

“It’s like being in bloody prison”

MRSA- bärande patienters upplevelser av vården

FÖRFATTARE	Malin Henriksson Madeleine Svensson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad – Eget arbete VT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Dagrun Trewe
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Förord

Vi vill tacka vår handledare Dagrún Trewe för hennes engagemang i vår uppsats. Då vi har tvivlat har du trott på oss och vårt ämnesval. Tack även till vår examinator Solveig Lundgren som kommenterade vårt arbete en sen lördagskväll. Vi vill också tacka Hanna och Arvid för fredagsfikan.

Titel (svensk):	It's like being in bloody prison. MRSA- bärande patienters upplevelser av vården.
Titel (engelsk):	It's like being in bloody prison. The MRSA-carrying patients' experiences of the care being given.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete/OM2240
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Malin Henriksson, Madeleine Svensson
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Meticillinresistent Staphylococcus Aureus, MRSA, är en bakterie som är resistent mot all form av betalaktamantibiotika och därmed försvåras den medicinska behandlingen av en rad vanliga infektioner i dagens samhälle. Sverige är ett av de få länder i världen som har en förekomst av MRSA under 1 % men har ett gemensamt med resten av världen, smittspridningen ökar också här. År 2008 rapporterades 1306 fall av MRSA, fyra gånger så många som år 2000. Tidigare forskning är fokuserad på t.ex. att undersöka smittspridning, hälsoekonomi och vårdhygien men vi ville fokusera på den som drabbas; patienten. Vårt syfte var att undersöka den MRSA- bärande patientens upplevelse av vården. Litteraturen bestod av 12 vetenskapliga artiklar från fyra länder mellan 1997 och 2008. Innehållet analyserades enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys och fyra teman växte fram; isolering, information och kunskap, stigmatisering och framtidsutsikter. Patienterna upplevde den isolering som följer vid ett MRSA- bärarskap på olika sätt. De negativa effekterna bestod av ökad nedstämdhet, ångest, rädsla och ilska. Självförtroendet blev sämre och patienterna upplevde mindre kontroll över sin situation. Patienterna var missnöjda med tillgängligheten och tyckte att kommunikationen med vårdpersonalen blev sämre. Samvaron med de andra patienterna försämrades drastiskt. De som tyckte att isoleringen var positiv hänvisade till att de blev lugnare, hade lättare att anpassa sig till sin sjukdom och att umgänget med närstående blev enklare. Stora brister sågs i informationen till patienterna. De upplevde den dåligt utformad, förvirrande och med dålig anpassning till individen. En del patienter kände sig även stigmatiserade och oroliga inför framtiden. Bristerna i studien låg framför allt i det lilla material som fanns, alla artiklar som granskades togs med. Vi hade gärna sett fler svenska artiklar. Resultatet visade på flera negativa effekter av MRSA för patientens välbefinnande och det är ofta sjuksköterskan som kan förbättra situationen. Vi anser att mer forskning inom området behövs, inte minst i Sverige.

ABSTRACT

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA, is a bacteria resistant to treatment with all forms of beta-lactam antibiotics which obstructs the treatment of many common infections. Sweden is one of few countries in the world to report a presence of less than one percent. MRSA is however a growing problem in Sweden as well as the rest of the world. In the year of 2008 1306 cases were reported, which is four times as many as in 2000. Earlier research is focused on assessing the spread of infection, economics and hygiene but we wanted to focus on the one affected; the patient. Our aim was to examine the MRSA-carrying patient's experience of the care being given. The literature contained 12 research articles from four different countries published between 1997 and 2008. The articles were analysed with content analysis according to Graneheim and Lundman's method and four themes emerged; isolation, knowledge and information, stigma and future perspective. The isolation that comes with the carriage of MRSA was experienced in different ways by the patients. The negative effects were a higher extent of depression, anxiety, fear and anger. The sense of control and self-esteem were lowered. The patients were dissatisfied with the access to staff and felt that the communication with the staff was impaired. The relations with other patients on the wards were also obstructed. The ones who thought of isolation as positive felt that they became calmer, could adjust to their disease more easily and that the relations to their close ones were made easier. Many shortcomings were experienced in the information given to the patients. They felt it was poorly elaborated, confusing and not adapted to suit the individual. Some patients also felt stigmatized and were worried about the future. The shortage of this study was mainly the scarcity of published research articles; all the articles found which suited the aim were included. We would have liked to see more Swedish articles. The result showed many negative effects of MRSA on the patient's well-being, an aspect which we as nurses can attend to. We suggest that more research needs to be done in the area, particularly in Sweden.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
Begreppsdefinition.....	1
BAKGRUND	1
Meticillinresistenta Staphylococcus Aureus.....	1
Historik och förekomst.....	2
Antibiotikaresistens.....	2
Vårdhygien.....	3
Isolering.....	3
Kohortvård.....	4
Spridning av MRSA.....	4
Riskfaktorer.....	5
Bekämpning av smittspridning.....	5
Läget i Sverige.....	5
Svenska riktlinjer.....	5
Utbrottet i Göteborg 1997-2001.....	5
Ekonomisk vinkel.....	6
Kunskaper och attityder till MRSA bland sjuksköterskor.....	6
Renlighet och hygien enligt Florence Nightingale.....	7
Föreställningar enligt Lorraine M. Wright m.fl.....	7
Föreställningar inom familjen.....	8
Precisering av problemet.....	8
SYFTE	9
METOD	9
Litteratursökning.....	9
Dataanalys.....	9
RESULTAT	11
Isolering.....	12
<i>Psykiskt välbefinnande</i>	12
<i>Synpunkter på vården</i>	12
<i>Ensamhet och utslutning</i>	12
<i>Positiva aspekter</i>	13
Information och kunskap.....	13
<i>Källor för kunskap</i>	13
<i>Brister i informationen</i>	13
<i>Välinformerad känner lättad</i>	14
Stigmatisering.....	14
Framtidsutsikter.....	15
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
Artikelutbud.....	15
Kvalitativ och kvantitativ forskning.....	16
Tidsperspektiv.....	16
Geografiskt perspektiv.....	17

Demografiskt perspektiv.....	18
Analysmetod.....	18
Användande av citat.....	18
Ekorrhjulet.....	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
Sammanfattning av resultat.....	19
Infriande av syfte.....	19
Likheter och skillnader.....	19
Styrdokument.....	20
Användning i praktiken.....	21
Psykiskt välbefinnande.....	22
Omvårdnadsteorier.....	22
Generaliserbarhet.....	24
Framtida förändringar.....	24
 KONKLUSION.....	 25
 REFERENSER.....	 26
 BILAGOR.....	 30
Bilaga 1- Artikelsökning.....	30
Bilaga 2- Artikelpresentation.....	31

INTRODUKTION

INLEDNING

Vi har valt att göra ett arbete om en av vår tids främsta medicinska utmaningar, det växande problemet med Meticillinresistenta Staphylococcus Aureus, MRSA, sett ur ett helt annat perspektiv; omvårdnadsperspektivet.

Tanken föddes då en av författarna gjorde praktik på en infektionsavdelning på Östra Sjukhuset. Inför en patients hemgång skulle författaren och den handledande sjuksköterskan försäkra sig om att patienten förstått den information hon fått om MRSA och en helt horribel berättelse, utan någon förankring i den information som givits, tog sin början. Patienten och hennes man trodde att deras barn skulle förtvina i benskörhet, att patienten aldrig mer skulle kunna röra vid någon och till slut dö i förtid. Det var frustrerande att följa den här scenen och funderingar på hur patienter upplever sitt bärarskap tog sin början. Det kändes tvetydigt. Å ena sidan berättades det för patienten att MRSA inte var något farligt, att hon kunde leva näst intill som vanligt. Å andra sidan hade vårdpersonalen själva förkläde och handskar så fort de skulle röra vid patienten. Hur tänker patienterna om detta? Hur tar de tillvara den information som ges? Hur upplever de sin vård? Vad betyder det att bära en smitta? Frågorna hopade sig och blev starten på denna studie.

Begreppsdefinition

I detta arbete kommer vi att använda oss av begreppet MRSA-bärande patient, vilket innebär att patienten är koloniserad och/eller infekterad med MRSA. Vi har funnit att begreppen kolonisation och infektion definieras olika i litteraturen som gäller MRSA. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) används begreppet transient bärarskap för dem som har enstaka positiva odlingar i svalg eller näsa som sedan följs av negativa odlingar. MRSA-bärare är de som koloniserats med MRSA och där transient bärarskap har kunnat uteslutas (1). I detta arbete definierar vi kolonisation som att patienten bär MRSA-bakterier på sin friska hud eller i slemhinnor utan att ha symtom av det. Med infektion menar vi att patienten har kliniska symtom.

BAKGRUND

Meticillinresistenta Staphylococcus Aureus

MRSA består av stammar av Staphylococcus Aureus som utvecklat resistens mot alla betalaktamantibiotika, d.v.s. penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer (2- 6). MRSA-bakterierna bildar ett förändrat protein som betalaktamantibiotikan inte kan binda till, vilket gör att de kan fortsätta bilda cellvägg trots betalaktamantibiotikabehandling (3, 4, 6). Många MRSA-stammar har även utvecklat resistens mot flertalet andra antibiotikagrupper – dessa benämns som multiresistenta (5, 6). Vankomycin har länge varit enda behandlingsalternativ vid svåra MRSA-infektioner (6, 7). Ökad vankomycinanvändning har lett till att det numera finns stammar av MRSA som har nedsatt känslighet mot vankomycin (6). I USA påvisades år 2002 VRSA, vankomycinresistenta MRSA, för första gången (6, 8). VRSA har dock än så länge inte rapporterats i Sverige (9). Linezolid är ett antibiotikum som nyligen börjat användas mot MRSA-infektioner. Man har upptäckt förvärvat resistens även mot Linezolid hos stammar av MRSA (3, 6).

Historik och förekomst

MRSA påvisades första gången i England 1961 och bakterierna spreds under 1960-talet i Europa. På 1970-talet ökade förekomsten av MRSA i USA och på 1980-talet fanns de på sjukhus i alla världsdelar. Sedan det nya millenniets början utgör MRSA-stammarna mellan 10-50 % av alla *S. Aureus*, vilket visats i studier i olika länder. I Japan och Hongkong har en frekvens på 80 % MRSA av alla *S. Aureus* uppmätts år 2004. Förekomsten av MRSA varierar således stort mellan länder, men kan också variera inom länder och mellan olika sjukhus. De nordiska länderna tillsammans med Holland är hittills de enda länderna i världen som kan rapportera förekomst understigande en procent. I Sverige rapporteras de flesta fallen i storstäderna, men mindre lokala utbrott har också uppkommit. Gemensamt för hela världen är att förekomsten inte ses minska i något land (6).

Antibiotikaresistens

Antibiotika har olika verkningsmekanismer mot bakterier, de kan bl.a. förstöra bakteriens cellvägg eller störa proteinsyntesen. Antibiotikaresistens uppkommer då bakterier utvecklar en resistensgen mot antibiotikans verkan (3, 10). Denna resistensgen kan sedan sprida sig både inom arten, genom att bakterierna sprider vidare genen vid celledning, eller till fler arter, om resistensgenen återfinns utanför cellkärnan. Faktorer för bakteriens spridningsförmåga inkluderar bland annat dess virulens, överlevnadsegenskaper samt immuniteten hos befolkningen. Besitter en bakteriekolon med resistensgen särskilt goda spridningsegenskaper eller om befolkningen har minskad motståndskraft mot denne kan antibiotikaresistensen spridas med vad som upplevs som ett explosionsartat tempo (10).

Antibiotikaresistens bottnar i flera orsaker. Det beror dels på felaktigt bruk av antibiotika, då de resistenta bakterierna närmast odlas fram då man dödar av de icke-resistenta bakterierna så att de resistenta får fritt spelrum. Användningen av antibiotika varierar stort, både mellan länder men även inom länder och till och med inom sjukhus. I Europa använder de högkonsumerande länderna (Frankrike, Spanien) 4-5 gånger mer antibiotika jämfört med de lågkonsumerande länderna (Norden och Holland), utan att man har kunnat finna någon medicinsk indikation för detta (10).

Konsekvenser av antibiotikaresistens kan vara att den medicinska behandlingen inte blir optimal – det blir svårare för läkaren att hitta ett antibiotikum som träffar rätt på just den bakterien. Detta i sin tur leder till en längre läkningstid för enklare infektioner och för allvarligare infektioner kan det leda till en ökad mortalitet. Läkaren kan även tvingas välja antibiotikum med fler biverkningar, onödigt brett spektrum och/eller intravenös administration kan bli nödvändig. För att motverka utvecklingen av antibiotikaresistens bör användningen av antibiotika begränsas. För att uppnå detta krävs att infektionsförebyggande åtgärder införlivas såsom exempelvis vaccinationsprogram och adekvata hygienföreskrifter. Ansvar finns också hos läkarna att göra noggranna diagnoser innan de förskriver antibiotika (10).

1995 bildades Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA), som finansieras av regeringen och vars syfte är *”att verka för sektorsövergripande samordning av frågor som rör förutsättningar att bevara möjligheten att effektivisera användningen av antibiotika”* (11). STRAMA har bl.a. genomfört punktprevalensundersökningar av antibiotikaanvändningen på svenska sjukhus (3).

Vårdhygien

Vårdhygien handlar om att skydda patienten från smittämnen. Dessa smittämnen kan komma från personal, andra patienter, miljön eller från patienten själv (10). Den vanligaste smittvägen inom hälso- och sjukvård är från personalens händer, men smitta kan även ske via förorenad utrustning. Indirekt kontaktsmitta innebär att smittämnet har förts från en patient till personalens händer eller instrument och sedan vidare till en annan patient. Vid direkt kontaktsmitta överförs smittämnen från den smittade till en annan person. Andra möjliga smittvägar innefattar bland annat luftburen, fekal-oral, blod- samt droppsmitta (10).

Inom vården gäller andra premisser än ute i samhället i stort. Inneliggande patienter kan ha nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller behandling, deras naturliga försvarsbarriärer kan vara satta ur spel i och med intubation, skadad hud, brännskador m.m. Inom vården förekommer dessutom fler kontakttillfällen än ute i samhället (10, 12). Strategin för att upprätthålla en god vårdhygienisk standard blir att bryta smittvägarna. Det kan handla om att minska förekomsten av smittämnen i miljön och på produkter, men den effektivaste åtgärden är att personalen tillämpar basala hygienrutiner (10). Det är också en enkel och billig metod (12).

