingreep. Verder speelt het niet, daarna. Het is even een ingreep, daar moet iets omheen gepland worden, klaar en nu is het weg."

Een tweede verklaring is wellicht toe te schrijven aan het feit dat de respondenten zijn benaderd via de ziekenhuizen. Een andere ingang was er niet om deze mensen op te sporen. De meeste respondenten hebben een brief van de onderzoeker gehad met als afzender het

betreffende ziekenhuis. Hoewel er in de brief stond vermeld dat het onderzoek betrekking had op de MRSA-ervaringen van MRSA-positieve mensen in de 'thuisituatie', is dit bij een aantal respondenten niet zo overgekomen. Doordat de brief is verstuurd vanuit 'hun' ziekenhuis, hebben deze mensen het opgevat als een onderzoek over specifiek hun ervaringen met het betreffende ziekenhuis. En wellicht zagen zij het als een kans om hun onvrede te uiten over het ziekenhuis. Een derde verklaring is dat VA-MRSA-dragers geen problemen hadden door het MRSA-dragerschap. MRSA had geen grote impact op hen en zij ondervonden weinig stress. Dit maakte dat de focus van het interview, de stress en de manier waarop er mee wordt omgegaan, voor deze groep minder nadrukkelijk en uitgebreid besproken werd. Dit is ook op te maken uit de duur van de interviews. De interviews met de VA-MRSA-dragers duurden gemiddeld het kortst van de drie groepen. De onvrede over de behandeling van het ziekenhuis is voor deze mensen wellicht het meest frustrerende aan de hele MRSA-ervaring, met als gevolg dat zij daar over wilden praten.

De CA-MRSA-dragers bleken van de drie typen dragers de meeste stress te ervaren. Dit kan verklaard worden door het feit dat zij, in tegenstelling tot de VA- en HA-MRSA-dragers, symptomen hadden als gevolg van de MRSA en geen (voor)kennis hadden van MRSA. De CA-MRSA-dragers bleken, op één na, allemaal een infectie te hebben gehad als gevolg van de MRSA-bacterie en hadden hierdoor als enige groep in termen van Kleinmann (1980) naast illness-factoren ook te kampen met disease-factoren; directe gevolgen van MRSA. In feite waren zij niet alleen drager, maar ook geïnfecteerd met MRSA. Zij ervoeren symptomen die voor velen vrij onbekend en vreemd waren (zoals zweren en abscessen), gingen naar een arts en kregen te horen dat zij 'M-R-S-A' hadden. Een onbekend woord dat voor een aantal van hen afschrikwekkend klonk. De resultaten bevestigen dit ook. CA-MRSA-dragers bleken, in vergelijking met de VA- en HA-MRSA-dragers, meer uitspraken te hebben gedaan over de negatieve fysieke gevolgen en het gebrek aan kennis. VA- en HA-MRSA-dragers beschikten enerzijds door hun beroep over meer kennis van MRSA waardoor zij het wellicht beter konden relativeren en hadden daarnaast geen vervelende symptomen.

Enkele constructen uit het onderzoeksmodel zijn onderbelicht gebleven gezien de resultaten, met name in het deel over informatiezoekgedrag. Deze onderbelichting is wellicht toe te schrijven aan de grootte van het onderzoeksmodel. Het model bevatte veel constructen en wellicht waren enkel interviews te beperkt om deze allemaal goed te onderzoeken. Een andere verklaring is het feit dat niet alle constructen even goed konden worden ondervraagd, omdat deze niet voor iedereen aan de orde waren. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het informatie zoeken en het aanboren van informatiebronnen. Sommige respondenten (met name VA-MRSA-dragers) bleken niet naar informatie te zoeken. Dan kon er ook niet veel gevraagd worden hierover.

Het construct barrières/gebreken uit het onderzoeksmodel heeft voor de resultaten van dit onderzoek niet veel toegevoegd. Dit is toe te schrijven aan het feit dat de belangrijkste barrière voor dit onderzoek, bronkarakteristieken, apart meegenomen is samen met de informatiebronnen. Hierdoor bleven er in feite weinig variabelen over die als barrière het zoekproces zouden kunnen belemmeren. Achteraf gezien zou het construct barrières/gebreken dan ook beter weggelaten kunnen worden uit het model.

De resultaten met betrekking tot het construct informatieverwerking bleken achteraf niet goed naar voren te komen uit het onderzoek. Deze waren moeilijk te onderscheiden van bronkenmerken. Respondenten spraken vaak in één zin over wat ze van de informatiebron vonden. Hieruit was niet altijd duidelijk op te maken of deze waardering nu was toe te schrijven aan de informatiebron of dat het lag aan de informatie zelf. In de praktijk bleek dit samen te hangen en maakten mensen daar veelal geen onderscheid in. Daarom zijn deze twee constructen samengenomen bij het beschrijven van de waardering van de informatiebronnen.

Een laatste opvallende bevinding met betrekking tot de resultaten is het onderscheid tussen problem-focused coping en emotion-focused coping. Informatie zoeken bleek niet enkel een problem-focused copingstrategie te zijn, hoewel daar in dit onderzoek wel vanuit werd gegaan. Informatie zoeken bleek tevens vaak een emotionele behoefte te vervullen. Opvallend is dat dit voornamelijk het geval was bij interpersoonlijke informatiebronnen. Het opbellen van de GGD-verpleegkundige of microbioloog omdat men een vraag had en deze beantwoord wilde hebben, was niet altijd het primaire doel van deze actie. Soms draaide het om het proces van communicatie en vervulling van emotionele behoeften, in plaats van om de informatie zelf. Het feit dat CA- en HA-MRSA-dragers allebei waarde hechten aan een persoonlijk gesprek en VA-MRSA-dragers minder, heeft tevens te maken met deze emotionele kant. Dit waren de groepen die de meeste stress ervoeren als gevolg van de MRSA en die daardoor tevens emotionele behoeften bleken te ervaren. Interpersoonlijke bronnen vervullen door het *proces* van communicatie emotionele behoeften (Wilson & Streatfield, 1981); het is gebleken dat interpersoonlijke bronnen sociale steun geven aan dragers (Johnson & Meischke, 1991). Voor VA-MRSA-dragers, die weinig stress ervoeren en emotioneel niet geraakt werden door het MRSA-dragerschap, bleek een persoonlijk gesprek minder van belang. Zij zouden voldoende hebben aan informatie op papier; een informatiebron die puur informatiegericht is en waarin het emotionele aspect geen rol speelt. De begrippen problem-focused en emotion-focused coping bleken in de praktijk met elkaar verweven te zijn en het is niet gemakkelijk te achterhalen of er een emotionele of een puur cognitieve behoefte schuil gaat achter het informatie zoeken.

6.3 Bediscussieering van de methode

Bij de methode van onderzoek dienen enkele kritische kanttekeningen te worden geplaatst welke een gevaar zouden kunnen vormen voor de validiteit. Allereerst is reeds in het onderzoek vermeld dat er een onevenredige verdeling bestond van respondenten over de drie typen MRSA-dragers. De groep CA-MRSA was met zes respondenten ondervertegenwoordigd ten opzichte van de acht respondenten in de andere twee groepen. Aangezien er in het resultaatdeel gebruik is gemaakt van het aantal citaten dat door een groep werd vermeld, zou dit voor vertekening hebben kunnen zorgen. Dit probleem is echter ondervangen door op de kritieke punten waar de verschillen in aantal citaten tussen de groepen klein waren, een controle uit te voeren door de gemiddelde scores per persoon te berekenen.

