

Upplevelser av att leva med MRSA

– en litteraturöversikt

FÖRFATTARE	Anna Berndtsson Ina Siby
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250, HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Författarna vill tacka Kristina Andersson för hennes samarbete med goda råd och idéer samt vägledning och stöd under arbetets gång. Vidare tackar vi personalen på Göteborgs Universitets bibliotek för hjälp med litteratursökning samt EndNote.

Tack vänner och pojkvän för ert stöd. Till sist, tack Fredrik Nilsson för tips efter korrekturläsning.

Anna Berndtsson & Ina Siby, Göteborg, 24 december 2013.

Titel:	Upplevelser av att leva med MRSA – en litteraturöversikt
Engelsk titel:	Experiences of living with MRSA – a literature review
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/ kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250/Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Anna Berndtsson Ina Siby
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Tommy Johnsson

SAMMANFATTNING

Meticillinresistent staphylococcus aureus (MRSA) är en allmänfarlig smitta med anmälningsplikt i Sverige. Nationellt är förekomsten låg, globalt högre. I omvårdnad är kommunikation en grundbult och genom att kommunicera med patienten kan sjuksköterskan förstå omvårdnadsbehoven, lära känna patienten och nå omvårdnadsmålen. Information kan vara ett behov inom omvårdnad vilket kräver kommunikation. Individens upplevelse definieras som medvetande om något och vad något är. Känslan av sammanhang (KASAM) påverkar individens grad av upplevd hälsa. Hög grad av KASAM är baserat på hög meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet och leder till hög grad av hälsa. Samtliga delar påverkas av sjuksköterskans bemötande som kan utgå från personcentrerad vård vilket har fokus på livsberättelse, partnerskap och dokumentation. Syftet med studien var att belysa patienters upplevelser av att leva med MRSA. Metoden som användes var litteraturöversikt baserat på analys av en kvantitativ och nio kvalitativa artiklar. Resultatet delades in i fem teman; *Psykisk påverkan* som främst bestod av upplevelser som psykologiskt trauma, pestsmittad samt oro och rädsla över att smitta andra. Det fanns dock patienter som upplevde optimism och hopp; *Livsförändringar* beskrev fysiska symtom, förändrat praktiskt handlande där hygien tog stor plats, begränsat vardagsliv samt rädsla och oro från omgivningen; *Vårdmöten* visade på bristande kunskap hos personal och att vårdtiden kännetecknades av stigmatisering och dåligt bemötande; *Isolering* upplevdes begränsande, umgänget med andra samt vårdkvalitén påverkades; *Information och kunskap* fanns behov och önskemål om och upplevdes ofta som otillräcklig. Patientens KASAM skulle kunna påverkas av psykisk påverkan, förändrat praktiskt handlande, bristande bemötande och informationstillgång. Genom personcentrerad vård kan sjuksköterskan hjälpa patienten till ökad acceptans och välbefinnande.

Nyckelord: MRSA/Meticillinresistent staphylococcus aureus, patient, upplevelse, psykisk påverkan, livsförändringar, vårdmöten, isolering, information och kunskap.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
METICILLINRESISTENTA STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)	5
UPPLEVELSE – KÄNSLAN AV SAMMANHANG (KASAM)	8
KOMMUNIKATION	10
BEMÖTANDE	11
PROBLEMFÖRMULERING	13
SYFTE	13
METOD	13
LITTERATURSÖKNING	13
URVAL	14
DATAANALYS	16
RESULTAT	16
PSYKISK PÅVERKAN	16
LIVSFÖRÄNDRINGAR	17
VÅRDMÖTEN	19
ISOLERING	21
INFORMATION OCH KUNSKAP	23
DISKUSSION	24
METODDISKUSSION	24
RESULTATDISKUSSION	26
IMPLIKATIONER FÖR PRAXIS INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	30
FRAMTIDA FORSKNING	30
SLUTORD	31
REFERENSLITTERATUR	
BILAGA 1	
BILAGA 2	

INLEDNING

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) är en av de allmänfarliga sjukdomarna enligt Smittskyddsinstitutet (2009) som leder till ökad dödlighet och förlängd vårdtid. Smittrisker för flera allmänfarliga sjukdomar ökar vid utlandsvistelse jämfört med vistelse enbart i Sverige då förekomsten i Sverige generellt är lägre (Smittskyddsinstitutet, 2013b).

Enligt våra erfarenheter från Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset är MRSA den enda smitta som kontinuerligt screenas efter utlandsvistelse, om patienten vårdats i utlandet. Vi har under VFU upplevt att patienter som smittats med MRSA får ett sämre bemötande än andra patienter. Vidare är vår erfarenhet att vårdpersonal fokuserar på den patologiska smittbegränsningen samt upplevs vara rädda för smittan, vilket lyser igenom och blir synligt för patienten i vårdkontakten.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL](SFS, 1982:736) ska vård ges på lika villkor och sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett holistiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005). Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskriver att sjuksköterskan ska: "uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder" (Socialstyrelsen, 2005, s. 11). Undervisningen på sjuksköterskeprogrammet bör därmed inkludera patientens perspektiv av att leva med en anmälningspliktig smitta samt ge en bred teoretisk kunskapsgrund till MRSA som kan ge sjuksköterskor trygghet i omvårdnadsarbetet. Därför vill vi belysa patienters upplevelser av att leva med MRSA.

BAKGRUND

METICILLINRESISTENTA STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) tillhör stamgruppen gula stafylokockbakterier (*S. aureus*). Dessa gula stafylokockbakterier är bland de vanligaste bakterierna som finns i vår omgivning och förekommer periodvis hos de flesta människor på hud och slemhinnor som i näsa och svalg. Hud med exempelvis sår eller hudeksem har en ökad chans till tillväxt av bakterien (Smittskyddsinstitutet, 2013a). Sjukdomar som uppkommer genom *S. aureus* infektion är relaterade till bakteriens toxinaktivitet eller bakteriens direkta påverkan. Toxinet orsakar kliniska symtom som stafylokock-orsakad matförgiftning, och bakterien hudinfektioner, endokardit, lunginflammation, osteomyelit och septisk artrit (Murray, Rosenthal, & Pfaller, 2009). MRSA-orsakad systemisk sepsis, genom bakterietillväxt i blodet och på hjärtklaffar orsakar hög dödlighet (Smittskyddsinstitutet, 2013a). Vid MRSA har resistens skapats genom försvar mot ett flertal antibiotikum, främst betalaktamaser som penicillin och cefalosporiner (Rang, Dale, Ritter, & Flower, 2007; Smittskyddsinstitutet, 2013a). Resistensen sker genom bildande av β -laktamas, vilket bryter antibiotikans

bindning till penicillinbildande protein i bakteriens cellvägg och gör det överksamt (Rang et al., 2007). Graden av resistens varierar generellt mellan olika s. aureus-stammar (Odenholt & André, 2011). Många MRSA-stammar har dock resistens mot flera antibiotika och är därmed så kallade multiresistenta (Socialstyrelsen, 2006). Antibiotikumet vankomycin var länge sista behandlingsutväg mot svår MRSA-infektion. Sedan år 1997 har även stammar av lägre känslighetsgrad mot detta antibiotikum också upptäckts, så kallade vankomycinresistenta s. aureus (VRSA) (Rang et al., 2007; Socialstyrelsen, 2006).

FÖREKOMST

Första ursprungsstammen av MRSA som spreds till Europa på 1960-talet upptäcktes i England. Under 1980-talet började specifika MRSA-stammar att spridas på sjukhus i samtliga världsdelar (Socialstyrelsen, 2006). I slutet av 1990-talet upptäcktes nya MRSA-stammar i samhället som särskilde mot sjukhusförvärd MRSA (Smittskyddsinstitutet, 2013a). Sedan upptäckten har samhällsförvärd MRSA generellt ökat över hela världen (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige är samhällsförvärd MRSA orsak till två tredjedelar av all inhemsk MRSA-smitta (Wahlberg & Struwe, 2010). Samhällsförvärd MRSA hade ursprungligen lägre resistens men sprids idag alltmer till sjukhusmiljö vilket påverkar resistensen (Socialstyrelsen, 2006).

Nationellt och internationellt perspektiv

Förekomst av MRSA i Sverige är, oavsett förvärvning relativt låg, < 1 % hittas i blod och sår (Wahlberg & Struwe, 2010). Antal fall som anmälts har fyrdubblats de senaste 13 åren (Smittskyddsinstitutet, 2013b). Det relaterar Wahlberg och Struwe (2010) till antalet ökade provtagningstillfällen efter införande av anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen (SFS, 2004:168) samt lokala och nationella vårdprogram som bidrar till att hitta "dolda" bärare (Socialstyrelsen, 2006). Vidare har antalet fall smittade i Sverige minskat med nästan 20 % och patienter som drabbats utomlands nästan dubblerats (Smittskyddsinstitutet, 2013b). Internationellt sett är MRSA mer utbredd än i Sverige. De nordiska länderna och Holland har en låg MRSA-börda. Förekomsten ökar söder ut i Europa med över 25 %. Sedan år 2009 har förekomsten i vissa europeiska länder minskat. Holland och de nordiska länderna ligger dock stabilt på <5 % (European Centre for Disease prevention and Control (ECDC), 2012). Andra länder i världen har MRSA-orsakad sepsis upp till 50 % (Wahlberg & Struwe, 2010). Förekomst av MRSA i USA överstiger 50 % (Socialstyrelsen, 2007).

SMITTVÄGAR

MRSA kan överleva långa perioder på torra ytor. Smittspridning sker genom kontaktsmitta eller vid kontakt med förorenade ytor eller material som sängkläder och kläder. Ökad risk för att smittas av s. aureus är vid faktorer som främmande material i kroppen, till exempel suturer samt användning av antibiotika som påverkar den normala bakteriefloran. Riskpersoner inkluderar spädbarn, unga

med dålig hygien, patienter med vaskulära katetrar eller shuntar samt patienter med nedsatt lungfunktion eller lunginfektion (Murray et al., 2009). Vårdpersonal, diabetiker, dialyspatienter samt injektionsmissbrukare har också visat sig ha en ökad risk för bärarskap (Smittskyddsinstitutet, 2013a). Särskilda grupper i samhället som sammankopplas med högre MRSA-spridning är barnomsorg, äldreomsorg samt grupper med gemensamma aktiviteter i en miljö som innebär hudkontakt, exempelvis kampsportsutövare och injektionsmissbrukare (Wahlberg & Struwe, 2010). MRSA dör vid hög värme genom exempelvis uppvärmning av föremål/mat. Toxinet är dock värmestabilt och överlever värmeökning (Murray et al., 2009).

Smittspridning bryts med adekvat handhygien, användning av desinfektionsmedel, såromläggning med ordentlig rengöring samt genom skyddskläder/handskar som täcker utsatt hud (Murray et al., 2009). Enligt Socialstyrelsen (2006) skall basala hygienrutiner alltid utföras vid all vård och behandling. Basala hygienrutiner har visat sig vara den mest betydande åtgärden för att förebygga smittspridning och minska vårdrelaterade infektioner (VRI). Vid indirekt och direkt droppsmitta är basala hygienrutiner tillräckligt. Enkelrum kan vid risk för droppsmitta förenkla tillämpningen av rutinerna. Dock menar Socialstyrelsen (2006) att rutiner med skyddsutrustning vid enkelrum för vårdpersonal och anhörig inte ger bättre skydd än basala hygienrutiner. Istället kan dessa rutiner bidra till sämre vård för patienten (Socialstyrelsen, 2006). Utöver basala hygienrutiner finns ingen global enighet angående smittbekämpning av MRSA. Riktlinjer utarbetas efter varje lands MRSA-förekomst och ekonomi. Länder med låg förekomst använder nolltolerans och intensiv övervakning ("search and destroy policy"). Detta innebär verksamhet i form av screening, smittspårning, isolering och noggrann uppföljning av alla smittade personer. I Sverige används screening av MRSA på personer som vårdats eller arbetat i vården utomlands de senaste sex månaderna enligt Socialstyrelsen (2006), dock finns olika riktlinjer. I länder med högre förekomst är denna typ av nolltolerans inte möjlig (Socialstyrelsen, 2007).