Basala hygienrutiner ska tillämpas överallt där vård och omsorg bedrivs och innefattar:

- att bära korrekta arbetskläder samt byta dem åtminstone varje dag
- att ha händer och armar fria från smycken och nagellack
- att desinficera händer före och efter varje patientkontakt, rena och orena arbetsmoment samt före och efter man tagit av sig handskar
- att använda engångsförkläde och handskar då risk för kontakt med kroppsvätskor föreligger
- att tvätta händerna med tvål och vatten före handdesinfektion vid synlig smuts samt vid vård av patient med gastroenterit (13- 15).

Vårdhygieniska enheter har i uppgift att förebygga vårdrelaterade infektioner genom att erbjuda kunskap om hur de uppstår, hur de förebyggs och att övervaka förekomsten av dem (10). År 2004 startade dåvarande landstingsförbundet tillsammans med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ett genombrottsprojekt kallat Vårdrelaterade infektioner ska stoppas (VRISS) med 21 team från hela Sverige (16). Projektets syfte var att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner med 50 % hos de deltagande teamen (16, 17). Detta skulle göras med hjälp av ett niostegsprogram som innefattade bl.a; att ha hela och rena händer, en smittförebyggande vårdmiljö, snabb identifikation av infekterad patient, evidensbaserad antibiotikaanvändning samt att tillhandahålla information på flera olika språk (17). Resultaten visar att det, med dessa åtgärder, var fullt möjligt att sänka förekomsten av de vårdrelaterade infektionerna med hälften (16).

Isolering

I Sverige finns i dag olika grader av isolering:

- flerpatientrum, som har lägre renhetsgrad än
- enkelrum (med eller utan toalett) som har lägre renhetsgrad än
- isoleringsenhet med förrum som har lägre renhetsgrad än
- isoleringsenhet med sluss med övertryckslufttillförsel, som har den högsta renhetsgraden.

Vård i enkelrum med egen toalett erbjuder goda förutsättningar för att upprätthålla

basala hygienrutiner. Om en patient är infekterad med någon form av droppsmitta, eller indirekt smitta som vätskande sår, vårdas denna med fördel i enkelrum. Om det finns en sluss i anslutning till enkelrummet ventileras luften ut och luften förhindras att strömma ut i korridoren, då båda dörrar aldrig bör vara öppna samtidigt. I slussen förvaras även förbrukningsmaterial. Denna isoleringsform används vid vård av patienter med smittsamma sjukdomar som varicella, patienter med brännskador, infektionskänsliga patienter samt patienter med smittsam tuberkulos (3). I Göteborg vårdas infekterade, samt nyupptäckta, MRSA-bärande patienter i dessa isoleringsrum. Patienter som har en sedan tidigare känd MRSA-kolonisering vårdas på enkelrum vid respektive avdelning (18).

Kohortvård

Kohortvård innebär att en patient vårdas åtskild från andra patienter. Vården av den kohortvårdade patienten sköts av särskild personal, som då inte ska vårda andra patienter. Kohortvård används bl.a. vid svåra utbrott av gastroenterit (3).

Spridning av MRSA

Inom sjukhusen är MRSA-bärande patienter den största smittkällan av MRSA. Direkt kontaktsmitta mellan patienter har förekommit, men företrädevis handlar det om indirekt kontaktsmitta; att personalen sprider bakterierna via sina händer och kläder (6, 10). Detta är associerat med dålig följsamhet av basala hygienrutiner (6).

På senare tid har samhällsförvärd MRSA blivit alltmer omtalat (5, 6, 8). Dessa bakterier sprids mellan människor som lever nära varandra såsom exempelvis brottare och dagisbarn, men även bland boende på äldreboenden eller servicehem (5, 6). Samhällsförvärd MRSA är sällan multiresistent och tillhör ofta andra stammar än de som sprids inom sjukvården (2, 5, 10). Samhällsförvärd MRSA orsakar ofta hudinfektioner, bölder och pneumonier (5, 6).

MRSA kan, precis som andra stafylokocker, kolonisera normalfloran på huden och i luftvägarna. En del bärare har dem även i armhåla, ljumske eller perineum. Kan kolonisation påvisas på flera ställen vid upprepade odlingar räknas personen som en permanent bärare. Påvisas MRSA endast på frisk hud och i näsan gör man i regel försök att behandla med salva i näsan och helkroppstvätt med 4 % klorhexidintvällösning (5).

Mängden MRSA på olika ställen hos bäraren varierar sannolikt med tiden. I samband med en luftvägsinfektion kommer mängden MRSA i näsan och svalget troligtvis att öka. Man har förmodligen lättare för att smitta personer i sin omgivning då. Personer som bär MRSA på huden och samtidigt har en fjällande hudsjukdom har en förhöjd spridning till sin omgivning (5, 6). Ibland har bärare så pass låg mängd MRSA att de inte kan påvisas i odling. Sannolikt är smittsamheten då låg. Eftersom mängden bakterier kan blossa upp igen vid tillkomst av riskfaktorer såsom antibiotikabehandling bör patienterna aldrig förklaras helt fria från smitta, även om de i flera år visar negativa odlingar (5). I praktiken fungerar det dock inte likadant överallt i Sverige, något vi skall komma tillbaka till senare (19).

Personal som vårdar MRSA-bärande patienter kommer sannolikt att bli tillfälligt förorenade under arbetspasset t.ex. på händer eller i näsan. Det innebär dock en liten risk för att bli bärare såvida personalen inte har sår eller kroniska hudlesioner, men då ska de heller inte vårda MRSA-bärande patienter (6, 7).

Riskfaktorer

Personer som har sår, katetrar och hudpenetrerande drän är mer mottagliga för smitta. En långvarig eller återkommande antibiotikabehandling utgör även det en riskfaktor för att bli smittad (5, 6). Andra riskfaktorer är hög ålder, kroniska sjukdomar samt tidigare vård inom intensivvård eller brännskadeenheter (6).

Bekämpning av smittspridning

Förutom tillämpning av basala hygienrutiner finns det ingen global enighet i hur MRSA ska bekämpas. Olika länder har olika riktlinjer eftersom det omöjligt går att följa samma principer i ett land med hög förekomst av MRSA som i ett land med låg förekomst. I länder med endast enstaka fall och utbrott tycks det finnas en enighet kring en s.k. ”*search and destroy policy*”, vilket innebär smittspårning, screeningverksamhet, isolering och uppföljning av alla smittade personer (5, 6). Holland är ett exempel på länder som tillämpar denna strategi och det tros vara en anledning till att Holland ser så pass låg förekomst av MRSA trots att deras grannländer har mycket högre andel. Även i Norden använder vi oss av denna policy (6).

I Sverige blev MRSA en anmälningspliktig sjukdom år 2000, vilket innebär att en patient med en nyupptäckt infektion eller kolonisation av MRSA skall rapporteras till Smittskyddsinstitutet och det berörda landstingets smittskyddsläkare. En smittspårning skall också inledas (5, 10, 20).

Läget i Sverige

Antalet rapporterade fall i Sverige har stigit stadigt sedan sjukdomen blev anmälningspliktig år 2000. År 2008 rapporterades 1306 fall, vilket är mer än fyra gånger fler än vad som anmäldes år 2000. Av dessa 1306 fall var 58 % inhemskt smittade, 41 % smittade utomlands och i 1 % av fallen var smittolandet okänt. Bland dem som blivit smittade utomlands var de vanligaste angivna länderna (i fallande ordning) Thailand, Irak, Filippinerna, Indien och USA (20).

Svenska riktlinjer

Det finns inga nationella riktlinjer i Sverige för hur MRSA skall bekämpas. Detta ställer till med bekymmer då patienter i nio av Sveriges 21 län kan bli förklarade som smittfria med uppvisande av två eller tre negativa odlingar, medan de i nio andra län räknas som bärare livet ut, oavsett hur många negativa odlingar de lämnar. I två av länen bedömer man från fall till fall och i ett län är frågan under utredning (19).

Infektionshygien har utfärdat direktiv som gäller för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Kungälv's sjukhus, Frölunda Specialistsjukhus och Capio Lundby sjukhus. De berör tillvägagångssätt med nyupptäckta och sedan tidigare kända MRSA-bärande patienter samt patienter och personal som vistats på sjukhus i riskområden, både inom Sverige och utomlands (18).

Utbrottet i Göteborg 1997-2001

År 1997 kom det till Infektionskliniken Östra (IKÖ) vid SU en patient som blivit smittad av vad som senare skulle visa sig vara samma stam av MRSA som orsakat många utbrott i Storbritannien och i den engelskspråkiga litteraturen går under namnet EMRSA-16. Den aktuella patienten hade blivit smittad under sin sjukhusvistelse på Cypern, varför stammen i Göteborg gick under namnet Cypernstammen. Patienten vårdades initialt på IKÖ, men när han var i behov av rehabilitering på ryggmärgsskadeenheten på SU blev han överflyttad dit. Avdelningen hade väl inarbetade hygienrutiner, men smittan kunde ändå spridas via patienter som

katetriserade sig själva intermittent. Detta var starten på ett flera år långt utbrott av MRSA inom SU. Totalt upptäcktes 147 smittade patienter utspridda på 36 vårdenheter. Många av de smittade var koloniserade bärare, varför det var svårt att klarlägga smittvägar eftersom det då blev svårt att utröna var och när de hade blivit smittade (21).

SU införde dock några åtgärder som sedermera gjorde att de kunde bekämpa utbrottet:

- kontrollodling av alla återinlagda patienter som tidigare vårdats på SU
- alla nyupptäckta MRSA-bärande patienter vårdades på IKÖ isolerade med kohortvård
- inrättande av central styrgrupp som bl.a. upprättade handlingsprogram som fick direktivstatus inom SU
- projektgrupp för spårning av MRSA-spridning i samhället
- personalförstärkning inom infektionshygien (21)

Ekonomisk vinkel

Kostnaderna för MRSA-bärande patienter varierar beroende på bl.a. om patienten är koloniserad eller infekterad med MRSA, patientens sjukdom och om patientens tillstånd kräver specialistvård. Vid beräkning av merkostnaderna vid vård av MRSA-bärande patienter beaktas också det faktum att dessa patienter har längre vårdtider, vilket leder till att sjukhuset får minskad tillgång till vårdplatser. En studie inom intensivvård visar att MRSA-bärande patienter i genomsnitt utgör en merkostnad om nära 10 000 amerikanska dollar jämfört med patienter som inte har MRSA (22).

En projektsammanställning i Västra Götalandsregionen visar att utbrottet i Göteborg 1997-2001 orsakade merkostnader genom bl.a. längre vårdtider, ökade materiella och administrativa kostnader. Återinläggningsodlingarna som gjordes utgjorde en merkostnad om 3,5 miljoner kronor per år. Odlingar för smittspårning och utredning kostade 3 miljoner kronor. I hela regionen beräknas merkostnaden för patienter som vårdades på infektionsklinik till nära 17,7 miljoner kronor. Då räknades på ett värde om 2700 kronor extra per dygn för patienter inneliggande inom infektionsklinik jämfört med annan somatisk vård (23).

Smittskyddsinstitutet menar att det är kostnadseffektivt att bekämpa MRSA med preventiva metoder. Kostnaderna för åtgärder vid behandling av MRSA överstiger flertalet gånger kostnaderna för preventiva hygieniska åtgärder (24).

Kunskaper och attityder till MRSA bland sjuksköterskor

I Storbritannien, som har den högsta prevalensen av MRSA i Europa, har en del undersökningar av sjuksköterskor och övriga vårdpersonals kunskaper och attityder till MRSA gjorts (25). Landet hade år 2008 som mål att antalet nyinsjuknande personer med MRSA skulle ha reducerats med 50 % (26). Stora insatser för upplysning har gjorts de senaste åren, med bl.a. riktlinjer och utbildningar men det är genom media det största genomslaget har kommit (25). I en undersökning svarade 38 % av sjuksköterskorna att de fått sin information från radio och tv (25). I en annan undersökning svarade sjuksköterskorna att de ändrat attityd till MRSA sedan det fått genomslag i media. Dock hade de äldre, mer erfarna kollegorna påverkats mindre av media (26).

I två undersökningar identifierar majoriteten (71- 83 %) av sjuksköterskorna handkontakt som den viktigaste källan till smittspridning (25, 26). Dock var det i praktiken endast 58 % av de tillfrågade sjuksköterskorna som sade sig sprita händerna innan och efter patientkontakt (26). I en undersökning visste endast drygt hälften av sjuksköterskorna

att händerna är den vanligaste orsaken till smittspridning (27). Det behövs förändringar i attityder för att enkla saker som handdesinfektion skall fungera (26).

I samtliga undersökningar från Storbritannien belyses vikten av fler och bättre riktlinjer och kontroller (25- 28). Det konstateras att när riktlinjer brister följer inte god vård (28). Det är också så att bara för att det finns undervisning behöver den inte vara av god kvalitet (25). I en undersökning visas på vikten av goda rutiner då de som jobbat inom National Health Service, där det finns riktlinjer, hade bättre kunskap och följsamhet än de som inte gjort det (27). I en undersökning gjord i Iran visar man också på att de som har rätt kunskap också har bättre följsamhet och en mer positiv attityd (29). I en undersökning kunde 70 % av vårdpersonalen inte identifiera de lokala föreskrifterna (28). Glädjande nog visade en annan undersökning att det är just sjuksköterskor som är bäst på att ta till sig den kunskap som finns. Gemensamt är också att majoriteten av vårdpersonalen sade sig vilja ha mer kunskap i ämnet (25- 28).

I Nepal, som är ett utvecklingsland, finns inga riktlinjer eller kontrollprogram. En undersökning visar att endast 25 % av vårdpersonalen hört talas om MRSA. Vid ett kunskapstest om MRSA och infektionsprevention var det endast 16 % som hade alla svaren rätt. 92 % av sjuksköterskorna var rädda att själva bli smittade och tyckte att smittade patienter skulle behandlas på specialavdelningar. De skattade däremot sin egen följsamhet med handdesinfektion bättre än vad man gör i t.ex. Storbritannien (30).

