

# Att vara smittsam, begränsad och särbehandlad

## MRSA-bärares upplevelse av vården

<b>FÖRFATTARE</b>	Anna Lans Elin Svenningsson
<b>PROGRAM/KURS högskolepoäng</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Examensarbete i omvårdnad, OM5250 VT 2014
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Britt Borg
<b>EXAMINATOR</b>	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Förord**

Vi vill tacka Britt Borg för vägledning och goda råd genom handledning. Vi uppskattar också stödet från Eva Skyman, hygiensjuksköterska, som tagit sig tid att läsa och faktagranska arbetet. Anna Enlöf och Therese Haggren, infektionssjuksköterskor på Östra sjukhuset har också varit till god hjälp och klargjort frågetecken samt bidragit med intressant fakta.

Anna Lans och Elin Svenningsson, Göteborg 11 mars 2014

Titel (svensk):	Att vara smittsam, begränsad och särbehandlad – MRSA-bärares upplevelse av vården
Titel (engelsk):	To be contagious, limited and treated differently – MRSA carriers' experience of the health care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Anna Lans Elin Svenningsson
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Lasse Persson

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** MRSA är ett globalt växande problem och i Sverige klassificeras MRSA som en allmänfarlig sjukdom. Bakterien kan orsaka infektion överallt i kroppen men kan även yttra sig symtomfritt. MRSA sprids genom kontaktsmitta och vårdpersonal är en vanlig källa till smittspridning. Tillämpning av basala hygienrutiner är den allra viktigaste åtgärden för att förhindra att sprida smittan vidare. På sjukhus vårdas MRSA-bärare i isolering för att skydda andra personer från att smittas. MRSA orsakar ett lidande hos patienter och många upplever sig stigmatiserade i det vardagliga livet. Sjuksköterskor har en viktig uppgift att skapa en god vårdrelation och att lindra lidande. Genom att ge information och göra patienten delaktig skapas goda förutsättningar för en kvalitetssäker vård. **Syfte:** Att belysa MRSA-bärares upplevelse av vården och sjuksköterskans bemötande. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt som bygger på en systematisk litteratursökning och inkluderar elva vetenskapliga artiklar. **Resultat:** En mängd olika känslor är förknippade med att vara MRSA-bärare. Att vårdas i isolering upplevs av de flesta vara en negativ erfarenhet då de känner sig instängda och begränsade. Många patienter upplever att kontakten med sjukvården förändras vid diagnos och att vårdpersonalen har bristande kunskap om MRSA. Den kunskap patienterna själva har varierar och många anser att de fått bristande information för att kunna förhålla sig till situationen de befinner sig i. **Slutsats:** Vårdpersonalen är en viktig källa för att patienterna ska få kunskap. För att de ska kunna stötta och informera patienter på ett korrekt sätt krävs en ökad kunskap och förståelse för MRSA. Informationen bör individanpassas efter individens unika behov så att onödigt lidande kan förhindras och en god vårderfarenhet främjas.

**Nyckelord:** MRSA, patienters upplevelser, smittspridning, lidande, isolering, information, lärande, bemötande

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid

---

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>METICILLINRESISTENTA STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)</b>	<b>1</b>
Staphylococcus aureus (S. aureus)	1
Framväxten av MRSA	2
Smittspridning	2
<i>Basala hygienrutiner</i>	3
Förhållningsregler	3
Avskrivning av MRSA-bärarskap	4
<b>PERSONERS UPPLEVELSE AV MRSA</b>	<b>4</b>
Stigmatisering	5
<b>VÅRDENS RUTINER VID MRSA</b>	<b>5</b>
Isolering	5
<b>SJUKSKÖTERS KANS ROLL OCH ANSVAR</b>	<b>6</b>
Lidande	7
Delaktighet	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>LITTERATURSÖKNING</b>	<b>8</b>
Sekundärsökning	9
<b>KVALITETSGRANSKNING OCH DATAANALYS</b>	<b>10</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
<b>PATIENTERS KÄNSLOMÄSSIGA UPPLEVELSER</b>	<b>12</b>
<b>PATIENTERS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDAS I ISOLERING</b>	<b>12</b>
Att vara instängd och begränsad	13
Fördelar med isolering	13
Vårdmiljöns betydelse	14
<b>PATIENTERS SYN PÅ MÖTET MED SJUKSKÖTERS KAN OCH ÖVRIG VÅRDPERSONAL</b>	<b>14</b>
Interaktionen mellan patient och vårdorganisation	14
Bristande kunskap och följsamhet av rutiner	15
<b>PATIENTERS UPPLEVELSE AV INFORMATIONS- OCH KUNSKAPSBEHOV</b>	<b>15</b>
Informationen och kunskapens betydelse	15
Hur sker lärandet?	16
<b>DISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>20</b>

Lidandets olika dimensioner	20
Lika vård på lika villkor	20
Vikten av individanpassad information	21
Kunskapsbrist hos både personal och patient	22
Att förhindra smittspridning – en utmaning för framtiden	23
<b>SLUTSATS</b>	<b>24</b>
<b>FRAMTIDA FORSKNING</b>	<b>25</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR VÅRDEN</b>	<b>25</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>26</b>

## **BILAGA I. ARTIKELPRESENTATION**

## INLEDNING

Meticillinresistent staphylococcus aureus (MRSA) är ett växande problem. Tidigare har MRSA mestadels spridits på sjukhus men idag ses framförallt en ökad smittspridning ute i samhället. MRSA beskrivs av Folkhälsomyndigheten (2014a) som ett av de största vårdhygieniska problemen runt om i världen. Att smittsamma bakterier sprids är något som vårdverksamheterna fruktar över. För att förhindra smittspridning inom vården sätts speciella rutiner in för personer med MRSA-bärarskap. Under verksamhetsförlagda utbildningar och arbete vid sidan av utbildningen har vi flera gånger mött personer som är bärare av MRSA. Vi har upplevt att vårdpersonal många gånger inte vet hur de ska bemöta och omhänderta personer som är MRSA-bärare och att de behandlas annorlunda jämfört med de som inte bär på en smittsam bakterie. Vi har en gemensam upplevelse av att vårdpersonal överlag har en bristande kunskap om MRSA och i vissa fall även en rädsla av att själva bli smittade. Detta leder till att personal inte vet hur de ska hantera situationen de befinner sig i på ett professionellt sätt. Eftersom MRSA är ett växande problem och förekommer överallt i vårdkedjan är sannolikheten stor att vi någon gång i vårt kommande yrkesliv som sjuksköterskor kommer möta dessa personer. För att kunna bemöta personer som är MRSA-bärare på ett korrekt, värdigt och respektfullt sätt har vi valt att belysa hur de upplever vården.

## BAKGRUND

### METICILLINRESISTENTA STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)

#### **Staphylococcus aureus (S. aureus)**

S. aureus är en bakterie och en vanlig orsak till vårdrelaterade infektioner. Bakterien har länge varit en källa till den så kallade "sjukhussjukan" (Melhus, 2013). S. aureus har lätt att anpassa sig och sjukhusmiljö är en idealisk miljö för bakterien att överleva i (Ericson & Ericson, 2009). S. aureus finns på hud och slemhinnor, framförallt i främre delen av näsan, svalget och perineum (Socialstyrelsen, 2006). Ungefär 50 procent av alla friska människor bär på S. aureus i näsan utan att besväras av den, det vill säga de är koloniserade (Ericson & Ericson, 2009). Att vara koloniserad innebär att en person bär på bakterien utan att ha några kliniska symtom. En MRSA-bärare definieras av Socialstyrelsen (2010) som en person som har eller har haft en symptomgivande infektion orsakad av MRSA, haft ett positivt MRSA-prov vid mer än ett tillfälle oavsett provtagningsställe eller haft enbart ett positivt prov från en hudlesion eller perineum. S. aureus kan orsaka infektion i de flesta vävnader och i kroppens alla organ men vanligtvis orsakar bakterien hud- och sårinfektioner. Infektionerna visar sig ofta som bölder och därför kallas bakterien även för "*det gyllengula varets bakterie*" eller gula stafylokocker. S. aureus kan sprida sig till blodbanan och orsaka sepsis som i sin tur kan leda till tillväxt på hjärtklaffar och i skelett, vilket kan innebära livshotande tillstånd (Socialstyrelsen, 2007).

MRSA är en muterad variant av S. aureus som utvecklat resistens mot vissa typer av antibiotika. Meticillin var det första stafylokockkänsliga penicillinet som bakterien förvärvat resistens mot, därav namnet. MRSA beter sig precis som den vanliga S. aureus bakterien (Socialstyrelsen, 2010) och orsakar samma sorts infektioner (Melhus, 2013). Skillnaden är att MRSA är resistent mot all betalaktamantibiotika, det vill säga penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer, vilket gör att infektionerna blir svårare att

behandla. Resistensen gör att bakterien överlever ett flertal antibiotika och får därmed möjlighet att breda ut sig (Socialstyrelsen, 2010). Eftersom *S. aureus* och MRSA ibland koloniserar huden utan att orsaka infektion anses den då ingå i kroppens normalflora (E. Skyman, personlig kommunikation, 10 mars 2014) men bakterien anses alltid vara patogen (Ericson & Ericson, 2009).

### **Framväxten av MRSA**

Penicillinet upptäcktes under 1940-talet men redan några år senare konstaterades resistens hos *S. aureus*. Resistensen spred sig hos bakterierna och på 50-talet fanns bakterien både på sjukhus och ute i samhället (Melhus, 2013). Under 1960-talet bredde MRSA snabbt ut sig runt om i Europa och första fallet av MRSA rapporterades i England redan 1961. Under 1970-talet ökade förekomsten av MRSA i USA och tio år senare hade bakterierna nått olika sjukhus världen över och smittan var då ett faktum (Socialstyrelsen, 2006).

MRSA är idag, tillsammans med andra multiresistenta bakterier, ett globalt växande problem. I vissa delar av världen orsakas ungefär hälften av alla *S. aureus*-infektioner på sjukhus av MRSA, i Japan så mycket som 80-90 procent (Ericson & Ericson, 2009). En trolig orsak till detta växande problem är brist på strategier kring kontroll av antibiotikaförbrukning, vilket bidrar till att resistenta bakterier etablerar sig och ökar (Lindahl, Skyman & Fryklund, 2009). Ytterligare ett problem är att samtidigt som resistenta bakterier ökar har utvecklingen av nya antibiotika avtagit (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige styrs och kontrolleras antibiotikaanvändningen av Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, STRAMA. Sverige är, tillsammans med övriga Norden och Nederländerna, fortfarande ett land där situationen för tillfället är relativt god (Ericson & Ericson, 2009; Folkhälsomyndigheten, 2014a). Trots detta ökar de multiresistenta bakterierna även här. År 2013 rapporterades 2464 nya fall av MRSA i Sverige, vilket är en ökning med ungefär 18 procent sedan året innan (Folkhälsomyndigheten, 2014b). För att förhindra att MRSA blir ett större problem i Sverige krävs det att försiktighetsåtgärder vidtas så att smittspridning förhindras, framförallt genom att god hygien tillämpas av vårdpersonalen (Melhus, 2013). Trånga utrymmen och överbeläggningar är faktorer som bidrar till en ökad risk för att resistenta bakterier sprids i vården (Socialstyrelsen, 2006).

### **Smittspridning**

MRSA sprids lätt inom vården men sedan år 2000 finns det bevis på att allt fler smittas av MRSA ute i samhället (E. Skyman, personlig kommunikation, 10 mars 2014). Man har bland annat sett att spridning skett vid sporter med tät kroppskontakt, i fängelser och i småbarnsgrupper (STRAMA, 2010). Med ett ökat globalt resande hos befolkningen stiger också antal sjukhusvistelser världen över. Att människor blir inlagda på semesterortens sjukhus där förekomsten av resistenta bakterier ofta är hög innebär att många utsätts för risken att smittas av MRSA. Detta är anledningen till att patienter som är i kontakt med svensk sjukvård får svara på frågan om de någon gång under det senaste halvåret vårdats i ett annat land än i Sverige. Har detta skett följs vårdtiden med bland annat kontrollodling (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets (2011) handlingsplan ska patienter som vårdats utomlands under de senaste tio åren kontrollodlas för MRSA.