SMITTKONSTATERANDE

MRSA konstateras efter kliniska symtom. Dock är bärare av MRSA i form av kolonisering vanligen symtomfria (Socialstyrelsen, 2010). MRSA-smittan konstateras genom punktodlingar från mest påvisade kroppsområden; perineum, svalg och näsa. Ett transient bärarskap innebär ett tillfälligt bärarskap av bakterien med positivt svar från svalg och/eller näsa under ett tillfälle och uppföljande negativa svar från samtliga tre odlingsområden. Etablering av bakterien förekommer alltså inte (Socialstyrelsen, 2010). Ett koloniserat bärarskap innebär att bakterien har befäst sig och; gett symtom på MRSA-orsakad infektion; positivt svar från perineum eller från hudlesion vid ett tillfälle och/eller positivt svar vid fler än ett tillfälle oavsett odlingsställe (Socialstyrelsen, 2010). Efter ett konstaterande av bärarskap bedöms varje person individuellt efter smittsamhetsgrad; typ av infektion; individberoende riskfaktorer samt vilka

omgivande personer som kan riskera att smittas. Utan symtomgivande infektion eller riskfaktorer föreligger mycket liten risk för smittsamhet. Ett MRSA-prov som är negativt utesluter inte att bakterier finns hos en person som tidigare påvisats positiv. Bakterier finns dock inte i påvisbar mängd. Individuell smittrisk måste då bedömas i relation till tidsperioder utan symtom- och riskfaktorer (Socialstyrelsen, 2010). Vid samtliga bärarskap skall en smittskyddsanmälan och smittspårning alltid göras enligt SFS (2004:168). Patientansvarig läkare (PAL) är skyldig att ge individen information och förhållningsregler så smittspridning kan förebyggas. Förhållningsregler skall vara patientanpassade och grundade på de individuella riskfaktorerna. Vid transient bärarskap krävs inte förhållningsregler för patienten. Vidare skall patienter med MRSA-kolonisering samt anhöriga som lever i samma hushåll få ett bärarkort som skall visas vid vårdkontakt (Socialstyrelsen, 2010).

Medicinsk behandling

MRSA-bärarskap kan botas men behandlingen är inte alltid effektiv. Behandling av personer med låga riskfaktorer sker med mupirocinsalva i näsan och helkroppstvätt med klorhexidintvål. Vid förekomst i svalget krävs behandling oralt med två preparat vilka stammen visat sig känslig för. För en tredjedel förekommer återfall efter ett år. Hos personer med högre riskfaktorer är behandling därför inte motiverat (Socialstyrelsen, 2006).

Avskrivning av bärarskap

Ett bärarskap kan avskrivas baserat på tre negativa odlingssvar, där första och sista odlingen utförts med ett års mellanrum. PAL avgör därefter om fortsatta kontroller och förhållningsregler. Personen skall vidare informeras om att MRSA-bärarskap kan komma och gå med tillkommande riskfaktorer. Personen måste därmed fortsätta att informera om bärarskapet för hälso- och sjukvårdspersonal även om det inte längre är säkerställt (Socialstyrelsen, 2010).

MRSA skulle kunna påverka livet ur många synvinklar. Grundläggande kompetens hos sjuksköterskor är att kunna se patientens sjukdomsupplevelse och lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). För att kunna få en uppfattning om den MRSA-smittade patientens upplevelser krävs förståelse för vad upplevelse innebär och hur den påverkar känslan av sammanhang (KASAM).

UPPLEVELSE – KÄNSLAN AV SAMMANHANG (KASAM)

Nationalencyklopedin (2013b) definierar *upplevelse* som "... att vara med om något, eller att uppfatta och värdera på ett känslomässigt plan". Husserl och Jakobsson (2004) beskriver upplevelse som att vara medveten om något. Genom att vara medveten om något finns också ett medvetande om vad något är, samt vilken mening detta har. Det finns alltid en grund i varseblivandet som bygger på tidigare erfarenheter. Allt som objektivt kan varseblivas tillför inte alltid något till den subjektiva upplevelsen. En upplevelse kan ha en början och ett slut, men ingår alltid i en ström av upplevelser som inte har någon början eller slut (Husserl &

Jakobsson, 2004). Upplevelse-begreppet är en mänsklig känslouppfattning som Antonovsky och Elfstadius (2005) använder sig av i sitt salutogena perspektiv om känsla av sammanhang.

Antonovsky och Elfstadius (2005) beskriver hälsa som något föränderligt på en flerdimensionell skala mellan hälsa och ohälsa. Med ett patologiskt synsätt försummas dessa dimensioner då det fokuserar på det sjuka, såsom sjukdomen eller skadan. Det patologiska synsättet bör kompletteras med ett salutogent synsätt. Det salutogena synsättet skapar djupare förståelse och kunskap för individen vilket är nödvändigt för att kunna stödja individen i att förbättra sin upplevda hälsa (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

Begreppet KASAM skapades av Antonovsky och Elfstadius (2005) och är viktigt för att kunna nå hög grad av hälsa på den flerdimensionella skalan. KASAM är uppbyggt av tre sammanhängande delar; *meningsfullhet*, *begriplighet* och *hanterbarhet*. För att få en förståelse för begreppet KASAM beskrivs de tre delarna nedan. Om individen upplever utmaningar som en börda och helst hade varit utan dem tolkas *meningsfullheten* med dessa utmaningar som låg. De händelser och upplevelser som individen upplever som viktiga nog att lägga ner kraft och energi på bidrar till individens känsla av *meningsfullhet*. Genom att flera delar av livet får betydelse som ger livet en mening upprätthålls *hög meningsfullhet*. Det som påverkar individen, alltså inre och yttre stimuli kan tolkas på olika vis. Vid *låg begriplighet* upplevs stimuli som oväntade, kaotiska, oordnade, och omöjliga att förklara. Är *begripligheten hög* upplever individen att stimuli är förklarbara eller möjliga att förutse. De upplevs som tydliga, sammanhängande och strukturerade händelser/upplevelser. Då individen upplever att resurser för att hantera situationen saknas och därmed har svårigheter att möta kraven från de stimuli som denne möts av har individen *låg hanterbarhet*. Vid *hög hanterbarhet* har individen god tillgång till resurser, egna eller från personer i sin närhet som individen upplever kan ge stöd i att möta kraven från de olika stimuli som når individen (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

Enligt Antonovsky och Elfstadius (2005) är den mest centrala komponenten för långvarig känsla av sammanhang komponenten meningsfullhet. Hanterbarhet och begriplighet av stimuli upplevs troligen inte under en längre period om meningsfullheten av stimuli är låg. För att hög hanterbarhet ska kunna uppnås krävs förståelse för vilka resurser som behövs för att kunna hantera kraven. Därmed är begriplighet troligen den näst viktigaste komponenten (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

Varje individ sätter omedvetet upp begränsningar av vad i omgivningen som ingår i känslan av sammanhang. Ett exempel är, en individ som saknar intresse för politik har inte förståelse och begriplighet för att det ska kännas meningsfullt. Samma individ kan dock ha satt politik utanför gränsen och därmed påverkar inte

låg begriplighet för politik individens KASAM (Antonovsky & Elfstadius, 2005). Antonovsky och Elfstadius (2005) menar att det är svårt att göra begränsningar för det som individens själv är knutet till såsom existentiella teman, känslor, huvudsaklig sysselsättning och interpersonella relationer. En individ med stark KASAM kan tillfälligt eller mer permanent göra gränserna för vad som påverkar KASAM mer snäva för att behålla en sammanhängande bild av världen. Genom att som individ undersöka om gränserna för vad som påverkar känslan av sammanhang kan vidgas till att omfatta nya områden kan KASAM förstärkas (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

För att sjuksköterskan ska kunna stödja individen i upprätthållandet av hög KASAM krävs kunskap om personens livsberättelse. För att sjuksköterskan ska kunna ta del av patientens livsberättelse är god kommunikation en förutsättning (Travelbee, 2001).

KOMMUNIKATION

Fossum (2013) beskriver kommunikation som överföring av information eller förflyttning av människor eller saker. Vinthagen (2013) menar att kommunikation som "överföring av information" inom vården inte är tillräckligt utan vårdpersonal bör sträva efter ett informationsutbyte som endast kan uppstå genom en tvåvägskommunikation. Travelbee (2001) menar att när båda parter är delaktiga och använder sin mentala förmåga skapas kommunikation. Det är en dynamisk pendelrörelse där patienten önskar ge information om sina upplevda symtom och söka information och motivation om hur dessa kan lindras. Sjuksköterskan har motsatt mål att söka information om patientens symtom och ge information om hur dessa kan lindras. Kommunikation kan leda till att den ena parten såras, men också till att den blir hjälpt. Vidare kan parterna stöta bort varandra genom kommunikation, men det är också ett sätt att närma sig varandra (Travelbee, 2001).

I vårdmöten pågår kommunikation hela tiden, inte bara verbalt utan också med till exempel ansiktsuttryck, gester och handlingar (Travelbee, 2001). Genom kroppsspråket kan vi omedvetet eller medvetet förmedla och uppfatta känslor och värderingar (Fossum, 2013). Kommunikation är nödvändig men kan hindras av att patienten har ett underläge i maktrelationen mellan vårdare och patient. Det är vårdarens uppgift att underlätta kommunikationen trots denna maktrelation. Detta kan ske genom att vårdaren underordnar sig patientens önskningar och behov (Santamäki Fischer, 2010; Vinthagen, 2013).

Sjuksköterskan förmedlar i kommunikationen, om än ofrivilligt, sin uppfattning om individen, samt sin grundläggande intention. Kommunikation och upplevelse leder till att den andre individens unika jag framhävs eller undantrycks. I kommunikationsprocessen finns ofta en önskan att påverka den andre. Kommunikation kan då leda till förändring (Travelbee, 2001).

Enligt Travelbee (2001) är sjuksköterskans mål med interaktionen att *förstå omvårdnadsbehoven* genom att *lära känna patienten* och därmed kunna *nå omvårdningsmålen*. Då behoven är temporära kräver förändrade behov förändrade mål, vilket ytterligare kräver kommunikation. För att sjuksköterskan ska kunna lära känna patienten måste individen sättas i fokus och sjuksköterskan måste respektera, uppfatta och möta personen. Då kan behoven förstås. Genom att sjuksköterskan får kunskap om hur individen handlar i svårigheter kan sjuksköterskan stödja och lindra. Förändringar registreras snabbare av en sjuksköterska som känner sin patient. Att lära känna sin patient kan vara ett lika effektivt sätt att ge omsorg som fysiska omvårdningshandlingar. Detta kallar Travelbee (2001) för upprättande av den mellanmännsliga relationen som innefattar att individen får sina omvårdningsbehov tillgodosedda. I samarbetet med patienten är sjuksköterskans första steg observation av patienten. Det är en målinriktad och meningsfull process som aktivt utförs med mål att planera omvårdnad samt diagnostisera och förebygga komplikationer. Travelbee (2001) betonar att det är patienten/individen som ska observeras, INTE sjukdomen.