Renlighet och hygien enligt Florence Nightingale

Florence Nightingale (31) hade, för sin tidsepok, radikala åsikter som inte sällan gick stick i stäv med vad andra sakkunniga under samma tidsperioden ansåg. Bland annat förkastade hon Louis Pasteurs teori om att bakterier orsakar sjukdom och Charles Darwins teorier om naturligt urval. Nightingales teorier om omvårdnad bygger på fyra grundstenar; människa, miljö, hälsa och sjuksköterskans ansvar. Hon ansåg att den sjuka människan påverkades av miljön denne vistades i och att det var sjuksköterskans ansvar att ombesörja att patienten hade de bästa förutsättningarna för att naturen skulle kunna arbeta för att återvinna hälsa hos patienten. Sjukdom ansåg hon vara en process av återuppbyggnad (31).

Nightingale brann för renlighet och hygien, som hon tyckte var en självklarhet i omvårdnaden. Hon menade att bevarande av renlighet var kärnan i sjuksköterskans yrkesansvar, eftersom hon ansåg att alla sjukdomar uppkom p.g.a. dålig hygien. Nightingale tyckte sig ha observerat att sjuksköterskor som vårdade patienter med infektionssjukdomar gjorde precis tvärtom mot vad de borde göra och såg över sin egen och övrig personals hälsa före patientens. Hon menade att sjuksköterskans enda försvar mot infektioner var renlighet och frisk luft. Nightingale skrev också om hudens betydelse som en barriär mot sjukdom, varför det blev viktigt att tvätta både patienter och personal grundligt. Att patienterna mådde bättre efter att ha blivit tvättade tillskrev hon att de blivit av med smuts som hade tyngt dem. Hon förordade även att sjuksköterskor skulle tvätta sina händer frekvent under arbetsdagen (31).

Föreställningar enligt Lorraine M. Wright m.fl.

Lorraine M. Wright m.fl.(32) beskriver i sin bok *Familjefokuserad omvårdnad* sin syn på föreställningar. De menar att föreställningar är de perspektiv människan ser omvärlden med. Föreställningar skapas i de sociala och kulturella domäner människor lever i och ger förklaringar, värderingar och förpliktelser. Föreställningarna bestämmer helt enkelt livet och därmed även synen på hälso- och sjukvård. För att sjuksköterskor ska kunna utföra den bästa omvårdnaden måste de identifiera och fokusera på patienters

föreställningar. Innan sjuksköterskan gör det måste hon/han dock klargöra sina egna föreställningar eftersom hur vi uttrycker dem påverkar patienten (32).

Kärnföreställningar finns enligt Wright m.fl. (32) i djupet av vårt innersta. De är personliga och ofta omedvetna, men styr hur vi närmar oss vår livsvärld. Wright m.fl. menar att kärnföreställningar är vår identitet och är mycket svåra att förändra. De kärnföreställningarna människan har i livet bidrar till upplevelsen av hälsa och sjukdom. Det finns aldrig två patienter som upplever sin sjukdom/skada på samma sätt. Hur en patient hanterar sin sjukdom beror på vad den hade för föreställning om sjukdomen innan det hände, vad den har för föreställning om varför det hände och vad den har för föreställning om hur den ska klara av att hantera det som hänt (32).

Sjuksköterskan har en uppgift att hjälpa människor att inse sina föreställningar och i många fall även förändra dem. Detta sker i mötet och interaktionen med patienten. Det gäller för sjuksköterskan att få patienten att se utanför sina egna sanningar och själv ifrågasätta sina föreställningar. Sjuksköterskan ska inte vara någon förändringsagent som bestämmer åt patienten utan skall locka fram svaren ur patienten. Patienten är expert på sin egen sjukdomsupplevelse och känsla och sjuksköterskan är expert på interaktionen, så skall de mötas. Sjuksköterskan skall också få patienten att reflektera över vad som sagts och inbjuda till frågor (32).

Föreställningar inom familjen

Familjen definieras enligt Wright m.fl. (32) som en grupp individer som binds samman av olika starka band och utgörs av dem som anser sig höra till den snarare än de som ”formellt” tillhör den via blodsband eller äktenskap m.m. Inom familjer kan det finnas olika föreställningar om sjukdom och ohälsa. En del kan anse att ohälsa kan vara en bestraffning för ett syndigt liv, andra som en påminnelse om att det är dags att slå av på takten. När en del familjer ser ohälsa som ett hot ser andra det som en utmaning. Vissa familjer kan välja att utelämna information om sjukdom till familjemedlemmar som de anser vara för svaga eller sjuka för att kunna hantera informationen. Familjer kan också skilja sig i hur de behandlar den sjuke, en del vill visa mycket omsorg medan andra anser att det bästa för den sjuke är att få vara ifred (32).

Wright m.fl. (32) har sett att familjemedlemmarnas reaktioner på sjukdom är nära knutna till den sjuktes reaktion på sin sjukdom. Omvänt har de även sett att patienter kan reagera mer på familjens reaktioner än på sjukdomen i sig. Sjukdom kan också förena en familj och föra medlemmarna närmare varandra. Familjen blir ofta ett stort stöd för den sjuke. Men är den sjuke arg eller bitter över sin sjukdom kan detta smitta av sig till resten av familjen. Familjemedlemmarna lägger mycket tid på att fundera över sjukdomens orsak och eventuella konsekvenser (32).

Precisering av problemet

Som sjuksköterskor kan vi komma att möta och vårda MRSA-bärande patienter oavsett vilken avdelning vi arbetar på. Vi har i vår bakgrund funnit att MRSA och annan antibiotikaresistens är ett ökande problem i hela världen, så även i Sverige. Det är inte bara en katastrof för patienterna som drabbas, utan även ett stort hälsoekonomiskt problem.

Sjuksköterskan arbetar nära patienterna och är en stor potentiell källa till smittspridning, därför är kunskap om MRSA viktig bland sjuksköterskor. Vi såg även att kunskapen om MRSA varierar bland sjuksköterskor och ibland är den rent bristfällig. Det okända, det vi har lite kunskap om, blir gärna något obehagligt. Särskilt

om det är en multiresistent och smittsam bakterie.

Som sjuksköterskor lyder vi under hälso- och sjukvårdslagen som bland annat säger att målet för hälso- och sjukvården är vård på lika villkor för hela befolkningen. Vi ska ge vård med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet (33). Men om vi är rädda för våra smittbärande patienter, om vi tycker att det är obehagligt att vårda dem, har lite kunskap om deras situation och är rädda för vår egen hälsa - då blir dessa mål svåruppnåeliga. Om vården för MRSA-bärande patienter skall bli bra tror vi det är viktigt att undersöka deras perspektiv. Vi vill få en uppfattning om hur de MRSA-bärande patienterna upplever vården de får. Vad tycker de om vården? Hur känns det att vara isolerad? Får de tillräckligt med information? Vilka föreställningar har de om sin sjukdom och situation? Blir de påverkade av media och andra yttre omständigheter?

SYFTE

Syftet är att undersöka den MRSA-bärande patientens upplevelse av vården.

METOD

Litteratursökning

Litteratursökningen utfördes genom att söka efter vetenskapliga artiklar i Pubmed, Cinahl och Scopus. Vid sökningar i Cinahl begränsades artiklarna genom att endast använda de som var peer reviewed och research articles. Endast artiklar på svenska, engelska och tyska granskades och var från år 1995 och framåt. Företrädesvis valdes artiklar från senast år 2000. Två artiklar var från 90-talet. Sökningarna genomfördes mellan den 12/3-19/3 och sökorden som användes var: *MRSA, Methicillin resistant Staphylococcus aureus, patient, perspective, health knowledge, anxiety, awareness, empowerment, experience, understanding, holistic, stigma, information, isolation, source isolation, knowledge, fears, beliefs, attitude, satisfaction, concern, psychology, nursing, coping, perception*. Se bilaga 1. Sökordens kombinationer varierades. Eftersom så många sökord användes gjordes en första sällning av artiklarna grundat endast på deras titlar. Intressanta artiklar granskades genom att läsa abstract och ansågs relevanta då de handlade om patientens perspektiv och MRSA. 12 stycken artiklar hittades, varav samtliga inkluderades i litteraturstudien. Inga artiklar som handlade om endast andra smittsamma infektioner eller som belyste andra perspektiv än patientens togs med. Av de utvalda artiklarna var sex kvantitativa studier, fem kvalitativa studier och en litteraturstudie. Åtta artiklar var från England, två från USA, en från Australien och en från Tyskland. Se bilaga 2. Artiklarna granskades genom checklistor enligt riktlinjer för C-uppsats.

Dataanalys

Vi bestämde oss från början att använda induktiv analys vid bearbetningen av vårt material, eftersom vi ville läsa in texterna så förbehållslöst som det är möjligt för att låta materialet tala till oss och visa oss mönster och teman, snarare än att utgå från teorier. Vi började med att läsa igenom våra artiklar flertalet gånger för att finna helhetsbilder av det stora materialet. När vi kände att vi började få grepp om vad som stod i vårt material valde vi att använda oss av innehållsanalys för att ha ett strukturerat och tydligt sätt att bearbeta våra data. Innehållsanalys kan i korthet beskrivas som en

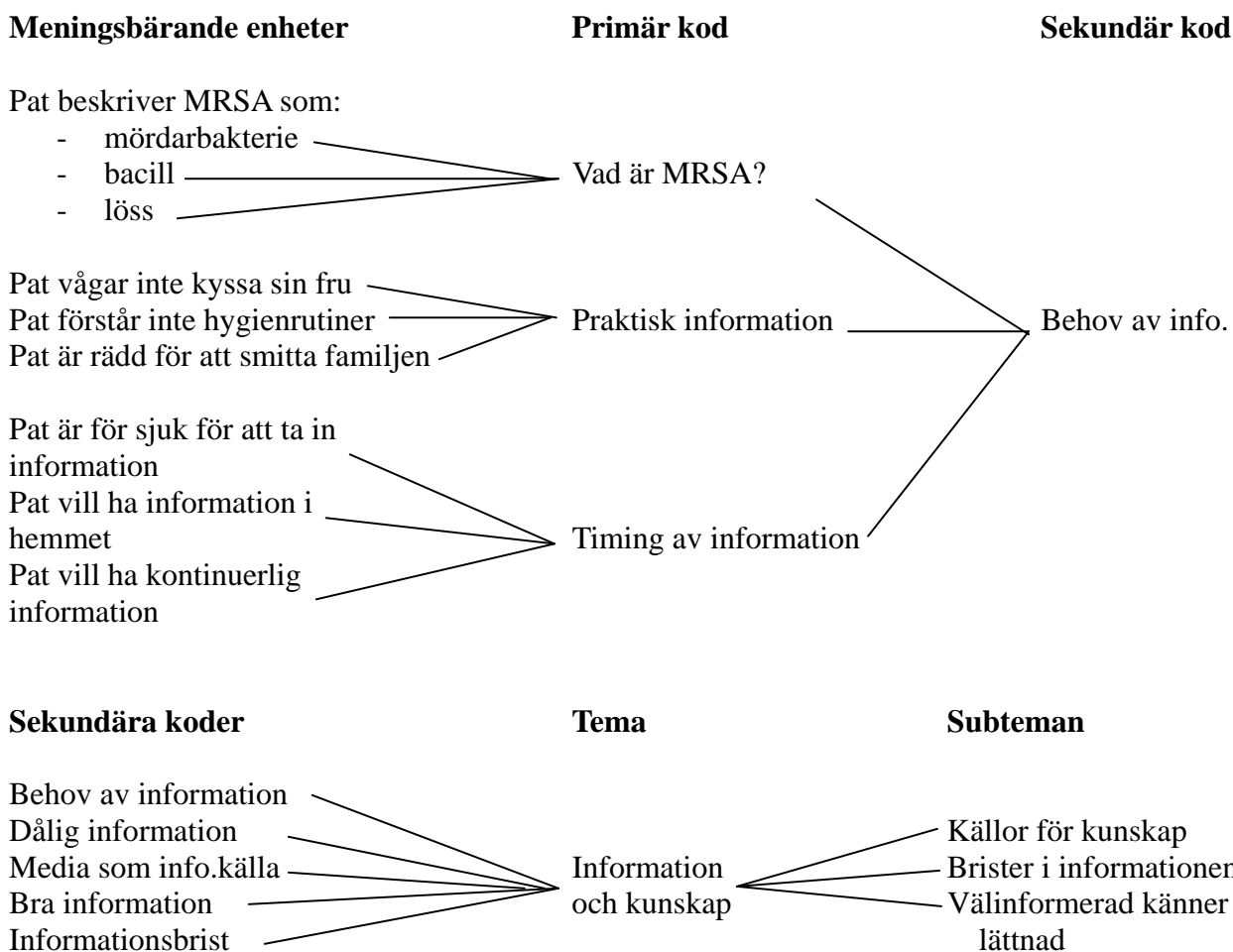
metod för att systematiskt och stegvis klassificera data för att kunna identifiera mönster och teman som beskriver olika fenomen. Genom att identifiera meningsbärande enheter som sedan kodas, utvecklas kategorier/teman. Med hjälp av dessa kan sedan teorier och modeller utvecklas (34). Vi har följt denna metod i vårt arbetssätt förutom på den sista punkten, vi har alltså inte utvecklat någon teori eller modell.

Vid innehållsanalys skiljer man på det manifesta och det latent innehåll. Det manifesta innehållet beskrivs som de fenomen som står tydligt i texten, de som inte kräver så stor tolkning. Det latent innehåll, å andra sidan, består av det som finns mellan raderna i texten, det som är mer abstrakt och kräver en djupare tolkning av läsaren. Den underliggande meningen finns i det latent innehåll (35). Vi har vid de första inläsningarna av materialet använt oss av det manifesta innehållet, men när vi så småningom har läst in oss bättre på materialet har det latent innehåll blivit tydligare för oss och vi har använt även detta material.

De meningsbärande enheterna kan vara ord, uttalanden, meningar, eller stycken med text. De ska tillsammans belysa olika aspekter samtidigt som de ska skapa sammanhang i texten. De meningsbärande enheterna bör inte vara för korta då det finns risk att fragment, som inte är representativa för helheten i texten, plockas ut. De bör heller inte vara för långa eftersom de då kan bli alltför omfattande och beskriva flera olika fenomen. I innehållsanalys ingår även att reducera mängden data, vilket enligt Graneheim och Lundman (35) bör göras genom kondensation för att kunna minska mängden data samtidigt som kärnan i materialet behålls. Vi har tagit ut de meningsbärande enheterna och reducerat mängden data i vårt material genom att vid varje genomläsning av artiklarna ha vårt syfte i åtanke och sedan stryka under ord, meningar och stycken som beskriver olika fenomen kopplade till vårt syfte. För att studien skall vara trovärdig ska ingen relevant data uteslutas men heller ingen irrelevant data inkluderas (35). I vårt analysarbete har vi därför ansträngt oss för att ta med all data som rör vårt syfte men även för att inte ta med irrelevant data, som exempelvis beskrivningar av vården ur andra perspektiv än patientens.