MRSA smittar genom kontaktsmitta, både direkt och indirekt. Den vanligaste smittspridningsvägen är den indirekta kontaktsmittan vilket innebär att smittan sprids från en person, via ett mellanled, till en annan person. Vårdpersonalens händer är den

dominerande smittkällan. Smittan sprids inte av att bara vara i samma rum som en person med MRSA (Socialstyrelsen, 2006). Om en person bär MRSA i luftvägarna finns det dock risk för att andra som är i närkontakt utsätts för stänk av kroppsvätska och därmed riskerar att koloniseraras, speciellt om personen med MRSA är förkyld, har allergi eller kräver skötsel av tracheostomi. Vid fjällande hudsjukdom kan MRSA, via hudflagor, spridas i luften, men detta är ovanligt (E. Skyman, personlig kommunikation, 5 mars 2014). Hur smittsamt MRSA är bedöms från person till person och beror på individuella riskfaktorer. Personer som har en pågående infektion anses vara smittsamma men även koloniserade personer utan infektion med riskfaktorer som sår, eksem, förkylning, urinkateter, drän eller andra infarter löper risk att sprida smittan (Socialstyrelsen, 2010).

Risken att patienter i omgivningen smittas av MRSA ökar om riskfaktorer förekommer. Även hög ålder, tät och lång antibiotikabehandling, kronisk sjukdom eller behandling med immunsuppressiva läkemedel ökar risken att smittas (E. Skyman, personlig kommunikation, 5 mars 2014; Socialstyrelsen, 2006). Det händer att hälso-sjukvårdspersonal blir koloniserade av MRSA. Oftast innebär detta endast tillfällig kolonisering som definieras transient bärarskap (Socialstyrelsen, 2010). Det innebär att bakterien inte etablerar sig utan försvinner efter ett tag. Förekommer riskfaktorer hos personalen ska de inte delta i vården av patienter som är bärare av MRSA. Risken är då stor att MRSA kan orsaka en infektion med kliniska symtom som följd (Folkhälsomyndigheten, 2014a).

För att förhindra att svåra sjukdomar sprids bland befolkningen utformade riksdagen år 2000 Smittskyddslagen (SFS 2004:168). Sedan år 2004 klassificeras bärarskap eller infektion orsakat av MRSA som en allmänfarlig sjukdom, vilket innebär att smittan är anmälningspliktig men också att den behöver smittspåras (Socialstyrelsen, 2006). En allmänfarlig sjukdom definieras enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) som: *“Smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade”* (3 §).

### ***Basala hygienrutiner***

Vård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) genomföras med en god hygienisk standard. För att minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner är basala hygienrutiner en av de allra viktigaste skyddsåtgärderna (SOSFS 2007:19). Basala hygienrutiner används för att bryta smittvägar och skyddar både patienter och personal från att smittas. De basala hygienrutinerna ska tillämpas av alla som medverkar i patientnära arbete. Forskning (Mamhidir, Lindberg, Larsson, Fläckman, & Engström, 2011) visar att vårdpersonal vet att smittspridning av MRSA kan förebyggas med hjälp av en god hygien. Trots att vikten av hygienrutiner är kända hos de allra flesta som arbetar inom hälso- och sjukvård följs de inte alltid (Lindahl et al., 2009). Basala hygienrutiner innebär bland annat handdesinfektion före rent och efter orent arbete men även användning handskar och annan skyddsutrustning, som plastförkläde, vid risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material (SOSFS 2007:19).

### **Förhållningsregler**

Smittskyddsanmälan och smittspårning ska utföras av den behandlande läkaren. Läkaren har också ansvar att ge patienten individuellt anpassad information samt förhållningsregler kring smittspridning. Förhållningsreglerna som patienten enligt Smittskyddslagen (SFS



2004:168) är skyldig att följa bygger på hur stor smittrisen är, det vill säga på den aktuella situationen och vilka riskfaktorer för smittspridning personen har (Socialstyrelsen, 2010). Vid bärarskap av MRSA finns inga restriktioner för socialt umgänge. MRSA-bärare kan leva som de brukar, ta folk i hand och kramas utan att riskera att föra smittan vidare. Vid pågående infektion eller vid förekommande av andra riskfaktorer är det viktigt att vara noga med hygien och tänka på att toalettartiklar, som till exempel att handdukar, inte bör delas med andra. Det är även viktigt att täcka sår med förband och undvika att vistas i allmänna träningsmiljöer (Vårdhygien/Smittskyddsmyndigheten, 2012).

Personer som är bärare av MRSA har en skyldighet att informera vårdgivaren om sitt bärarskap när han eller hon söker sjukvård eller tandvård. Därför får personerna ett bärarkort som ska visas upp för att tillkännage bärarskapet av MRSA (Socialstyrelsen, 2006). Att vårdgivare får information om bärarskapet är framförallt för patientens egen säkerhet så att rätt behandling kan ges. Informationen är även viktig för att kunna skydda andra patienter och vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2010).

### **Avskrivning av MRSA-bärarskap**

Ett MRSA-bärarskap som inte orsakar infektion behandlas inte med antibiotika. Dock kan det göras ett försök att bli fri från en kolonisation som bara finns på hel och frisk hud samt i näsan. Detta innebär en behandling med mupirocinsalva i näsan och helkroppstvätt med klorhexidintvål. Studier visar dock att bakterierna endast försvinner i 25 procent av fallen (Socialstyrelsen, 2007).

Andersson, Kalin, Fossum, Lindholm och Örtqvist skrev 2009 en debattartikel om hur handläggningen av MRSA skiljer sig beroende på var man bor i Sverige. De menar att det är konstigt att MRSA-bärare kan anses olika smittsamma i olika län eftersom de i vissa delar av Sverige kan bli avskriven sitt bärarskap medan i andra kan förbli bärare resten av livet. Sedan 2010 kan en hudfrisk person enligt Socialstyrelsens (2010) riktlinjer bli avskriven sitt bärarskap om man vid tre olika tillfällen under minst en ettårsperiod visar negativa prov på bakterieväxt av MRSA. Då anses smittorisken inte längre vara större än hos övriga i befolkningen som är okända bärare med MRSA. Avskrivningen sker i samråd med behandlande läkare och smittskyddsläkare. Dock bör patienten informeras om att risken finns att MRSA återkommer senare i livet, till exempel vid uppkomst av riskfaktorer eller inläggning på sjukhus (Socialstyrelsen, 2010).

### **PERSONERS UPPLEVELSE AV MRSA**

Att vara bärare av MRSA kan innebära begränsningar i personens vardag. Flera MRSA-bärare beskriver hur de undviker fysisk kontakt på grund av rädslan av att sprida smittan vidare. Många är avhållsamma och undviker sexuella relationer samt fysisk beröring som handslag, pussar och kramar (Mozzillo, Ortiz & Miller, 2010). Enligt E. Skyman (personlig kommunikation, 5 mars 2014) kan svalgbärare smitta genom pussar, även om detta utgör en liten risk. Både personerna själva och personer i omgivningen är ofta noga med hygien, vilken ibland också går till överdrift. Det finns beskrivet att personer tvingas tvätta sina kläder separat och hur vissa tilldelas egna badrum i hemmet och får efter varje användning städa toaletten. I vissa fall har även arbetsgivare krävt att en noggrann rengöring av arbetsplatsen ska göras efter varje arbetspass. En del familjemedlemmar är rädda för att smittas och hittar på egna strategier för att undvika smittspridning. Det finns beskrivet att måltider fått ätas med plastbestick och att partners och föräldrar bett personer som är bärare av MRSA att flytta ut ur sovrummet eller till och med hemifrån. Allt detta

kan leda till en emotionell påfrestning både för personen som bär på MRSA, men även för familjen, och leda till social isolering samt känslor av stigmatisering och särbehandling (Mozzillo et al., 2010).

### **Stigmatisering**

Stigmatisering innebär att omgivningen reagerar på ett avvikande beteende och beskrivs som en social stämpling (Nationalencyklopedin, 2014a). Ordet stigmatisering kommer ursprungligen från "*stigma*" som betyder "*brännmärkt*" (Nationalencyklopedin, 2014b). Forskning visar att patienter med MRSA upplever olika grader av stigmatisering, vilket innebär att personer i omgivningen undviker dem, både i hemmet och på arbetsplatsen. Många MRSA-bärare beskriver därför en rädsla för att förlora arbete och vänner. Trots att det idag finns en ökad medvetenhet i samhället angående MRSA har forskare ändå sett att fler känner sig stigmatiserade av familj, kollegor och vänner. I samband med den känslan framkommer det även att de känner sig diskriminerade. MRSA-bärare beskriver liknande känslor av stigmatisering som personer med HIV (Humant Immunbristvirus) upplevt (Mozzillo et al., 2010).

### **VÅRDENS RUTINER VID MRSA**

Vid misstanke om MRSA-kolonisering görs en screenodling (Socialstyrelsen, 2010). Odlingen tas i främre näsöppningen samt i insticksställena, kroniska hudförändringar, sår och även i urinen på kateterbärare. Vanligtvis tas också prover från perineum eller svalg, ibland från båda. Ger MRSA upphov till infektion kan bakterien påvisas vid vanlig sårodling (Socialstyrelsen, 2006). Behandlingsalternativen för MRSA-infektion är få. För att få en effektiv behandling krävs det att rätt sorts antibiotika används. Vilket antibiotika bakterien är känslig för avgörs med hjälp en resistensbestämning (Melhus, 2013). MRSA-infektion kräver mer aggressiva sorters antibiotika som i många fall resulterar i fler biverkningar (Socialstyrelsen, 2007). MRSA behandlas idag vanligtvis med Vancomycin (Melhus, 2013). Utöver eventuell behandling är det viktigt att ytterligare åtgärder sätts in då patienten vårdas på sjukhus, för att minska smittspridning av MRSA i vården. Detta innebär bland annat kohortvård och isolering, vilka ofta kräver extra insatta resurser av vården (Vårdhandboken, 2013).

### **Isolering**

Om det föreligger en risk för att patienten kan smitta andra kan vård i isolering behövas för att förhindra smittspridning (Lindahl et al., 2009). Med isolering menas ett skydd mot smittsamma infektioner som gör att patienten tas om hand på ett sätt som gör att andra inte kan smittas (Nationalencyklopedin, 2014c). Målet med isolering är att bryta smittkedjan och innebär att smittkällan isoleras. Personer som bär MRSA kan vårdas i olika grader av isolering. Enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets (2013) handlingsplan för MRSA ska dessa personer isoleras i enkelrum, med eller utan sluss, samt kohortvårdas. Kohortvård innebär att en grupp patienter vårdas avskilt från andra patienter av separat personal (Ericson & Ericson, 2009). Vilken isoleringsform som är aktuell avgörs av ansvarig sjuksköterska och läkare beroende på vilket smittämne det gäller. När en person misstänks för smittsam sjukdom som kräver isolering krävs det omedelbara och adekvata åtgärder. Personen ska informeras om isoleringen och vad den innebär (Melhus, 2013). De som är förberedda på att vårdas i isolering har visat sig kunna hantera situationen på ett bättre sätt (Lindahl et al., 2009). Sjuksköterskan behöver känna sig trygg i sin roll och kompetens för att i sin tur kunna förmedla trygghet till patienten (Melhus, 2013).

Forskning visar att isolering påverkar människans psykiska välbefinnande i form av stress, ångest och depression. Vissa känner sig också ensamma, ignorerade och stigmatiserade (Barratt, Shaban & Moyle, 2011a). Forskning visar också att de ofta får mindre spontana besök av vårdpersonalen (Lindahl et al., 2009). Som sjuksköterska är det därför viktigt att inte glömma bort att spendera lite extra tid med isolerade patienter för att motverka den psykiska påfrestningen (Ericson & Ericson, 2009). Forskare har kommit fram till att omgivningen har stor betydelse för hur personerna upplever isoleringsvården, både den psykosociala och fysiska miljön har inverkan (Barratt et al., 2011a). Sjuksköterskan har en viktig roll vid isolering. I vissa fall kan personen få lämna rummet i samråd med sjuksköterskan, då ska patienten ha god kunskap och förståelse kring innebörden av smittrisk, förhållningsregler utanför rummet samt upprätthållande av god hygien och handdesinfektion. Detta måste göras på ett betryggande sätt för att personen ska känna sig delaktig (Melhus, 2013).