Den mellanmännsliga relationen påverkas av vad som kommuniceras och vilka avsikter parterna har. Alla sjuksköterskor är inte medvetna om vad de kommunicerar, men genom att använda sina kunskaper och sin personlighet kan sjuksköterskan skapa ett förhållande till den andre (Travelbee, 2001).

BEMÖTANDE

Bemötande är centralt inom vården (Santamäki Fischer, 2010) men ett begrepp som är svårt att översätta från svenska. Det används ofta inom vårdrelaterad litteratur och i media men läsaren förutsätts ofta känna till dess innebörd (Fossum, 2013). Nationalencyklopedin (2013a) ger synonymen: "Uppträdande – mot ngn/ngt". Fossum (2013) listar flera punkter över vad bemötande innefattar; människosyn och människovärde, hjälpsamhet och vänlighet, mottagande och respekt, behandling och uppträdande, information och kvalité samt tonfall, värme och engagemang. Detta visar att för att kunna ge ett gott bemötande räcker det inte med kunskap om sjukdomen för att kunna ge rätt information samt vård med kvalité. Det är inte heller tillräckligt att vara vänlig och hjälpsam. Genom att reflektera över sin människosyn och andra människors värde och det faktum att de flesta vi möter skiljer sig från oss själva kan förmågan att bemöta patienten som en individ utvecklas och därmed förbättra kommunikationen (Fossum, 2013).

Ett sätt att möta och vårda patienter är genom personcentrerad vård. Målet med personcentrerad vård är att nå över det hinder som maktrelationen mellan patient och vårdare innebär (Santamäki Fischer, 2010). Strävan med att personcentrera vården ska leda till större enighet i behandlingsplaner mellan individen som söker vård och personalen som vårdar. Personcentrerad vård kan leda till nöjdare patienter och förbättrad hälsa. Idag är vårdprocessen mycket standardiserad vilket

minskar möjligheten till en relation mellan patient och vårdare. Genom en standardiserad process sätts sjukdomen framför patientens behov och önskemål. Detta trots att personal uppger att de vill börja eller redan arbetar personcentrerat (Ekman et al., 2011).

Ekman et al. (2011) ger förslag på hur personal inom vården säkert kan implementera personcentrerad vård. När en person behöver vård omvandlas personen till en patient. Begreppet patient reducerar individen, vilket inte passar in i personcentrerad vård där utmaningen är att identifiera patientens hälsoförstärkande resurser och stärka dennes självförtroende genom att lära känna personen bakom patienten (Ekman et al., 2011).

Den första delen av personcentrerad vård innefattar *individens livsberättelse*. Genom att bjuda in till en dialog med personen kan vårdpersonalen få en bild av dennes lidande i vardagen (Ekman et al., 2011). Santamäki Fischer (2010) beskriver konsten att lyssna som en del i att delges patientens livsberättelse. Lyssnaren bör fokusera på den som talar och endast rikta uppmärksamheten mot att lyssna. De egna behoven och erfarenheterna måste läggas åt sidan (Santamäki Fischer, 2010). Hur individen upplever sin livssituation är centralt i personcentrerad vård. Med denna vårdform läggs fokus på illabefinnande och inte på sjukdom. Att få delge sin livsberättelse har en terapeutisk funktion och genom denna identifieras de individuella resurserna. Genom att lyssna på livsberättelsen signalerar personalen att individens önskemål, känslor och upplevelser är viktiga. Dagens svenska hälso- och sjukvård domineras enligt Ekman et al. (2011) ännu av biologiska markörer och det finns begränsad plats för individens upplevelse.

I personcentrerad vård bygger personalen tillsammans med individen vidare på den individuella livsberättelsen genom ett *partnerskap*, som är den andra byggstenen i personcentrerad vård. Varje person är en individ med känslor, behov och vilja som behövs för att patienten ska bli en aktiv partner. En gemensam förståelse för hur sjukdomen upplevs och vilka tecken patienten noterat skapas genom att personal lyssnar på och talar med individen. Detta skapar en grund för fortsatt behandling och planering av vården. Med kunskap om individen kan personal och patient lära sig av varandra och dela erfarenheter. Personal och patient delar beslutsfattandet genom att arbeta i partnerskap. Hela teamet (inklusive patienten) bidrar med sina aspekter vid beslut om möjliga behandlingsalternativ som fungerar hälsofrämjande för individen relaterat till livsstil, tro, värderingar och önskemål (Ekman et al., 2011).

Med hjälp av *dokumentation* (den tredje delen av personcentrerad vård) av patientens delaktighet säkras partnerskapet mellan personal och individ. Dokumentation av patientens livsberättelse måste ses likvärdig med dokumentation om biologiska faktorer. Tydlig dokumentation ger kontinuitet i vården och synliggör patientens perspektiv, önskemål, delaktighet i vård och

behandling. Det gör också patientens perspektiv legitimt, underlättar kontinuitet i vården samt ökar transparensen (Ekman et al., 2011).

PROBLEMFORMULERING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning har MRSA-smittade patienter upplevts vara en ökad påfrestning för vårdverksamheterna. Det kan grundas i att det i Sverige är en anmälningspliktig sjukdom (Smittskyddsinstitutet, 2009) och den nationella förekomsten är låg (Smittskyddsinstitutet, 2013b). Vård ska ges på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:736). Förståelsen för sig själv och omvärlden påverkar individens beteende (Johnsson & Allwood, 2009). Genom att sammanställa rådande kunskap om *upplevelser* hos personer med MRSA skulle ett bredare perspektiv kunna skapas kring sjuksköterskors bemötande och möjlighet att ge en god omvårdnad för patienter med MRSA.

SYFTE

Belysa patienters upplevelser av att leva med MRSA.

- Vilka upplevelser har patienter med MRSA vid hälso- och sjukvårdskontakt?
- Hur upplever patienter med MRSA att deras liv påverkas av diagnosen?

METOD

Modellen som valdes var litteraturoversikt för att utifrån syftet skapa en överskådlig bild av aktuell forskning inom problemområdet (Friberg, 2012). Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades. Ett begränsat antal kvantitativa artiklar svarade mot syftet, därför analyserades i huvudsak kvalitativa artiklar.

LITTERATURSÖKNING

Databaser som användes för litteratursökning var Scopus, Pubmed och Cinahl. Samtliga databaser erbjuder Göteborgs Universitet tillgång till för studenter genom Göteborgs Universitets biblioteks hemsida. Samtliga databaser användes, då deras ämnesområden skiljer sig något. Pubmed är inriktad mot medicinsk litteratur och Scopus är bredare, inklusive socialvetenskaplig litteratur. Databasen Cinahl är något mindre och inriktad mot omvårdnadsvetenskaplig litteratur. Vidare gav Scopus bra information för kvalitetskontroll i form av det antal citeringar artiklarna hade. Svensk MeSH användes för utveckling och kontroll av sökord.

Samtliga databaser användes för sökning med sökorden *MRSA/meticillin-resistant staphylococcus aureus, experience, patient experience, carrier-state* och *nurse*. För att skapa en översikt över problemområdet och av befintlig vetenskaplig litteratur gjordes en initial litteratursökning där ovan beskrivna sökord identifierats ur syftet. Sökningen verifierade att sökorden speglade vårt syfte. En systematisk litteratursökning utfördes därefter. Samtliga sökord i olika kombinationer med *MRSA/meticillin-resistant staphylococcus aureus*, användes i samtliga tre databaser.

Sökningarna begränsades till publiceringar efter 2000-01-01, tillgänglighet i fulltext, skrivna på svenska eller engelska, samt Peer reviewed i Cinahl. Med stöd av Friberg (2012) användes boolesk sökteknik (AND) samt trunkering*. Sökordet *nurse* användes som en avgränsning relaterat till att huvudområdet är omvårdnadsvetenskap. Vid användning av sökorden *MRSA*, *carrier-state* och *experience* i Pubmed svarade endast en av artiklarna mot syftet, samt hade inte uppkommit i tidigare sökningar (Lindberg, Carlsson, Hogman, & Skytt, 2009). Relevanta MeSH-termer från artikeln noterades och användes vid fortsatta sökningar; *carrier state/psychology*, *“Health Knowledge, Attitudes, Practice”* samt *Professional-Patient relation*.

Under litteratursökningen användes en bred urvalsgrund relaterat till att få studier fanns inom området. Studierna skulle vara gjorda utifrån ett patientperspektiv. Exkludering gjordes av studier med upplevelser utifrån sjuksköterskeperspektiv och anhörigperspektiv av patientens upplevelse. Review-artiklar exkluderades. Ett krav var att artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext. Samtliga abstrakt lästes från de artiklar där titeln fångat intresse. Totalt lästes 34 abstrakt.

SEKUNDÄRSÖKNING

Referenslistor från artiklarna i primärsökningen innehöll ett antal artikeltitlar som var aktuella för syftet. Dessa abstrakt lästes och valdes utifrån relevans till syfte, samt publiceringsår och tillgänglighet i fulltext (Tabell 2). Totalt lästes ytterligare 11 abstrakt. Vid sökning i Pubmed med sökorden *MRSA*, *patient* och *Health Knowledge, Attitudes, Practice* uppkom en artikel vars abstrakt lästes. Artikeln stämde inte med syftet men var citerad av Mozzillo, Ortiz, och Miller (2010), vars titel och abstrakt var av relevans för syftet (Tabell 2).

URVAL

Totalt 13 artiklar lästes i fulltext. Tre artiklar exkluderades på grund av en populärvetenskaplig ansats eller att resultaten inte svarade mot syftet. Nio kvalitativa och en kvantitativ artikel som svarade mot syftet gick vidare till granskning (Tabell 1).

Tabell 1: Systematisk litteratursökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
131022	Pubmed	MRSA AND pa- tient* AND ex- perience* AND nurs*	Swedish English 2000-2013	19	9	Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson, och Lewis (2012) Andersson, Lindholm, och Fossum (2011)

						Skyman, Sjostrom, och Hellstrom (2010) Newton, Constable, och Senior (2001)
131022	Pubmed	MRSA AND car- rier state* AND ex- perience*	Swedish English 2000-2013	25	3	Lindberg et al. (2009)
131022	Cinahl	MRSA AND pro- fessional- patient relation*	Swedish English 2000-2013 Peer reviewed	8	6	Barratt, Shaban, och Moyle (2010)
131101	Pubmed	MRSA AND pa- tient AND Health Knowled- ge, Atti- tudes, Practice	Swedish English 2000-2013	30	16	Rohde och Ross- Gordon (2012)

Tabell 2: Sekundärsökningar

Datum	Hittad via	Vald Artikel
131023	Lindberg et al. (2009)	Criddle och Potter (2006)
131028	Andersson et al. (2011)	Donaldson, Jalaludin, och Chan (2007)
131101	Washer, P., Joffe, H., & Solberg, C. (2008). Audi- ence readings of media messages about MRSA. Journal of Hospital Infection, 70(1), 42- 47. I Pubmed-sökning på; MRSA AND patient AND Health Knowledge, Attitudes, Practice.	Mozzillo et al. (2010)

KVALITETSGRANSKNING

Tio artiklar granskades efter Fribergs (2012) mallar för kvalitativ och kvantitativ artikelgranskning för att säkerställa artiklarnas kvalitet, med tillägg för etiskt godkännande (Bilaga 1). De kvalitativa artiklarna poängsattes på en skala 0 - 15. Artiklar med poäng 0 - 7,5 bedömdes vara av låg kvalitet, 8 - 11 medelhög kvalitet och 11,5 - 15 av hög kvalitet. Den kvantitativa artikeln poängsattes på en skala 0 - 11. Låg kvalitet bedömdes vara 0 - 5,5 poäng. Medelhög kvalitet låg på 6 - 8 poäng

och 8,5 - 11 poäng gav hög kvalitet. Åtta artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, en av medelhög och en artikel av låg kvalitet (Bilaga 2).

ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE

Artiklarna granskades i relation till etiska ställningstaganden. Samtliga artiklar förutom Newton et al. (2001) och Mozzillo et al. (2010) hade etiskt godkännande.

DATAANALYS

Resultaten från nio kvalitativa artiklar samt en kvantitativ artikel analyserades med stöd av Friberg (2012) först genom jämförelser av artiklarnas likheter. Efter sammanställning av likheter ställdes dessa mot skillnaderna. Ur sammanställda grupper söktes därefter övergripande gemensamma nämnare i form av teman. Efter teman uppdelades innehållet ytterligare i subteman efter essentiella upplevelser.

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i fem teman samt subteman vilka presenteras nedan i tabell 3.

Tabell 3: Resultat

Teman	PSYKISK PÅVERKAN	LIVSFÖRÄND RINGAR	VÅRD- MÖTEN	ISOLERING	INFORMATION OCH KUNSKAP
Sub- teman		Fysiska upplevelser	Bris- tande kunskap hos personal	Behov av isolering	
		Förändrat för- hållningssätt	Bemötan de i vården	Känslomässig påverkan	
		Reaktioner från omgivningen	MRSA- kort	Begränsningar	
				Vårdkvalité	

PSYKISK PÅVERKAN

Upplevelser som associeras med MRSA beskrivs som mycket starka hos flera patienter i form av psykologiskt trauma, stress samt chockupplevelse (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Hos några patienter i Andersson et al. (2011) kan dessa starka känslor speglas mot upplevelser av positiv karaktär - en nystart i livet. Vidare är upplevelser i form av att känna sig smutsig (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012), pestsmittad eller spetälsk starkt framträdande (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Skyman et al.,

2010). Andra patienter jämför det med att vara HIV/AIDS- smittad (Lindberg et al., 2009). Ytterligare känslor som beskrivs är skuld, rädsla, hopplöshet, övergivenhet och att känna sig kränkt och skamfylld (Skyman et al., 2010) samt obehag (Lindberg et al., 2009). I motsats till dessa känslor beskriver Andersson et al. (2011) deltagares optimism och hopp om bot mot MRSA. Vidare medger patienterna att de är ledsna och upplever panik och skam samt oro och frustration över smittväg (Andersson et al., 2011). Donaldson et al. (2007) verifierar signifikant högre emotionell påverkan hos patienter med MRSA än patienter med infektion orsakad av andra bakterier.

I sociala sammanhang är känslor av oro och rädsla för att smitta andra framträdande upplevelser i många studier (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Donaldson et al., 2007; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Extra utsatta upplevdes barn, gravida och andra infektionskänsliga grupper (Criddle & Potter, 2006). Denna rädsla utvecklar hos vissa känslor av ångest och trauma:

My little daughter... but in the beginning I did not dare to touch her.
(Andersson et al., 2011, s. 50).

Många patienter upplever även oro eller rädsla för att anhöriga och vänner ska avvisa dem (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012) samt att få dåligt rykte hos sina grannar (Lindberg et al., 2009). Patienter beskriver specifik rädsla för att deras barn skall bli isolerade från omgivningen. De känner också skuld och skam gentemot sin partner över att smittat sina anhöriga inklusive barn (Lindberg et al., 2009).

I arbetslivet medges upplevelser av oro över att få dåligt rykte på arbetet (Lindberg et al., 2009) och rädsla för att mista sitt jobb (Andersson et al., 2011; Mozzillo et al., 2010), sina klienter, sin arbetsroll (Lindberg et al., 2009) samt sin karriär (Mozzillo et al., 2010).

LIVSFÖRÄNDRINGAR

FYSISKA UPPELVELSER

Fysiska symtom som patienter beskriver och associerar till MRSA-infektionen enligt Rohde och Ross-Gordon (2012) är kraftig fysisk smärta. Detta försämrar patientens humör. Andra patienter upplever fysiska symtom som smärtsamma, illaluktande bölder som läker långsamt (Lindberg et al., 2009). I kontrast till detta beskriver Lindberg et al. (2009) patienter som inte upplever symtom som påverkar deras vardag, och därmed glömmer bort sin smitta. För andra bidrar symtomfriheten till förvirring och upplevelser av överklighet (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012) samt att smittan inte uppfattas som allvarlig (Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) eller inte anses farlig för en själv (Andersson et al., 2011).

FÖRÄNDRAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Patienter upplever diagnosen som ett allvarligt problem (Newton et al., 2001) då deras livssituation förändrats och de inte längre kan leva ett normalt liv (Andersson et al., 2011; Mozzillo et al., 2010). De är tvungna att anpassa sina behov (Andersson et al., 2011; Rohde & Ross-Gordon, 2012) och Rohde och Ross-Gordon (2012) beskriver hur strategier och mekanismer utvecklas för att kunna leva med utmaningarna. Andersson et al. (2011) och Lindberg et al. (2009) identifierar i motsats till strategier osäkerhet eller oro och ångest över sitt förhållningssätt och beteende i olika situationer. Många upplever att de behöver tänka konstant på sin MRSA-smitta i relation till sitt förhållningssätt (Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Patienterna är rädda för att skada sig och få sår (Andersson et al., 2011) och hanterar uppkomna sår med god sårvård, särskilt om de ska träffa andra (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Den egna hygienerna har blivit viktig med ökad frekvens av exempelvis kropps- och handtvätt (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012). I relation till detta beskriver Lindberg et al. (2009) hur bakteriofobi skapas i och med diagnosen.

Det vardagliga agerandet mot andra förändras på flera sätt. För att skydda andra avböjer och undviker patienter fysisk kontakt samt sexuella förhållanden (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Aktiviteter som att simma och styrketräna begränsas för att skydda andra (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Vidare isolerar patienter sig själva och sin familj (Lindberg et al., 2009). En ytterligare åtgärd för skydda andra är försiktighet kring barn (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Hos vänner används inte deras handduk (Andersson et al., 2011) och folkgrupper samt mingel undviks (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Osäkerhet upplevs inför frisörbesök, shopping och fika med andra, även fyra år efter smittkonstaterande (Skyman et al., 2010). I motsats till detta finns patienter enligt Andersson et al. (2011) som upplever att MRSA är överreklamerat och därmed har deras handlande inte förändrats efter diagnosen. Enligt Lindberg et al. (2009) är grunden till detta att de inte uppfattar smittan som farlig.

Smittan medför att vissa deltagare känner sig kluven till att arbeta (Lindberg et al., 2009). En del patienter upplever en direkt påverkan på möjligheten att få arbete (Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010) samt vilka arbeten som de kan arbeta med (Lindberg et al., 2009). Smittad vårdpersonal upplever att de begränsas gällande arbetsuppgifter (Lindberg et al., 2009).

REAKTIONER FRÅN OMGIVNINGEN

I och med MRSA-smittan upplever patienter reaktioner ifrån sin omgivning, ofta i form av rädsla och oro (Mozzillo et al., 2010). Rädslan gör att många inte vill vara nära patienten (Rohde & Ross-Gordon, 2012). Rädsla och distans identifieras

särskilt hos personer med okunskap i patientens omgivning (Lindberg et al., 2009). Skyman et al. (2010) beskriver hur dessa reaktioner från omgivningen upplevs upprörande och gör att patienten känner sig ovälkommen. Mozzillo et al. (2010) beskriver hur patienten påverkas av anhörigas reaktioner i form av begränsningar. Detta i form av att patienten varken får ge eller ta emot kramar och kyssar av sina barn och familj eller får röra samma saker. Vidare upplever deltagare att de känner sig isolerade i sitt eget hem eller blivit utslängda från sin familjs boende (Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Dessa upplevelser kan sättas i relation till att patienten upplever familjens förståelse och uppfattning betydelsefull för möjligheten att acceptera och värdera MRSA-smittan (Criddle & Potter, 2006). Omgivningens reaktioner bidrar till att patienten upplever minskad möjlighet att besöka anhöriga och vänner samt att bjuda hem andra på grund av sin MRSA-smitta. En del får inte heller besöka anhöriga på sjukhus (Lindberg et al., 2009). Vid vistelse på sjukhus får patienter inte vara nära andra sjuka (Skyman et al., 2010). Patienter upplever att arbetsgivare ställer krav på individen för att förhindra smittspridning på arbetsplatsen (Mozzillo et al., 2010). De upplever också att smittan orsakar rena förluster av vänner, kollegor och klienter (Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010) samt anhöriga (Lindberg et al., 2009). För att patienterna ska kunna anpassa sin förändrade livssituation upplevs vänskapsrelationer och familjen betydelsefulla. Möjlighet till reflekterande råd, att informera och utbilda andra ger stöd i situationen. Vidare beskriver deltagare att de har stöd i sin andlighet och i bön (Rohde & Ross-Gordon, 2012).

VÅRDMÖTEN

BRISTANDE KUNSKAP HOS PERSONAL

Patienter beskriver att vårdpersonalens varierande kunskapsgrad orsakar oro (Barratt et al., 2010). Vissa patienter upplever att kunskapen är dålig gällande MRSA och aktuella riktlinjer, basala hygienrutiner samt självskydd hos vårdpersonal (Andersson et al., 2011). Vidare upplevs vårdpersonal ha dålig kunskap om själva MRSA-infektionen (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006) samt dess form av smittspridning (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009):

...Then he – the doctor told me – and he scared the life out of me. He said ‘I will not shake your hand, you cannot travel by bus, you are not allowed to use the underground and you should not have anything to do with other people.’ It was horrible and I have some difficulties forgiving him (Andersson et al., 2011, s. 50).

BEMÖTANDE I VÅRDEN

Vårdpersonal upplevs agera olika i samma omvårdnadssituationer och ger blandade signaler gällande allvaret av MRSA (Lindberg et al., 2009). Patienter upplever att vårdpersonal under olika omvårdnadssituationer slarvar med hygienrutiner (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010) eller negligerar smittan

helt (Skyman et al., 2010). Patienter beskriver hur vårdpersonal först efter diagnosen börjat använda skyddskläder och handskar vid personlig hygien och sårvård (Andersson et al., 2011). Denna inkonsekvens i barriärvård bidrar enligt Newton et al. (2001) till uppfattningen att MRSA är mindre allvarligt och att patienterna ifrågasätter effektiviteten av barriärvård. Andra patienter upplever oro och förvirring av inkonsekvent barriärvård (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006). Deltagare skuldbelägger vården för smittan, baserat på upplevelsen av dåliga hygienrutiner hos vårdpersonal (Lindberg et al., 2009). Ambivalent vårdpersonal ger patienterna känslor av ilska och frustration mot vårdpersonal och vårdinstitution. Den vårdpersonal som följer rutiner upplevdes bry sig om MRSA (Webber et al., 2012).

Upplevelser av stigmatisering är ett återkommande fenomen som många patienter beskriver, främst vid kontakt med vårdpersonal under isoleringsvård på sjukhus men även vid öppenvårdskontakt (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012):

...they (healthcare staff) looked at you as if you were a piece of dirt (Webber et al., 2012, s. 45).