Nästa steg i innehållsanalysen är vad Graneheim och Lundman (35) kallar för ”*abstraction*” - att koda de meningsbärande enheterna för att sedermera utveckla kategorier och teman (35). Detta gjorde vi genom att gemensamt läsa igenom våra meningsbärande enheter och koda vad de handlade om. Att en patient uttryckte att det kändes ensamt att vårdas isolerat kodades som ensamhet och att en studie visade att isolerade patienter hade mer ångest kodades som ångest, för att ge exempel. När vi sedan hade alla våra koder började vi se mönster och skiftningar i dem, så att vi kunde dela upp dem i teman. Kategorier är välavgränsade emedan teman är mer flytande och kan gå in i varandra (35). Vi valde därför att utveckla teman, eftersom en del av våra mönster gick in i varandra, även om en stor del av våra data är väl avgränsade. När vi hade funnit teman utformade vi subteman av de koder vi hade. Se Figur 1.

Figur 1. Exempel på reduktion av material och bildande av tema och subteman.



RESULTAT

Vi har valt att presentera resultatet utifrån de fyra teman som vi har kunnat urskilja; isolering, information och kunskap, stigmatisering och framtidsutsikter. Sedan har våra subteman skapat underrubriker. För enkelhetens skull benämns patienter isolerade p.g.a. MRSA endast som isolerade patienter.

Översikt över teman och subteman:

TEMA	Isolering	Information och kunskap	Stigmatisering	Framtidsutsikter
SUBTEMA	Psykiskt välbefinnande	Källor för kunskap		
	Synpunkter på vården	Brister i informationen		
	Ensamhet och uteslutning	Välinformerad känner lättnad		
	Positiva effekter			

Isolering

Psykiskt välbefinnande

Tre studier visar att isolerade patienter upplever mer ångest och depression än patienter som inte är isolerade (36- 38). Catalano m.fl. (36) jämför resultatvärde på ångest- och depressionsskalor mellan isolerade patienter och ej isolerade patienter vid inläggning till sjukhus, efter en veckas vårdtid samt efter två veckors vårdtid. Resultaten visar att båda patientgrupperna har relativt lika resultat på skalorna vid inläggning, men att de isolerade patienterna stiger i både depression och ångest efter en respektive två veckors vårdtid medan de ej isolerade patienterna sjunker (36). Tarzis m.fl. (37) resultat visar att isolerade patienter upplever mer depression och ångest än kontrollgruppen, när det gäller ilska är det dock ingen skillnad mellan patientgrupperna. Hartmann (39) menar däremot att isolerade patienter upplever mer ilska och rädsla. Också Gammon (38) visar att isolerade patienter har högre grad av depression och ångest än ej isolerade patienter, men även att de har sämre självförtroende och upplever lägre känsla av kontroll över sin situation. Att isoleringen innebär en förlust av kontroll framkom även i Hartmanns (39) intervjuer.

Synpunkter på vården

Isolerade patienter visar mer missnöje med vården än patienter som inte vårdats isolerade. De isolerade patienterna har vid en studie på två nordamerikanska sjukhus lämnat fler klagomål än kontrollgruppen, både formella och informella. Klagomålen har gällt negativa erfarenheter av vården, kommunikation samt att tillgängligheten till personal har brustit (40). Newton m.fl. (41) uppmärksammar att isolerade patienter har saknat tillsyn från vårdpersonalen. Även Kennedy m.fl (42) efterlyser mer uppmärksamhet från vårdpersonalen och pekar också på en önskan bland patienterna att ha mer utsikt ut i korridorerna. Få patienter har en klar uppfattning om varför de vårdas isolerat och några tror att det är för att underlätta personalens arbete (41). En annan enkät visar dock att 70 % av patienterna inte tycker att vårdkvalitén försämrades när de förflyttades till enkelrum (43).

Ensamhet och uteslutning

Många isolerade patienter känner sig ensamma (39, 41, 44). De beskriver att de känner sig uteslutna ur gemenskapen på avdelningen (44- 45):

"I can't talk to other patients. When you're on a normal ward you can talk to other patients and I'd much rather do that than have the TV on all day" (44, s. 37).

Patienterna saknar att inte kunna gå ner till dagrummet och socialisera med de andra patienterna, de blir frustrerade av att dagarna går långsamt när de inte har någon att prata med (44):

"Everybody else is walking about and you're stuck in your room" (44, s. 37).

Några av patienterna kände att isoleringen stigmatiserade dem och deras MRSA-kolonisation (45), och en del upplevde sin isolering som ett fängelse eller förvaring (39, 45):

"I felt like I was a dog being put in a kennel and left" (45 s. 26).

Positiva aspekter

En del patienter ser fördelar med isolering. De uppskattar avskildheten, lugnet och att få vara för sig själva (41, 44, 45). Många uttrycker att det är som att bo på hotell (44, 45) En patient uttrycker att det känns som hemma:

"I know that I have to be on my own, but it doesn't bother me because I live on my own. I'm used to being on my own, day in, day out" (44, s. 37).

Flertalet upplever att isoleringen underlättar relationer med anhöriga (42), och att det är lättare att ta emot besök på enkelrum (41). I en studie är det dock 60 % av patienterna som anser att isoleringen inte hade någon effekt på deras relationer (42). Några menar att det har varit positivt för deras sjukdomsförlopp (39, 42). 30 % av de ryggmärgsskadade patienterna i Kennedy och Hamiltons (42) studie menar att isoleringen hjälpte dem att anpassa sig till sin skada i lugn och ro. En patient i Criddle och Potters (45) studie tycker att isoleringen skyndade på tillfrisknandet:

"I found it quite therapeutic actually. I seemed to get better very, very quickly in there" (45, s. 26).

En del patienter menar att isoleringen inte störde dem eftersom de ändå var så sjuka och svaga (44). Flertalet tror att de sover bättre i enkelrum (44, 45). Det framförs också lättnad över att inte ha sänggrannar att behöva relatera till och prata med. En patient menar att sänggrannar kan vara trevliga men att de också kan bli en börda och störningsmoment i tillfrisknandet (39).

Information och kunskap

Källor för kunskap

Flera artiklar visar att patienters kunskap om MRSA är knapphändig och att de själva upplever en brist på kunskap (41, 43- 46). Madeo (44) menar att egna eller närståendes tidigare erfarenheter av MRSA sätter stor prägel på hur patienten tar till sig information och undervisning. Även media spelar en stor roll för kunskapsbanken och ibland är mediaflödet det enda patienter kan relatera till (43, 45, 46). I Bellamys (43) artikel, där man inte ens frågade om medias påverkan tog patienterna ändå upp ämnet.

"After receiving the news that my wound had become infected with MRSA I was quite shocked as I'd only really heard the horrorstories in the press" (43, s. 8).

Den ofta överdrivna och sensationslystna mediabilden skapar stress hos patienterna (43), de refererar till ord som mördarbakterier, baciller och löss (41, 45). Mediabilden skapar också stor förvirring då den ofta är direkt felaktig (45). I Criddle och Potters (45) artikel beskriver en patient hur det känns.

"The media talk about the number of deaths in hospital from MRSA, which sort of contradicted what one of the nurses told me, which was that you won't die, but it's not very pleasant" (45, s. 26).

Brister i informationen

Förvirrande är ett återkommande ord i patienternas beskrivning av informationen de

ges. Utan utförlig förklaring till vad som hänt dem och varför åtgärder vidtas är det svårt att förstå en del handlingar, som t.ex. varför de inte får gå ut ur sitt rum (43, 45). Patienterna pekar också på att vårdpersonalen betar sig på olika sätt, en del tar på handskar, andra inte och detta skapar osäkerhet och förvirring (45). En patient sammanfattar:

"I've come to the conclusion that the reason the nurses didn't tell me so much, is that nobody knows very much about it"(45, s. 26).

Patienter blir även förvirrade och har svårt att relatera till och förstå sin sjukdom då de ofta inte känner sig sjuka vid en MRSA- kolonisation (45, 47).

Informationen är inte alltid individanpassad. Patienter upplever att den kan komma i fel skede, t.ex. när de är för sjuka för att ta in information (44, 45). Andra patienter känner inget större behov av information när de är på sjukhus, men blir oroliga när de kommer hem och skulle då behöva bättre tillgänglighet till information (45). Bellamy (43) belyser att endast 60 % av patienterna med MRSA uppger att de har blivit uppdaterade med information om sin behandling. I två artiklar har sjukhusen där intervjuerna gjorts använt sig av så kallade "Control nurses", som samtalat med patienten vid insjuknandet (41, 43). I Newtons m.fl. (41) studie fungerade detta inte tillfredställande, då patienterna inte upplevde informationen särskilt bra. I Bellamys (43) artikel var dock patienterna övervägande nöjda med information de fått, då 80 % svarade att de fått förklaring på vad MRSA är och fått utförliga svar på sina frågor.

Välinformerad känner lättnad

Enligt MacDonald (46) är det få patienter som upplever sig välinformerade men då de gör det känner de större möjlighet att ta kontroll över sina liv. Om de dessutom får medverka i vården av sin infektion får de en bättre förståelse för sin situation (46). För att en patient skall känna sig tillfredställd med vården spelar faktorer som kommunikation och tillgänglighet en stor roll (43).

Stigmatisering

Gammon (38) menar att det finns en stigmatisering i "att vara infekterad". Infektioner innebär ofta en rädsla för det okända och för att sprida smittan vidare. Detta kan resultera i känslor som skuld och skam (38). Criddle och Potter (45) menar att patienter känner sig stigmatiserade p.g.a. den isolering som följer en infektion som MRSA. Patienter använder ord som spetälsk för att beskriva känslan (41, 45, 46).

"I felt like a leper, I did because nobody would come in unless they put an apron and their gloves on" (45, s. 27).

I en artikel säger en fjärdedel av deltagarna att de känner sig smutsiga på grund av sin infektion (47), något som även framkommer i Madeos (44) artikel. Personalens skyddskläder återkommer i flera artiklar (39, 44, 45, 47). Patienterna tycker det är svårt att se skillnad på personalen (39) och flera tycker det är obehagligt att personalen, men inte deras anhöriga, använder skyddskläder (45, 46). Detta spär på oron och förvirringen och gör rädslan större för att sprida sin smitta vidare (46, 47). Flera patienter känner dessutom ambivalens till huruvida handskar och förkläden gör någon nytta (41).

"I do think its absurd putting the little fronts on (aprons). I can understand gloves if you're doing any wounds and that yes, but I can't understand why

you're putting that on, because to me that's not doing anything. It's just wasting time and money" (10, s. 278).

I MacDonalds (46) artikel är patienterna inte bara rädda för sin egen och närståendes hälsa utan även rädda för att bli avvisade på grund av andras rädsla för att bli smittade. Madeos (44) artikel beskriver känslan av att ha en stämpel på sig, en skylt på dörren som säger att här bor en smittad.

"I can have that door open and they all walk past and nobody walks near because there's that sign on the door. It's like being in bloody prison"(44, s. 27).

Framtidsutsikter

Två artiklar (38, 45) beskriver att vardagslivet kan förändras vid MRSA. En patient som blivit dåligt informerad lät bli att kyssa sin fru i flera veckor p.g.a. rädslan för att smitta henne (45). Gammon (38) menar att stressen som en infektion innebär har effekter på det dagliga livet. Donaldson m.fl. (47) fann dock i sin studie ingen skillnad på MRSA- bärande patienters upplevelser av framtiden vid jämförelse med patienter utan MRSA, men med samma grundsjukdom. Hartmann (39) däremot menar att patienter känner stor rädsla och att deras framtidsbild är oklar. Patienterna känner också oro för sin rehabilitering (39). Det håller även Kennedy m.fl. (42) med om då 85 % av patienterna i deras undersökning trodde att deras rehabilitering hade blivit inskränkt, framför allt p.g.a. sin isolering.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Artikelutbud

Den främsta svårigheten med vår studie har varit det begränsade materialet. MRSA är ett relativt nytt problem och det finns förvisso många artiklar skrivna om MRSA, men de allra flesta berör det medicinska perspektivet. Få tar upp patientens perspektiv. De 12 artiklar vi har valt ut är i praktiken de enda vi har hittat som har tittat på MRSA utifrån patientens synvinkel. Eftersom vi haft ett så pass litet material att arbeta utifrån har vi inte haft någon större möjlighet att sälla ut artiklar med brister. Vi menar att alla våra artiklar belyser MRSA ur patientens perspektiv och att de alla tillför viktiga aspekter till vår studie, men vi kan också se brister i många av dem. Flertalet artiklar har brister i sin metod (41- 44) och än fler har det i sin metoddiskussion. T.ex. är det ett antal som inte diskuterar sin metod överhuvudtaget (36, 40, 42- 46) och några som diskuterar sin metod alltför ytligt (38, 39, 47). Hade vi haft ett större urval av artiklar hade vi kanske kunnat sälla bort några studier som visserligen tillför intressanta resultat men som har vissa tillkortakommanden i metoddelen. Till syvende och sist har vi dock resonerat som så att eftersom våra artiklar är publicerade i vetenskapliga tidskrifter har de alltså klarat en granskning därigenom och är godkända att användas i en litteraturstudie på denna nivå. När vi analyserat artiklarnas resultat har vi dock haft våra tveksamheter, främst angående artiklarnas metod, i åtanke och granskat resultaten kritiskt utifrån denna tankegång.

Eftersom vi fick göra så pass många sökningar med olika sökord i databaserna och titta på mängder av artiklar för att hitta de 12 som vi har valt ut, har vi endast läst titlarna på

de flesta och läst abstract på dem vi har funnit kunna vara relevanta. Vi har tyckt att vi genom att läsa titlarna har kunnat avgöra om det är en exempelvis medicinsk eller omvårdnadsinriktad studie som gjorts och ur vilket perspektiv man tittat på saken. Därigenom kan vi förstås ha missat eventuella lämpliga artiklar ifall de har haft titlar som vi tolkat som irrelevanta. Vi har dock gjort sökningarna var för sig eftersom vi bedömde att risken för att vi båda två på var sitt håll skulle missa en relevant artikel var mindre än om vi hade suttit tillsammans vid sökningarna. Vi har också arbetat utifrån den devisen att vi hellre läser ett abstract för mycket än ett för lite och därför många gånger läst abstract till artiklar som vi nog egentligen hade kunnat utesluta baserat på titeln, i hopp om att den ändå skulle kunna gå att använda.