## **SJUKSKÖTERSANS ROLL OCH ANSVAR**

Att vårda patienter med MRSA eller andra resistent bakterier kan skapa osäkerhet hos sjuksköterskan. Det är viktigt att sjuksköterskan är professionell och inte låter tankar och funderingar påverka vården. Att vara professionell innebär i det här fallet att ha kunskap om MRSA, hur man ska förhålla sig till smittan samt visar förståelse för personens situation (Lindahl et al., 2009). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vård ges på lika villkor till hela befolkningen. Socialstyrelsen (2010) skriver: *“Ett grundläggande krav på alla instanser inom vården och omsorgen är att MRSA-bärarskap aldrig får fördröja eller förhindra att patienten får det omhändertagande som hans eller hennes tillstånd kräver”* (s. 12). Ändå visar forskning att personer med MRSA behandlas annorlunda av vårdpersonal och att risken finns att vårdkvaliteten påverkas. Forskning visar även att vård i isolering kan innebära att personen får mindre uppmärksamhet. Tiden som personalen spenderar hos de som vårdas i isolering är kortare jämfört med de som inte är isolerade (Jones, 2010). Att förhindra och förebygga smittspridning ingår enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska i sjuksköterskans ansvarsområde. Lindahl et al. (2009) skriver om hur viktiga händerna är för att kunna ge en god omvårdnad, men för att händerna ska vara ett säkert verktyg att använda sig av är det viktigt att de är rena från smittsamma mikroorganismer (Socialstyrelsen, 2006).

Att arbeta patientsäkert är något som ska vara en självklarhet för alla vårdens professioner (Willman, 2013). Resistens är ett stort hot mot patientsäkerheten och bekämpningen av antibiotikaresistens är en stor utmaning för vården (Öhrn, 2009). År 2010 infördes Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) i Sverige som innebär en skyldighet för vårdgivaren att bedriva ett säkert arbete. Det innebär bland annat att förebyggande åtgärder ska sättas in för att förhindra att patienten drabbas av någon typ av vårdskada. Att en patient smittas av MRSA i samband med vård innebär att en vårdskada uppstått. En vårdskada definieras i lagen som: *“lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”* (5 §). Det är viktigt för patientsäkerheten att MRSA-bärarskap dokumenteras och uppdateras kontinuerligt i patientens journal av ansvarig läkare (Socialstyrelsen, 2010).

## Lidande

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) beskrivs sjuksköterskans fyra ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Ordet patient betyder ursprungligen "den lidande" (Nationalencyklopedin, 2014d). Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1994) beskriver lidandet som något som är tillägnat människan, alltså något som är en del av själva livet. Hon menar att lidandet ofta kan få en mening i en människas liv och som kan balanseras med hjälp av kärlek, men även att det finns lidande som är onödigt. Lidandet kan beskrivas som en kamp och är unikt för varje människa. När en lidande människa berättar om sitt lidande är det viktigt att det bekräftas. Bekräftelsen innebär att värdigheten bekräftas och att tröst kan förmedlas. Lidande som orsakas av en människa sker ibland omedvetet och grundar sig ofta i bristande kunskap eller bristande reflektion. Att orsaka ett lidande för en annan människa betyder att dess värdighet kränks och att man inte anser den andre som en fullvärdig människa (Eriksson, 1994).

Eriksson (1994) beskriver lidandet som förekommer i vården utifrån tre olika perspektiv: sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande. *Sjukdomslidande* uppkommer till följd av en sjukdom eller behandling. Sjukdom, ohälsa och allt vad det innebär att vara patient kan i sig påverka hela människans livssituation. *Livslidandet* innebär att människan lider på grund av de konsekvenser sjukdom och ohälsa medför i det vardagliga livet. *Vårdlidandet* beskrivs som ett onödigt lidande som orsakats av vård eller utebliven vård. Detta är ett lidande som helt skulle kunna undvikas. Att behöva hjälp för att tillfredsställa sina grundläggande behov kan innebära ett lidande, precis som lidande uppstår när ingen förstår ens behov eller respekterar en som människa. Att som patient känna att man har ett egenvärde är av stor vikt och därför innebär det alltid ett vårdlidande när patientens värdighet kränks (Eriksson, 1994). Även vårdskador som till exempel MRSA-smitta kan leda till ett onödigt lidande för patienten (Socialstyrelsen, 2006). Sjuksköterskans ansvar är att identifiera och lindra lidandet, men även att eliminera och förebygga det. Alla personer uttrycker lidande på sitt sätt och det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och uppmärksammar detta för att skapa ett gott möte och för att kunna planera en individuell omvårdnad (Wiklund, 2009).

## Delaktighet

Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska har sjuksköterskan ett ansvar att skapa optimal delaktighet för patienten. Patientens vård ska bygga på självbestämmande vilket innebär rätten att vara delaktig i beslut om sin vård och behandling (SFS 1982:763). En förutsättning för delaktighet är att sjuksköterskan skapar en vårdrelation med patienten (Eldh, 2009). För att delaktighet ska möjliggöras behöver sjuksköterskan ha förmåga att informera och undervisa patienter men även närstående. Det är sjuksköterskans ansvar att förvissa sig om att informationen som ges, verkligen förstås av mottagaren (Tingström, 2009). Att befinna sig i en utsatt situation eller i chock, som det kan innebära att få ett sjukdomsbesked, kan påverka hur mottaglig en person är för information (Ericson & Ericson, 2012). Information och undervisning ska anpassas efter varje individs behov vad gäller form, innehåll och tidpunkt (Tingström, 2009). Sjuksköterskan bör utgå från vad patienten vet och är i behov av att veta för att på ett optimalt sätt kunna hjälpa patienten att förstå sin kropp, sina symtom och sjukdom. Målet med information är att kunskap skapas, vilket i sin tur leder till delaktighet (Eldh, 2009). För att lära sig behöver patienten vara motiverad och finna en mening med att vilja lära sig. Det innebär också att sjuksköterskan behöver ha kunskap om olika pedagogiska strategier

som kan anpassas efter patientens egna önskemål och behov, det vill säga utifrån patientens perspektiv (Tingström, 2009).

## **PROBLEMFORMULERING**

MRSA är ett globalt växande problem som medför ett onödigt lidande hos patienter men även en ökad kostnad för vården. Forskning visar att sjuksköterskor har en bristande kunskap om MRSA (Easton, Sarma, Williams, Marwick, Phillips, & Nathwani, 2007; Lindberg, Lindberg, Skytt, Högman, & Carlsson, 2011; Phillips, Golagani, Malik, & Payne, 2010) och att de är en vanlig källa till smittspridning. På grund av detta behövs ökad kunskap kring MRSA och förebyggande åtgärder för att kunna utföra en god och säker vård men också för att kunna informera och undervisa patienter och anhöriga så de förstår och kan förhålla sig till situationen de befinner sig i. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har hela befolkningen rätt till en god vård på lika villkor och ingen får särbehandlas eller nekas behandling på grund av sitt tillstånd. Trots detta så innebär insatta försiktighetsåtgärder, som isolering, en förändring i vårdens rutiner som i sin tur kan bli ett hinder för vård och behandling. Hur påverkas då patienter som bär på MRSA av vårdpersonalens okunskap och vårdens förändrade rutiner?

## **SYFTE**

Syftet är att belysa MRSA-bärares upplevelse av vården och sjuksköterskans bemötande.

## **METOD**

Denna uppsats är en litteraturoversikt vilken syftar till att få en överblick över forskningsläget inom ett specifikt område (Friberg, 2012). Det ingår i sjuksköterskans roll att hålla sig uppdaterad kring ny vetenskaplig kunskap för att kunna utföra en evidensbaserad omvårdnad (Socialstyrelsen, 2005). Att utöva evidensbaserad omvårdnad innebär att omvårdnaden ständigt bedöms bygga på bästa tillgängliga vetenskapliga bevis (Willman, 2013).

## **LITTERATURSÖKNING**

För att hitta material till litteraturoversikten har sökningar gjorts i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. De flesta av de utvalda artiklarna är från databasen Cinahl som är specialiserad inom omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2013). Eftersom ingen databas är heltäckande kan det med fördel vara bra att använda sig av olika databaser då de kan innehålla olika material. Sökningarna är gjorda mellan den 17-21 januari 2014. Databaserna är uppbyggda på olika ämnesordlistor vilket kräver användning av korrekta sökord för att hitta det man söker efter. Svensk MeSH och Cinahl Headings användes för att hitta lämpliga sökord. Används fel böjning av ett ord finns det risk att artiklar faller bort från sökningen, därför trunkerades (\*) vissa sökord i sökningarna. De sökord som har använts för att hitta relevanta artiklar är: MRSA, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, patient\*, experience, perception\*, contagion, isolation, psychological och professional-patient relation. I Cinahl har sökningarna begränsats till artiklar som är Peer Reviewed och Research article (Östlundh, 2012). Sökorden MRSA och Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus gav olika antal träffar i Cinahl. Trots detta gav de ändå samma relevanta artiklar. Sökningar gjordes med många sökord och olika kombinationer, men sökningarna visade ändå samma artiklar. Sökningar gjordes även med andra

synonymer till de ursprungliga sökorden, detta resulterade inte i fler relevanta artiklar för syftet. För att hitta relevanta artiklar i sökningarna lästes först titlarna. Verkade titeln relevant för syftet lästes även artikelns abstract. Därefter lästes artiklar med intressanta abstract i sin helhet.

Eftersom syftet med denna studie är att få ökad kunskap kring patienters upplevelse är kvalitativ forskning en förutsättning för ett användbart resultat. Därför var målet att hitta kvalitativ forskning i första hand. Den kvalitativa forskningen ger en djupare förståelse för ett fenomen medan kvantitativ forskning används för att finna nya bevis och kunskap samt för att generalisera resultatet (Segesten, 2012). Eftersom en litteraturoversikt valdes som metod har även kvantitativ forskning inkluderats (Friberg, 2012).

Vetenskap är en färskvara och nya forskningsrön produceras ständigt (Östlundh, 2012). Därför var målet att använda så nya artiklar som möjligt. Eftersom antalet artiklar kring litteraturoversiktens syfte var begränsat inkluderades artiklar som var skrivna på 2000-talet. En artikel som var skriven på ett annat språk än de författarna till denna studie behärskar (engelska och svenska) exkluderades också. Originalartiklar, som bygger på empirisk forskning eftersträvades. En litteraturoversikt är en sekundärkälla till forskning och det finns en risk att feltolkningar har gjorts i resultatet (Forsberg & Wengström, 2013), därför har litteraturoversikter exkluderats i resultatet.

### **Sekundärsökning**

När sökningarna i databaserna inte resulterade i fler användbara artiklar gjordes en sekundärsökning efter fler intressanta studier. En sekundärsökning gjordes även i en avhandling i det aktuella ämnet. En sekundärsökning innebär en genomgång av referenslistorna i redan funna artiklar (Östlundh, 2012). Detta ledde fram till att ytterligare två artiklar som passade syftet hittades. Artiklarna söktes sedan upp via titeln i Scopus och Cinahl. Hela litteratursökningen resulterade i totalt tolv artiklar som matchade syftet. Sökningarna finns presenterade i tabell 1.