Patienter upplever ett förändrat förhållningssätt i vården såsom restriktioner för tillgång till väntrum (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Detta innebär för vissa deltagare att bli insläppta bakvägen på vårdcentralen samt att personalen på vårdcentralen gör hembesök om vårdbehov finns. Patienter upplever ett tvång i att de själva och anhöriga behöver lämna flera odlingar på infektionsmottagningen. Relationen mellan patient och personal upplevs också förändrad då vårdpersonal under undersökning bär skyddskläder som uppfattas som "astronautkläder" (Lindberg et al., 2009). I Andersson et al. (2011) uppger patienter rädsla för framtida kontakter med vården och att inte få ordentlig behandling eller hjälp. Patienter upplever att vårdpersonal viskar bakom ryggen på dem (Lindberg et al., 2009), att läkare undviker att skaka hand samt att de känner sig åsidosatta (Barratt et al., 2010). Vissa patienter upplever att personalens dåliga bemötande orsakar bristande möjlighet till kunskapsinläring om MRSA. (Rohde & Ross-Gordon, 2012). Andra patienter beskriver att de blivit besvikna (Skyman et al., 2010) och förargade (Newton et al., 2001) på vårdpersonal. En del patienter upplever aggressioner mot sjukvården och vill anmäla den (Andersson et al., 2011).

Lindberg et al. (2009) beskriver patienter som upplever otillräckligt stöd från vårdpersonal, men också nöjda patienter då vårdbesöken är kontinuerliga och väl förberedda. När vårdpersonal erbjuder en trygg zon i form av en förtroendeingivande och ostressad relation med ärliga svar upplevs anpassningen till situationen lättare:

... they (home health nurses) made it very, very empathic to me that I had to move... (Rohde & Ross-Gordon, 2012, s. 5).

Andra patienter beskriver en ökad självkänsla av att alla får samma bemötande (Rohde & Ross-Gordon, 2012).

MRSA-KORT

Bärarkortet för MRSA beskrivs av Skyman et al. (2010) som ett frikort till enkelrum. Andra patienter beskriver det som något som inte berör, då det är ett krav enligt lag (Andersson et al., 2011). Denna upplevelse delas inte av deltagare i Lindberg et al. (2009) där patienter upplever ett tvingat eller oönskat krav att informera vårdpersonal om smittan och visa upp sitt MRSA-kort oavsett tidigare odlings svar, ofta inför andra patienter i väntrum. Kortet medför också känslor av oro och skam och att vara en "social utbölning" samt stärker känslan av att vara "pestsmittad" (Andersson et al., 2011).

ISOLERING

BEHOV AV ISOLERING

Patienters upplevelser av anledning till isoleringsvård varierar. En del patienter upplever isolering och skyddsutrustning som nödvändigt för att skydda andra i relation till smittspridning (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Barratt et al. (2010) beskriver vidare hur isolering upplevs förståelig då patienterna var medvetna om restriktioner vid in och utgång. Andra patienter beskriver att isolering underlättar för vårdpersonalen och att barriärvård upplevs som användandet av fysiska barriärer såsom förkläde och handskar (Newton et al., 2012). Detta kan ställas mot Webber et al. (2012) där en del patienter anser att isoleringsrutiner är överflödiga då MRSA upplevs som utom kontroll. Newton et al. (2001) framlägger även en del patienter som inte finner någon orsak till isoleringen eller barriärvården. Det finns förvirring kring rutiner vid isoleringsvård, dels enligt Webber et al. (2012) då det krävs på sjukhus men inte i deras hem eller i samhället, samt enligt Criddle och Potter (2006) då isoleringsrutiner inte alltid krävs för alla patienter.

KÄNSLOMÄSSIG PÅVERKAN

Isolering ger upphov till många omvälvande upplevelser och känslor. Obehag är en känsla som beskrivs av Webber et al. (2012):

You don't feel like a human being... I mean there's got to be a different way of treating people with MRSA (Webber et al., 2012, s.45).

Enligt Barratt et al. (2010) upplever patienter känslor av rädsla, ilska och skuld. De känner sig kränkta (Skyman et al., 2010), övergivna och exkluderade (Criddle & Potter, 2006). Upplevelser av att känna sig introvert och deprimerad beskrivs av Webber et al. (2012) hos sängliggande patienter. Hos vissa patienter i isolering

orsakar skyddsutrustning känslor av att vara annorlunda och stämplad (Barratt et al., 2010; Webber et al., 2012). Dessa känslor stärks enligt Webber et al. (2012) om patienten själv är tvungen att bära skyddskläder.

BEGRÄNSNINGAR

Isolering bidrar till upplevelser av begränsningar enligt Skyman et al. (2010), Barratt et al. (2010) och Criddle och Potter (2006) genom att patienter känner sig fängslade. Användning av skyddskläder hos vårdpersonal förstärker upplevelsen av begränsning:

... sometimes the doctors would come and open the door a crack and talk to me through the crack in the door, rather than having to put on the apron, and mask and gloves... (Barratt et al., 2010, s.57).

Vidare bidrar ofta isoleringens restriktioner till frustration hos patienter då detta påverkar patienters självständighet och den lilla kontroll de har över sitt liv på sjukhus (Barratt et al., 2010). Webber et al. (2012) beskriver hur patienter inte får röra någon eller gå in i någons rum. Skyman et al. (2010), Barratt et al. (2010) och Webber et al. (2012) framlägger hur patienter i isolering känner sig begränsade och instängda från andra. När patientens smittsamhet orsakar besöksförbud såras ofta patienten och känslan av övergivenhet stärks (Barratt et al., 2010). I motsats till detta anser andra patienter att isolering ger utrymme för att ha möjlighet att hantera sin situation (Webber et al., 2012). Vissa patienter framställer en önskan att inte ta emot besök på avdelningen utan träffar besökare hellre utanför på grund av skamkänslor (Barratt et al., 2010). Detta kan sättas i relation till att flera studier visar att kontakt med anhöriga och vänner får tiden att gå och minskar ensamheten, både i form av besök (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) och via telefonkontakt (Barratt et al., 2010). I Newton et al. (2001) framläggs även frihet från rutiner och större frihet för besökare som positiva aspekter av isolering. Isoleringens bidrag till avskildhet (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) och möjlighet till integritet uppskattades också (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001). Patienter beskriver även aspekter som upplevs minska isoleringskänslan, som bakgrundsljud ifrån exempelvis radio, att höra och se människor i korridoren, öppen dörr, fönster att kunna se ut genom samt solsken (Barratt et al., 2010). Tystnad, fri tillgång till tv (Webber et al., 2012), mat på rummet och utsikten (Skyman et al., 2010) är andra miljöfaktorer som upplevs vara positiva bidrag till isoleringen.

VÅRDKVALITÉ

Relationen mellan patient och vårdpersonal påverkas av isolering. Detta beskriver Newton et al. (2001) genom patienters upplevelse av att de får mindre uppmärksamhet från vårdpersonal. Enligt Skyman et al. (2010) förekommer inte spontana besök från vårdpersonal då patienter upplever att sjuksköterskor endast kommer in då medicintekniska uppgifter skall göras. Barratt et al. (2010) och

Webber et al. (2012) identifierar att isoleringen påverkar tillgången till betydelsefullt socialt umgänge med vårdpersonal. Barratt et al. (2012) framlägger dessutom att patienter upplever att de mottar sämre vårdkvalité och enligt Skyman et al. (2010) skilda vårdvillkor jämfört med icke isolerade. Detta i form av att de nekats behandling för primärsjukdom (Skyman et al., 2010) samt upplever att deras delaktighet i rehabiliteringsprogram påverkas (Webber et al., 2012). Andra upplever att de nekats hårklippning, fotvård och varm dryck på grund av isoleringen (Barratt et al., 2010). Detta står i kontrast mot Criddle och Potter (2006) som identifierar patienter som upplever isolering som terapeutisk och läkande samt inte ett hinder för god vård. Enligt Webber et al. (2012) anser patienterna att isolering också ger utrymme för att ha möjlighet att hantera sin situation.

INFORMATION OCH KUNSKAP

Deltagare upplever att media skapar rädsla och förvirring genom att rapportera dödsfall från MRSA, när sjuksköterskan berättat att MRSA inte är en dödlig sjukdom. Rädsla för infektionen upplevs men dämpas efter att de fått information till exempel med odlingsresultat (Criddle & Potter, 2006). Barratt et al. (2010) identifierar att exakt information ökar kunskapen vilket är grundläggande för upplevelsen av smittan och förståelsen för situationen. Ju mer information som erhålls, desto lugnare känner sig patienten (Rohde & Ross-Gordon, 2012). Information upplevs som ångestdämpande (Barratt et al., 2010) och när förståelse erhålls minskar förvirringen (Criddle & Potter, 2006) och hanteringsförmågan ökar hos deltagarna (Barratt et al., 2010). Detta stämmer med Lindberg et al. (2009) och Skyman et al. (2010) där förvirring upplevs då olika information givits av olika vårdprofessioner. Patienter beskriver muntlig information som lugnande (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009) samt att den flyttar fokus från MRSA under vårdvistelsen (Criddle & Potter, 2006).

I flera studier identifieras att deltagarna fått adekvat skriftlig och muntlig information från vårdpersonal (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Detta bekräftas delvis av Criddle och Potter (2006) som identifierar upplevelser av förståelse för dekoloniseringsbehandling och screening. Andra beskriver motsatta upplevelser av att de fått otillräcklig eller ingen information om MRSA, såsom effekter och smittväg (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010). Criddle och Potter (2006) bekräftar att upplevelsen av att ha fått dålig information om behandling och isoleringsprinciper leder till förvirring. Patienterna upplever ett otillfredsställt kunskapsbehov hos sig själva, vårdpersonal, andra patienter och anhöriga (Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012). En del uppger att de endast fått praktisk information eller för mycket information samtidigt (Lindberg et al., 2009). Tidpunkten för information upplevs viktig enligt Criddle och Potter (2006) och utbildningen borde ske fortgående under hela vårdtillfället och vara innehållsrik (Webber et al., 2012). Detta visas då

patienter associerar andra sjukdomssymtom till MRSA efter utskrivning tills gedigen information givits. Patienter upplever också att de inte fått adekvat uppföljning (Lindberg et al., 2009) och andra tror sig vara friska sedan de lämnat sjukhuset (Newton et al., 2001).

Många känner ovisshet om bärarskapet och framtiden (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010) samt kring infektionsorsak och duration (Newton et al., 2001). Andra deltagare beskriver dock att de fått information om hur smittspridning hindras samt om medicinering (Rohde & Ross-Gordon, 2012). Patienter upplever behov av specifik information anpassad till sjukhuset samt hemmet såsom information vid isolering eller risken för anhöriga (Criddle & Potter, 2006). Kunskapsbehov och osäkerhet upplevs också om MRSA-kortet och om det behöver visas vid massage och tandläkarbesök (Andersson et al., 2011). Patienter vet inte heller varför det ska uppvisas vid hälso- och sjukvårdkontakt samt hur lång tid kortet behövs (Skyman et al., 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Under litteratursökningen konstaterades att antalet artiklar som svarade mot syftet var begränsat. Efter ett antal sökningar med sökorden tillkom inga nya artiklar som svarade mot syftet utan samma artiklar återkom. Vid utökning av sökord erhöles artiklar som inte svarade mot syftet. Sökningar hade därmed mättats. Flera artiklar exkluderades efter läsning av abstrakt då de inte fanns tillgängliga i fulltext via Göteborgs Universitets bibliotek. Tillgång till ytterligare databaser, samt fler tidsskriftsprenumerationer hade eventuellt kunnat påverka resultatet. Resultatet av denna studie borde därmed läsas mot bakgrund av dessa fakta.