Kvalitativ och kvantitativ forskning

Vi har använt oss av både kvalitativ och kvantitativ forskning i vår studie, vilket vi tycker ger studien bredd. De två ansatserna kompletterar varandra. Den kvalitativa forskningen är mer djupgående och är bättre för att utforska den enskilda patientens subjektiva upplevelse medan de kvantitativa studierna är mer objektiva och allmängiltiga för hela patientgruppen. Den kvantitativa forskningen ger mer av en överblick över patientgruppens upplevelser, som sedan kan tittas djupare på med hjälp av de kvalitativa studierna. De kvantitativa studierna, med sina kvantifierbara data, kan ha större urval av patienter än de kvalitativa studierna (34). Våra kvantitativa studier har haft mellan 40 och 91 patienter i sina studier medan de kvalitativa har haft mellan sju och 19 patienter.

Vi kan se en fara med att endast använda kvalitativa studier, då vi i sådana fall baserar vår litteraturstudie på ett förhållandevis litet antal patienter. Vi tycker inte heller det är bra att endast använda kvantitativa studier för en litteraturstudie inom omvårdnadsämnet eftersom vi anser att de inte erbjuder samma slags djup som de kvalitativa studierna.

I fem av våra granskade artiklar har forskarna använt sig av intervjuer eller halvstrukturerade intervjuer (39, 41, 42, 44, 45). Frågeformulär och olika skalor för att mäta exempelvis ångest och depression har använts i sex av artiklarna (36- 38, 42, 43, 47). En av artiklarna är en litteraturstudie (46) och i en annan har forskarna granskat journaler och klagomål som inkommit (40). Två av frågeformulärens har avslutats med öppna frågor eller en halvstrukturerad intervju (42, 43). Vi anser det vara en styrka att våra artiklar har använt en sådan variation av metoder men ändå kommit fram till liknande resultat.

Från de kvantitativa artiklarna har vi endast använt de delar av resultaten som har visat sig vara signifikanta genom statistisk analys. Flertalet av de kvantitativa studierna använder sig av validerade mätinstrument, tyvärr diskuteras validitet och reliabilitet inte alls i de kvalitativa artiklarna.

Tidsperspektiv

Två av våra artiklar är publicerade under den senare halvan av 1990-talet (38, 42), fem är från de första fem åren av 2000-talet (36, 37, 40, 41, 44), och ytterligare fem är skrivna under de senaste fyra åren (39, 43, 45- 47). Det finns förstås risker med att använda "gammal" forskning; förutsättningarna i samhället i stort men även i det specifika vårdkontextet kan ha förändrats. Isolering hade kanske inte samma betydelse 1997 som det har nu. Prevalensen av MRSA var alldeles säkert lägre i de olika länderna i början av 2000-talet jämfört med de senaste åren, vilket kan ha inverkan på både patientens och sjuksköterskans föreställningar och upplevelser. Både patienten och sjuksköterskan kan tänkas ha mer kunskap om MRSA 2008 än vad de hade 1998. Detta

påverkar hur patienten upplever sin situation och vården han/hon får. Återigen kan vi se det som en styrka att de kommer fram till liknande resultat i både de äldre och nyare studierna, men det finns förstås också en stor sorg i det. Att vården för de MRSA-bärande patienterna inte har utvecklats nämnvärt, att patienterna upplever liknande problem och hinder då som nu, är högst anmärkningsvärt.

Geografiskt perspektiv

Studierna som vi har inkluderat kommer från fyra länder, men ingen är gjord i Sverige. De är dock gjorda i länder i västvärlden (Storbritannien, USA, Tyskland, Australien) med liknande socioekonomisk standard som Sverige. Ändå kan sjukvården förstås skilja sig mellan länder, beroende på organisation, sociala försäkringar etc. Det kan också finnas skillnader mellan hur många som är smittade i de olika länderna, i Storbritannien exempelvis är MRSA betydligt mer prevalent än i Sverige. Det får förstås utslag på medias intresse av problemet, det kan tänkas att MRSA får större uppmärksamhet i media i ett land där MRSA är vanligare än i ett annat land där det inte är lika vanligt. Prevalensen av MRSA i ett land torde även påverka hur patienterna ser på sig själva och sin situation. Om de känner till andra i sin närhet som lever med MRSA är det kanske inte lika skrämmande att få diagnosen än om de aldrig hört talas om det, eller kanske är det precis tvärtom? Detta påverkar förstås hur patientens upplevelse av vården blir. Vi har också funderat på sjuksköterskans yrkesroll i de olika länderna; om han eller hon har samma arbetsuppgifter i de olika länderna men också hur han eller hon ser på sin egen roll i vården. Ser sjuksköterskan det som sin uppgift att informera patienten om sin sjukdom eller är det en läkaruppgift? Deltar han eller hon i den omvårdnaden där risken för smittspridning är som störst, vid t.ex. basal omvårdnad eller skötsel av sår?

Med dessa övervägande i tanken blir det svårt att uttala sig om hur jämförbara studierna från olika länder är och hur användbara de är i Sverige. I och med att förekomsten av MRSA än så länge är relativt låg i Sverige anser vi dock att vi som svenska sjuksköterskor kan ha mycket att ta lärdom av genom att titta på hur det har sett ut i länder med högre förekomst, för att kunna erbjuda en bättre vård när vi ställs inför liknande situationer. Vi tänker oss dessutom att de resultat vi har kommit fram till; exempelvis att patienter känner sig ensamma vid isolering eller att de känner att de inte har fått tillräcklig med information, är universella problem som kan uppkomma i vårdsituationer oberoende av vilket land man befinner sig i.

En annan svaghet med studiernas olika ursprungsland kan vara fenomenet isolering, som visade sig bli ett centralt begrepp i vårt resultat. Isolering och rutiner kan se annorlunda ut i olika länder. Ingen av de artiklarna som berör isolering definierar egentligen vad som menas med begreppet. Som vi visat i vår bakgrund finns det enbart i Sverige fyra olika nivåer av isolering. Därför skulle detta kunna vara en svaghet även om alla artiklarna var publicerade i Sverige, eftersom det finns olika organisationer, rutiner och lokaler vid olika sjukhus. Då denna studie ämnade att titta på patientens upplevelser av vården antar vi att det spelar mindre roll vilken grad av isolering det gäller – om det exempelvis är med eller utan luftsluss - utan att det som spelar roll är hur patienten upplevde sin isolering.

Inte heller begreppet kolonisation definieras i artiklarna, vilket vi även visat vara ett svårt begrepp att definiera i den svenska litteraturen om MRSA. Således kan de som definieras som koloniserade patienter i olika studier ha olika grader av symtom beroende på hur kolonisation definieras av de olika forskarna, på de olika sjukhusen och i de olika länderna.

Demografiskt perspektiv

De studier vi har inkluderat har en bred spridning på patienter. De har olika grundsjukdomar, är i olika åldrar, har vårdats olika länge, etc. Våra studier inkluderar patienter med ryggmärgsskador, infektioner i ledproteser, hjärtsvikt och flera andra grundsjukdomar. Patienterna i de olika studierna har dessutom vårdats olika länge på sjukhuset; några har blivit tillfrågade i det akuta skedet av sin sjukdom, andra efter några veckor på sjukhus och en del är polikliniska patienter. För de isolerade patienterna är det stor spridning i hur länge de har vårdats isolerat; om det rör sig om dagar eller veckor. Detta kan förstås ge en viss svårighet att generalisera mellan patienterna, eftersom även patienternas grundsjukdomar kan påverka deras upplevelser av vården. Vi anser dock att resultatet hos våra studier har varit i mångt och mycket detsamma, eller åtminstone påmint om varandra, oavsett vilken grundsjukdom patienterna i de olika studierna har haft eller hur länge de vårdats, varför vi drar slutsatsen att upplevelsen av vården som MRSA-bärande patient är i stor grad sig lik oberoende av vilken grundsjukdom eller ålder patienterna har. Att urvalen av patienter har varit så pass "spretiga" kan därför ses som en fördel eftersom det visar att vårt resultat är överförbart på många olika patientkategorier.

Analysmetod

Vi har, som tidigare nämnts, använt innehållsanalys som vår analysmetod. Det finns med denna analysmetod en risk för att all relevant fakta som finns i materialet inte kommer fram. Vi kan t.ex. tänka oss att om vi alltför tidigt tänkt på materialet i form av teman och subteman så kunde vi omedvetet tolkat det vi läst så att det passat in i de mönster vi föreställt oss att texten skulle innehålla. Vi har försökt att motverka detta genom att först läsa igenom materialet förbehållslöst några gånger och sedan tagit ut de meningsbärande enheterna i artiklarna på varsitt håll, för att sedan kolla av om vi har tolkat texterna likadant båda två. När vi hade ställt upp våra teman och subteman och kategoriserat in vårt kodade material därunder gick vi igenom hela materialet ytterligare en gång var för att försäkra oss om att ingen relevant data gick förlorad.

Användande av citat

Eftersom vi anser att det med vår analysmetod finns en risk för att man kan tolka texter på olika sätt har vi valt att använda oss av citat från intervjupersonerna i de olika artiklarna för att redovisa resultat så nära grundmaterialet som möjligt. Att visa citat från artiklarna, utan att översätta dem, menar vi ger mycket litet utrymme för tolkning från vår sida. Genom att redovisa citat från artiklarna har vi velat ge läsaren en möjlighet att ifrågasätta hur vi har tolkat det vi har läst. Läsaren får bilda sig en egen uppfattning om det som intervjupersonen säger verkligen kan stämma med hur vi har tolkat det.

Ekorrhjulet

Eftersom forskningsmaterialet i detta ämne är så pass begränsat som det är refererar många av våra inkluderade artiklar till varandras studier. Här finns en risk för att ny kunskap inte kan komma fram. Man kan föreställa sig ett ekorrhjul, som gör forskaren benägen att i sin egen studie komma fram till samma sak som tidigare studier har visat och blir blind för den nya kunskapen som presenteras för honom eller henne. Vi anser dock att det är en stor styrka att våra inkluderade artiklar har använt så pass olika ansatser och metoder i sina studier, att de kommer från olika länder, att de inkluderar olika patientgrupper i alla åldrar och ändå kommer fram till liknande resultat.

RESULTATDISKUSSION

Sammanfattning av resultat

I vår studie framkom att patienter upplever mångfacetterade känslor relaterat till den isolering som följer med ett MRSA-bärarskap. Patienterna känner i högre grad ångest, depression, ilska och rädsla. De har sämre självförtroende och känner mindre kontroll över sin situation. De är mer missnöjda med vården och tycker att tillgängligheten och kommunikationen försämrats sedan de isolerats. Isoleringen skapar också ensamhet och patienter upplever en minskad social kontakt. Men det finns också de som tycker isoleringen är positiv. De patienterna menar att det är lugnt och skönt, nästan som att bo på hotell. De har lättare att anpassa sig till sin sjukdom och relationen till närstående förenklas.

Stora brister ses i informationen patienterna får. De tycker att den är dåligt utformad, sällan individanpassad och den skapar ofta förvirring då det som sägs och det som görs ofta inte stämmer överens. Patienterna upplever att sjuksköterskorna inte själva vet riktigt vad de har att göra med. Dessutom spelar media en stor roll för patienternas kunskap och föreställningar. De som känner sig välinformerade upplever lättnad. Patienter upplever också en stigmatisering p.g.a. sin infektion och är rädda att smitta andra. Oro kan finnas för framtiden och för att rehabiliteringen kan komma att påverkas.

Infriande av syfte

Vi anser att vårt syfte med studien infriats. Vi har fått en bild över patientens upplevelser, som är många, varierande och individuella men som säger en hel del om vad det innebär att vara bärare av MRSA. Vi känner också att vi, genom att undersöka vad patienterna upplever, fått uppslag för var vi som sjuksköterskor brister och vad vi kan förändra, något vi kommer att diskutera senare.

Likheter och skillnader

De kvalitativa artiklarna vi valt har fått liknande resultat. De visar på främst negativa effekter av MRSA-bärarskapet, men innehåller även patienter som har positiva erfarenheter. De kvantitativa artiklarna har olika utgångspunkter och har därför lite mer skillnad i sina resultat. Två artiklar handlar om relativt svåra grundsjukdomar som bland annat ryggmärgsskador och septisk artrit (42, 47), vilket kan göra att patientens fokus hamnar i grundsjukdomen och inte i MRSA-bärarskapet. Vi såg att det bland de ryggmärgsskadade patienterna inte fanns några signifikanta skillnader mellan de MRSA-bärande patienterna och de patienter som inte var bärare när det gällde bl.a. ångest och depression. Den enda signifikanta skillnaden var att de MRSA-bärande patienterna upplevde mer ilska än de som inte var bärare (42). Detta tror vi beror på att ryggmärgsskadan är en sådan stor händelse för patienten att den är det enda han eller hon kan fokusera på. Att de utöver sin skada även bär på MRSA-bakterier är något de inte kan riktigt relatera till eller ta in. Det kan också tänkas att de ryggmärgsskadade patienterna, som förmodligen varit med om ett stort trauma, är så glada över att vara vid liv att de inte har hunnit tänka efter ännu. Donaldson m.fl. (47) som har undersökt hur MRSA-bärarskapet ter sig hos patienter med osteomyelit, septisk artrit eller infektion i en ledprotes har kommit fram till att infektion med MRSA inte ger något signifikant utslag på känsloskalan som de har använt. Däremot ger MRSA-kolonisation ett signifikant utslag, något som forskarna i studien tolkar som en konsekvens av att de koloniserade patienterna är friskare än de infekterade och därför har mer utrymme för att oro sig för sin kolonisation (47). Detta skulle alltså stämma väl med vår tes om de ryggmärgsskadade patienterna.