**Tabell 1. Översikt över litteratursökning.**

<b>Datum/ databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begräns- ningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Valda artiklar</b>
17 jan 2014  Cinahl	MRSA AND patient AND experience	Peer Reviewed Research article	20	7	3	3 (Madeo, 2001; Newton, Constable & Senior, 2001; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson, & Lewis, 2012)
17 jan 2014  Cinahl	Methicillin- resistant staphylococcus aureus AND patient* AND perception*	Peer Reviewed Research article	19	8	3	3 (Andersson, Lindholm & Fossum, 2011; Barratt, Shaban & Moyle, 2011b; Newton et al., 2001)
17 jan	MRSA AND	Peer	2	2	2	2 (Lindberg, Carlsson,

2014 Cinahl	contagion	Reviewed Research Article				Högman & Skytt, 2009; Skyman, Sjöström & Hellström, 2010)
20 jan 2014 PubMed	MRSA AND professional- patient relation		15	4	2	2 (Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross- Gordon, 2012)
21 jan 2014 PubMed	MRSA AND isolation AND psychology		24	12	8	8 (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Catalano et al., 2003; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001; Webber et al., 2012)
21 jan 2014 Manuell sökning i Scopus	Exploring patients' views on colonisation with meticillin- resistant staphylococcus aureus	Article title	1	1	1	1 (Criddle & Potter, 2006)
21 jan 2014 Manuell sökning i Cinahl	An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA	Title	1	1	1	0

## KVALITETSGRANSKNING OCH DATAANALYS

De tolv artiklarna som hittades i litteratursökningen granskades sedan utifrån Fribergs (2012) modell. Det var elva artiklar, nio kvalitativa och två kvantitativa, som gick igenom kvalitetsgranskningen och inkluderades i resultatet. Studien som valdes bort exkluderades på grund av att forskarna aktivt valt att inte söka etiskt tillstånd samt att artikeln hade bristande upplägg i både resultat och diskussion.

Efter att artiklarna granskats analyserades de enligt Fribergs (2012) trestegsmodell. Det innebär att artiklarna först lästes igenom av båda författarna flera gånger för att förstå innehållet och helheten. En sammanfattning av varje artikel gjordes för att få en översikt av innehållet. Därefter utarbetades en artikelpresentation som finns beskriven i bilaga I. Med

hjälp av sammanställningarna jämfördes likheter och skillnader. Data sorterades sedan utifrån jämförelsen och olika teman arbetades fram. Meningsbärande enheter från artiklarna bildade subteman som sedan kopplades samman till teman. Resultatet i denna uppsats presenteras utifrån fyra olika teman som identifierades under analysen; patienters känslomässiga upplevelser, patienters upplevelse av att vårdas i isolering, patienters syn på mötet med sjuksköterskan och övrig vårdpersonal samt patienters upplevelse av informations- och kunskapsbehov. Tillvägagångssättet för hur teman arbetats fram finns presenterat i tabell 2.

**Tabell 2. Tematabell.**

<b>Teman</b>	<b>Subteman</b>	<b>Meningsbärande enheter</b>
Patienters känslomässiga upplevelser		<i>“It is that feeling again, that I have got the plague, that I am a danger to my surrounding.”</i> (Andersson et al., 2011, s. 51)
Patienters upplevelse av att vårdas i isolering	Att vara instängd och begränsad	<i>“I can have that door open and they all walk past and nobody walks near because there’s that sign on the door. It’s like being in bloody prison.”</i> (Madeo, 2001, s. 37)
	Fördelar med isolering	<i>“It’s been like a five-star hotel in here.”</i> (Madeo, 2001, s. 37)
	Vårdmiljöns betydelse	<i>“If you have got something to look at and the sun is shining, that is 100 % great... If you have got a view it does not do anyone any harm on their own.”</i> (Barratt et al., 2011b, s. 57)
Patienters syn på mötet med sjuksköterskan och övrig vårdpersonal	Interaktion mellan patient och vårdorganisation	<i>“Patients had to wait outside the emergency unit for hours to see a doctor, the staff told them they could not sit in the waiting room with others patients.”</i> (Skyman et al., 2010, s. 104)
	Bristande kunskap och följsamhet av rutiner	<i>“I showed the card when I took an X-ray of my lungs. But you do not have to show that card here, they said, for it has nothing to do with any blood or syringes.”</i> (Andersson et al., 2011, s. 50)
Patienters upplevelse av informations- och kunskapsbehov	Informationen och kunskapens betydelse	<i>“Nobody ever put any energy to tell me anything about this. Therefore my knowledge of the disease is the same now as before - nothing. It is that simple.”</i> (Skyman et al., 2010, s. 104)
	Hur sker lärandet?	<i>“... patients stated initially they felt to sick to absorb explanations.”</i> (Criddle et al., 2006, s. 27)

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Det är viktigt att forskning utförs på ett korrekt och tillförlitligt sätt (Forsberg & Wengström, 2013). Därför var målet att bara inkludera artiklar som fått etiskt godkännande. De flesta av de utvalda studierna var etiskt granskade och godkända innan de genomfördes. I studien av Newton et al. (2001) framkommer det dock inte om den genomgått någon etisk granskning. Deltagarna har själva fått godkänna sitt deltagande,



men inget mer ingående finns beskrivet om etiska resonemang eller tillvägagångssätt. Denna studie valdes ändå att inkluderas i resultatet eftersom den använts som referensartikel i många andra studier där forskarna uttryckt att resultatet är viktigt och därför anser vi att den är tillförlitligt utförd. Frivilligt deltagande, försäkran om anonymitet och att information tillhandahållits framkommer i de flesta studierna (Andersson et al., 2011; Catalano et al., 2003; Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Rohde et al., 2012; Skyman et al., 2010; Tarzi et al., 2001; Webber et al., 2012). I studien av Barratt et al. (2011b) framkommer inte frivilligt deltagande men deltagarna har själva fått läsa och godkänna den transkriberade intervjudatan. Författarna till denna uppsats har gjort en noggrann genomgång och tolkning av studierna utan att medvetet försöka förvränga forskarnas resultat.

## **RESULTAT**

### **PATIENTERS KÄNSLOMÄSSIGA UPPLEVELSER**

Oro och ångest var vanligt förekommande hos patienter som var bärare av MRSA, men graden av känslorna varierade betydligt hos olika personer. Känslor som likgiltighet var vanligt och många var chockade, både för diagnosen men även för rädslan att betraktas som smittsam (Andersson et al., 2011; Rohde et al., 2012; Skyman et al., 2010). Det var ett komplext förhållande mellan dessa känslor och patientens upplevelse av sjukhusvistelse, förkunskaper och förståelsenivåer. Gemensamma känslor som beskrevs av att vara bärare av MRSA var ilska, rädsla, depression och frustration (Rohde et al., 2012). Några uttryckte att MRSA medförde känslor av skam, skuld och sorg (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010). Stigmatisering beskrevs som ett framträdande drag hos många patienter (Barratt et al., 2011b; Rohde et al., 2012; Webber et al., 2012). Vissa jämförde sig med att vara HIV-smittad (Lindberg et al., 2009), medan andra beskrev en känsla av att vara pestsmittad (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010) eller att ha spetälska (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Newton et al., 2001). Att vara kränkt, smutsig och rädd var återkommande känslor som personerna upplevt i samband med sin MRSA-diagnos (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010). Att vara oren och smutsig förstärker även deltagarna i Lindberg et al. (2009).

Ett annat bekymmer som dominerade var rädslan att smitta andra, att vara en fara för barn, barnbarn, kollegor och vänner (Andersson et al., 2011; Criddle et al., 2006). Detta visade sig vara traumatiskt för patienterna och orsakade ångest (Andersson et al., 2011). Den traumatiska upplevelsen visade sig inte endast för de personer som var rädda för att smitta omgivningen, utan även hos dem med en allmän upplevelse av att vara MRSA-bärare. Patienter upplevde att livet har blivit mycket svårare (Lindberg et al., 2009). Oron över att vara MRSA-bärare och vad detta skulle kunna innebära inför framtiden var aktuella reflektioner hos de drabbade (Barratt et al., 2011b). En del som var koloniserade var rädda för att drabbas av infektion (Criddle et al., 2006). Upplevelsen av att vara koloniserad av MRSA varierade över tid. Vissa personer upplevde mycket oro då de befann sig på sjukhus och var lugna när de kom hem. Andra upplevde det precis tvärt om (Criddle et al., 2006). Patienter som endast var koloniserade kände sig förvirrade över sin MRSA-diagnos och att det kändes överkligt då de inte hade några symtom (Webber et al., 2012).

### **PATIENTERS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDAS I ISOLERING**

Hur patienter upplever att vårdas i isolering påverkas av flera olika faktorer som till exempel personlighet och tidigare erfarenhet av vård och isolering (Criddle et al., 2006).

### **Att vara instängd och begränsad**

Isolering innebär för många en traumatisk (Madeo, 2001) och negativ upplevelse med känslor av rädsla, ilska, frustration och skuld (Barratt et al., 2011b), speciellt när förflyttning sker snabbt och utan förklaring (Criddle et al., 2006; Skyman et al., 2010). Få patienter i studien av Newton et al. (2001) förstod orsaken till att de vårdades i isolering och vad det innebar. Vissa trodde att isoleringen gjordes för att underlätta för personalen. I studien av Barratt et al. (2011b) var det istället många patienter som hade förståelse för orsaken till isolering och att det var ett måste för att minska smittspridning. Speciellt förstående var de som tidigare isolerats på grund av MRSA.

Patienter upplevde att deras möjligheter till vård och behandling påverkades negativt av isoleringen (Barratt et al., 2011b; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Barratt et al. (2011b) beskriver hur patienterna upplevde att kvaliteten på vården minskade då de blev placerade i isolering. Isoleringen fick patienterna att känna sig kränkta och begränsade (Skyman et al., 2010). Några beskrev det som att vara instängd (Barratt et al. 2011b; Skyman et al., 2010) eller som att befinna sig i ett fängelse (Criddle et al., 2006; Madeo, 2001). Isoleringen innebar också att patienterna upplevde att de fick minskad kontroll över sitt liv när de vårdades på sjukhus. En patient uttryckte att det var jobbigt att hela tiden behöva fråga om ett glas vatten (Barratt et al., 2011b).

Isolering innebar ett hinder för sociala relationer både med personal (Barratt et al., 2011b; Newton et al., 2001), andra patienter (Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Madeo, 2001), familj och vänner (Webber et al., 2012). Patienterna fick inga spontana besök av vårdpersonalen, förutom när något var tvunget att göras (Skyman et al., 2010). Detta gjorde att många upplevde isoleringen som ensam och tråkig (Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) och att dagarna gick långsamt (Madeo, 2001), speciellt för dem som hade begränsat med besökare (Webber et al., 2012). Vissa försökte dölja sin MRSA-diagnos för sina närstående så att de inte skulle bli rädda och undvika att komma på besök. Det fanns också de som inte ville ha besök på grund av rädsla att smitta dem (Webber et al., 2012). Att ha besökare ansågs vara viktigt för att orka med isoleringen (Barratt et al., 2011b). Patienterna upplevde att de fick mindre uppmärksamhet från vårdpersonalen än andra patienter (Newton et al., 2001). De ansåg också att de blev annorlunda behandlade. En patient beskrev hur läkaren inte ville skaka hand och hur vårdpersonal pratade vid dörren istället för att komma in på salen (Barratt et al., 2011b).

Patienter som vårdats i isolering upplevde ibland ångest, depression (Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) och ilska (Newton et al., 2001). Patienter som vårdats i isolering på grund av resistenta bakterier upplevde signifikant mer ångest och depression än patienter som inte vårdats i isolering (Catalano et al., 2003; Tarzi et al., 2001). Catalano et al. (2003) visade att depression ökar ju längre patienten vårdas i isolering. Tarzi et al. (2001) såg inte något samband mellan längden på sjukhusvistelsen eller isoleringen och graden av depression eller ångest. Studien visade inte heller på någon signifikant ökad ilska hos isolerade patienter än hos de som inte isolerades.

### **Fördelar med isolering**

Trots att de flesta bara såg isolering som ett hinder för vården var det vissa som inte upplevde detta. En del såg isoleringen som något positivt eftersom de fick fördel att vårdas i enkelrum (Criddle et al., 2006; Webber et al., 2012). De upplevde också att de fick större privatliv (Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Madeo, 2001; Newton et al., 2001) och

uppskattade möjlighet till tystnad (Criddle et al., 2006; Madeo, 2001). Patienter uttryckte också att det var skönt att få vara ensam samt att deras integritet ökade (Barratt et al., 2011b; Newton et al., 2001). Frihet från rutiner uppskattades (Newton et al., 2001) och någon uttryckte att det kändes som att vara på hotell (Madeo, 2001). Isolering i enkelrum gjorde det lättare att ta emot besök eftersom ingen hänsyn behövdes ta till andra patienter. Genom att vårdas i isolering fick patienter en ökad insikt i sin situation och kunde se allvaret med MRSA (Newton et al., 2001).