Valet av metoden litteraturöversikt, och inkludering av kvalitativa och kvantitativa artiklar gav bredast möjliga sammanställning av existerande evidens inom området. Därmed ansågs valet av metod vara rättfärdigat för att sammanställa upplevelser kring MRSA. Då resultatet främst baserades på kvalitativa artiklar är möjligheten till generalisering över en större population begränsad. Sjuksköterskan skall alltid arbeta utifrån den enskilde individens perspektiv (Socialstyrelsen, 2005). Därmed är en generalisering aldrig möjlig då varje person är unik. Översikten kan dock ge ett bredare perspektiv och exempel på upplevelser som kan ge stöd i sjuksköterskans förhållningssätt.

Studier från Sverige (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010), England (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001), USA (Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012), Kanada (Webber et al., 2012), Australien (Donaldson et al., 2007) och Nya Zeeland (Barratt et al., 2010) inkluderades i resultatet. Förutsättningarna i de olika länderna skiljer sig gällande prevalens (ECDC, 2012). Det kan också skilja sig i rutiner från respektive land eller

vårdinrättning vilket kan ha påverkat individens upplevelse av att leva med MRSA och därmed resultatet. Att använda studier från flera olika länder gav ett brett perspektiv av upplevelser vilket kan ha stärkt resultatet. En svaghet med använda studier är att samtliga är genomförda i så kallade industriländer. I så kallade utvecklingsländer skulle upplevelserna kunna vara annorlunda, till exempel på grund av ekonomiska förutsättningar. En ytterligare begränsning är att resultatet endast representerar tre världsdelar.

Sökningarna begränsades till artiklar som publicerats efter 2000-01-01. Det ansågs vara en rimlig begränsning för att använda den senaste forskningen inom området.

Patienterna som studerades i de olika artiklarna hade vid intervjuerna olika förutsättningar. Några befann sig i isolering, några intervjuades efter avslutad isolering, andra vårdades i öppenvården. Patienterna hade också haft olika grad av symtom och olika lång erfarenhet av MRSA. Detta kan ha lett till att patienterna hade olika upplevelser och erfarenheter vilket vi såg som positivt då det kunde ge en bredare bild av upplevelsen av att leva med MRSA.

Artikeln av Mozzillo et al. (2010) fick vid granskning låg kvalitet (Bilaga 2). Denna artikel användes trots detta i resultatet då det var en fallstudie av fem olika patientfall som gav exempel på ytterligare upplevelser om hur MRSA påverkar vardagslivet, såsom i relation till arbetsgivaren. Den var publicerad som en forskningsartikel i en vetenskaplig tidskrift. I granskningen tappade artikeln poäng av flera anledningar. Syftet var tydligt formulerat men presenterades endast i sammanfattningen. Metoden beskrevs sparsamt i artikeln, och urvalsprocess beskrevs ej. Vidare fanns inget etiskt godkännande och data analyserades ej. Författarna diskuterade dock fallen med stöd av teoretiska grunder samt återkopplade till det praktiska vårdarbetet. Referenslista fanns i artikeln. Vi ansåg att dessa patientfall gav en vidgad bild av upplevelsen att leva med MRSA, men var medvetna om att den kunde sänka den vetenskapliga kvalitén på resultatet.

Newton et al. (2001) saknade också etiskt godkännande. Studiens resultat särskiljde sig något från flera av de andra artiklarnas resultat, i form av att patienten påverkades lite av MRSA. Därför ansågs artikeln ge resultatet en bättre bredd.

Hur vi har läst och tolkat resultatet i de olika artiklarna kan ha påverkat resultatet. Målet har varit att tolka studierna så rättvist som möjligt utan att ta upplevelserna ur sitt sammanhang. Under jämförelsen mellan skillnader och likheter gjordes kontroller kontinuerligt mot grundartikeln för att kontrollera att uppgifter inte flyttades från den kontext de visades i. I vissa fall skedde utslutning av sådant som ansågs vara en uppenbar tolkning av författaren. I dessa fall användes endast citat för att framhäva deltagarnas upplevelser. Denna tolkning av citatet kan därmed ha påverkat vårt resultat. Det är av vikt att poängtera att resultatet är vår

tolkning av artiklarna utifrån vår förståelse, och någon annan med samma arbetsgång skulle kunna uppnå ett annat resultat.

Baserat på att mängden kvalitativa artiklar var stor erhöles ett gediget material för analys. Då flera upplevelser var relaterade till varandra uppfattades utformningen av teman och subteman som en utmaning. Detta kan vara en anledning till att de tangerar varandra. Upplevelsen borde dock ses ur ett holistiskt perspektiv där vården är en del av livet och livet förändras utifrån de förutsättningar och den information som erhålls. Därför bör resultatet läsas som en helhet.

RESULTATDISKUSSION

Litteraturoversiktens syfte är att belysa patienters upplevelser av att leva med MRSA. Frågeställningarna var vilka upplevelser patienter med MRSA har vid hälso- och sjukvårdskontakt samt hur patienter med MRSA upplever att deras liv påverkas av diagnosen.

PSYKISK PÅVERKAN

I resultatet framgår det att många patienter har starka psykiska upplevelser av att drabbas av MRSA som chock, psykologiskt trauma och stress (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Många patienter känner sig smutsiga (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) och associerar MRSA till att vara spetälsk och pestsmittad (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Stark oro finns för att smitta andra samt att anhöriga och vänner ska avvisa dem (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Donaldson et al., 2007; Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Upplevelserna är av stark karaktär och skulle kunna bidra till tung börda för personerna. När individen utsätts för en händelse som inte är önskvärd men upplevs vara av betydelse bidrar denna händelse till låg meningsfullhet. Detta bidrar till sämre KASAM vilket ger sämre upplevd hälsa (Antonovsky & Elfstadius, 2005). Vi anser att meningsfullheten med att bli smittad av MRSA kan ses som låg utifrån de negativa känslor som beskrivs. Andersson et al. (2011) identifierar hopp om bot mot MRSA, vilket skulle kunna underlätta bördan och öka meningsfullheten. Vårdpersonal bör vara medveten om att MRSA kan påverka KASAM och den upplevda hälsan. Kanske står inte dessa starka negativa känslor i proportion till den faktiska risken. Genom att personcentrera vården och bjuda in patienten till dialog kan livsberättelsen delges sjuksköterskan (Ekman et al., 2011). Sjuksköterskan kan då i partnerskap med patienten samt genom adekvat information bidra till att de negativa känslorna undviks eller avdramatiseras.

LIVSFÖRÄNDRINGAR

Resultatet visar att deltagare upplever att de har förändrat sitt fysiska handlande i vardagen sedan de fått information om att de smittats med MRSA. Den personliga

hygienen fick mycket fokus (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012) och patienter undviker fysisk direkt och indirekt kontakt med andra (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010). Patienternas förändrade handlande styrker upplevelsen av bristande kunskap och information då varken Socialstyrelsen (2006) eller Smittskyddsinstitutet (2013a) rekommenderar det strikta hygienbeteende som patienterna beskriver. Att patienter drastiskt förändrat sitt vardagliga handlande anser vi med stöd av Johnsson och Allwood (2009) är grundat i hur individen uppfattar sig själv och vilken förförståelse individen har om MRSA. Individens handlande skulle kunna spegla förståelsen för fenomenet vilket är grundläggande för begripligheten för sin situation. Enligt Antonovsky och Elfstadius (2005) har begriplighet betydelse för patientens KASAM.

Negativa reaktioner från, samt förluster av anhöriga, vänner och kolleger (Lindberg et al., 2009; Mozzillo et al., 2010; Skyman et al., 2010) kan grundas i bristande kommunikation och information till anhöriga, samt bristande kunskap hos allmänheten. Media skulle kunna ha en viktig inverkan genom att rapportera i sakliga och konkreta termer och sträva efter att utbilda. Genom att vårdpersonal kommunicerar med patienten om anhöriga med målet att öka anhörigas förståelse för MRSA kan påfrestningar för patienten och närstående minska. Detta stöds av Criddle och Potter (2006) som identifierar anhörigas förståelse och uppfattning som viktig för patientens acceptans. Personcentrerad vård och förståelse för individens livsberättelse i ett partnerskap med individen kan skapa förståelse hos sjuksköterskan för vilka i omgivningen som behöver tydlig och korrekt information. Vilka behov patienten har av stöd, i att informera omgivningen kan därmed också utforskas. Med tydlig dokumentation av partnerskapet skapas kontinuitet i vården och patientens perspektiv blir legitimt (Ekman et al., 2011).

VÅRDMÖTEN

Patienter upplever att sjuksköterskor har dålig kunskap beträffande MRSA och dess smittspridning (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009) samt aktuella riktlinjer och basala hygienrutiner (Andersson et al., 2011). De beskriver hur inkonsekvens leder till oro och förvirring (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006) samt bidrar till att MRSA inte uppfattas som seriöst av patienten (Newton et al., 2001). Patienternas upplevelser bekräftas i en studie av Lindberg, Skytt, Hogman, och Carlsson (2012) där kunskapen om MRSA hos sjuksköterskor på tre olika avdelningar samt distriktssjuksköterskor studeras. Den kvantitativa studien visar att sjuksköterskor har inadekvat kunskap om bakterien samt basala hygienrutiner. Sjuksköterskor på infektionsavdelningen har signifikant högre kunskap än övriga sjuksköterskor i studien (Lindberg et al., 2012). Bred forskning finns över hur MRSA sprids, samt vilka praktiska rutiner som begränsar och förhindrar denna spridning (Socialstyrelsen, 2006). Då MRSA kan upptäckas inom samtliga områden sjuksköterskor är yrkesverksamma borde

sjuksköterskor inneha denna kunskap. Utbildningen till sjuksköterska borde innefatta patofysiologi och smittspridning ur ett tryggt och tydligt perspektiv, men också den individuella upplevelsen av att leva med MRSA. Det kan anses vara viktigt att sjuksköterskan har kunskap om MRSA för att ha möjlighet att utbilda patienten då resultatet visar att detta har betydelse för upplevelsen (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Rohde & Ross-Gordon, 2012).

Upplevelser om bristande bemötande och stigmatisering beskrivs i resultatet (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Exempel gavs på hur vårdpersonal viskade bakom ryggen (Lindberg et al., 2009) och vägrade att skaka hand (Barratt et al., 2010). Bristande bemötande skulle kunna bero på otillräcklig kunskap hos personalen. Studien av Lindberg et al. (2012) ger stöd till detta och visar att sjuksköterskor med större kunskap har högre känslomässig respons för patienten. För att individen ska nå en hög grad av hanterbarhet och därmed högre KASAM enligt Antonovsky och Elfstadius (2005) krävs egna och andras resurser. Då vårdpersonal inte själva äger kunskap om fenomenet skulle deras möjlighet att vara ett stöd och en resurs för patienten kunna utebli och patientens KASAM kan bli lägre. Detta kan relateras till resultatet där Rohde och Ross-Gordon (2012) beskriver hur en trygg zon som skapas av vårdpersonal underlättar anpassning till situationen.