Vi såg också en skillnad i resultatet med tanke på vilken utgångspunkt studierna var gjorda från. Den artikel som hade mest nöjda patienter utgick från att undersöka patienternas belåtenhet med vården (43). Vi tror att den vinklingen, att se vården från en mer positiv sida, kan påverka patienterna att ge mer positiva svar. Liknande skillnader mellan studierna finner vi när vi jämför Newtons m.fl. (41) studie med Bellamys (43). I den ena artikeln är målet att titta på kvalitén på informationen som sjuksköterskor från infektionskontrollteamet ger och det är även dessa sjuksköterskor som efter att de erbjudit sin information till patienten ger honom eller henne ett frågeformulär för att utvärdera informationen sjuksköterskan nyss har givit (43). I denna studie är patienten nöjd med informationen som han eller hon har fått (43), men i en annan artikel som inte har fokus på infektionskontrollteamet är patienterna inte nöjda med informationen de har fått, trots att den gavs av sjuksköterskor från infektionskontrollteamet (41). Man kan alltså tro att vad man får för svar beror på vem det är som frågar - att patienterna är mer benägna att ge ett mer positivt utlåtande när det är sjuksköterskan från infektionskontrollteamet som överlämnar frågeformuläret.

Vi såg också en stor skillnad mellan den tyska artikeln och de andra. Det tyska resultatet var mycket mer nedslående än övriga, isolering beskrevs t.ex. som en "enorm stressfaktor". En orsak till detta kan vara den rigorösa skyddsklädseln med hätt, munskydd, förkläden och handskar som bärs av den tyska vårdpersonalen och även besökarna till patienten. Patienterna beskriver att de försöker känna igen den som kommer in i rummet med hjälp av att titta på dennes skor eller försöka placera rösten (39). Något som kan leda till att patienten känner sig mer ensam och isolerad. Upplevelsen av isoleringen blir än mer negativ. Vi tror oss se en skillnad i hur länderna ser på MRSA och att sjukvården i Storbritannien, där de flesta artiklarna är ifrån, trots allt har satsat stora resurser på upplysning och riktlinjer och därmed haft färre negativa svar (25).

Alla artiklarna har både män och kvinnor i sina undersökningar, de flesta har ungefär hälften av varje kön. Ingen av dem diskuterar dock genusperspektiv eller redovisar några skillnader i hur patienter av olika kön har upplevt vården. Inte heller sociokultur eller ekonomisk status bland patienterna diskuteras i någon av artiklarna.

Tarzi m.fl. (37) som har undersökt äldre patienter rapporterar att det inte skiljer något i ilska mellan de MRSA-bärande patienterna och de som inte var bärare. Hartmann (39) å andra sidan menar att de MRSA-bärande patienterna upplever mer ilska. Vi har haft funderingar på om detta kan ha att göra med att Tarzis patienter var äldre, medan Hartmanns patienter var i varierande ålder. Kanske har man ett mer balanserat sinne ju äldre man blir, och brusar inte upp lika lätt som yngre patienter kan tänkas göra.

Styrdokument

Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning skall information ges på ett lyhört sätt, med patientens intresse i fokus och vid lämplig tidpunkt. Sjuksköterskan skall också förvissa sig om att patienten förstått given information (48). I vårt resultat ser vi att det finns brister på alla dessa punkter när det gäller informationen som de MRSA-bärande patienterna har fått. Patienterna upplever informationen de får som förvirrande (43, 45). De tycker att de inte får utförlig, individanpassad information och känner ofta en tvetydighet då personalen säger en sak och gör en annan (45). Detta, tror vi, har sin grund i styrningen av sjukvården. Vi såg i bakgrunden att det inte finns någon global enighet om hur MRSA skall hanteras (5). Inte ens i Sverige har vi några gemensamma riktlinjer (19). Osäkerhet föder osäkerhet och om det inte ens är klart i toppen hur

MRSA skall hanteras, tror vi det är svårt att få säkerhet på gräsrotsnivå. Om personalen ute på avdelningarna; sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster m.fl., inte har klara direktiv för hur de ska handskas med MRSA-bärande patienter utan alla agerar utifrån sina egna uppfattningar vet inte heller patienterna hur de ska bete sig. Osäkerheten sprider sig alltså. Det är viktigt att detta problem belyses då vi sett att man i Storbritannien ser stor förbättring i vården då sjukhus har riktlinjer av god kvalitet (28). Patienterna beskriver också att de känner förvirring då de vid en MRSA- kolonisation inte känner sig sjuka (45, 47). Här är det extra viktigt att informationen är tydlig då vi tror att patienternas uppmärksamhet och följsamhet till riktlinjer och behandling blir bättre.

Hälso- och sjukvårdslagen säger att vi ska ge vård på lika villkor (33). Patienter som är isolerade p.g.a. MRSA upplever att deras rehabilitering försämrats eller fördröjts (42). Om detta även gäller för svenska MRSA-bärande patienter, är det ett direkt brott mot lagen och måste göras något åt. I SU:s direktiv (18) står det att vården inte skall försämrats, men det står ingenting om hur de gör för att säkra att rehabiliteringen inte blir lidande vid isolering. Hur ska en patient som behöver gåträning kunna utföra den då han eller hon ligger isolerad på enkelrum?

Användning i praktiken

Vårt resultat har fått upp våra ögon för hur viktigt det är att vi som vårdpersonal agerar likadant. En patient beskriver att personalen ibland glömmer att ta på sig förkläden när de kommer in i rummet och därför tror patienten att MRSA-infektionen inte är en så stor sak (41). Vi tror att om all personal följer rutinerna och gör likadant så får patienten istället intrycket att infektionen är något som skall tas på allvar och att även patienten ska vara noga med sin hygien.

I vår inledning gav vi en bild över hur MRSA kan påverka en patients vardag och framtidsplaner. Detta fann vi även i resultatet. Patienterna kan vara rädda och ha en oklar framtidsbild (39). Någon hade inte vågat kyssa sin fru på flera veckor, av rädsla för att bli smittad (45). Återigen behövs det tydligare information och kanske även uppföljning efter utskrivning. Vem kan patienten vända sig till när han eller hon sitter hemma med sin MRSA? Och vad kan den oklara framtidsbilden göra med patienten? Vi tänker att det kan vara svårt för patienterna att planera sitt liv och samlivet kan bli hämmat.

Vi har sett i vårt resultat att patienterna inte tror att sjuksköterskorna har särskilt stor kunskap om MRSA (45). Bakgrunden visade att ca.75 % av sjuksköterskorna visste att handkontakt var den viktigaste källan till smittspridning, men mer anmärkningsvärt var att endast 58 % sade sig faktiskt sprita händerna innan och efter patientkontakt (25, 26). Kan det på vissa avdelningar finnas en nonchalans, en slentrian i hur man ser på MRSA? Vi tycker oss ha sett det när vi varit ute i praktiken. Vi tycker följsamheten med handsprit är dålig, men också informationen till patienterna. En av författarna har gjort praktik på en kirurgisk akutvårdavdelning på Östra Sjukhuset. Där isolerades varje vecka patienter p.g.a. misstanke om MRSA då de sjukhusvårdats utomlands. Under de sju veckornas praktik fanns inga positiva svar och det är kanske det, sannolikhetsläran, som gör att sjuksköterskorna inte lägger så stor vikt vid att informera och samtala med patienten. Om man som sjuksköterska gör flera tester för MRSA varje vecka men det mycket sällan är någon som faktiskt är positiv kanske man till sist tappar respekten för smittan och börjar se odlingarna som en rutinsak. Men för en patient, som kom in med ont i magen, och sen ligger isolerad för mördarbakterien som patienten hört om på tv, är det inte slentrian. Det är direkt otrevligt, tror vi.

Vi såg i vårt resultat att isolering kan ses som något positivt (41, 44, 45). De som kände sig välinformerade var lättade, hade större känsla av kontroll och bättre självförtroende (46). Hur kan vi som sjuksköterskor då agera för att alla patienter ska känna så? Patienterna menade att kommunikation och tillgänglighet spelade en stor roll (43). Vi tror att man måste låta dessa patienter ta tid. De måste få möjlighet att ventilera sina tankar, föreställningar och erfarenheter. Inte minst är det viktigt att ge dem tid att förstå sitt bärarskap med allt vad det innebär, så att de förstår hur de ska bete sig för att inte smitta sina anhöriga. Samtidigt tror vi att sjuksköterskan kan göra stora förbättringar i miljön för de isolerade. TV, böcker och fönster är saker, som vi tror har stor betydelse. Även patienter uppger detta, då de t.ex. efterlyser mer utsikt ut i korridoren (42). Av de patienter som upplever isoleringen som positiv är det en del som pekar på att relationen med närstående blir enklare och bättre (42), något vi tycker känns bra. Vi tycker det är bra att ta till vara på de positiva aspekterna och nämna dem för de patienter som tycker det känns motigt att lägga sig i ett enkelrum.

Psykiskt välbefinnande

Patienter upplever ångest och depression p.g.a. sin isolering vid MRSA-bärarskap (36-38). Vi antar att ökad ångest och depression ger försämrat välbefinnande och i förlängningen mer mediciner, försenad rehabilitering och förlängda vårdtider. Detta är alltså inte något som drabbar enbart patienten utan också är ett hälsoekonomiskt problem. Detta kunde man se då Göteborg drabbades av ett utbrott av MRSA mellan åren 1997- 2001 och merkostnaderna blev 17, 7 miljoner (23). Då berodde det såklart inte enbart på att patienterna blev deprimerade men det kan ha varit en faktor.

Omvårdnadsteorier

Enligt Wright m.fl. har vi alla föreställningar som vi ser världen med. Hur en patient hanterar beskedet om MRSA, varför det hände och hur han eller hon skall hantera det beror på de föreställningar han eller hon har (32). Detta tror vi är en av anledningarna till att patienter kan uppleva sitt bärande av MRSA så olika. En del tycker isoleringen är ett fängelse, en annan ett hotell (44). Föreställningar kan botten i tidigare erfarenheter, närståendes erfarenheter, media och mycket annat. Detta är viktigt för sjuksköterskan att känna till då det är sjuksköterskans uppgift att identifiera föreställningarna så att hon eller han kan ge bästa omvårdnad utifrån det (32). På så sätt blir även omvårdnaden individuell och sjuksköterskan kan ge den information varje patient vill ha, när de vill ha den. Det var något patienterna efterfrågade i studierna (44, 45).

En bidragande faktor när det gäller föreställningar kring MRSA kan vara media. Media är en källa till kunskap både för patienter och för sjuksköterskor (25, 43, 45, 46). Medias rapportering är ofta sensationslysten och hittar gärna en syndabock (49- 53). I Expressen hittade vi en artikel om att Michael Jackson drabbats av en mördarbakterie som liknar MRSA. Hans hud var inflammerad och han fick vid tidpunkten för händelsen dropp. Artikeln avslutas med *"det finns en risk att det kan förvandlas till en köttätande sjukdom som dödar hans hud"* (49). Även Norrländska socialdemokraten, NSD, använder beteckningen mördarbakterier för att beskriva MRSA (50). En artikel i Dagens nyheter, DN, berättar om hur superbakterien MRSA sprider sig i badvattnet i USA och att människor nu även kan bli smittade av att bada (51). DN använder i en annan artikel ordet sjukhussjukan då de beskriver en så stor ökning av utbrotten i Stockholm att man är rädd att *"slaget mot de multiresistenta stafylokockerna riskerar att förloras"* (52). I samma artikel pekas enorma brister i hygienrutiner ut som källa till smittan (52). Liknande utpekande ses i en artikel där spridningen av MRSA i Sundsvall bekräftas. Där uppmanas patienterna att påminna vårdpersonalen om att sprita sina händer. (53) Även GT använder ordet sjukhussjuka, när de berättar om att bakterien som *"kan leda till*

döden”, även finns ute i samhället som t.ex. på gym (54). Syndabocken blir alltså ofta vården och här ser vi ett dilemma. Kan det vara så att sjuksköterskan undviker att informera ingående om MRSA, för att hon eller han är rädd för responsen från patienten? Både för att möta rädslan hos patienten då den tror att den drabbats av samma mördarbakterier som Michael Jackson, men också ilskan då det är vården som gett patienten ”sjukhussjukan”. Det är ju trots allt så att det är sjuksköterskor och övrig vårdpersonals händer som är den vanligaste smittvägen för MRSA (6, 10).

Vi tror att ett MRSA-bärarskap hos en familjemedlem är något som påverkar de övriga medlemmarna på ett särskilt sätt jämfört med om en familjemedlem skulle drabbas av någon annan sjukdom som inte riskerar att smitta resten av familjen. Vid sjukdom förenas ofta familjen och kommer varandra närmare (32), något som kanske blir svårare om familjen riskerar att bli smittad av den sjuke. Wright m.fl. (32) beskriver att familjen kan tackla sjukdom som antingen ett hot eller en utmaning. Vi tror att om sjukdomen är MRSA så upplevs den oftare som ett hot än en utmaning i familjen, just p.g.a. dess smittsamhet.

Vi ser också en risk för att MRSA-bärarskapet kan komma att påverka patientens relation till sina anhöriga. Wright m.fl. (32) beskriver ett fall med en man som är bitter över och beskyller vårdpersonalen för sin ohälsa, som inte är MRSA. Hans frustrationer och bitterhet påverkar hans personlighet och vardagsliv på ett negativt sätt och smittar även av sig till hustrun som beskriver att också hon har blivit bitter och arg på småsaker i vardagen. Hon hävdar att om inte maken ändrar på sin attityd snarast så kommer hon att bli tvungen att lämna honom (32). Just bitterheten mot sjukvården är en fara med MRSA-bärarskap, då patienterna oftast blivit smittade p.g.a. att vårdpersonal inte följt basala hygienrutiner. Om inte den MRSA-bärande patienten kan släppa eventuell aggression och bitterhet mot sjukvårdspersonal finns stora risker för att det kommer att påverka relationerna i familjen. Wright m.fl. (32) beskriver även att familjen tillbringar mycket tid med att fundera över sjukdomens orsak, något som också kan medföra en utveckling av bitterhet mot sjukvårdspersonalen.

Florence Nightingales tankar om hygien är måhända gamla men de är fortfarande gångbara, endast 58 % av sjuksköterskorna i en undersökning sade sig använda handsprit på ett korrekt sätt (26). Det är ett aktuellt problem och det är en viktig del i att bekämpa spridningen av bakterier. Här ser vi också ett ekonomiskt perspektiv; handsprit är betydligt billigare än de 2700 kronorna extra per dygn som det kostar att vårda en patient på infektionsklinik vid nyupptäckt MRSA-bärarskap (23). Florence skriver också om patientens perspektiv, hon menar att när en patient är smutsig känner han eller hon tyngd (31). Kanske kan det appliceras på patienterna som är smittade. De säger själva att de känner sig smutsiga (44). Är det en börda att bära en smitta och hur kan sjuksköterskan lätta den bördan?