### **Vårdmiljöns betydelse**

Patienters upplevelse av isoleringsvården påverkades av den omgivande vårdmiljön (Barratt et al., 2011b; Webber et al., 2012). Att ha en isoleringsskylt fick några patienter att uppleva sig själva som annorlunda (Madeo, 2001). Rummets utformning påverkade patientens upplevelse av isoleringen. Patienter som hade ett fönster med fin utsikt, gärna så de kunde se grönområden och solen, tyckte att det var lättare att stå ut med isoleringen (Barratt et al., 2011b; Skyman et al., 2010). Att ha dörren till vådrummet på glänt så att patienterna kunde se och höra folk i korridoren påverkade också upplevelsen och gjorde att patienterna kände sig mindre isolerade. Många nämnde också betydelsen av TV (Webber et al., 2012), radio och telefon (Barratt et al., 2011b) för att lättare kunna fördriva tiden och hålla kontakten med omvärlden.

## **PATIENTERS SYN PÅ MÖTET MED SJUKSKÖTERSKAN OCH ÖVRIG VÅRDPERSONAL**

### **Interaktionen mellan patient och vårdorganisation**

Mötet med sjukvårdspersonal har visat sig vara en viktig erfarenhet för alla patienter. Patienterna upplevde många gånger otillräckligt stöd från viss vårdpersonal och att de hade ett oprofessionellt beteende (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Många menade att behovet av daglig interaktion med vårdpersonal var viktigt (Webber et al., 2012). Ärlighet, tillit och förtroende mellan patient och personal var viktigt för en god erfarenhet (Rohde et al., 2012).

Patienterna uttryckte en lust och vilja av att förstå sin MRSA-situation och värderade noggrann information då den förbättrade deras kunskap och hjälpte dem att hantera situationen (Barratt et al., 2011b). Personal som gav noggrann och omfattande information ansågs vara en ovärderlig resurs. En vårdrelation som byggdes på ärlighet var en viktig mekanism som skapade förtroende och hjälpte människor att anpassa sig till MRSA-infektionen (Rohde et al., 2012). Vissa upplevde att personalen visade intresse för patienten med MRSA och ville lära sig mer medan andra viskade bakom deras rygg. De gånger patienterna upplevde sig nöjda med vårdrelationen var vid planerade besök då kontinuitet uppnåddes (Lindberg et al., 2009).

Personer som är bärare av MRSA har oftare kontakt med vården i samband med kontinuerliga tester. I kontakt med primärvård gjorde personalen ibland hembesök istället för att patienterna kom till vårdcentralen, vilket gjorde att patienterna upplevde förändringar i kontakt med vården. Patienterna anser att det krävs en öppenhet i kontakten med sjukvården. De uppgav också att de hade ett ofrivilligt ansvar att informera vårdpersonalen om sin kolonisering. Vissa kände sig tvungna att visa sitt bärarkort oberoende av deras tidigare testresultat och till följd av detta också berätta om sitt MRSA-bärarskap för alla varje gång de kom i kontakt med sjukvården (Lindberg et al., 2009).

Bärarkortet gjorde många patienter upprörda och utpekade eftersom en stor känsla av skam låg bakom irritationen. Andra hade en större acceptans för det och förstod att det var viktigt för att minska smittspridningen (Andersson et al., 2011). Vårdpersonalens attityder indikerade ett oprofessionellt beteende vilket fick patienterna att känna sig stigmatiserade. Några uttryckte att de inte fick vistas på akutmottagning eller i väntrum tillsammans med andra patienter (Skyman et al., 2010). Vissa var oroliga för att inte få den vård och behandling som skulle behövas om de skulle bli sjuka i framtiden (Andersson et al., 2011).

### **Bristande kunskap och följsamhet av rutiner**

Många patienter upplevde att det fanns en bristande kunskap om MRSA hos personalen (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006). Speciellt betonades kunskapsbrist gällande smittvägar och förebyggande åtgärder. En patient beskrev att vårdpersonalen trodde MRSA var en blodburen smitta och en annan patient beskrev hur en läkare sagt att han inte tänkte skaka hand med henne och att hon inte borde umgås med andra människor (Andersson et al., 2011). Många patienter tyckte att personalen behövde utbildning, men även patienter, familj och andra besökare (Webber et al., 2012).

Det förekom att vårdpersonal agerade olika i liknande vårdsituationer vilket orsakade dubbla budskap hos patienterna om hur allvarligt MRSA var. Att vara bärare av MRSA fick konsekvenser vid kontakt med olika vårdenheter. De upplevde att vården förändrades genom andra rutiner och restriktioner (Lindberg et al., 2009). Vårdpersonalen använde skyddsutrustning, vilket gjorde att patienterna kände sig smutsiga och orena (Madeo, 2001). Skyddsutrustningen skapade ett hinder för vården och en känsla av stigmatisering (Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012). En patient beskrev att vårdpersonalens skyddsutrustning såg ut som rymdkläder (Lindberg et al., 2009). Dock fanns det en medvetenhet från patienternas sida om betydelsen av handhygien och vikten av att använda skyddsutrustning. De reagerade på att detta inte alltid följdes av vårdpersonalen (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Skyman et al., 2010), vilket i sin tur gjorde att de drog slutsatser att de smittats av vårdpersonalen (Skyman et al., 2010). Även andra patienter har beskrivit hur de tror sig ha smittats av vårdpersonalen (Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012). Vårdpersonalen blev noggrannare med att följa de basala hygienrutinerna efter att MRSA-diagnos blivit konstaterad (Andersson et al., 2011). Patienterna blev förvirrade över varför viss personal inte följde isoleringspolicyn. Det ledde till frustration och ilska på personal och institutionen. Tveksamheter kring MRSA från personal och oföljsamhet av rutiner bidrog till att patienterna fick ett minskat förtroende och lade ibland skulden av MRSA på vården (Webber et al., 2012). MRSA ansågs inte vara så allvarligt eftersom vårdpersonalen inte alltid använde skyddsutrustning (Newton et al., 2001).

## **PATIENTERS UPPLEVELSE AV INFORMATIONS- OCH KUNSKAPSBEHOV**

### **Informationen och kunskapens betydelse**

Kunskapen kring MRSA varierade hos patienterna (Andersson et al., 2011; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Rohde et al., 2012). Hur allvarligt personerna såg på MRSA varierade också. En del upplevde inte MRSA som något farligt (Andersson et al., 2011; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) medan andra såg mer allvarligt på situationen (Newton et al., 2001). Vilken kunskap de hade varierade bland annat beroende på tidigare erfarenheter och om någon bekant i omgivningen drabbats (Barratt et al., 2011b; Madeo, 2001). Många beskriver att de fått bristande eller ingen information alls kring sin situation (Skyman et al.,

2010). Personal som svarade på patienters frågor och gav relevant information ansågs vara en resurs för patienterna (Rohde et al., 2012).

Många personer hade ingen kunskap om MRSA innan de blivit bärare, men många hade ett intresse av att lära sig mer om både själva bakterien och den praktiska hanteringen och vad det innebär att vara bärare av MRSA (Lindberg et al., 2009; Rohde et al., 2012). Vissa var nöjda med informationen de fick (Criddle et al., 2006; Skyman et al., 2010) och kände sig lugnare efter att fått svar på sina frågor (Barratt et al., 2011b; Lindberg et al., 2009). Andra upplevde att informationen som de fick av vårdpersonalen inte alltid täckte deras behov vilket gjorde dem förvirrade och gjorde det svårt att förstå vad MRSA skulle innebära (Criddle et al., 2006; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). Många personer förstod inte heller hur de smittats (Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010) eller hur tidsplanen från diagnos till "friskförklaring" såg ut (Newton et al., 2001). I studien av Criddle et al. (2006) uttryckte majoriteten att de fått bristande information kring sitt bärarskap av MRSA, en patient drog därför slutsatsen att det berodde på att personalen inte hade någon kunskap.

Flera uttryckte en önskan att förstå sin situation och värderade korrekt information som kunde förbättra deras kunskaper (Barratt et al., 2011b). När personerna fick frågan om vilken information de tyckte var värdefull att få önskade de information kring hur de blivit smittade av MRSA, vad MRSA är, hur det kan botas samt vad de kan förvänta sig. Många upplevde att sjukvårdens information var bristfällig gällande hur de skulle förhålla sig i det vardagliga livet och önskade därför mer av denna typ av information (Criddle et al., 2006). Att ha kunskap och förståelse kring försiktighetsåtgärder ansågs vara grundläggande för patientens upplevelse av MRSA (Barratt et al., 2011b). Innan patienterna kände sig trygga och fick förståelse för MRSA trodde många att näsblod, buksmärtor, benödem och onormala kaliumnivåer var åkommor som orsakats av MRSA (Criddle et al., 2006). Att ha kunskap kring sin diagnos gjorde det lättare att hantera sin situation. Det var lättare att förstå anledningen till varför de kontrollodlades och vissa blev noga med att rätt sorts antibiotika användes vid infektion (Rohde et al., 2012). Kontrollodling ansågs vara meningslöst eftersom vårdpersonal inte odlas på rutin, trots att de har en ökad risk för kolonisering (Lindberg et al., 2009). Några personer var optimistiska och trodde på att det skulle komma en ny behandling (Andersson et al., 2011).

### **Hur sker lärandet?**

Lärandet upplevdes vara ett avgörande steg för att få kunskap om MRSA. Vilken kunskap patienterna hade påverkade hur de anpassade sig till sitt bärarskap. Patienterna menade att de främst själva styr över sin inläring och att de får kunskap genom sina erfarenheter (Rohde et al., 2012). Patienter upplevde även att de kunde få kunskap och information om sin diagnos från vårdpersonal (Andersson et al., 2011; Rohde et al., 2012) och sociala nätverk. Familjen hade ibland en avgörande roll för hur personerna fick kunskap om MRSA (Rohde et al., 2012). Information och kunskap erhöles även från media (Andersson et al., 2011; Rohde et al., 2012). Media visade sig ibland ha en negativ effekt på patienternas upplevelse av MRSA då den förespråkade något annat i jämförelse med vad vårdpersonalen hade sagt (Criddle et al., 2006).

Informationen som patienterna fick från vårdpersonalen var både muntlig och skriftlig. Vissa ansåg att informationen var adekvat men också att den var otillräcklig och ytlig. Några upplevde att det gavs för mycket information på en och samma gång (Lindberg et

al., 2009; Webber et al., 2012) men även att olika information gavs beroende på vem som informerade dem (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Patienterna ansåg att de behövde kontinuerlig utbildning (Webber et al., 2012). Förutom att ange vilken typ av information och på vilket sätt den gavs betonade patienterna att tidpunkten för informationen var avgörande. Vissa kände sig ibland för sjuka för att kunna ta till sig informationen. Många patienter ansåg att det var en fördel att få information senare under sjukhusvistelsen, men även senare i sitt eget hem. En person uppgav sig inte ha några frågor kring MRSA förrän efter utskrivningen. Vid detta tillfälle visste hon dock inte var eller vem hon skulle kontakta (Criddle et al., 2006).

Vårdpersonalen utgjorde ofta grunden för lärandet och detta fick betydelse för patientens attityd till MRSA. Patienterna hade både positiva och negativa erfarenheter av hur tillmötesgående vårdpersonalen var, vilket ledde till att vissa patienter ibland gick miste om ett tillfälle att lära sig något. Att anpassa sig till sin nya situation och hitta egna strategier för att kunna hantera de motgångar som uppstår upplevdes ta tid. Erfarenheten av att leva med MRSA gjorde att några personer ville dela med sig av sina kunskaper och upplevelser. Detta ledde till att de började informera och utbilda andra kring allvaret av MRSA samtidigt som det blev en del i deras egen bearbetning (Rohde et al., 2012).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Detta arbete är en litteraturöversikt vilket är ett bra sätt att söka evidens och få en överblick över ett begränsat kunskapsområde (Friberg, 2012). För att belysa MRSA-bärares upplevelse av vården hade en empirisk studie med fördel kunnat genomföras. På grund av begränsad tid och rekommendationer från lärare utslöts detta. Eftersom uppsatsen mestadels innehåller kvalitativa studier, som syftar till att få en förståelse för en person och situationen den befinner sig i, kan ändå en översikt erhållas kring personers upplevelser. Detta anses vara en styrka med denna uppsats då kvalitativ forskning ger en djupare förståelse för ett fenomen (Segesten, 2012).