ISOLERING

Resultatet visar att patienter upplever isoleringen som nödvändig för att hindra smittspridning (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Andra upplever det som något som underlättar för vårdpersonalen (Newton et al., 2001). Patienter beskriver upplevelser av att känna sig begränsad (Skyman et al., 2010) och fångslad i och med isoleringen (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006). Det finns dock patienter som upplever isolering som läkande (Criddle & Potter, 2006) och uppskattar avskildheten (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). Dessa upplevelser kan ställas i relation till Socialstyrelsens (2006) kunskapsunderlag. Basala hygienrutiner är tillräckligt för att hindra smittspridning. Restriktion till enkelrum har visat sig påverka vårdkvalitén och utförs främst för att förenkla vårdarbetet att upprätthålla en god basal hygien (Socialstyrelsen, 2006). Detta borde tas i beaktande vid upprättande av lokala föreskrifter. Enligt Socialstyrelsen (2010) ska alltid individuella riskfaktorer beaktas vid planering av vården. Enligt smittskyddslagen gäller följande beträffande isolering:

1. Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller
2. det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Beslut om isolering får meddelas

endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas. (Smittskyddslagen, SFS 2004:168, kapitel 5, 1 §)

Frågetecken uppstår därmed kring de direktiv som finns på flera svenska sjukhus där isolering används som en rutinåtgärd för MRSA-smittade patienter såsom vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (2011).

Resultatet visar att patienter upplever att kvalitén på vården försämras på grund av isolering (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Skyman et al. (2010) identifierar patienter som nekades eller fick försenad behandling för primärsjukdomen. Socialstyrelsen (2006) fastslår att patientens vård ej får förhindras eller fördröjas på grund av att han eller hon är misstänkt/konstaterad bärare av MRSA. Som sjuksköterska är det i dessa lägen viktigt att agera som patientens ställföreträdare om behovet finns (Socialstyrelsen, 2005). Dessa upplevelser tyder på allvarliga brister i vården och i patientbemötande.

Vi anser att om isoleringsrutiner trots detta ses som en av vårdenheten önskad säkerhetsrutin, ska stor vikt läggas på att säkerställa hög vårdkvalité samt garantera patientens välbefinnande. Resultatet visar att välbefinnandet vid isolering ökar bland annat då god social kontakt med närstående och vårdpersonal bibehålls (Barratt et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012).

INFORMATION OCH KUNSKAP

Många individer upplever brist på information samt avsaknad av kunskap kring sin situation (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010). Vinthagen (2013) beskriver vikten av en tvåvägskommunikation och Travelbee (2001) menar att kommunikation är en pendelrörelse där patienten önskar information och sjuksköterskan behöver få insikt om patientens livsberättelse för att kunna tillfredsställa de informationsbehov som individen har. I resultatet brister alltså kommunikationen mellan sjuksköterskan och individen, då individen inte får sina informationsbehov tillfredsställda. Travelbee (2001) menar att det är sjuksköterskans ansvar att underlätta kommunikationen då det finns en ojämlik maktrelation mellan parterna.

Resultatet visar att patienter önskar information och mer kunskap (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012). Criddle och Potter (2006) identifierar specifika informationsbehov, till exempel för fysisk närkontakt med andra. Enligt Travelbee (2001) kan sjuksköterskan förstå patientens omvårdnadsbehov genom att lära känna individen, och det ovan identifierade informationsbehovet är därmed inte något generellt för alla patienter.

Patienter som fått information känner sig lugnare (Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Rohde & Ross-Gordon, 2012). Barratt et al. (2010) menar att förståelse och kunskap är grundläggande för upplevelsen av smittan. Förståelse för situationen ligger till grund för individens begriplighet. I Antonovsky och Elfstadius (2005) teori om känslan av sammanhang är begriplighet en av de tre grundbultarna. Då MRSA, genom kunskap blir förståeligt kan därmed KASAM öka för patienterna.

IMPLIKATIONER FÖR PRAXIS INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

För att förbättra upplevelserna för patienter som lever med MRSA kan praktiska omvårdnadsimplikationer framläggas utifrån resultat. Vårdpersonal behöver skapa en trygg zon genom en medmänsklig relation med patienten. Patienter behöver få gedigen information av vårdpersonal. Både muntlig och skriftlig är av stor vikt och informationen behöver oftast upprepas, särskild vid förmedlande av omvälvande information eller under stressade situationer. Vidare måste informationen vara individfokuserad och anpassad efter personens livssituation och upplevelse. Detta kan avdramatisera upplevelsen så att patienten och anhöriga lättare kan förhålla sig till och acceptera förändringarna i vardagslivet. Bibehållen trygghet under hela anpassningsprocessen är viktigt, vilket kräver en kontinuerlig kontakt med uppföljning och fullständig dokumentation. För att vårdpersonal skall kunna uppfylla dessa krav måste kunskapsnivån om MRSA, basala hygienrutiner, bakteriell smittspridning och lagstiftning vara hög. Utbildning är en essentiell grund för samtlig personal samt studenter inom vårdprofessioner. Detta leder förhoppningsvis till bättre förståelse, förhållningssätt samt bemötande från vårdpersonal så att stigmatiserande upplevelser inte uppkommer. Vidare måste kunskap om MRSA spridas på samhällsnivå så att personer med MRSA inte känner sig utsatta och utstötta.

Enligt HSL (SFS, 1982:736) skall varje patient få anpassad information kring hälsotillstånd, vård och behandling. Vårdpersonal har alltså skyldighet att informera om isolering och patientens rätt att överklaga isoleringsvården. Implementering av tydligare nationella riktlinjer kring MRSA och förhållningssätt utifrån lagen, särskilt kring isoleringsvård är av yttersta vikt.

FRAMTIDA FORSKNING

Frågor och vidare intressen för forskning inom området som utvecklats under litteraturöversiktens process är följande:

- Fler studier i större populationer som studerar patienters upplevelser av att leva med MRSA.
- Studier om upplevelser av MRSA från utvecklingsländer. Nu finns endast studier kring patofysiologi och förekomst, ej kring upplevelser.
- Studier som jämför upplevelser av MRSA i relation till högförekomst- respektive lågförekomstland samt ekonomisk situation då detta är en viktig faktor för smittspridning och vårdhygien.

SLUTORD

Upplevelser av att leva med MRSA är omfattande. Många patienter beskriver att deras liv påverkas på flera plan med psykisk påverkan och förändrad livssituation. Vid hälso- och sjukvårdskontakt upplevs bristande bemötande och sviktande vårdkvalité. Informations- och kunskapsbehovet upplevs stort och beskrivs som ej tillfredsställt. Därmed anser vi att syfte och frågeställningar är besvarade och detta kan vara ett stöd för oss som blivande sjuksköterskor vid vård av patienter som lever med MRSA.

REFERENSLITTERATUR

Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x

Antonovsky, A., & Elfstadius, M. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59.

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

Donaldson, A. D., Jalaludin, B. B., & Chan, R. C. (2007). Patient perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection: The psychological influence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *Internal Medicine Journal*, 37(8), 536-542.

European Centre for Disease prevention and Control (ECDC). (2012). *Annual Epidemiological report 2012 - Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data*. Stockholm: European Centre for Disease prevention and Control. Tillgänglig:

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation* (s. 25-50). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Husserl, E., & Jakobsson, J. (2004). *Idéer till en ren fenomenologi och fenomenologisk filosofi*. Stockholm: Thales.

Johnsson, P., & Allwood, C. M. (2009). *Mänskliga möten över gränser: vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm: Liber.

Lindberg, M., Carlsson, M., Hogman, M., & Skytt, B. (2009). Suffering from methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *J Hosp Infect*, *73*(3), 271-277. doi: 10.1016/j.jhin.2009.07.002

Lindberg, M., Skytt, B., Hogman, M., & Carlsson, M. (2012). The multidrug-resistant bacteria attitude questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *J Clin Nurs*, *21*(3-4), 424-436. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

Mozzillo, K. L., Ortiz, N., & Miller, L. G. (2010). Patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection: twenty-first century lepers. *J Hosp Infect*, *75*(2), 132-134. doi: 10.1016/j.jhin.2009.10.031

Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. (2009). *Medical microbiology* (6 ed.). Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Nationalencyklopedin (NE). (2013a). *Bemötande*. Hämtad 2013-12-09, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/bemotande>

Nationalencyklopedin (NE). (2013b). *Uppleva*. Hämtad 2013-12-09, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/uppleva>

Newton, J. T., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, *48*(4), 275-280.

Odenholt, I., & André, M. (2011). Infektioner. I G. Ragnarsson (Red.), *Läkemedelsboken 2011/2012* (s. 655-687). Uppsala: Läkemedelsverket.

Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M., & Flower, R. J. (2007). *Rang and Dale's Pharmacology* (6 ed.). London: Churchill Livingstone Elsevier.

Rohde, R. E., & Ross-Gordon, J. (2012). MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public. *BMC Health Serv Res*, *12*, 88. doi: 10.1186/1472-6963-12-88

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2011). *Handlingsplan vid MRSA*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Tillgänglig: http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_medot/labmed/baktlab/infektio_nshygien/mrsa_direktiv.pdf

Santamäki Fischer, R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser - teorier och metoder. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad* (s. 39-49). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2004-168/

SFS 1982:736. *Hälso- och sjukvårdslagen[HSL]*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>

Skyman, E., Sjostrom, H. T., & Hellstrom, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scand J Caring Sci*, 24(1), 101-107. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Smittskyddsinstitutet. (2009). *Anmälningspliktiga sjukdomar*. Hämtad 2013-11-11, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/overvakning-av-smittsamma-sjukdomar/anmalningspliktiga-sjukdomar/>

Smittskyddsinstitutet. (2013a). *Meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2013-11-05, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/meticillinresistent-gula-stafylokocker/>

Smittskyddsinstitutet. (2013b). *Statistik för meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2013-11-12, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner - Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf

Socialstyrelsen. (2007). *MRSA hos personal inom vård och omsorg - Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9190/2007-123-18_200712318.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) Rekommendationer för bedömning av bärarskap och smittrisk*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18073/2010-6-19.pdf>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Wahlberg, K., & Struwe, J. (2010). *MRSA i samhället- Förslag till handläggning baserat på befintligt kunskapsunderlag och svenska erfarenheter, juni 2010*. Solna: Strama - samverkan mot antibiotikaresistens. Tillgänglig: http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/antibiotika-och-varldhygien/MRSA_i_samhallet.pdf

Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B. (2012). The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center. *Rehabilitation Nursing*, 37(1), 43-50. doi: 10.1002/RNJ.00007

Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - Samtal och bemötande i vården* (s. 73-110). Lund: Studentlitteratur.