Nightingale skriver också om sina observationer av sjuksköterskor som undviker att vårda patienter med smittsamma sjukdomar av rädsla för sin egen hälsa (31). Även Gammon (38) har fått intrycket av att sjuksköterskor undviker kontakt med infekterade patienter p.g.a. rädsla. Detta är inget som redovisats som patienternas upplevelser av vården i någon av de artiklar vi har läst, men vi tycker att vi har sett dessa attityder när vi praktiserat ute i vården. Inte just specifikt med MRSA-bärande patienter, men med t.ex. patienter med calicivirus, där vi märkt att det på flera avdelningar blir nya diskussioner varje morgon om vilka som denna dag ska vårda de smittsamma patienterna. Man kommer med alla möjliga ursäkter för att slippa; några uppger sig inte kunna vårda smittsamma patienter för att de är gravida, andra för att de har barn hemma

eller för att de ska åka och hälsa på sin mormor på eftermiddagen etc. Även här kan man relatera till kunskapen om hygienrutiner, som Nightingale förespråkade redan på 1800-talet, men som ännu inte sitter i ryggmärgen hos all sjukvårdspersonal. Arbetar personalen enligt fastslagna hygienrutiner ska de inte bli smittade av de infekterade patienterna.

Generaliserbarhet

Vid genomförandet av den här studien fann vi inga artiklar skrivna i Sverige om svenska förhållanden. Vi har sett att Sverige är ett av få länder som har låg förekomst av MRSA (6) men att det trots allt rapporterades 1306 fall år 2008 (9). Vi tycker det är svårt, som vi nämnt i metoddiskussionen, att säga någonting om hur man kan applicera det här resultatet på svenska förhållanden. Vi tycker däremot att kunskapen om hur patienter i andra länder upplever sitt bärarskap är viktig och kan användas till att få en förståelse för hur det kan vara att bära på MRSA. Dessutom kan resultatet vara en grund för att undersöka svenska förhållanden. Vi tycker det behövs omfattande forskning på området i Sverige, kanske med utgångspunkter i hur patienter upplever isolering, stigmatisering och undervisning. Vi menar också att det behövs studier som behandlar sjuksköterskors kunskaper och attityder kring MRSA.

Framtida förändringar

Vi har visat i vår bakgrund att det i Sverige görs mycket för att förhindra utbrott av MRSA. STRAMA verkar för minskad antibiotikaanvändning (3) och VRISS är ett projekt för att minska vårdrelaterade infektioner (16). Det finns också riktlinjer för hur MRSA skall hanteras på sjukhus i Göteborgsregionen (18). Vi tycker de är väl genomarbetade och bra och hoppas att liknade finns på samtliga svenska sjukhus. Problemet är att riktlinjerna och förbättringsarbetet måste synas på avdelningsnivå. I vår bakgrund visade vi på att det finns problem med att sjuksköterskor och annan vårdpersonal inte kan identifiera de lokala föreskrifter som finns (28). Det här problemet tror vi också kan finnas i Sverige. Enligt kompetensbeskrivningen skall vi följa gällande riktlinjer och rutiner (48). Då skall det inte finnas någon sjuksköterska som inte vet vad MRSA är eller hur hon eller han ska handla i mötet med den MRSA-bärande patienten. Det vi saknar i de medicinskt och administrativt styrda riktlinjerna är omvårdnadsperspektivet. Varför inte beakta patientens välbefinnande i riktlinjerna? Vi tycker det ska skrivas in att patienten skall var välinformerad muntligt och skriftligt och patientundervisningen skall vara av god kvalitet. Vi anser också att broschyrerna som delas ut skall förbättras, att det ska finnas en specifik person att vända sig till då patienten har frågor och kanske i framtiden, om problemet fortsätter att öka, möjlighet att starta stödgrupper etc.

Bakgrunden visade oss också hur stort problemet med antibiotikaresistens är. Den medicinska behandlingen blir inte optimal vilket kan ge längre läkningstid och ökad mortalitet (10). Detta tycker vi främst är ett medicinskt problem men vi vill ändå lyfta fram det ansvar vi anser att sjuksköterskan har. Sjuksköterskan är ofta den person som har mest kontakt med patienterna och kan därför påverka dem. Vi tror att gemene man som inte har särskilt stor kunskap om antibiotikaresistens ofta tänker ”*ge mig penicillin så blir allt bra*”. Det är då sjuksköterskans jobb att ifrågasätta de föreställningarna, upplysa patienterna och hjälpa den medicinska personalen i kampen mot antibiotikaresistens.

Vi känner, som snart färdiga sjuksköterskor, att vi har fått stor kunskap genom detta arbete i ett område där det finns brister hos sjuksköterskor. Vi vill därför föra vår kunskap vidare och lära framtida medarbetare vad MRSA är och hur patienterna

upplever att vara bärare av den.

KONKLUSION

Vi har i detta arbete sett att patienter som bär på MRSA upplever den isolering som följer med sitt bärarskap övervägande negativ. De känner i högre grad oro, ångest och ilska. De är mer deprimerade, har sämre självförtroende och känner lägre känsla av kontroll över sin situation. Patienterna är också missnöjda över tillgängligheten på personal och känner sig ensamma och uteslutna. Vissa ser dock isolering som positiv. De tycker det är lugnt och skönt att bo själva och pekar på att relationen med närstående blir enklare. Det finns också brister i informationen till patienterna. Den är bristfällig, dåligt individanpassad och är ofta förvirrande för patienten då personalen säger en sak och gör en annan. De som har fått bra information upplever lättnad. Patienterna kan också känna sig stigmatiserade på grund av sin infektion och känner inte sällan oro inför framtiden.

Vi tror att sjuksköterskor har stora möjligheter att förbättra MRSA- bärandes patienters upplevelser av vården och hoppas med detta arbete vara en del av den förbättringen.

REFERENSER

1. Handläggning av nyupptäckt MRSA-koloniserad patient vid inläggning på Infektionsmottagningen [hemsida på Internet]. Göteborg: Västra Götalandsregionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset [uppdaterad 2008-12-09; använd 2009-04-15]. Tillgänglig från: http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_ostra/Infektion/PM/MRSA-Handl%C3%A4ggnings%20av%20nyuppt%C3%A4ckt%20MRSA-koloniserad%20patient%20p%C3%A5%20Infektionsmottagningen.pdf?epslanguage=sv
2. Berglund C. Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus. Västra Frölunda: Intellecta DocuSys; 2008.
3. Ericsson E, Ericsson T. Klinisk mikrobiologi. Stockholm: Liber; 2002.
4. Danielsson D. Medicinsk mikrobiologi – Infektionsimmunitet. Stockholm: Liber; 2002.
5. Internetmedicin.se. MRSA och VRE [hemsida på Internet]. Göteborg: Internetmedicin [uppdaterad 2009-02-23; använd 2009-03-11]. Tillgänglig från: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=2035
6. Tegnell A, Carlson J, redaktörer. Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
7. Iwarson-Norrby, redaktör. Infektionsmedicin. Sävedalen: Säve Förlag; 2007.
8. Cowan M, Park Talaro K. Microbiology – a systems approach. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2006.
9. Meticillinresistenta gula stafylokocker [hemsida på Internet]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet [uppdaterad 2008-12-12, använd 2009-03-18]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/meticillinresistenta-gula-stafylokocker/>
10. Ekdahl K, Giesecke J, redaktörer. Smittskyddsboken. Lund: Studentlitteratur; 2003.
11. Om strama [hemsida på Internet]. Solna: Strama [uppdaterad 2008-03-25, använd 2009-03-18]. Tillgänglig från: <http://www.strama.org/dyn//,15,8.html>
12. Stordalen J. Hygien i vårdarbete. Lund: Studentlitteratur; 1999.
13. SOSFS 2007:19 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m [hemsida på Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [uppdaterad 2007-12-10, använd 2008-04-16]. Tillgänglig från: http://www.sos.se/sosfs/2007_19/2007_19.htm
14. Handbok för hälso- och sjukvård [hemsida på Internet]. Stockholm: Sjukvårdsrådgivningen AB [uppdaterad 2009-10-23, använd 2009-03-16]. Tillgänglig från: http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryID=3779&ParentId=3779
15. Infektionshygien.se [hemsida på Internet]. Göteborg: Infektionshygien SU [uppdaterad 2007-05-08, använd 2009-03-16]. Tillgänglig från: http://www.infektionshygien.se/upload/SU/omrade_medot/labmed/baktlab/infektionshygien/

[bas_hyg.pdf?epslanguage=sv](#)

16. VRISS [hemsida på Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting [uppdaterad 2007-09-10, använd 2009-03-16]. Tillgänglig från:
<http://www.skl.se/artikel.asp?C=6324&A=47415>
17. Awes AM, redaktör. Ren vård är säkrare vård – erfarenheter från genombrottsprojektet VRISS. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
18. Kontroll av MRSA [hemsida på Internet]. Göteborg: Infektionshygien.se [uppdaterad 2009-02-02, använd 2009-03-17]. Tillgänglig från:
http://www.infektionshygien.se/upload/SU/omrade_medot/labmed/baktlab/infektionshygien/mrsa_direktiv.pdf?epslanguage=sv
19. Fossum B, Lindholm C, Örtqvist Å, Andersson H, Kalin M. Är MRSA-patienter olika smittsamma i olika län? Läkartidningen. 2009; 106 (7): 412-3.
20. Statistik för meticillinresistenta gula stafylokocker [hemsida på Internet]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet [använd 2009-03-18] Tillgänglig från:
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/meticillinresistenta-gula-stafylokocker-mrsa/>
21. Seeberg S, Larsson L, Welinder- Olsson C, Sandberg T, Skyman E, Bresky B, et al. Så hävdades MRSA-utbrottet i Göteborg: Med strikta hygienrutiner och omfattande kontrollodlingsprogram. Läkartidningen. 2002; 99 (32-33): 3198-204.
22. Andersen BM. MRSA for milliarder. Sykepleien. 2001; 89 (8): 52-7.
23. MRSA i Västra Götaland – en projektsammanställning [hemsida på Internet]. Göteborg: Smittskyddsinstheten i Västra Götaland [uppdaterad januari 2002, använd 2009-03-18]. Tillgänglig från:
<http://www.vgregion.se/upload/Smittskyddsinstheten/MRSA/MRSA%20projektsamman.pdf?epslanguage=sv>
24. EPI-aktuellt [hemsida på Internet]. Stockholm: Avdelningen för epidemiologi, Smittskyddsinstitutet [uppdaterad 2003-10-02, använd 2009-03-18]. Tillgänglig från:
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/EPI-Aktuellt/EA-0340.pdf>
25. Gill J, Kumar R, Todd J, Wiskin C. Methicillin- resistant Staphylococcus aureus: awareness and perceptions. Journal of Hospital Infection. 2006 Mar; 62 (3): 333-7.
26. Trigg D, Timmons S, Pynegar C. An audit of healthcare workers knowledge of methicillin resistant staphylococcus aureus against current infection control standards. British Journal of Infection Control. 2008 Jan; 9 (1): 30-3.
27. Lugg GR, Ahmed HA. Nurses perceptions of methicillin- resistant Staphylococcus aureus: Impacts on practice. British Journal of Infection Control. 2008 Jan; 9 (1): 8-14.
28. Easton PM, Sarma A, Williams FLR, Marwick CA, Philips G, Nathwani D. Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in acute hospital setting. Journal of Hospital Infection. 2007 Maj; 66 (1): 29-33.
29. Art 4, Askarian M, Shiraly R, McLaws ML. Knowledges, attitudes, and practise of contact

- precautions among Iranian nurses. *American Journal of Infection Control*. 2005 Okt; 33 (8): 486-8.
30. Priyamvada P, Padam S, Bruce J. Infection control knowledge, attitude, and practise among Nepalese Health care workers. *American Journal of Infection Control*. 2008 Okt; 36 (8): 595-7.
 31. Nightingale, F. *Notes on nursing: what it is and what it is not*. Philadelphia: Lippincott cop; 1992.
 32. Familj, Wright LM, Watson WL, Bell JM. *Familjefokuserad omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund; 2002.
 33. Raadu G, redaktör. *Författningshandbok 2008*. Stockholm: Liber; 2008.
 34. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2 uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
 35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105–12.
 36. Catalano G, Houston SH, Catalano MC, Butera AS, Jennings SM, Hakala SM, et al. Anxiety and Depression in Hospitalized Patients in Resistant Organism Isolation. *Southern Medical Journal*. 2003; 96 (2):141-5.
 37. Tarzi S, Kennedy P, Stone S, Evans M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*. 2001; 49: 250-4.
 38. Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalization and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*. 1998; 4: 84-96.
 39. Hartmann C. Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion oder Kolonisation mit MRSA. *Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung*. 2006; 28 (6): 201-7.
 40. Stelfox HT, Bates DW, Redelmeier DA. Safety of Patients Isolated for Infection Control. *American Medical Association*. 2003 Okt 8; 290 (14): 1899-905.
 41. Newton JT, Constable D, Senior V. Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source isolated patients. *Journal of Hospital Infection*. 2001; 48: 275-80.
 42. Kennedy P, Hamilton LR. Psychological impact of the management of methicillin-resistant *staphylococcus aureus* (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 1997; 35: 617-9.
 43. Bellamy E. An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. *Bristish Journal of Infection Control*. 2008 Maj; 9 (3): 6-10.