Det finns mycket forskning gjord kring MRSA, dock är det mesta som finns publicerat inom det medicinska perspektivet som innefattar bland annat behandling och prevention. Det var svårt och tidskrävande att hitta artiklar som belyste personers upplevelse av att vara bärare av MRSA. Efter att ett begränsat antal artiklar hittats i primärsökningen gjordes en sekundärsökning, vilket resulterade i att ytterligare en artikel hittades. Kanske utgjorde begränsade sökord i litteratursökningen eventuella bortfall av andra relevanta artiklar. Då deltagarna i artiklarna som använts i resultatet beskriver liknande upplevelser anses risken för att ny eller avvikande data inte skulle påverka resultatet nämnvärt.

Vanligtvis inkluderar inte kvalitativ forskning ett stort antal deltagare (Forsberg & Wengström, 2013). De kvalitativa studierna som används i resultatet har mellan 6-15 deltagare, medan de kvantitativa har 42 respektive 52 deltagare. Få deltagare innebär en ovisshet om det är representativt för en större population och påverkar generaliserbarheten. Kvantitativ forskning är lättare att genomföra på en större population och därför blir den också lättare att generalisera. De kvantitativa artiklarna i denna uppsats har relativt få deltagare och stora bortfall vilket påverkar studiernas generaliserbarhet (Forsberg & Wengström, 2013). Det är viktigt att veta att alla personers upplevelser är unika (Segesten, 2012). Kvalitativ forskning ska därför inte ses som det enda bevis utan kan användas som

vägledning för sjukvårdspersonal i det dagliga arbetet. Den ger oss en ökad förståelse för ett fenomen som kan hjälpa oss att förstå patienter i liknande situationer (Friberg, 2012).

Alla forskare som genomförde kvalitativa studier använde sig av intervju som datainsamlingsmetod. Detta ökar trovärdigheten för att få en bra beskrivning personers upplevelser med deras egna ord till skillnad från om enkäter skickats ut (Forsberg & Wengström, 2013). Många deltagare har också själva fått godkänna det transkriberade materialet vilket minskar risken för feltolkningar. Forskarna har använt sig av relevanta metoder för att analysera data som till exempel kvalitativ innehållsanalys, grounded theory och fenomenologi, vilka alla bidrar till en bättre förståelse för människors erfarenheter och upplevelser. Många artiklar är publicerade i omvårdnadstidskrifter och flera forskare är sjuksköterskor vilket kan ge artiklarna ett omvårdnadsperspektiv och utgör en styrka hos artiklarna samt ökar trovärdigheten i resultatet. En styrka med de kvantitativa studierna är att de har använt sig av standardiserade mätinstrument.

Två av studierna (Catalano et al., 2003; Tarzi et al., 2001) stack ut från mängden eftersom de var kvantitativa och huvudsakligen behandlade effekterna av att vårdas i isolering snarare än själva upplevelsen. I brist på andra relevanta artiklar beslutades ändå att använda studierna då de trots allt svarade på uppsatsens syfte. Artiklarna tillförde inte mycket data till uppsatsens resultat och hade antagligen valts att exkluderas om det funnits mer forskning tillgänglig. Ytterligare faktorer som tyder på lite forskning inom området är att författarna refererar till varandras studier. Att artiklarna refereras om och om igen kan tyda på att det finns för lite forskning och att författarna väljer att referera till dem i brist på annan forskning. Men att forskare refererar till en tidigare studie kan också tyda på att den är gjord på ett tillförlitligt sätt och bidrar med ett viktigt resultat (Östlundh, 2012). En orsak till att det inte finns mycket studier gjorda kring ämnet kan bero på att MRSA är något som uppmärksammas mer på senare år. Sex av de elva artiklar som ingår i resultatet har gjorts under de senaste fem åren, vilket kan vara ett tecken på att forskningen börjar gå framåt. Hade det funnits fler studier inom ämnet hade vi troligtvis kunnat specificera sökningen och haft andra inklusions- och exklusionskriterier. Äldre studier hade möjligtvis kunnat bytas ut mot nyare. Fem artiklar var producerade mellan 2001-2006 vilket gjorde att vi reflekterade över att resultaten i de "gamla" och "nya" studierna kunde skilja sig åt. Efter att ha bearbetat de olika studierna hittades inte några större skillnader mellan dem.

En styrka med denna uppsats är att tio av de elva artiklar som används i resultatet är etiskt godkända. I vissa studier är deltagarna ineliggande på sjukhus (Barratt et al., 2011b; Catalano et al., 2003; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Tarzi et al., 2001; Webber et al., 2012) vilket gör att det kan finnas en risk att de inte vågar uttrycka vad de egentligen tycker eftersom de är rädda för att deras vård och behandling ska påverkas negativt. Detta kan leda till att viktig data faller bort. I andra studier blev personerna kontaktade efter utskrivning från sjukhuset (Criddle et al., 2006; Skyman et al., 2010) eller då de varit i kontakt med öppenvården (Andersson et al., 2011; Rohde et al., 2012), vilket ur ett etiskt perspektiv kan anses vara mer riktigt. Hur deltagare rekryteras till studier kan påverka resultatet (Forsberg & Wengström, 2013). Madeo (2001), Newton et al. (2001) och Webber et al. (2012) beskriver inte hur urvalet har genomförts. I de flesta kvalitativa studierna har sjuksköterskor eller forskare valt ut möjliga deltagare medan i en studie (Rohde et al., 2012) har deltagarna själva fått anmäla sitt intresse för att medverka. I Skymans et al. (2010) studie valdes deltagare ut som hade en positiv inställning. Att själv få anmäla sig till en studie, som deltagarna gjorde i Rohde et al. (2012) kan medföra att

alla inte har samma förutsättningar att kunna delta. De finns en risk att de som anmäler sig kan vara drivna personer som vill framföra sina åsikter vilket kan påverka resultatet. Andra som mår dåligt eller är mindre drivna kan falla bort från urvalet, vilket kan leda till att forskarna går miste om viktiga upplevelser. Att erbjuda deltagarna en ekonomisk kompensation för medverkan kan också påverka en studies resultat eftersom risken finns att de deltar enbart på grund av pengarna. Detta gjordes i studien av Rohde et al. (2012).

Lika för alla studier är att deltagarna har en jämn fördelning av män och kvinnor i spridda åldrar. Detta ökar trovärdigheten att resultatet är generaliserbart och kan användas som vägledning i möten med alla MRSA-bärare, oavsett ålder eller kön. Studierna som analyserats undersökte personer som antingen var MRSA-koloniserade (Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012), MRSA-infekterade (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Newton et al., 2001; Rohde et al., 2012; Skyman et al., 2010) eller innehöll båda grupperna (Catalano et al., 2003; Tarzi et al., 2001). Med tanke på att MRSA-kolonisation inte yttrar sig med några symtom eller tecken kan det medföra skillnader i resultatet. Deltagarna i de olika studierna hade olika vårdbehov med olika grundsjukdomar vilket kan ha påverkat upplevelsen och vården. Vilken aktivitetsnivå patienten har kan också påverkat upplevelsen. En sängliggande och en uppegående patient upplever antagligen isoleringen olika på grund av deras olika förutsättningar.

Under analysen upptäcktes svårigheter att skilja resultatens olika delar då de ofta överlappar och påverkar varandra. Detta gjorde det svårt att formulera olika teman eftersom det inte fanns några uppenbara delar. Eftersom att allt hänger ihop hade troligtvis andra teman kunnat användas som beskrivit resultatet lika bra. Med detta som grund anser vi att det underlättar om texten läses och tolkas som en helhet. För att få en ökad förståelse och undvika frågetecken kring hur resultatets teman arbetats fram gjordes en tematabell (tabell 2). Valet av tabellen baserades på en önskan att få in patienternas egna ord av sina upplevelser. Patienters egna citat valdes att utslutas i resultatet. Många citat hade behövts användas för att belysa upplevelserna på rätt sätt vilket kunde gjort texten splittrad. Att referera istället för att citera kan göra att texten blir mer lättläst (Göteborgs universitetsbibliotek, 2013). Hade citeringar använts hade vissa resultat dock kunnat bli mer konkreta för läsaren.

MRSA är ett globalt problem som ökar världen över. En styrka med uppsatsen är att studierna är spridda över tre olika världsdelar, fyra från Storbritannien, tre från Sverige, två från USA, en från Nya Zeeland och en från Kanada. Sjukvården ser olika ut beroende på var i världen man befinner sig och kan skilja sig åt vad gäller olika rutiner, restriktioner och försiktighetsåtgärder. Vi vet hur vård och isolering i Sverige fungerar och är utformad, däremot är vi inte insatta i hur det ser ut i resten av världen. Eftersom studierna är gjorda i olika länder där förekomsten av MRSA och rutiner skiljer sig åt kan detta ha påverkat resultatet. Artiklarna har också olika fokus i sina syften, vissa koncentrerar sig mer på det vardagliga livet eller isoleringen, men alla beskriver upplevelsen av att vara bärare MRSA och hur kontakten med sjukvården påverkas på olika sätt. Eftersom studierna har olika infallsvinklar och innehåller olika syften blev resultatets delar spridda men gjorde att en övergripande bild kunde belysas. Hade enbart artiklar kring till exempel vård i isolering använts hade ett mer specifikt och ingående resultat kunnat uppnås.



## RESULTATDISKUSSION

### Lidandets olika dimensioner

Resultatet visar att upplevelsen av att vara MRSA-bärare över lag innebär en negativ upplevelse. MRSA orsakar ett lidande för patienter på flera olika plan. Precis som Eriksson (1994) skriver så visar resultatet att lidandet hos MRSA-bärare kan ses utifrån tre olika perspektiv; sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Att MRSA bidrar till ett sjukdomslidande kan ses då det framkallar en rad känslomässiga upplevelser. Känslan av att vara smittsam är central vilket får stora konsekvenser för patienterna och framkallar en mängd olika känslor. Att känna sig smutsig (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Skyman et al., 2010;) orolig och ångestfylld (Andersson et al., 2011; Rohde et al., 2012; Skyman et al., 2010) är känslor som påverkar patienterna negativt. MRSA får ofta konsekvenser i personernas vardagliga liv (Mozzillo et al., 2010). Detta är även något som framkommer i resultatet och bidrar till att de upplever ett livslidande. När personerna är i kontakt med sjukvården upplever de ofta även ett vårdlidande. Vårdlidandet beskrivs bero på olika saker. De patienter som blivit smittade av MRSA på sjukhus och fått en vårdrelaterad infektion, det vill säga en vårdskada, upplever ett lidande orsakat av vården. Detta kan vara en direkt konsekvens av vårdpersonalens bristande kunskap och följsamhet av rutiner och innebär ett lidande som helt skulle kunna undvikas. Resultatet visar att patienter upplever att vårdpersonal är rädda för att själva smittas och att de har bristande kunskap kring omhändertagande av smittsamma personer. Detta leder till att patienter särbehandlas vilket i sin tur leder till att personernas värdighet kränks (Skyman et al., 2010). Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att lindra och bekräfta lidandet. För att främja god vård och minska patientens lidande ska sjuksköterskan eliminera och förebygga lidandet (Wiklund, 2009). I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan ska ha förmåga att *”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder”* (s. 11). Lidandet kan lindras och förebyggas genom tröst och som sjuksköterska behöver man därför uppmärksamma när detta är möjligt (Eriksson, 1994). En god vårdrelation där vården var kontinuerlig och väl planerad minskade patienternas lidande (Lindberg et al., 2009), vilket med fördel bör eftersträvas.