Een andere mogelijke tekortkoming van dit onderzoek is het feit dat er geen kappa is berekend om na te gaan of de interne homogeniteit en externe heterogeniteit van de opgestelde coderingscategorïen voldoende helder en duidelijk waren. Dit was echter niet nodig aangezien er een tweede codeur intensief betrokken was bij het coderingsproces en er in geval van

onduidelijkheden werd getracht continu consensus te bereiken, waardoor de categorisering uiteindelijk duidelijk werd.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de resultaten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden naar alle MRSA-dragers, zoals naar personen in de thuissituatie met de HA-MRSA-variant; een belangrijke groep die nu niet onderzocht is, maar wel een veelvoorkomende groep in Nederland is.

6.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek kunnen worden gedaan:

- Evenals het onderzoek van Criddle en Potter (2006) zou vervolgonderzoek moeten plaatsvinden met HA-MRSA-dragers in de thuissituatie die in isolatie verpleegd zijn in het ziekenhuis. Deze groep is nu buiten beschouwing gelaten: Er zijn enkel verpleegkundigen met HA-MRSA geïnterviewd, geen patiënten met HA-MRSA. Hierdoor kunnen de resultaten op dit gebied niet vergeleken worden met de resultaten uit het onderzoek van Criddle en Potter (2006).
- Gezien het feit dat dit onderzoek is verricht in het kader van het Euregio MRSA-net Project, zou het huidige onderzoek tevens in Duitsland kunnen worden uitgevoerd. De bevindingen uit dit onderzoek zijn niet zonder meer te generaliseren naar MRSA-dragers in Duitsland. Het is interessant te achterhalen of MRSA-dragers in Duitsland eenzelfde mate van stress ervaren en welke stressfactoren hier de belangrijkste veroorzakers van stress zijn. In Duitsland wordt een ander MRSA-beleid gehanteerd, waardoor niet alleen omgevingsfactoren, maar ook sociale en persoonlijke factoren een andere impact kunnen hebben. Als gevolg hiervan zullen MRSA-dragers in Duitsland tevens andere behoeften hebben en dienen er andere hulp- en informatievoorzieningen te worden opgesteld dan in Nederland.
- Er dient vervolgonderzoek plaats te vinden naar de invulling van de informatiefolder en de website die door MRSA-dragers als aanbeveling zijn genoemd in het onderzoek. Om deze communicatiemiddelen goed af te stemmen op de MRSA-dragers dienen de wensen van MRSA-dragers met betrekking tot de inhoud en vormgeving in kaart te worden gebracht. Voor de website wordt een dergelijk vervolgonderzoek reeds verricht. Uit het huidige onderzoek is een lijst van ruim 200 praktische vragen opgesteld waar MRSA-dragers momenteel mee kampen en welke niet beantwoord worden door bestaande informatievoorzieningen. Deze 200 praktische vragen vormen de input voor een nieuwe website voor dragers. Door middel van de Card Sort Methode en hard-op-denkbekonderzoek worden de menustructuur en de gebruiksvriendelijkheid van het prototype vastgesteld.
- Om onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren naar alle MRSA-dragers, zou een kwantitatief vervolgonderzoek moeten worden uitgevoerd. Hiervoor zou een vragenlijst kunnen worden opgesteld met saillante punten uit dit onderzoek.

Literatuurlijst

Agency for Healthcare Research and Quality (2002, mei). Expanding patient-centered care to empower patients and assist providers. *Research in Action*, (5), 1-12. Opgehaald 20 februari van <http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>

Andreasen, A. R. (2002). Marketing social marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3–13.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J. (2005). Basisboek Kwalitatief Onderzoek (2^e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Brakel, W.H. van (2006). Measuring health-related stigma – A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307-334.

Brehm, S.S., Kassin, S.M. & Fein, S. (2002). *Social psychology* (5e druk). Boston: Houghton Mifflin Company.

Centraal bureau voor de statistiek (2006). *Vestigingen naar activiteit, provincie en corop: Fokken en houden van varkens*. Opgehaald 6 maart 2007 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearch>

Creswell, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (2e druk). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Criddle, P. & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonization with meticillinresistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28.

Davies, H. & Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing standard*, 14(28), 35-38.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC], Department of Health and Human Services, (2006). *Infection control in Healthcare settings*. Opgehaald op 26 februari 2007 van http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa.html.

Emans, B. (2002). *Interviewen: theorie, techniek en training* (4^e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Euregio MRSA-net Project (z.d.). *Algemene informatie: Project*. Opgehaald 30 november 2006 van <http://www.mrsa-net.org/NL/project.html>.

Fallowfield, L.J., Baum, M. & Maguire, G.P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293, 1331-1334.

Fauconnier, G. (1986). *Algemene communicatietheorie: een overzicht van de wetenschappelijke theorieën over communicatie*. Leiden/Antwerpen: Martinus Nijhoff bv.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309-317.

Gezondheidsraad (2006). *MRSA-beleid in Nederland*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gill, J., Kumar, R., Todd, J. & Wiskin, C. (2006). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: awareness and perceptions. *Journal of Hospital Infection*, 62, 333-337.

Hamour, S.M.A., O'Bichere, A., Peters, J.L. & McDonald, P.J. (2003). Patient perceptions of MRSA. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 85, 123-125.

Happell, B. (1996). Focus group interview as a tool for psychiatric nursing research. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 40-44.

Harrison-Woermke, D. E., & Graydon, J. E. (1993). Perceived informational needs of breast cancer patients receiving radiation therapy after excisional biopsy and axillary node dissection. *Cancer Nursing*, 16, 449-455.

Hartmann, C. (2006). How patients experience an isolation in a hospital due to infection or colonisation with multiresistant *Staphylococcus aureus*? *Krankenhaushygiene und Infektionsverhütung*, 28(6), 201-207.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Jefford, M. & Tattersall, M.H.N. (2002). Informing and involving cancer patients in their own care. *The Lancet Oncology*, 3, 629-637.

Johnson, J.D. & Meischke, H. (1991). Women's preferences for cancer information from specific communication channels. *American Behavioral Scientist*, 34, 742-755.

Kelly, P. (1999). Isolation and Stigma: The Experience of Patients With Active Tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*, 16(4), 233-241.

Kennedy, P. & Hamilton, L.R. (1997). Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury *Spinal Cord*, 35, 617-619.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding [LCI]. (2005). *Draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg*. Utrecht, Nederland: .

Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., et al. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal*, 320, 909-913.

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

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology, Theory Research and Practice*. London: Sage publications.

Mak, W.W.S, Mo, P.K.H. Cheung, R.Y.M., Woo, J., Cheung, F.M. & Lee, D. (2006). Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and Tuberculosis in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 63, 1912-1922.

Michie, S., Rosebert, C., Heaversedge, J., Madden, S., & Parbhoo, S. (1996). The effects of information type on patient anxiety. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 285-296.

Morgan, D.L. (1998). *The focus group guidebook*. (1^e druk). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Molen, B. van der, (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care*, 8, 238-244.

MRSA Resources (2007, 17 januari). *Wells Family MRSA Story*. Opgehaald 30 januari van <http://www.forum.mrsaresources.com/viewtopic.php?t=832>.

Nicholas, D. (1996). *Assessing information needs: Tools and techniques*. Londen: Aslib, The Association for Information Management.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Polit, D.F., Hungler, B.P. (1991). *Nursing Research: Principles and Methods* (4e druk). Philadelphia: JB Lippincott Company.

Reiskin, H. (1992). Focus Groups: A useful technique for research and practice in nursing. *Applied Nursing Research*, 5, 197-201.

Revenson, T., and Felton, B. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 344-348.

Riley, J. (1990). *Getting the Most From Your Data: A Handbook of Practical Ideas on How to Analyse Qualitative Data*. Bristol: Technical & Educational Services Ltd.