44. Madeo M. Understanding the MRSA experience. *Nursing Times*. 2001 Jul 26; 97 (30): 36-7.
45. Criddle P, Potter J. Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*. 2006 Apr; 7 (2): 24-8.
46. MacDonald P. Exploring patients' experiences of MRSA to help reduce HCAIS. *Nursing Times*. 2008 Mar 4; 104 (9): 32-3.
47. Donaldson AD, Jalaludin BB, Chan RC. Patient perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection: the psychological influence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Internal Medicine Journal*. 2007; 37: 536-42.
48. Kompetensbeskrivning [hemsida på Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [uppdaterad 2005-02, använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
49. Börjesson R. Michael Jackson drabbad av mördarbakterie. *Expressen*. [Tidningsartikel på Internet]. 2009-02-19 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.expressen.se/noje/1.1463607/michael-jackson-drabbad-av-mordarbakterie>
50. Eriksson A. Mördarbakterie härjar i Tornedalen. *Norrländska Socialdemokraten*. [Tidningsartikel på Internet]. 2008-04-12 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.nsd.se/arkiv/2008/04/12/Nyheter/3561463/M%F6rdarbakterie-h%E4rjar-i-Torne%E5.aspx>
51. Bojs K. Superbakterie i badvatten. *Dagens Nyheter*. [Tidningsartikel på Internet]. 2009-04-12 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.dnstockholm.se/cm/2.145/nyheter/vetenskap/1.798735>
52. Sjöblom A. Ökning av sjukhussjukan oroar. *Dagens Nyheter*. [Tidningsartikel på Internet]. 2003-10-03 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.dn.se/nyheter/vetenskap/okning-av-sjukhussjukan-oroar-1.491491>
53. Nilsson Rönnqvist Å. MRSA sprids på Sundsvalls sjukhus. *Dagens Nyheter*. [Tidningsartikel på Internet]. 2007-11-24 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.dn.se/nyheter/sverige/mrsa-sprids-pa-sundsvalls-sjukhus-1.588557>
54. Jannerling L. Sjukhussjukan vanligare bland unga göteborgare. *GT*. [Tidningsartikel på Internet]. 2007-07-26 [använd 2009-04-16]. Tillgänglig från:
<http://www.gt.se/nyheter/1.774908/sjukhussjukan-vanligare-bland-unga-goteborgare>

BILAGOR

Bilaga 1 Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsning	Träffar	Granskade	Ref. nummer
090312	Pubmed	MRSA, perception		29	1	47
090312	Pubmed	MRSA, attitude		49	2	41, 44
090312	Pubmed	Methicillin resistant Staphylococcus aureus, isolation, psychology		8	2	37, 42
090312	Cinahl	MRSA AND patient AND perspective	Peer reviewed, Research article	4	1	46
090319	Scopus	MRSA, patient satisfaction		12	2	43,45
090319	Pubmed	MRSA, patient satisfaction		11	1	40
090319	Pubmed	MRSA, patient, anxiety		11	1	36
090319	Pubmed	MRSA, nursing, isolation, patient		142	1	39
090319	Pubmed	Gammon J	Author	56	1	38

Bilaga 2 Artikelpresentation

Referensnummer: 36

Författare: G. Catalano, S. H. Houston, M. C. Catalano, A.S Butera, S. M. Jennings, S. M. Hakala et.al.

Titel: Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation.

Tidskrift: Southern Medical Journal

År: 2003

Land: USA

Syfte: Att undersöka om isolering ökar ångest och oro hos isolerade patienter som inte är akut sjuka.

Metod: Patienterna utvärderades med hjälp av Hamiltons ångestskala och Hamiltons depressionsskala inom 48 timmar efter inläggning eller övergång till isoleringsvård samt efter en veckas vistelse på sjukhus. För de deltagare som vårdades i 14 dagar eller mer gjordes även en utvärdering efter två veckor.

Urval: 102 stycken på varandra följande vuxna patienter som lades in på infektion- eller isoleringsavdelningar tillfrågades om de ville delta i studien. 41 % tackade ja. Den studerade gruppen var isolerade p.g.a. kolonisation eller infektion av antingen MRSA eller VRE, vancomycinresistenta enterokocker. Kontrollgruppen vårdades för andra infektionssjukdomar som inte krävde isolering.

Antal referenser: 12

Referensnummer: 37

Författare: S. Tarzi, P Kennedy, S. Stone, M. Evans.

Titel: Methicillin- resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population.

Tidskrift: Journal of Hospital Infection

År: 2001

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka om äldre patienter som rehabiliteras på sjukhus har högre grad av ångest och depression än den äldre generationen generellt. Samt att undersöka den psykologiska inverkan på äldre patienter i isolering på sjukhus, genom att jämföra isolerade patienter med icke-isolerade.

Metod: Fyra olika frågeformulär som mätte bl.a. ångest, depression och ilska genomfördes.

Urval: Patienter som vårdades på fyra geriatriska avdelningar, var över 65 år, hade vårdats på sjukhus i minst fyra veckor, var diagnostiserade med antingen cerebralt trauma, ortopediska åkommor samt var medicinskt stabila valdes ut att delta. För den isolerade gruppen gällde att de varit isolerade minst två veckor. 35 patienter som var isolerade och 39 patienter som inte var det identifierades. Av dem var det 22 isolerade och 20 icke- isolerade patienter som valde att delta.

Antal referenser: 23

Referensnummer: 38

Författare: J. Gammon

Titel: Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs.

Tidskrift: International Journal of Nursing Practice

År: 1998

Land: Storbritannien

Syfte: Att utvärdera huruvida att isolera en person p.g.a. infektion var en mer stressande händelse som har större negativ påverkan på den psykiska funktionen än en rutinläggning på sjukhus. Detta gjordes genom att undersöka om isolerade patienter upplevde högre grad av ångest och depression

samt lägre självförtroende och egenkontroll än patienter som inte var isolerade.

Metod: Patienterna fick på sjunde dagen av isolering, eller för kontrollgruppen sju dagar efter inläggningen, besvara fyra frågeformulär som mätte ångest, depression, självförtroende och upplevelse av egenkontroll.

Urval: De 40 deltagarna valdes slumpmässigt ut genom att deras två sista siffror i journalnumret var jämna nummer. Andra inklusionskriterier var att de skulle vara över 18 år, kunna läsa och förstå engelska, inte ha eller ha haft någon psykiatrisk diagnos, ha fysisk och mental förmåga att kunna delta i studien, varit isolerad p.g.a. infektion i minst sju dagar utan att tidigare ha varit isolerad på sjukhus. Försöksgruppen var isolerad p.g.a. MRSA, clostridium difficile eller salmonella, kontrollgruppen hade kardiovaskulära, respiratoriska eller onkologiska åkommor.

Antal referenser: 93

Referensnummer: 39

Författare: C. Hartmann

Titel: Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion oder Kolonisation mit MRSA?

Tidskrift: Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung

År: 2006

Land: Tyskland

Syfte: Att undersöka hur MRSA-bärande patienter upplever isolering och hur de klarar av isoleringen.

Metod: Öppna, berättande intervjuer genomfördes med patienterna på deras isoleringsrum vilket innebar att intervjuaren hade skyddsutrustning på; inklusive hätta och munskydd.

Urval: En rundringning till olika avdelningar på flera sjukhus med fråga om det fanns lämpliga MRSA-bärande patienter att intervjua gjordes. Vårdpersonalen på avdelningen gav sedan forskaren namn på passande patienter efter att ha tillfrågat patienterna. Sökningen uppbringade elva patienter, som intervjuades. Patienterna skulle vara koloniserade eller infekterade med MRSA, behärska det tyska språket väl samt ha den kognitiva förmågan att kunna föra ett längre samtal.

Antal referenser: 11

Referensnummer: 40

Författare: H. T. Stelfox, D. W. Bates, D. A. Redelmeier

Titel: Safety of patients isolated for infection control.

Tidskrift: American Medical Association

År: 2003

Land: USA

Syfte: Att undersöka kvalitén på vården för patienter som är isolerade p.g.a. infektionskontroll.

Metod: Man gjorde en strukturerad undersökning av journaler. Man tittade efter dokumentation av vitalparametrar och läkaranteckningar, negativa händelser som drabbat patienter vilket gjorde att deras sjukhusvistelse blev förlängd, patienter som hade avvikit från sjukhuset, patienter som hade lämnat klagomål om vården samt försökt begå självmord. Dessutom tittade man efter klagomål hos pressansvarig på sjukhusen.

Urval: Alla patienter som var isolerade i åtminstone två dagar p.g.a. nyupptäckt MRSA under år 1999. En kontrollgrupp utgjordes av de patienter som legat på de isolerade patienternas plats innan och efter den infekterade patienten. Dessutom fanns en andra, sjukdomsspecifik grupp med alla patienter som inkommit mellan 1 januari 1999 till den 1 juli 2002 med hjärtsvikt, samt tidigare fastställd MRSA- kolonisation vilket gjorde att de isolerades. Även här fanns en kontrollgrupp med de som legat på den isolerades plats innan och efter.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 41

Författare: J.T. Newton, D. Constable, V. Senior

Titel: Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients.

Tidskrift: Journal of Hospital Infection

År: 2001

Land: Storbritannien

Syfte: Att dokumentera MRSA-infekterade patienters upplevelser tillsammans med deras erfarenheter av isolering.

Metod: Halvstrukturerade intervjuer genomfördes med varje deltagare. Intervjuaren följde ett förutbestämt intervjuschema och använde sig av följdfrågor för att få fram detaljer om saker som framkom i deltagarens berättelse.

Urval: 19 MRSA-infekterade patienter tackade ja till att vara med i studien, hur dessa valdes ut är oklart. Inklusionskriterierna var att patienterna hade en MRSA-infektion och att de barriärvårdades på enkelrum. Om vårdpersonalen ansåg att patienter var för svårt sjuka, deprimerade eller hade för svåra kommunikationssvårigheter för att deltagande i studien skulle vara möjligt uteslöts de.

Antal referenser: 15

Referensnummer: 42

Författare: P. Kennedy, L.R. Hamilton

Titel: Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury.

Tidskrift: Spinal Cord

År: 1997

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka det psykiska välbefinnandet hos ryggmärgsskadade patienter som är isolerade p.g.a. MRSA.

Metod: Patienterna fick uppskatta sitt välbefinnande och känsloläge enligt sju olika skalor som mätte bl.a. depression, ångest, ilska och förvirring. Med de isolerade patienterna gjordes sedan halvstrukturerade intervjuer.

Urval: Sexton traumatiskt ryggmärgsskadade patienter som mötte inklusionskriterierna identifierades och ingick i studien. Inklusionskriterierna var att patienten skulle ha en traumatisk ryggmärgsskada och varit isolerad i minst två veckor p.g.a. MRSA. Patienterna i kontrollgruppen matchades med hänsyn till ålder, kön, skadenivå och tid sedan skadan.

Antal referenser: 15

Referensnummer: 43

Författare: E. Bellamy

Titel: An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA.

Tidskrift: British Journal of Infection Control

År: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Att utvärdera effekten av infektionskontrollteamets tjänster, bedöma hur nöjda MRSA-patienter var med den MRSA-relaterade vården de fick på avdelningen samt att bedöma hur användbara de aktuella informationsbladen var.

Metod: Patienterna fick fylla i ett frågeformulär som de fick av en sjuksköterska från infektionskontrollteamet. Frågeformuläret innehöll tolv frågor som skulle besvaras enligt en fempunkts likertskala. Det fanns även plats för patienterna att skriva ner ytterligare information som

de tyckte var relevant.

Urval: Alla vuxna patienter som under en 18månadersperiod lades in och var antingen infekterade eller koloniserade med MRSA besöktes av en sjuksköterska från infektionskontrollteamet.

Sjuksköterskan bedömde om patienten var i stånd att klara av att fylla i frågeformuläret. Av de 334 patienterna som lades in var det 72 stycken som erbjöds att fylla i formuläret och 46 av dem gjorde detta.

Antal referenser: 26

Referensnummer: 44

Författare: M. Madeo

Titel: Understanding the MRSA experience.

Tidskrift: Nursing Times

År: 2001

Land: Storbritannien

Syfte: Att beskriva MRSA-bärande patienters erfarenheter av att vårdas i isolering.

Metod: En kvalitativ studie med intervjuer ur en fenomenologisk vinkel. Intervjuerna analyserades sedan med hjälp av Colaizzis sjustegsprocess.

Urval: Sju patienter som haft diagnostiserad MRSA i minst två veckor och varit isolerade deltog i studien. Patienterna hade ett vitt spann av grundsjukdomar.

Antal referenser: 11

Referensnummer: 45

Författare: P. Criddle, J. Potter

Titel: Exploring patients' views on colonisation with meticillin- resistant Staphylococcus aureus.

Tidskrift: British Journal of Infection Control

År: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Att fortsätta undersöka patienters upplevelse och förståelse av MRSA och föreslå vilka aspekter av informationen som är särskilt användbar för patienter samt hur man kan tillhandahålla dessa.

Metod: En av författarna genomförde halvstrukturerade intervjuer enligt ett öppet schema med deltagarna.

Urval: Alla patienter som var koloniserade med MRSA på ett akutsjukhus under sex månader. Patienter med MRSA-infektion exkluderades. 21 patienter tillfrågades, efter att behandlande läkare hade exkluderat de som var olämpliga för intervju. 14 patienter valde och hade möjlighet att delta i studien.

Antal referenser: 21

Referensnummer: 46

Författare: P. MacDonald

Titel: Exploring patients' experiences of MRSA to help reduce HCAs.

Tidskrift: Nursing Times

År: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka MRSA-bärande patienters erfarenheter och hur man kan lindra negativa effekter.

Metod: En litteraturstudie av aktuell kvalitativ forskning. Artikelsökning gjordes elektroniskt, manuellt och online. Initialt söktes artiklar endast härrörande MRSA-bärande patienters upplevelser, men då det genererade alltför få svar utökades sökningen till att även gälla studier av patienters

upplevelser av andra långtidssjukdomar, infektioner och isolering.

Antal referenser: 9

Referensnummer: 47

Författare: A. D. Donaldson, B. B. Jalaludin, R.C. Chan

Titel: Patient perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection. The psychological influence of methicillin- resistant Staphylococcus aureus.

Tidskrift: Internal Medicine Journal

År: 2006

Land: Australien

Syfte: Syftet med studien var dels att bedöma patienters generella uppfattning av osteomyelit, septisk artrit samt infektioner i ledprotes. Dels att jämföra uppfattningen hos dem som var bärare av MRSA och de som inte var det. Dels att undersöka de emotionella aspekterna av de tre infektionerna beroende på om de bar på MRSA eller inte.

Metod: Ett frågeformulär togs fram genom att använda två setioner av "the Illness Perception Questionnaire" av Weinman m.fl.. Patienterna fick skatta hur mycket de höll med eller inte höll med olika påståenden enligt en fempoängs likertskala.

Urval: 96 av de 114 patienter som inkom till Infektionsavdelningen på Liverpool Hospital mellan 23/5- 31/8 2005 identifierades med osteomyelit, septisk artrit eller inflammation i ledprotes och fick erbjudande om att delta i studien. 91 st tackade ja.. 25 var MRSA- infekterade, 14 var MRSA- koloniserade och 52 var inte smittade med MRSA.

Antal referenser: 21