### Lika vård på lika villkor

Trots att alla människor enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska ha rätt till lika vård på lika villkor upplevs detta inte alltid av de som är i kontakt med vården. Resultatet visar att patienter som är bärare av MRSA upplever att de blir annorlunda behandlade och att vården många gånger påverkas till det sämre. Avgörande för patientens upplevelse av isolering är hur sjuksköterskan behandlar och bemöter individen samt hur omvårdnaden kommer till uttryck. Resultatet visar även att rätten till självbestämmande påverkas (Barratt et al., 2011b). Självbestämmande är enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) grundläggande för all vård och behandling. Detta är något som kan främjas genom att skapa delaktighet hos patienterna. Delaktighet möjliggörs genom att informera och hjälpa patienterna att få en ökad kunskap (Öhrn, 2009). Resultatet visar att patienter som vårdas i isolering inte alltid förstår anledningen till detta (Newton et al., 2001), vilket ibland berodde på att de inte fått någon information om den (Criddle et al., 2006; Skyman et al., 2010). Trots att det krävs snabba åtgärder vid misstanke om MRSA (Melhus, 2013) finns det alltid tid att informera patienten om vad som är på väg att hända. Lindahl et al. (2009) skriver att patienter som är förberedda för isolering förhåller sig lättare till situationen, vilket innebär att förberedande information kan vara ett sätt att

minska isoleringens negativa effekter. Det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att informera väl och stötta från början för att undvika att utsätta personen för ett onödigt lidande. Troligtvis kommer både patient och sjuksköterska vinna på detta i längden.

Att patienter som bär på MRSA har erfarenhet av att bli annorlunda behandlade förtydligar Anna Enlöf och Therese Haggren, infektionssjuksköterskor på Östra Sjukhuset i Göteborg (personlig kommunikation, 13 februari 2014). De förstärker det som patienterna i studien av Webber et al. (2012) upplevde och menar att de som flyttas för vård på en infektionsklinik inte får samma tillgång och möjlighet till vård för sin grundsjukdom som de kunnat få på en specialistavdelning. Infektionssjuksköterskorna tryckte starkt på att medvetenheten av särbehandlingen inte berodde på personalens vårdande utan organisationens rutiner. Optimalt hade varit om patienter fick bästa möjliga vård på en specialiserad vårdenhet med tillgång till resurser för att behandla huvuddiagnosen. Detta kanske praktiskt taget inte går att följa då isoleringsmöjligheter och bemanning kan vara begränsad utanför isoleringsenheten. Bristande resurser kan leda till att MRSA sprids på avdelningarna, vilket kan resultera i ett ökat lidande hos patienter men även ökade kostnader och längre vårdtider för hälso- och sjukvården. Som rutinerna ser ut idag så bör MRSA-patienter vårdas i isolering för att minska smittspridning (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2011). Att vårdas i isolering innebär förändrade rutiner och patienterna kommer att bli annorlunda vårdade jämfört med de som inte bär på en smittsam bakterie. Den stora utmaningen är att inte låta rutiner påverka tillgången och kvaliteten på vården. Vi anser, precis som Skymans et al. (2010) slutsats att vårdens kvalitet inte får minska på grund av vård i isolering. Med detta som grund kommer vårdpersonal ställas inför etiska dilemman då vård inte alltid kan ges på lika villkor till alla personer.

### **Vikten av individanpassad information**

Att få veta att man har MRSA och att behöva vårdas i isolering beskrivs som en traumatisk upplevelse (Madeo, 2001). Patienter påstod att de inte fått någon information alls angående MRSA, vilket är värt att poängtera. I litteraturen beskrivs hur patienter ofta är missnöjda över obegriplig eller otillräcklig information (Klang Söderkvist, 2013). I det chocktillstånd som patienten kan befinna sig i kan det vara svårt att förstå den information som ges (Ericson & Ericson, 2012). Patienter som vårdas för MRSA i Sverige ska få information om sitt bärarskap från ansvarig läkare och informationen ska ges både muntligt och skriftligt (Socialstyrelsen, 2010). Även i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) står det att patienter ska få individuellt anpassad information. Hur riktlinjer ser ut i andra länder angående information är oklart men frågan är om dessa patienter ändå faktiskt har fått information men att de inte tagit den till sig. Enligt Socialstyrelsen (2005) har sjuksköterskan ett ansvar att försäkra sig att informationen som ges, förstås av mottagaren. Men hur ska man som sjuksköterska försäkra sig om att patienten verkligen förstår innebörden av informationen? Det är nog inte alltid informationens innehåll som brister utan istället hur informationen framförs och omvandlas till kunskap. Resultatet visar att vissa patienter upplevde att de fick för mycket information på en och samma gång (Lindberg et al. 2009; Webber et al., 2012) och att informationen gavs vid fel tidpunkt (Criddle et al., 2006). Detta ställer stora krav på sjuksköterskan att kunna individanpassa informationen och använda sig av olika pedagogiska strategier utifrån varje situation (Tingström, 2009). För att få bästa utbytet av informationen krävs en aktiv samverkan, det vill säga att patienten involveras och att kunskapsnivån anpassas efter individens behov. Det kan vara lätt att ge ut en broschyr till patienterna, men det kan vara mer tidskrävande för sjuksköterskan att få patienten att förstå innebörden. Patienten bör få utrymme för att

läsa in och smälta information som getts eftersom kunskap byggs upp under tid. Det är dock viktigt att avsätta tid för uppföljning vilket kan vara ett bra sätt för sjuksköterskan att försäkra sig om att patienten förstår informationen (Klang Söderkvist, 2013).

### **Kunskapsbrist hos både personal och patient**

Resultatet visar att patienter upplevde att det finns en kunskapsbrist kring MRSA hos vårdpersonal (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Webber et al., 2012). Att vårdpersonal har varierande och ofta bristande kunskap bekräftas i studier där personalens kunskap om MRSA undersökts (Easton et al., 2007; Lindberg et al., 2011 Phillips et al., 2010). Flera personer beskrev att de hade svårt att förstå vad MRSA är för något, vilket kanske inte är så konstigt om inte ens personal förstår skillnaden mellan infektion och kolonisation (Philips et al., 2010). Personalens förhållningssätt påverkar också hur patienterna förhåller sig till sin MRSA-diagnos. För att patienten ska följa sina förhållningsregler krävs att personal agerar professionellt och som förebilder. För att patienter ska kunna få tillräcklig information behöver först och främst vårdpersonal den kunskap som krävs för att kunna lära ut till andra. Bristande kunskap är oftast en bidragande orsak till varför en människa orsakar lidande hos en annan människa (Eriksson, 1994). Ökad förståelse och djupare kunskap om MRSA bland vårdpersonal ökar förutsättningarna för att en god vård ska kunna ges till patienterna.

Många patienter som bär på MRSA vet inte hur de blivit smittade (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010) och därför lade många skulden på sjukvården (Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Att vårdpersonal orsakat smittspridning är också mycket möjligt eftersom bristande följsamhet av hygienrutiner förekommer ute i verksamheterna. Att patienterna inte vet varför de blivit smittade kan grunda sig i dålig kunskap kring MRSA hos vårdpersonalen som i sin tur bidragit till att de inte kunnat informera patienterna på ett optimalt sätt. Trots detta ansåg många att vårdpersonalens information lade grunden för lärandet (Rohde et al., 2012). Utöver vårdpersonalens information erhöll patienterna också kunskap om MRSA från media och internet. Media, som en alternativ kunskapskälla, har visat sig ha både negativa och positiva konsekvenser i resultatet. Criddle et al. (2006) beskriver patienternas förvirring av media, medan Rohde et al. (2012) framhäver media som en god källa till kunskap. I dagens samhälle finns det mycket information att tillgå på internet, jämförelsevis med vad som fanns tillgängligt för 15 år sedan. Detta möjliggör för patienter att själva söka svar på obesvarade frågor. Troligtvis kan patienternas medvetenhet om sin sjukdom samt tidigare kunskaper och erfarenheter vara avgörande för hur personen förhåller sig till den information som ges ut i media. Negativa upplevelser av detta kan göra att patienterna blir otrygga, osäkra och får en sämre tillit till vården. Använder patienterna sig av alternativa informationskällor är det viktigt att de är tillförlitliga. I resultatet framkom det att vissa patienter, 4 år efter utskrivning fortfarande har frågor angående MRSA (Skyman et al. 2010), vilket tyder på bristande information på sjukhuset eller ovetskap om var de ska vända sig för att få svar på sina frågor. Det är viktigt som sjuksköterska att berätta för patienten vart denne kan vända sig efter utskrivning. En öppen relation och att känna förtroende för vården är viktigt för att patienten ska kunna få stöd och känna tillit.

Rädsla för att smitta andra personer i sin omgivning är också något många beskriver. En del jämför upplevelsen som MRSA-bärare med att vara HIV-smittad. När HIV hade sitt genombrott hade många människor dålig kunskap och behandlade dessa personer annorlunda. I dagens samhälle upplever vi att det finns en ökad medvetenhet kring HIV

och dess smittrisk. Att jämföra MRSA med HIV tyder på en stor rädsla och osäkerhet hos patienterna. Studier (Barratt et al., 2011b; Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Webber et al. 2012) visar på att personal använder skyddsutrustning som inte alltid behövs vid kontaktsmitta. Patienterna upplevde att skyddsdräkterna som personalen bar ser ut som rymddräkter. Detta kan tyda på att personalen ibland använder sig av utrustning utöver de rekommendationer som finns (SOSFS 2007:19), vilket kan visa på att personal överdrivet skyddar sig själva från att bli smittade. Dessa skyddsåtgärder gör inte att patienternas känsla av vara smittsam och kränkt minskar utan snarare orsakar upplevelser av stigmatisering, som i många fall är helt onödigt.

Förekomsten av MRSA är fortfarande liten i Sverige (Ericson & Ericson, 2009). Det kan vara en anledning till varför vårdpersonal och samhällets befolkning har liten kunskap om MRSA. Om förekomsten varit betydligt större hade antagligen fler varit i kontakt med MRSA och därmed haft mer kunskap om det. Personal som mött patienter med MRSA har ofta en större kunskap än de som är oerfarna (Mamhidir et al., 2010). Vid mötet med en patient som bär på MRSA bör man som sjuksköterska vara professionell i sin yrkesroll. Vid bristande kunskap krävs det att man tar reda på vilka rutiner och riktlinjer det är som gäller för sedan kunna följa dem (Socialstyrelsen, 2005). Förhoppningsvis bidrar varje möte med en drivkraft till att vilja lära sig mer. Än är MRSA ett främmande område för ett stort antal inom vården, vilket gör att de inte följer rutiner i den utsträckning som rekommenderas. Patienter beskrev själva hur personalen inte alltid följde rutiner och baserar detta på okunskap (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Det krävs tydliga riktlinjer och rutiner för varje avdelning och personalen måste veta om att och var de finns någonstans när vården kräver dem. Det finns smittsamma bakterier överallt inom vården som behöver omhändertas på olika sätt för att förhindra smittspridning. Som sjuksköterska kan man inte kunna allt men man bör veta var information finns och vart man kan vända sig för att få sina frågor besvarade. Det är bättre att fråga kompetent personal inom området än att chansa och riskera patientsäkerheten, vilket infektionssjuksköterskorna på Östra Sjukhuset håller med om (personlig kommunikation, 13 februari 2014).

### **Att förhindra smittspridning – en utmaning för framtiden**

Idag finns ingen internationell överenskommelse för vilka rutiner och åtgärder som är mest effektiva för att bekämpa MRSA, bortsett från tillämpningen av basala hygienrutiner (Socialstyrelsen, 2007). Innan år 2010 fanns det heller ingen gemensam handlingsplan för patienter med MRSA i Sverige. Att det nu finns en utarbetad handlingsplan tyder på att det sker en utveckling inom området och att alla personer ska ha samma förutsättningar för lika behandling var i landet man än befinner sig. Så länge förekomsten av MRSA är låg i Sverige finns det relativt goda resurser för att ta hand om de aktuella fallen.

Att förhindra smittspridning i framtiden är en stor utmaning för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan förhindra och förebygga smittspridning. Litteraturen säger att majoriteten av vårdpersonalen är medvetna om betydelsen av en god hygien, men att det ändå inte alltid följs (Lindahl et al., 2009). Även patienter beskrivs vara medvetna om betydelsen av handhygien. Detta gjorde att de upplevde att personalen inte alltid följde de basala hygienrutinerna (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011b; Skyman et al., 2010). Att personal inte följer rutiner kan leda till en osäkerhet och rädsla hos patienterna eftersom de uppmärksammar riskerna med att bli smittad eller att smitta

andra. Basala hygienrutiner är en enkel, effektiv och ytterst viktig förebyggande åtgärd för att förhindra smittspridning. Frågan är varför rutinerna inte alltid följs. Beror det på lathet, stress eller förstår man inte hur viktigt det är? Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården måste ta ett personligt ansvar för att vara noga med att basala hygienrutiner alltid följs.