Sista, R.R., Oda, G., & Barr J. (2004). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in ICU patients. *Anesthesiology Clinics of North America*, 22, 405-435.

Opzoeken.

Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S. & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254.

Voedsel en Waren Autoriteit [VWA] & Centrum Infectieziektebestrijding [CIB](2006). *VWA/CIB-survey naar het voorkomen van MRSA bij Nederlandse slachtvarkens*. Opgehaald 12 januari van http://www.vwa.nl/portal/page?_pageid=119,1639824&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_news_item_id=10625

Washer, P. & Joffe, H. (2006). The "hospital superbug": Social representations of MRSA. *Social Science & Medicine*, 63, 2141-2152.

Werkgroep Infectiepreventie (2006). *MRSA algemeen ziekenhuizen*. Leiden: Nederland.

Wilson, T.D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 37, 3-15.

Wilson, T.D. (1997). Information behavior: An interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, 33(4), 551-572.

Wilson, T.D. & Streatfield, D.R. (1981). Structured observation in the investigation of information needs. *Social Science Information Studies*, 1, 173-184.

Bijlage 1 Introductie interview en interviewschema

Het project werd gesubsidieerd door de Europese Unie in het kader van het Communautaire Initiatief INTERREG-IIIa met middelen van het Europees Structuurfonds voor Regionale Ontwikkeling alsmede het Ministerie van Economische Zaken van de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen.



Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Europäische Union im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG-IIIa aus Mitteln des Europäischen Strukturfonds für regionale Entwicklung sowie durch das Wirtschaftsministerium des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.



Impact van MRSA en behoeften van mensen die MRSA-drager zijn in de thuissituatie

Instructie

- *Doel* van het onderzoek: gegevens verzamelen over hoe mensen die MRSA-positief zijn, dit ervaren en waar mensen behoefte aan hebben, zodat op basis van deze gegevens de informatie- en hulpvoorziening kan worden verbeterd.
- *Soort vragen*: open interview, waarbij ruimte is om te praten, maar waar ook concrete vragen worden gesteld. De vragen gaan over uw situatie, over problemen, behoefte aan hulp of informatie en hoe u met de situatie bent omgegaan. Vrij praten en niet schamen voor wat u wilt zeggen. Er zijn geen foute antwoorden mogelijk; het gaat om uw beleving en uw eigen unieke situatie.
- *Verantwoordelijke instantie*: in kader van afstuderen voor TCW aan de UT. Onderzoek valt onder het Euregio MRSA-net Project Twente/Münsterland
- *Duur*: 1 uur
- *Publicatie resultaten*: september
- *Steekproef*: 22 mensen die MRSA-positief zijn en verblijven in de thuissituatie. Drie groepen: Mensen die MRSA hebben opgelopen door varkens, mensen die MRSA in de openbare gezondheid hebben opgelopen, de zogenaamde CA-MRSA, en verpleegkundigen die MRSA in het ziekenhuis hebben opgelopen. Hoe in contact gekomen met respondent.
- *Aantekeningen en geluidsopname*: alleen voor interviewer zelf
- *Anonieme verwerking*: niemand zal ooit nog kunnen achterhalen dat ze van u afkomstig zijn.
- *Vragen?*

Geslacht: M/V

Nationaliteit:

Leeftijd:

Beroep:

Woonplaats + Provincie:

Interviewschema

Construct	Inhoud construct	Vragen	Checklist/ antwoord
Person in context	Context van MRSA: Historie, heden, besmetting, symptomen, test	<ul style="list-style-type: none"> Hoe bent u er achter gekomen dat u MRSA had? Drager of geïnfecteerd? Wanneer (lang geleden of niet?) / Nu nog besmet? Waar besmet geraakt/door wat? Bent u alleen besmet of zijn andere gezinsleden ook besmet? 	
Stresscontext			
Inter-persoonlijk / sociale rol (mesoniveau)	MRSA en dagelijks werk/leven	<ul style="list-style-type: none"> Wat kunt u wel/niet doen? Beperking in dagelijks leven/beroep? <p>Toelichting/vb: <i>werken, op visite, hobby's (zwemmen, voetbal etc.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Merkte u ook aan uw omgeving dat zij anders reageerden naar u toe? 	
Persoonlijk (microniveau)	Impact op de persoon, ervaringen, emoties link naar stress	<ul style="list-style-type: none"> Hoe (erg) is/was het voor u om MRSA-drager te zijn? impact/invloed. Waarom? Was het een stressvolle situatie? Wat zorgde voor stress/problemen? Welke emoties maakt het los? <p><i>Vb: Neerslachtig/agressief/strijdvaardig/verdrietig</i></p>	
Omgeving (macroniveau)	Reacties vanuit omgeving	<ul style="list-style-type: none"> Merkte u ook aan uw omgeving dat ze anders reageerden naar u toe? <p><i>Vb: dat ze bang waren besmet te raken? Hoe hebt u dat ervaren?</i></p>	
Stress	Terugkoppelen aan: Omgeving ⇨ Sociale rol ⇨ Persoon ⇨	<ul style="list-style-type: none"> Wat vond u het meest moeilijke aan deze periode waarin u MRSA-positief was? Waar maakte u zich zorgen over, <u>welke problemen hebt u ervaren?</u> <p><i>Reacties/maatregelen vanuit omgeving</i> <i>Gevolgen sociale rol, beroep/functie/gezinsrol, sociale contacten/stigmatisering</i> <i>Persoonlijke gevoelens (affectief), lichamelijke gevolgen (fysiek), (gebrek aan) kennis (cognitief), kwaliteit van leven/dagelijkse beperkingen etc.</i></p>	
Coping			
	Emotion-focused ⇨ Problem-focused ⇨ Link naar problem-focused coping: infobehoeften + zoekgedrag	<ul style="list-style-type: none"> Hoe bent u met deze problemen/het MRSA-dragerschap omgegaan? Hoe heeft u zichzelf door deze periode heen geholpen? <p>Toelichting: Veel gepraat met mensen om emoties een plaats te geven <i>Of:</i> Op zoek gegaan om de situatie aangenamer te maken + problemen t.g.v. MRSA op te lossen. Vb. Alternatieven verzinnen voor dingen die u niet meer mocht doen. Of informatie opgezocht om te weten te komen wat u wel en niet mag als u MRSA heeft?</p> <p><i>N.a.v. welke problemen ze hebben ervaren, verschillende voorbeelden laten noemen. Concretiseren naar situaties/problemen die nog goed bijstaan.</i> <i>-Hoe heeft u toen gehandeld? -Wat heeft u gedaan?</i></p>	
Behoeften	Emotion-focused:	<ul style="list-style-type: none"> Als u nu terugkijkt op de periode waarin u MRSA-positief was. Waar had u toen vooral behoefte aan in die periode? <p>Toelichting/voorbeelden: -Verhaal kwijt op een forum;</p>	