KVALITETSGRANSKNINGSMODELL

Fribergs Mall för granskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar

(Friberg, 2012)

Mall för Kvalitativa artiklar

Omarbetad med ett tillägg - etiskt godkännande

1. Finns ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat? (1p)
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
Hur är dessa i så fall formulerade? (1p)
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
Hur är denna i så fall beskriven? (1p)
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat? (1p)
5. Hur är metoden beskriven? (1p)
6. Hur är undersökningspersonerna eller situationerna beskrivna? (1p)
7. Hur har data analyserats? (1 p)
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? (1p)
9. Vad visar resultatet? (1p)
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat? (1p)
11. Hur argumenterar författarna? (1p)
12. Finns en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall? (1p)
13. Finns en återkoppling till omvårdnadsvetenskapliga utgångspunkter? (1p)
14. Sker en återkoppling till det praktiska vårdarbetet? (1p)
15. Har studien fått etiskt godkännande? (1p)

Mall för kvantitativa artiklar

Omarbetad, med ett tillägg - etiskt godkännande

1. Är den aktuella artikeln relevant för vårt syfte? (1p)
2. Finns det en tydlig frågeställning? (1p)
3. Är de personer som studerats väl beskrivna? (1p)
4. Är de tillräckligt många? (1p)
5. Är interventionen väl beskriven och avgränsad från
inte önskvärd påverkan? (1p)
6. Är de faktorer/variabler som mätts väl beskrivna och relevanta? (1p)
7. Är de instrument som använts för mätningen relevanta, mäter de det de säger
sig mäta, är de tillförlitliga och tillräckligt precisa? (1p)
8. Har mätningarna hanterats statistiskt på ett adekvat sätt? (1p)
9. Verkar resultaten rimliga? (1p)
10. Har forskaren dragit relevanta slutsatser av resultaten? (1p)
11. Har studien fått etiskt godkännande? (1p)

BILAGA 2

ARTIKELÖVERSIKT

Författare: Andersson, H., Lindholm, C. och Fossum, B.

Titel: MRSA – Global Threat and personal disaster.

År: 2011

Land: Sverige

Tidsskrift: International Nursing Review

Syfte: Att utröna och beskriva patienters kunskap, uppfattning och upplevelse av att vara meticillin-resistent Stafylokoccus Aureus (MRSA)- positiv.

Metod och urval: Patienter med MRSA-infekterade sår över 18 år, boende i Stockholm som förstod svenska kontaktades via telefon. Efter att skriftlig information skickats och tid och plats för intervjun bestämts deltog totalt 15 personer. Data transkriberades ordagrant och analyserades utifrån innehållsanalys.

Resultat: MRSA-diagnosen orsakar ofta en chockliknande reaktion. Patientens upplevelse var stigmatisering som pest eller spetälska. De kände sig smutsiga och att de var ett hot mot omgivningen. Rädsla över att infektera någon annan eller bli avvisad. Tema: Vara utsatt för andras brister och vara ett hot mot andras hälsa. Tre kategorier framkom: förståelse och känslomässiga relationer, behandling från vårdpersonal, konsekvenser och förväntningar. Kunskapsbrister hos både patient och personal ledde till onödig missförståelse som orsakade rädsla, social isolering och lidande.

Referenser: 36

Kvalité: Hög

Författare: Barratt, R., Shaban, R. och Moyle, W.

Titel: Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).

År: 2011

Land: Nya Zeeland

Tidsskrift: Australian Journal of Advanced Nursing.

Syfte: Att utforska den levda upplevelsen hos patienter i MRSA-isolering på ett akutsjukhus i Nya Zeeland.

Metod och urval: Ett avsiktligt urval av tio vuxna patienter med MRSA- infektion i isolering och kontakt-försiktighetsåtgärder i mer än tre dagar. Analys utifrån tolkande fenomenologi.

Resultat: Majoriteten av deltagarna såg någon positiv aspekt i att ha enkelrum; dock sågs helheten av isoleringserfarenheten som negativ. 'Vara MRSA-positiv', 'Vara med andra' och 'Leva inom fyra väggar' var de huvudteman som associerades till deltagarnas upplevelser. Det utmärkande för deras upplevelse 'Bakom murar' föreslår att för dessa patienter skapar MRSA-isoleringen barriärer mot att uttrycka den egna identiteten, utveckla normala mellanmännsliga relationer samt påverkar genomförandet av kvalitetsvård.

Referenser: 34

Kvalité: Hög

Författare: Criddle, P. och Potter, J.

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

År: 2006

Land: Storbritannien

Tidsskrift: British Journal of Infection Control

Syfte: Att utforska fenomenet att vara koloniserad med MRSA från patientens perspektiv.

Metod och urval: Totalt 14 patienter intervjuades efter utskrivning från sjukhus. Intervjuerna transkriberades och analyserades med ett fenomenologiskt tillvägagångssätt.

Resultat: Fyra teman framkom; tillhandahållande av information, patientförståelse, levd erfarenhet och informationsbehov. Dålig information var ett nyckeltema som upplevts av många patienter. Detta resulterade i att en del patienter kände sig förvirrade och ofta oroliga och för en del påverkades livet både på och utanför sjukhuset.

Referenser: 21

Kvalité: Hög

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

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

År: 2007

Land: Australien

Tidsskrift: Internal Medicine Journal

Syfte: Att (i) bedöma patientuppfattningar av osteomyelit, septisk artrit och protesledsinfektion, (ii) jämföra uppfattningar om meticillinresistent Stafylokoccus aureus (MRSA) med icke MRSA-infektion och (iii) utreda de känslomässiga aspekterna av dessa infektioner.

Metod och urval: Ett frågeformulär utvecklades från "Illness Perception Questionnaire" av Weinman m.fl. Med ytterligare frågor som adresserar känslomässig respons. Detta erbjöds alla patienter med osteomyelit, septisk artrit och protesledsinfektion som besökte Liverpool Hospital infektionssjukdomspoliklinik under en tremånadersperiod.

Resultat: Det blev 91 svarande. 25 med MRSA infektion, 14 med MRSA kolonisering och 52 utan MRSA. I en multivariabelanalys associerades MRSA med större emotionell effekt.

Referenser: 21

Kvalité: Hög

Författare: Lindberg, M., Carlsson, M., Hogman, M. och Skytt, B.

Titel: Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonization

År: 2009

Land: Sverige

Tidsskrift: Journal of Hospital Infection

Syfte: Att utforska individers upplevelser och förståelse för meticillinresistent Stafylokoccus aureus (MRSA)-kolonisering.

Metod och urval: Tretton intervjuer utfördes. Analyserades med innehållsanalys.

Resultat: Resulterade i temat 'Invaderad, osäker och ensam'. Deltagarna upplevde rädslor och begränsningar i vardagslivet och uttryckte behov av att skydda andra från smitta. Vidare upplevde de möten med och information från vårdpersonal olika. En del var nöjda och andra missnöjda.

Referenser: 15

Kvalité: Hög

Författare: Mozzillo, K. L., Ortiz, N. och Miller, L. G.

Titel: Patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection: twenty-first century lepers

År: 2010

Land: USA

Tidsskrift: The Journal of hospital infection

Syfte: Att beskriva psykologisk och social sjuklighet associerad med MRSA-infektion med en fallserie av fem patienter med samhällsförvärvad MRSA-infektion.

Metod och urval: Fallbeskrivningar som forskarna samlat spontant från forskningsobjekten som deltog i kliniska prövningar eller epidemiologiska undersökningar om MRSA-infektion.

Resultat: Patienter beskriver en variation av stigmatisering relaterad till sin MRSA-diagnos, inklusive att undvikas i hemmet och på arbetet. Patienterna beskriver att de blir tillfrågade av familj, kollegor och klienter att vidta extrema åtgärder för att förhindra smittspridning. Konsekvenser av MRSA-diagnoser har inkluderat söndervittring eller avslutning personliga och professionella nyckelrelationer.

Referenser: 11

Kvalité: Låg

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

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

År: 2001

Land: Storbritannien

Tidsskrift: Journal of Hospital Infection

Syfte: Ett inledande försök att dokumentera uppfattningen hos patienter som infekterats med MRSA tillsammans med deras upplevelse av isolering.

Metod och urval: 19 individer som infekterats med meticillinresistent Stafylokoccus aureus (MRSA) och isoleringsvårdas. Intervjuerna transkriberades och innehållsanalyserades sedan.

Resultat: Deltagarna var osäkra på arten av MRSA och såg generellt inte infektionen som signifikant påverkande på deras liv (varken närvaro av symtom eller restriktion av aktiviteter). Trots detta, omkring hälften av deltagarna trodde att en MRSA-infektion är seriös. Endast en patient beskrev tydligt att MRSA var sjukhusförvärvad, medan de flesta var osäkra på överföringsmekanism eller relaterade det inte till personalens beteende. Få respondenter visade korrekt kunskap om anledningarna till isolering och barriärvård. Isolering sågs som att ha fördelar och nackdelar.

Referenser: 15

Kvalité: Medelhög

Författare: Rohde, R. E. och Ross-Gordon, J.

Titel: MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public

År: 2012

Land: USA

Tidsskrift: BMC Health services research

Syfte: Att hjälpa till att förstå hur människor inhämtar och tillgodogör sig ny information och sedan anpassar beteenden baserat på inlärning.

Metod och urval: Deltagarna rekryterades från en vårdcentral med hjälp av informationsblad. Tre män och sju kvinnor rekryterades. Inklusionskriterier var; patienter som fått MRSA i en icke sjukvårdsrelaterad miljö, hade en positiv MRSA-diagnos det senaste året men minst en månad innan intervjun, var 18 år eller äldre, var inte inlagd på sjukhus eller långsiktig vårdinrättning, var inte anställd i direkt patientvård. Metoden som användes var konstruktivistisk teori med semistrukturerade öga-mot-öga intervjuer och telefonintervjuer. Intervjuerna analyserades med grounded theory.

Resultat: Resultatet delades in i två huvudkategorier där varje inkluderade tre subteman. De subteman vars resultat svarade mot vårt syfte var; "erfarenheter av MRSA" som beskriver upplevelser av fysisk smärta, psykiska upplevelse och vikten av interaktion med vårdpersonal; "Själv tillit" som innefattar egna strategier; "Tillit till andra" där upplevelsen av relationer till andra beskrivs och "Reflektioner om MRSA-resan" som beskriver vad som fungerat och vad som önskas.

Referenser: 17

Kvalité: Hög

Författare: Skyman, E., Sjöstrom, H. T. och Hellstrom, L.

Titel: Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated

År: 2010

Land: Sverige

Tidsskrift: Scandinavian journal of caring sciences

Syfte: Att få kunskap beträffande patienters upplevelser som ådrog sig MRSA på sjukhuset och därefter isolerades på infektionskliniken.

Metod och urval: Sex patienter, 35-76 år, som ådrog sig MRSA på Sahlgrenska sjukhuset och därefter isolerades i minst en vecka intervjuades. Intervjuerna spelades in och en intersubjektiv analys utfördes.

Resultat: Patienter kände sig kränkta för att ha ådragit sig MRSA på sjukhuset och isoleringen beskrevs som traumatisk, men accepterad då de tog ansvar för att inte sprida MRSA. Patienterna kände att de inte fick rehabilitering i samma utsträckning som andra patienter och saknade information om MRSA. De kände sig utsatta på grund av negativa reaktioner från vårdpersonal, familjemedlemmar och andra i patientens omgivning.

Referenser: 27

Kvalité: Hög

Författare: Webber, K.L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S. och Lewis, B.

Titel: The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center

År: 2012

Land: Kanada

Tidsskrift: Rehabilitation Nursing

Syfte: Att söka insikter från rehabiliteringsinlagda patienter med meticillinresistent Stafylokoccus aureus (MRSA), för att bättre förstå deras upplevelse av MRSA och strikt isolering.

Metod och urval: Nio patienter deltog i individuella intervjuer. Två av dessa plus två patienter till deltog i fokusgruppsdiskussion. De individuella intervjuerna genomfördes tills tematisk saturation uppstod. Intervjuerna transkriberades, kodades, kategoriserades och tematiserades. Den totala datan delades mellan två interprofessionella personalfokusgrupper. Insamlad data resulterade i åtta handlingsplaner.

Resultat: Intervjuernas resultat gav två teman; Upplevelser av MRSA och Upplevelser av strikt isolering.

Referenser: 25

Kvalité: Hög