	Problem-focused:	<ul style="list-style-type: none"> - Spreken met een hulpverlener; - Agressief/strijdvaardig; - Helemaal niets doen (willen ook niets weten over MRSA en de gevolgen). - Hoe in het dagelijks leven omgaan met MRSA (zij zijn vooral bezig met het zoeken naar praktische informatie) • En wat heeft u gemist? 	
Problem-focused coping: Informatiebehoefte en informatie zoeken			
Informatie-behoefte	Informatiebehoefte, had u vragen? Algemeen → Praktisch →	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u tijdens de periode dat u MRSA had, behoefte gehad aan informatie? Heeft u vragen gehad? <p>Toelichting/voorbeelden, informatie over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MRSA zelf, wat het is en hoe je het oploopt - Praktische zaken zoals risico's fam., bezoek tandarts/huisarts, vragen m.b.t. seksueel contact. <p>Concreet: Welke vragen? Kunt u die nog herinneren?</p>	
Informatie-zoekgedrag	Actief zoeken	<ul style="list-style-type: none"> • Bent u zelf op zoek gegaan naar informatie/antwoord op uw vragen? • Wie/wat heeft u geraadpleegd? Waarom? 	
	Informatiebron/ bronkenmerken Verwerking /gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe heeft u deze informatie toegepast/gebruikt? 	
Barrières / gebreken		<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u uiteindelijk antwoord gevonden op uw vraag (naar tevredenheid)? 	
Informatie-voorziening	<i>Huidige situatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u informatie ontvangen over MRSA? Van huisarts/ ziekenhuis/ GGD of van iemand anders? 	
Aanbevelingen			
a) Informatie-behoefte	<i>Gewenste situatie</i> Bron	<ul style="list-style-type: none"> • Welke informatie zou u willen ontvangen als MRSA-drager in de thuissituatie? • En hoe en van wie zou u het liefst deze informatie ontvangen? (Vb. internetsite, GGD, huisarts, brochure, telefonische hulplijn, ziekenhuis) 	
b) Algemeen	Evaluatie hulp- en informatievoorziening	<ul style="list-style-type: none"> • Wat was er anders dan u aanvankelijk/vooraf verwachtte van het hebben van MRSA, de informatievoorziening en de hulpverlening in het algemeen? (van de periode waarin u MRSA-drager was). Wat is u meegevallen, wat is tegengevallen? 	
	Aanbevelingen Emotion-focused ⇔ Problem-focused ⇔	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zou u als "MRSA-ervaringsdeskundige" aanbevelen, zodat mensen die te maken krijgen met MRSA er zo goed mogelijk mee kunnen omgaan? Kortom, hoe zouden we mensen die te maken krijgen met MRSA in hun gezin thuis, het best kunnen helpen om door deze ingrijpende situatie heen te komen? <p>Toelichting: U kunt denken aan hulpvoorzieningen die <u>emotionele steun geven</u>, zoals website/forum waar verhalen gedeeld kunnen worden of groeps- of individuele gesprekken met een hulpverlener, telefonische hulplijnen etc. <u>Ook op praktisch gebied</u>, waar u bijvoorbeeld met uw vragen terecht zou willen. Welke informatie u zou willen en hoe u dat wilt krijgen.</p>	
Afsluiting	Irischeque overhandigen	Interesse in de uitkomst van het onderzoek? Ja/nee Emailadres:	

Bijlage 2 Informatie voor de respondenten per email

Het project werd gesubsidieerd door de Europese Unie in het kader van het Communautaire Initiatief INTERREG-IIIa met middelen van het Europees Structuurfonds voor Regionale Ontwikkeling alsmede het Ministerie van Economische Zaken van de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen.



EUREGIO

Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Europäische Union im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG-IIIa aus Mitteln des Europäischen Strukturfonds für regionale Entwicklung sowie durch das Wirtschaftsministerium des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.



Onderzoek naar de behoeften van MRSA-positieve personen in de thuissituatie

Aanleiding en doel van het onderzoek

In het kader van mijn afstuderen voor de studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente, voer ik een onderzoek uit naar de (informatie)behoeften die MRSA-positieve mensen ervaren in de thuissituatie. MRSA-positief zijn blijkt voor velen een grote emotionele impact te hebben. Zowel tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, als na ontslag naar huis. In de thuissituatie kampen mensen met MRSA (drager of geïnfecteerd) vaak met problemen op zowel emotioneel als praktisch gebied. Om deze mensen te helpen en de hulp- en informatievoorziening goed aan te laten sluiten op hun wensen, is het van belang de ervaringen en behoeften van deze groep mensen te inventariseren.

Onderzoeksmethode en respondenten

De onderzoeksmethode bestaat uit diepte-interviews met mensen die hebben ervaren hoe het is om MRSA-positief te zijn in de thuissituatie. Dit kunnen dus personen zijn die momenteel MRSA-positief zijn of dat in het verleden zijn geweest. Een speciale groep die wordt ondervraagd zijn mensen die wonen op een varkenshouderij en MRSA hebben opgelopen door varkens. Ook andere MRSA-positieve personen, waaronder medewerkers uit het ziekenhuis, worden echter van harte uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek.

Duur van de interviews is circa 1 uur. De vragen die gesteld worden zullen betrekking hebben op hoe de respondent MRSA heeft ervaren, hoe hij/zij daarmee om is gegaan, op de problemen en op de behoefte aan hulp of informatie. De deelnemer kan zelf aangeven waar en wanneer het interview plaatsvindt. Gegevens zullen discreet verwerkt worden, zodat de respondent anoniem blijft. Respondenten ontvangen als beloning voor deelname een irischeque van 12.50 euro.

Belang van het onderzoek

Dit onderzoek brengt de ervaringen en behoeften van mensen met MRSA op emotioneel en cognitief/ praktisch gebied in kaart. Op basis van deze gegevens zullen aanbevelingen worden gedaan omtrent de verbetering en/of ontwikkeling van hulp- en informatievoorziening voor mensen met MRSA in thuissituatie, zodat zij beter geholpen kunnen worden en de emotionele impact van de MRSA-ervaring tot een minimum beperkt kan worden. Dit is in het belang van de algemene publieke gezondheid. Het onderzoek maakt deel uit van het Euregio MRSA-net Project Twente/Münsterland. Dit is een samenwerkingsproject dat tot doel heeft een grensoverschrijdend netwerk in Twente/ Münsterland op te zetten om de bevolking in deze regio te beschermen tegen infecties met MRSA. (Zie voor meer informatie www.mrsa-net.org)

Contactgegevens: Susanne Vonderhorst
 Studente Toegepaste Communicatiewetenschap,
 Universiteit Twente
 Tel.nr: 06-45346787
 Email: s.vonderhorst@student.utwente.nl



Bijlage 3 Brief uitnodiging deelname onderzoek

Het project werd gesubsidieerd door de Europese Unie in het kader van het Communautaire Initiatief INTERREG-IIIa met middelen van het Europees Structuurfonds voor Regionale Ontwikkeling alsmede het Ministerie van Economische Zaken van de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen.



Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Europäische Union im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG-IIIa aus Mitteln des Europäischen Strukturfonds für regionale Entwicklung sowie durch das Wirtschaftsministerium des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.



Susanne Vonderhorst
 Spoorstraat 27
 7091 ZS Dinxperlo
 Tel.nr: 06-45346787
 Email: s.vonderhorst@student.utwente.nl

Enschede, 16 april 2007

Geachte <<AANHEF>> <<NAAM>>,

Voor mijn studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente, voer ik een afstudeeronderzoek uit naar de (informatie)behoeften die MRSA-positieve mensen ervaren in de thuissituatie. MRSA-positief zijn blijkt voor velen een grote emotionele impact te hebben. Zowel tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, als na ontslag naar huis. In de thuissituatie kampen mensen met MRSA vaak met problemen op zowel emotioneel als praktisch gebied. Om deze mensen te helpen en de hulp- en informatievoorziening goed aan te laten sluiten op hun wensen, is het belangrijk om de ervaringen en behoeften van deze groep mensen in beeld te brengen. Op deze manier kunnen zij beter geholpen worden en kan de impact van de MRSA-ervaring tot een minimum beperkt worden.

Voor de uitvoering van mijn onderzoek wil ik mensen interviewen die hebben ervaren hoe het is om MRSA-positief te zijn in de thuissituatie. Om in contact te komen met deze mensen, heb ik o.a. << NAAM ZIEKENHUIS>> benaderd die hierin voor mij wilde bemiddelen. Het << NAAM ZIEKENHUIS>> verstrekt geen patiëntengegevens aan derden en daarom heeft de afdeling Ziekenhuishygiëne namens mij deze brief aan u verstuurd, omdat u tot de doelgroep voor dit onderzoek behoort.

Hierbij wil ik u uitnodigen om deel te nemen aan mijn onderzoek. Het gaat om een interview van circa 1 uur. De vragen die gesteld worden, zullen betrekking hebben op uw situatie, hoe u MRSA ervaren heeft, hoe u daarmee om bent gegaan, op de problemen die u bent tegen gekomen en op de behoefte aan hulp of informatie. U kunt zelf aangeven waar en wanneer het interview plaatsvindt. Natuurlijk zullen de gegevens anoniem verwerkt worden en blijft uw privacy gegarandeerd.

Als beloning voor deelname ontvangt u een irischeque van 12,50 euro. Met uw deelname levert u een bijdrage aan de verbetering van hulp- en informatievoorzieningen, zodat mensen die in de toekomst te maken krijgen met MRSA in hun gezin, hier zo goed mogelijk mee om kunnen gaan. De resultaten van het onderzoek zullen doorgespeeld worden naar het << NAAM ZIEKENHUIS>>. Het ziekenhuis bepaalt wat ermee gedaan wordt.

Wilt u meewerken aan het onderzoek en mag ik u benaderen voor een interview, dan kunt u dat **zelf kenbaar maken** door het bijgevoegde antwoordformulier in te vullen en deze in de bijgevoegde enveloppe op te sturen naar de Afdeling Ziekenhuishygiëne (postzegel is niet nodig). Er wordt dan z.s.m. contact met u opgenomen om een afspraak te maken voor het interview.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Susanne Vonderhorst
 Studente Toegepaste Communicatiewetenschap,
 Universiteit Twente



Het onderzoek maakt deel uit van het Euregio MRSA-net Project Twente/Münsterland. Dit is een samenwerkingsproject dat tot doel heeft een grensoverschrijdend netwerk in Twente/ Münsterland op te zetten om de bevolking in deze regio te beschermen tegen infecties met MRSA. (Zie voor meer www.mrsa-net.org)

Bijlage 4 Gespreksleiding voor deelnemers focusgroep

Over verbetering van hulp-/informatievoorzieningen voor MRSA-positieve personen

Algemeen

Datum: dinsdag 12 juni

Tijd: 18.45 uur tot 19.45 uur

5 minuten voor aanvang wordt er contact met je opgenomen

Ga op tijd bij de telefoon zitten en zorg ervoor dat de telefoon niet overspringt op het antwoordapparaat/voicemail als je wordt gebeld (schakel deze uit of neem tijdig op)

Vergoeding: Iris-cheque van €12.50 (wordt per post toegestuurd na afloop discussiegroep)

Deelnemers: 6 (excl. Gespreksleider)

Doel

Door middel van deze telefonische discussie willen we te weten komen hoe we het huidige beleid rondom MRSA-patiënten kunnen verbeteren. Zowel de hulpvoorziening als de voorziening in de informatie. Uit de 22 interviews die ik heb gehouden (ook met jullie) zijn veel problemen en verbeterpunten aan het licht gekomen. Deze heb ik gesorteerd en de meest genoemde problemen/verbeterpunten zullen in deze discussie aan de orde komen. De bedoeling is om deze dingen uit te diepen en concreet inhoud te geven. Hiervoor heb ik jullie mening nodig, als MRSA-experts, zodat we de hulp- en informatievoorziening ook echt kunnen verbeteren.

Samenstelling van de groep

- Gespreksleider: Susanne Vonderhorst
- 2 verpleegkundigen

Zij hebben MRSA opgelopen in het ziekenhuis, via een besmette patiënt. Zij ondervonden er geen lichamelijke gevolgen van. Als gevolg daarvan konden zij niet werken zolang zij positief waren en moesten zij een streng behandelingsplan volgen om MRSA-vrij te worden.

Namen: *Judith*
Jeanette

Deze groep wordt in de discussie aangesproken als: Verpleegkundigen

- 2 personen met CA-MRSA

Zij hebben de MRSA-bacterie ergens in de openbare gezondheid opgelopen (CA-MRSA = community-acquired MRSA), maar weten niet precies waar. Deze personen kregen lichamelijke klachten, zoals ontstekingen en zweren. Door middel van een behandelplan en medicijnen zijn zij uiteindelijk MRSA-vrij geworden.

Namen: *Ellen*
Anne-Fleur

Deze groep wordt in de discussie aangesproken als: De CA-MRSA/opgelopen in de openbare gezondheid

- 2 mensen die beroepsmatig in contact staan met varkens

Zij hebben de MRSA-bacterie opgelopen van varkens, die hier vaak mee besmet zijn. Zij ondervinden er geen lichamelijke gevolgen van. Ze worden niet behandeld, omdat zij door hun beroep altijd in contact staan met de bron. Zij kunnen hierdoor niet MRSA-vrij worden en zullen de bacterie altijd bij zich blijven dragen (totdat zij bijv. met pensioen gaan of ander werk gaan doen. Dan kan er wel een behandeling worden gestart)

Namen: *Johan (eigenaar varkenshouderij)*
Eric (vertegenwoordiger varkensfokkerij-organisatie)

Deze groep wordt in de discussie aangesproken als: de mensen uit de varkenssector

Gedragsregel

Een telefonische discussie vergt meer structuur dan een 'lijfelijke' discussie, omdat we elkaar niet kunnen zien en elkaar niet kennen. Om er voor te zorgen dat het geen ongeorganiseerde boel wordt, waarbij iedereen door elkaar praat en elkaar niet meer verstaat, is het van belang om de volgende regel in acht te nemen:

Noem eerst je naam, als je wat wilt zeggen of ergens op wilt reageren

Als we dit consequent doen, dan kan er altijd één persoon spreken en weten de andere deelnemers wie er spreekt.

TIP: **Houd deze gespreksleiding bij de hand tijdens de discussie**

De discussie

- 1) Opening door de gespreksleider
- 2) Korte introductie van de deelnemers
Iedere deelnemer stelt zich persoonlijk kort voor
 - Naam
 - Tot welke groep behoor je (en daarmee samenhangend uw beroep)?
 - Wanneer is het bekend geworden dat je MRSA-positief was?
- 3) In dit gedeelte zullen de meest voorkomende/opvallende oplossingen voor verbetering van de hulp- en informatievoorziening uit de interviews besproken en uitgediept worden. We zullen ongeveer 8 minuten over elk onderwerp spreken. De eerste zes onderwerpen zullen sowieso aan bod komen, over het laatste hebben we het als er nog tijd over is. Er zullen concrete vragen aan jullie gesteld worden. Soms wordt één van jullie direct aangesproken (via de naam), en soms wordt de vraag aan jullie allemaal gesteld. Als je daarop wilt reageren, moet je eerst je naam noemen. Over de volgende zaken zullen we het gaan hebben.

1 Informatievoorziening direct na constatering MRSA – persoonlijk gesprek

Een veelgehoorde oplossing is dat je als MRSA-drager een persoonlijk gesprek zou moeten hebben, direct nadat geconstateerd is dat je MRSA-positief bent.

2 Eén vast contactpersoon/aanspreekpunt

Een andere veelgehoorde verbetermogelijkheid is dat er continu één en dezelfde contactpersoon zou moeten zijn bij wie je altijd terecht kunt met je vragen en die jou belt als er nieuws is, bijv. over kweekuitslagen.

3 Informatievoorziening ter raadpleging

A Veelgehoord was dat een brochure of informatie op een website wel handig zou zijn, om altijd te kunnen raadplegen. Een website of folder moet echter nooit het enige communicatiemiddel zijn of wel?

B Een aantal keren is naar voren gekomen dat het prettig is om contact te hebben met een (ex)-MRSA-positieve persoon om ervaringen te delen. Dit zou kunnen via een forum op een website.

4 Initiatief (in communicatie) van ziekenhuis

A Een veelgehoorde klacht was dat je bij het ziekenhuis zelf initiatief moet tonen, bijvoorbeeld bij het opnamebureau zelf aangeven dat je varkenshouder bent of in het buitenland opgenomen bent geweest, en ook dat het ziekenhuis niet duidelijk standaard vertelt wat je allemaal te wachten staat als je opgenomen wordt en MRSA hebt.

B Voor de werknemers is het ziekenhuis ook niet altijd actief in haar communicatie en is de betrokkenheid en steun voor de MRSA-positieve verpleegkundigen vaak ver te zoeken.

5 Richtlijnen voor het werk/ Wat mag wel/wat niet?

Een veel genoemd verbeterpunt is dat er duidelijke richtlijnen moeten komen voor het werk. Niet alleen voor verpleegkundigen, maar ook voor mensen die een beroep hebben waarbij ze veel in aanraking komen met mensen/klanten. Er is geopperd dat er beroepsgroepspecifieke richtlijnen moeten komen.

6 Continuïteit informatievoorziening

Uit de interviews is naar voren gekomen dat MRSA-positieve mensen die beroepsmatig in contact staan met varkens (en niet behandeld worden tegen MRSA), het over het algemeen belangrijk vinden om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rondom MRSA.

7 Kennistekort professionals

We hebben vaak gehoord dat het soms lijkt alsof de professionals niet goed weten wat MRSA is en hoe ze ermee om moeten gaan. Zowel ziekenhuispersoneel (verpleegkundigen, telefonistes) als huisarts, bedrijfsarts, kraamzorg, verloskundige.

- 4) Korte samenvatting en afsluiting door de gespreksleider
- 5) Sluiting van de bijeenkomst door de gespreksleider

Bijlage 5 Draaiboek telefonische focusgroep

Op 12 juni 2007 van 18.45 uur tot 19.45 uur

Te besteden tijd per onderdeel:

1) Opening door de gespreksleider 2 minuten

1. Welkom
2. Doel

Hoe kunnen we het huidige beleid rondom MRSA-patiënten verbeteren? Zowel hulpvoorziening als voorziening in de informatie.

Uit interviews: veel problemen en verbeterpunten aan het licht gekomen

Meest genoemde problemen/verbeterpunten in deze discussie bespreken.

Deze dingen uitdiepen en concreet inhoud geven.

Nu nog zijn de verbeterpunten nog globaal, maar concreet maken, wie, wat, waar, wanneer etc.

Hiervoor heb ik jullie mening nodig, als MRSA-experts.

3. Duur: 1 uur
4. Gedragsregel: Noem eerst je naam, als je wat wilt zeggen of ergens op wilt reageren. Handig om gesprekshandleiding erbij te houden

2) Korte introductie van de deelnemers 5 minuten

Iedere deelnemer stelt zich persoonlijk kort voor

1. Naam
2. Tot welke groep behoor je (en daarmee samenhangend uw beroep)?
3. Wanneer is het bekend geworden dat je MRSA-positief was?

Verpleegkundigen:	Jeanette	Judith
CA-MRSA/openb. Gezondheid:	Ellen	Anne-Fleur
Varkenssector:	Eric	Johan

3) Bespreking van de verbeterpunten uit de interviews 2 minuten

In dit gedeelte zullen de meest voorkomende/opvallende oplossingen voor verbetering van de hulp- en informatievoorziening uit de interviews besproken en uitgediept worden. We zullen **ongeveer 8 minuten over elk onderwerp spreken**. De eerste zes onderwerpen zullen sowieso aan bod komen, over het laatste hebben we het als er nog tijd over is. Er zullen concrete vragen aan jullie gesteld worden. Soms wordt één van jullie direct aangesproken (via de naam) of als groep, en soms wordt de vraag aan jullie allemaal gesteld. Als je daarop wilt reageren, moet je eerst je naam noemen.

1 Informatievoorziening direct na constatering MRSA – persoonlijk gesprek 8 minuten

Een persoonlijk gesprek nadat je gehoord hebt dat je MRSA-positief bent.

Een veelgehoorde oplossing is dat je als MRSA-drager een persoonlijk gesprek zou moeten hebben, direct nadat geconstateerd is dat je MRSA-positief bent.

Vragen

1. Met wie zou dit gesprek plaats moeten vinden en waarom?
(Vb GGD-verpleegkundige, ziekenhuishygiënist, huisarts, microbioloog, afdelingshoofd/ behandelend arts)
2. En waar?
(Vb huisbezoek of zelf langsgaan?)
3. En wanneer/timing? (tijdigheid informatievoorziening)
4. Evt. Moet de partner daarbij aanwezig zijn?
5. Evt. Wat zou er globaal dan besproken moeten worden?
(Vb. Over wat MRSA is/de te nemen behandelingsmaatregelen/wat je wel en niet mag (werk/sociaal contact etc.)/vooral geruststellen)

2 Vaste contactpersoon (Ervaring met MRSA-poli laten vertellen) 8 minuten
Er moet één vast aanspreekpunt/contactpersoon zijn

Een andere veelgehoorde verbetermogelijkheid is dat er continu één en dezelfde contactpersoon zou moeten zijn bij wie je altijd terecht kunt met je vragen en die jou belt als er nieuws is, bijv. over kweekuitslagen

Vragen

1. Wie zou dit moeten zijn? Iemand van de GGD, ziekenhuis (MRSA-poli), **iemand die zelf MRSA heeft gehad**, huisarts, afdelingshoofd, microbioloog? En waarom?

(Vb bronkenmerken, deskundigheid/vriendelijk/vertrouwd etc.)

2. En hoe vaak zou deze contactpersoon jou moeten bellen? Alleen bij nieuws, of standaard elke week? Van welk nieuws zou je op de hoogte willen raken? Kweekuitslagen bijvoorbeeld?

3. Moet het initiatief bij jou liggen of bij de contactpersoon?

(Vb Je moet een nummer hebben dat je altijd kunt bellen/bereikbaarheid)

4. Wat zijn de taken van die vaste contactpersoon? Vragen beantwoorden/kweken en uitslagen regelen?

Een aantal keren genoemd in de interviews is het woord 'MRSA-poli', waar je voor alle zaken terecht kunt, van kweken/uitslagen tot materialen/vragen. Door sommigen genoemd als een oplossing, door anderen omdat zij hiermee te maken hebben gehad toen ze MRSA-positief waren.

5. Wat zijn de ervaringen met de MRS-poli (door degene die het heeft ervaren) van kweken/uitslagen tot materialen/vragen. en zou dit een goede oplossing zijn?

- **Ellen heeft ervaring met de poli**
- **Bij Anne-Fleur was nog geen poli.**

3 Informatievoorziening ter raadpleging 8 minuten

A Veelgehoord was dat een brochure of informatie op een website wel handig zou zijn, om altijd te kunnen raadplegen. Een website of folder moet echter nooit het enige communicatiemiddel zijn. *(mogelijkheid om een nummer te bellen/een persoonlijk gesprek)*

Vragen

1. Klopt dit? Is een persoonlijk gesprek inderdaad beter? Of moet er een tel.nr. zijn? Welk? Van contactpersoon of algemeen nummer?
2. Wanneer, in welke gevallen zou u op een website of in een folder kijken?
3. Beter een website of een folder? Allebei?
4. Wat kan er beter aan de huidige websites of folders?
5. Van welke instantie zou een dergelijke website afkomstig moeten zijn?

B Een aantal keren is naar voren gekomen dat het prettig is om contact te hebben met een (ex)-MRSA-positieve persoon om ervaringen te delen. Dit zou kunnen via een forum op internet.

Vragen

1. Zou een website deze optie moeten hebben?
2. Zouden jullie daar dan ook gebruik van maken?
3. Hoe zou het er uit moeten zien (doelgroepgericht?)

4 Initiatief (in communicatie) van ziekenhuis 8 minuten

A Een veelgehoorde klacht was dat je bij het ziekenhuis zelf initiatief moet tonen, bijvoorbeeld bij het opnamebureau zelf aangeven dat je varkenshouder bent of in het

buitenland opgenomen bent geweest, en ook dat het ziekenhuis niet duidelijk standaard vertelt wat je allemaal te wachten staat als je opgenomen wordt en MRSA hebt.

Vraag

- Hoe kan het ziekenhuis beter initiatief nemen om de communicatie beter te laten verlopen, voorafgaand, tijdens en na de opname?

B Voor de werknemers is het ziekenhuis ook niet altijd actief in haar communicatie en is de betrokkenheid en steun voor de MRSA-positieve verpleegkundigen vaak ver te zoeken.

Vraag

- Hoe moet het ziekenhuis handelen zodat MRSA-positieve verpleegkundigen zich gesteund voelen door het ziekenhuis? Wie moet wat doen? Hoe en hoe vaak?

5 Richtlijnen voor het werk/ wat mag wel/wat niet?

8 minuten

Een veel genoemd verbeterpunt is dat er duidelijke richtlijnen moeten komen voor het werk. Niet alleen voor verpleegkundigen, maar ook voor mensen die een beroep hebben waarbij ze veel in aanraking komen met mensen/klanten. Er is geopperd dat er beroepsgroepspecifieke richtlijnen moeten komen.

1. Wat vinden jullie van het idee om beroepsgericht richtlijnen op te stellen? Dus voor verpleegkundigen, maar ook bijv. voor maatschappelijk werkers, voor schoonheidsspecialistes, voor horeca-personeel, voor groepsleiders.
2. Zou dit goed werken? Is dit haalbaar?
3. Wie moet die richtlijnen opstellen?
4. Van wie moet je die aangereikt krijgen en wanneer?

6 Continuïteit informatievoorziening

8 minuten

Uit de interviews is naar voren gekomen dat MRSA-positieve mensen die beroepsmatig in contact staan met varkens (en niet behandeld worden tegen MRSA), het over het algemeen belangrijk vinden om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rondom MRSA.

Vragen **direct aan de personen uit de varkenssector:**

1. Op welke manier willen jullie op de hoogte worden gehouden? Voldoen de vakorganisaties (met hun vakbladen) hierin, of spelen andere instanties hierin ook een rol? GGD/ziekenhuis/huisarts
2. Is er behoefte aan informatie vanuit medische hoek? Of enkel bedrijfsgerelateerde info?
3. Welke rol speelt een veearts? (veel kennis antibiotica/bacterien/staat in contact met viroloog)
4. Periodiek? Hoe vaak? Wanneer?

Vraag aan **de verpleegkundige en CA-MRSA'ers:**

1. Zouden jullie via vakbladen op de hoogte gehouden willen worden, of op een andere manier via het professionele circuit?
2. Op welke manier willen jullie op de hoogte worden gehouden? Voldoen de vakbladen hierin, of spelen andere instanties hierin ook een rol? GGD/ziekenhuis/huisarts
3. Is er tevens behoefte aan informatie vanuit medische hoek?
4. Bijeenkomsten?
5. Periodiek? Hoe vaak? Wanneer?

Eventueel:

7 Kennistekort professionals

(Verpleegkundigen aan het woord)

?minuten

We hebben vaak gehoord dat het soms lijkt alsof de professionals niet goed weten wat MRSA is en hoe ze ermee om moeten gaan. Zowel ziekenhuispersoneel (verpleegkundigen, telefonistes) als huisarts, kraamzorg, bedrijfsarts etc.

Vragen

1. Aan wat voor soort kennis schort het volgens jullie met name bij professionals?
2. Hoe kan kennisverbetering van de professionals volgens jullie het beste plaatsvinden?

(Evt. onderverdeeld in: Huisarts / Verloskundige en kraamzorgorganisaties / Bedrijfsarts / Ziekenhuispersoneel)

Vb. website als naslagwerk/klinische les.....

3. **Verpleegkundigen**, waar hebben jullie behoefte aan, vanuit jullie beroepsperspectief?

4) Korte samenvatting en afsluiting door de gespreksleider

2 minuten

1. Samenvatten discussie
2. Bedanken van de deelnemers + irischeque €12,50 wordt opgestuurd
3. Resultaten eind september

5) Sluiting van de discussie door de gespreksleider

1 minuten

- *7 op het telefoontoestel (alle lijnen verbreken)

Totale tijd: 60 minuten

Bijlage 6 Codeboek

Construct	Code	Definitie
Person in context	P	Situatie/ aanleiding waarin MRSA in zicht kwam: historie, heden, besmetting, symptomen, test
	P1	-wanneer?
	P1a	• meer dan een jaar geleden
	P1b	• Een half jaar tot een jaar geleden
	P1c	• Korter dan een half jaar geleden
	P2	- eerste symptomen:
	P2a	• Geen
	P2b	• Huidaandoeningen: Zweren, abcessen, ontstekingen, bulten, wondjes
	P2c	• Pijn
	P2d	• Koorts
	P2e	• Anders
	P3	-bevinding/hoe er achter gekomen:
	P3a	• moesten getest worden omdat persoon behoort tot risicogroep en een ziekenhuisgreep moet ondergaan/werkzaam is in ziekenhuis.
	P3b	• moesten getest worden vanwege MRSA besmetting in ziekenhuis
	P3c	• hebben zelf symptomen (zonder bewust te zijn van MRSA) en gaan naar huisarts/ ziekenhuis
STRESS + of –	S	Relatie tussen persoon en omgeving die door de persoon wordt beoordeeld als belastend, het overschrijden van eigen bronnen en het welzijn van de persoon in gevaar brengt
Omgeving/ Macro +/-	S1	+ negatieve ervaring vanuit de omgeving die aanleiding kan geven/geeft tot stress - positieve ervaring vanuit de omgeving die geen aanleiding kan geven/geeft tot stress vb: handelen ziekenhuis of andere zorginstanties /speciale kleding/maatregelen thuis of ziekenhuis/waar dan ook/ zorgomgeving
Sociaal/ Interpersoonlijk/ Meso +/-	S2	+ negatieve ervaring vanuit interpersoonlijk contact/sociale rol die je vervult/wat anderen denken die aanleiding kan geven tot stress - positieve ervaring vanuit interpersoonlijk contact/ sociale rol die je vervult/wat anderen denken die geen aanleiding geven tot stress vb: varkenshouder/verpleegkundige /stigmatisering/impact op gezin
Persoon/micro +/-	S3	+ negatieve gedachten/angsten/gevoelens t.a.v. de MRSA-ervaring die aanleiding zijn tot stress - positieve gedachten/gevoelens t.a.v. de MRSA-ervaring die geen aanleiding zijn tot stress
• Fysiek toestand	S3F	+ negatieve fysieke ervaring, negatief affect, negatieve mate van kennis (kan ook onjuiste/te veel kennis zijn die niet klopt of n.v.t. is) die leidt tot stress - positief fysieke ervaring, positief affect (bijv. positieve instelling/ nuchter zijn), positief mate van kennis (cognitief) niet leidt stress.
• Affectieve toestand	S3A	
• Cognitieve toestand	S3C	
COPING	C	Cognitieve en gedragsgevolgen om de interne en externe eisen te beheersen, te verminderen of te tolereren die door stressvolle situaties zijn gecreëerd
Emotion-focused	Ce	Emoties reguleren die ontstaan zijn door de stressvolle situatie
	Ce1	Sociale steun zoeken: nuttige coping bronnen verstrekt door vrienden en andere mensen (ik heb veel steun gehad aan mijn vriend). Ook: lotgenotencontact en zelf steun bieden aan lotgenoten (als ervaringsdeskundige)
	Ce2	Venting feelings; "Je verhaal kwijt willen/ gevoelens uiten" (bij hem kon ik mijn verhaal kwijt)
	Ce3	Afleiding (distraction), ontsnapping (escapism)etc.; "denken aan op het strand liggen/ winkelen op vakantie gaan/ MRSA komt niet voor in

		gedachte"
	Ce4	onderdrukken (suppression) ontkennen (deny), "niet denken aan MRSA/ MRSA komt juist voor in gedachte"
Problem-focused	Cp	Probleem managen dat onrust veroorzaakt, stressvolle situatie veranderen w.o:
	Cp1	Behoefte aan algemene informatie over MRSA: wat is MRSA (medische kant), kan ik iemand besmetten, risico voor familie, waar komt het vandaan, waarom neuskweek, hoe voorkomen, hoe lang zit het er al?
	Cp2	Behoefte aan praktische informatie, bijv. "Mag mijn vriend uit hetzelfde glas drinken?", "Kunnen we nog gemeenschap hebben?" (activiteiten in het dagelijks leven)
	Cp3	Behoefte aan hulp (medicijnen, waar laten kweken, begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn, hulp bij de behandeling, steun vanuit het werk (voor vpk) /dienst
	Cp4	Behoefte aan informatie rondom het MRSA-beleid (ziekenhuis)
	Cp5	Geheimhouding van (het woord) MRSA. Vb. Zowel bewust niets zeggen als het gedeeltelijk/oppervlakkig vertellen; "Ik heb een bacterie".
INFORMATIE-VOORZIENING	V	De informatie die de persoon krijgt aangereikt, zonder hier zelf iets voor te doen. Informatievoorziening komt vóór het zoeken, maar kan ook tijdens of achteraf.
Informatiefolder	V1a	Ziekenhuis
	V1b	GGD
	V1c	Huisarts
Behandelingsinformatie	V2a	Ziekenhuis (<i>behandelingstoelicht. =antibiotica, zuigtabletten, scrub etc.</i>)
	V2b	GGD (<i>behandelingstoelicht. =antibiotica, zuigtabletten, scrub etc.</i>)
	V2c	Huisarts (<i>behandelingstoelicht. =antibiotica, zuigtabletten, scrub etc.</i>)
Geen informatie	V3	Geen
Handelingstoelichting / maatregelen	V4a	Door ziekenhuis (microbioloog, behandelend arts, hygiënist) (<i>wat te doen thuis, op het werk, eigen omgeving</i>)
	V4b	Door GGD (<i>wat te doen thuis, werk, omgeving</i>)
	V4c	Door huisarts (<i>wat te doen thuis, werk, omgeving</i>)
Mondelinge informatie	V5a	Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)
	V5b	Ziekenhuishygiënist
	V5c	Behandelend arts ziekenhuis
	V5d	Verplegend personeel ziekenhuis
	V5e	Microbioloog
	V5f	Huisarts
	V5g	GGD (Verpleegkundige/arts)
	V5h	Afdelingshoofd ziekenhusi
	V5i	Bedrijfsarts
	V5j	Verloskundige
	V5k	Apotheek
INFORMATIE-ZOEKGEDRAG	Z	
Passieve aandacht	Z1	wanneer iemand naar de radio luistert of een televisieprogramma kijkt, waarbij informatie wordt verkregen, zonder dat er echt naar wordt gezocht. = ermee geconfronteerd worden/ niet relevant voor jezelf, bv een commercial → je gaat verder niet in op de informatie
Passief zoeken	Z2	wanneer een bepaald soort zoeken (of ander gedrag, bv een vakblad lezen of het journaal kijken) resulteert in het verkrijgen van informatie dat relevant is voor de persoon / relevant voor jezelf → je gaat door op de informatie
Actief zoeken	Z3	wanneer een persoon actief op zoek gaat naar informatie (initiatief voor het onderwerp ligt bij jou, bijv. Veearts komt langs, dus je denkt passief zoeken, maar jij bent zelf degene die het initiatief neemt tot een gesprek over het betreffende onderwerp, MRSA).
Doorlopend zoeken	Z4	wanneer er naar informatie wordt gezocht om het bestaande raamwerk van kennis, ideeën, overtuigingen of waarden op peil te houden of uit te breiden; algemene kennis.
INFORMATIEBRON	I	De mogelijke bronnen die de patiënt op eigen initiatief consulteert/aanboort.

Bronkenmerken enkel coderen in relatie tot zoeken		
Interpersoonlijk	I	
Informeel	I1	Buren, kennissen, vrienden en familie, collega's
Formeel	I2a	Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)
	I2b	Ziekenhuishygiënist
	I2c	Behandelend arts ziekenhuis
	I2d	Verplegend personeel ziekenhuis
	I2e	microbioloog
	I2f	Huisarts (hoe veel mensen) communicatie met huisarts
	I2g	GGD (verpleegkundige, arts) (hoe veel mensen)
	I2h	Afdelingshoofd ziekenhuis
	I2i	Bedrijfsarts
	I2j	Veearts
	I2k	Verloskundige
	I2l	Apotheker
Massamedia	M1	Internet
	M2	TV
	M3	Krant
	M4	(Vak)bladen
BRONKENMERKEN	B	+ positieve ervaring met de bron - negatieve ervaring met de bron
Deskundig/betrouwbaar	B1	+ deskundig/betrouwbaar - niet deskundig/niet betrouwbaar
Bereikbaar	B2	+ goed bereikbaar - slecht/niet bereikbaar
Vertrouwd	B3	+ vertrouwd - niet vertrouwd
Begrip	B4	+ begripvol - niet begripvol
Duidelijk	B5	+ duidelijk - niet duidelijk/vaag
INFORMATIE- VERWERKING + GEBRUIK	G	+ positieve waardering van de informatie - negatieve waardering van de informatie
Gerustgesteld	G1	+ Gerustgesteld - Niet gerustgesteld
Duidelijkheid (voor de praktijk)	G2	+ Duidelijk(heid gekregen voor de praktijk) - Onduidelijk(heid gekregen voor de praktijk)
Tevreden	G3	+ Tevreden over de informatie - Ontevreden over de informatie
BARRIÈRES/ GEBREKEN	X	Variabelen die op elk moment en elke plek in het model het informatiezoekproces kunnen belemmeren (maar ook bevorderen, volgens mij). Hier zijn het echter voornamelijk de barrières.
	X1	Gebrek aan algemene richtlijnen en kennis bij instanties
	X2	Gebrek aan geld bij instanties
	X3	Gebrek aan tijd bij instanties
	X4	Gebrek aan tijd bij de drager
AANBEVELINGEN	A	De aanbevelingen die door de dragers worden gedaan omtrent verbetering/ontwikkeling van de hulp- en informatievoorziening rondom MRSA-dragers.