Trots att MRSA länge varit orsak till "sjukhussjukan" smittas allt fler personer av MRSA ute i samhället (STRAMA, 2010). Personer kan idag avskrivas sitt bärarskap enligt Socialstyrelsen (2010). Detta kan anses vara positivt då många personer antagligen kommer känna sig friskare då de blir fria från sin diagnos. Nackdelen med att personer avskrivs MRSA är risken att personer kan få tillbaka sitt bärarskap vid förekommande riskfaktorer eller sjukhusvård och inte uppmärksammar detta. Anledningen till att man kan få tillbaka bärarskapet av MRSA beror ibland på att bakterien inte alltid försvinner helt trots negativa MRSA-prov. Vid bärarskap kan antalet bakterier på huden vara så få att det inte uppmärksammas vid en provtagning (Socialstyrelsen, 2010). Det finns en risk att personer som blivit avskrivna sitt bärarskap inte är medvetna om att de återigen är smittsamma och därmed inte är lika noga med hygien och försiktighetsåtgärder. Detta kan leda till att smittspridningen ökar bland människor ute i samhället. Eftersom de som blivit avskrivna sitt bärarskap inte längre enligt lag, trots att det rekommenderas, är skyldiga att berätta för vårdgivare om tidigare bärarskap kan det utgöra en risk för att smittspridning sker i kontakt med sjukvård då bärarskap inte uppmärksammas.

Infektionsläkaren Carin Gebäck (personlig kommunikation, 17 januari 2012) menar att resistenta bakterier har funnits under en lång tid och orsaken till att de ökar är tillförseln av antibiotika i kött, frukt och grönsaker, rester av antibiotika i natur och vatten och framförallt förekomsten inom sjukvården. Detta utgör en stor grogrund för antibiotikaresistens. Resistenta bakterier innebär att det finns mindre möjlighet till behandling, som i sin tur kan innebära längre vårdtider, ökade kostnader för sjukvården och ökad sjuklighet och dödlighet (Jones, 2010). Med tanke på den drastiska ökningen av MRSA både ute i världen, men även i Sverige, bör vi uppmärksamma problemet så att inte ytterligare folkhälsoproblem skapas. I vissa delar av världen, bland annat i USA, har vissa fall av Vancomycinresistenta *S. Aureus*, så kallade VRSA, upptäckts. Hittills har inga sådana fall upptäckts i Sverige (E. Skyman, personlig kommunikation, 10 mars 2014; Ericson & Ericson, 2010; Socialstyrelsen, 2006). Infektionssjuksköterskorna på Östra Sjukhuset menar också att det inte längre är ovanligt att personer bär på flera olika sorters multiresistenta bakterier samtidigt, vilket utgör ett komplext problem då bakterierna är känsliga för olika antibiotika (personlig kommunikation, 13 februari 2014). Genom att följa basala hygienrutiner, ha god kunskap och förmedla viktig information kan MRSA förhoppningsvis hållas på en kontrollerad nivå, eller till och med minskas.

## **SLUTSATS**

Personer upplever att vården påverkas av deras MRSA-diagnos. Bristande kunskap och oprofessionellt bemötande hos vårdpersonal gör att vårdkvaliteten påverkas negativt. Vårdpersonal är en grundläggande faktor för att patienterna ska få stöd och kunskap om sin sjukdom. Patienter som är bärare av MRSA och som vårdas på sjukhus i någon form av isolering behöver information för att kunna förstå och hantera sin situation. Vad, när och hur information ges påverkar patienternas förmåga att ta till sig kunskapen. Patienterna behöver också information för att kunna förhålla sig till det vardagliga livet så att MRSA inte blir ett hinder för sociala aktiviteter. Sjuksköterskor måste eliminera, förebygga och

lindra lidandet. För att förhindra att patienter utsätts för ett onödigt lidande relaterat till MRSA behöver en strikt följsamhet av basala hygienrutiner följas. För att patienterna ska få bästa tänkbara vård ställs det krav på att sjuksköterskor har kunskap och förståelse om MRSA, men även ser på personen som helhet och anpassar omvårdnaden efter individens unika behov.

### **FRAMTIDA FORSKNING**

Med tanke på att MRSA är ett växande problem världen över anser vi att det behövs mer forskning inom området. Vi ser betydelsen av ytterligare forskning kring patienters upplevelse av att vara MRSA-bärare då studier inom ämnet i dagsläget är begränsat och populationerna som undersökts är relativt små. Den forskning som är gjord idag baseras på höginkomstländer och därför hade det även varit intressant att se hur MRSA upplevs i länder där vården inte är fullt lika utvecklad. Även kvalitativ forskning kring vårdpersonalens bemötande och att vara närstående till en MRSA-bärare skulle vara intressant och kunna bidra till ökad förståelse.

### **KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR VÅRDEN**

Det behövs mer kunskap om MRSA i hälso- och sjukvården och inga stora resurser behöver användas för att personer med MRSA ska uppleva en förbättring av vården. För att säkerställa vårdkvaliteten och främja en god vårderfarenhet behöver sjuksköterskan skapa en vårdrelation med patienten som speglas av empati, tillit och trygghet. Patienterna behöver kunna lita på att personalen vet vad de gör och känna sig trygga i hur de blir omhändertagna. Osäkerhet hos personal påverkar hur patienterna förhåller sig till MRSA. För att en person som bär på MRSA ska kunna förhålla sig till sin situation, både i kontakt med vården och i det dagliga livet, behöver de stöd och information. Informationen bör vara både muntligt och skriftlig och kan även behöva upprepas vid ett flertal tillfällen. Det är viktigt att informationen anpassas efter patientens unika förutsättningar och behov. Information och utbildning behövs för att livet inte ska förändras mer än nödvändigt och även närstående bör inkluderas. För att kunna informera och utbilda patienter behöver vårdpersonal själva ha kunskap om MRSA och därför är det viktigt att vårdpersonal erbjuds utbildning.

Tydliga riktlinjer och rutiner behövs för att kontinuitet i omhändertagandet ska uppnås oberoende av vem som arbetar. För att de ska vara till nytta behöver personal också vara medvetna om att riktlinjerna existerar och var de finns att tillgå. För att förbättra vården för MRSA-bärare kan små förbättringsarbeten genomföras, vilket visat sig ha effekt i en studie (Webber et al., 2012). Det skulle kunna innebära att relativt enkla åtgärder tillämpas som exempelvis att anpassa vårdmiljön för den som vårdas i isolering. En god vårdmiljö kan främjas genom tillgänglighet till TV och telefon. Även rummets uppbyggnad och estetik behöver vara i åtanke. Att säkerställa tillgängligheten av informationsbroschyrer, informationslänkar på organisationers hemsidor samt erbjuda utbildningstillfällen för intresserade är också åtgärder som skulle kunna minska missförstånd och öka kunskapen samt främja ett gott bemötande av MRSA-bärare. Vidare behövs det även en ökad kunskap om MRSA ute i samhället så att stigmatisering kan undvikas. Den ökade kunskapen i samhället kan bidra till en ökad försiktighet och minska smittspridning både i samhället och på sjukhus.

## REFERENSER

Artiklarna som används i resultatet är i referenslistan märkta med en asterix (\*).

- Andersson, H., Kalin, M., Fossum, B., Lindholm, C., & Örtqvist, A. (2009). Are MRSA-patients more contagious in some counties than others? *Läkartidningen*, 106(7), 412.
- \* 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
- Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2011a). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193. doi:10.5172/conu.2011.180
- \* Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2011b). Behind barriers: Patients' perceptions of source isolation for methicillin-resistant 'staphylococcus aureus' (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, the, 28(2), 53-59.
- \* Catalano, G., Skelton, D. N., Laliotis, G. J., Houston, S. H., Catalano, M. C., Butera, A. S., ... Duss, C. V. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *Southern Medical Journal*, 96(2), 141-145. doi:10.1097/01.SMJ.0000050683.36014.2E
- \* Criddle, P., & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant staphylococcus aureus. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28. doi:10.1177/14690446060070020701
- Easton, P., Sarma, A., Williams, F., Marwick, C., Phillips, G., & Nathwani, D. (2007). Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *Journal Of Hospital Infection*, 66(1), 29-33.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. Stockholm: Liber.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Folkhälsomyndigheten. (2014a). *Sjukdomsinformation om meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2014-01-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/sjukdomar/smittsammasjukdomarochsmittamnen/mrsa>
- Folkhälsomyndigheten. (2014b). *Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2014-01-30, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik->

[och-undersokningar/sjukdomsstatistik/meticillinresistent-gula-stafylokokker-mrsa/#exp](#)

- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144 ). Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs universitetsbibliotek. (2013). *Citat och referat*. Hämtad 2014-02-25, från <http://www.ub.gu.se/skriva/citera/>
- Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. *Nursing Times*, 106(36), 14-16.
- Klang Söderkvist, B. (2013). Information - undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s .51-71). Lund: Studentlitteratur
- Lindahl, B., Skyman, E., & Fryklund, B. (2009). Kroppen, kroppslig vård och hygien. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 648-675). Lund: Studentlitteratur.
- \* Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B. (2009). Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation. *Journal Of Hospital Infection*, 73(3), 271-277. doi:10.1016/j.jhin.2009.07.002
- Lindberg, M., Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2011). Attitudes toward patients with multidrug-resistant bacteria: scale development and psychometric evaluation. *Journal Of Infection Prevention*, 12(5), 196-203. doi:10.1177/1757177411411122
- \* Madeo, M. (2001). Understanding the MRSA experience. *Nursing Times*, 97(30), 36- 37.
- Mamhidir, A., Lindberg, M., Larsson, R., Fläckman, B., & Engström, M. (2011). Deficient knowledge of multidrug-resistant bacteria and preventive hygiene measures among primary healthcare personnel. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(4), 756- 762. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05533.x
- Melhus, Å. (2013). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Mozzillo, K., Ortiz, N., & Miller, L. (2010). Patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection: twenty-first century lepers. *Journal Of Hospital Infection*, 75(2), 132-134. doi:10.1016/j.jhin.2009.10.031
- \* 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. doi:10.1053/jhin.2001.1019



- Nationalencyklopedin. (2014a). *Stämplingsteori*. Hämtad 2014-02-21, från <http://www.ne.se/stämplingsteori>
- Nationalencyklopedin. (2014b). *Stigma*. Hämtad 2014-02-21, från <http://www.ne.se/lang/stigma/315452>
- Nationalencyklopedin. (2014c). *Isolering*. Hämtad 2014-01-21, från [http://www.ne.se/lang/isolering/213940?i\\_h\\_word=isolering%20MRSA](http://www.ne.se/lang/isolering/213940?i_h_word=isolering%20MRSA)
- Nationalencyklopedin. (2014d). *Patient*. Hämtad 2014-02-25, från <http://www.ne.se/lang/patient>
- Phillips, P. S., Golagani, A. K., Malik, A., & Payne, F. B. (2010). A staff questionnaire study of MRSA infection on ENT and general surgical wards. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 267(9), 1455-1459. doi:10.1007/s00405-010-1221-3
- \* Rohde, R. E., & Ross-Gordon, J. (2012). MRSA model of learning and adaptation: A qualitative study among the general public. *BMC Health Services Research*, 12(1), 88-88. doi:10.1186/1472-6963-12-88
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2011). *Handlingsplan vid MRSA*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hämtad 2014-02-18, från <http://www.laboratoriemedicin.com/sv/SU/Omraden/4/Verksamhetsomraden/Laboratoriemedicin/Vardhygien/Multiresistenta-bakterier-MRB/mrsa/>
- Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet: Stockholm.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Socialdepartementet: Stockholm.
- SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Socialdepartementet: Stockholm.
- \* Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-01-22, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner - Ett kunskapsunderlag*. Hämtad 2014-01-16, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12\\_200612312.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf)
- Socialstyrelsen. (2007). *MRSA hos personal inom vård och omsorg - Ett kunskapsunderlag*. Hämtad 2014-01-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/sjukdomar/smittsammasjukdomarochsmittamnen/mrsa>

- Socialstyrelsen. (2010). *Meticillinresistent staphylococcus aureus (MRSA) - Rekommendationer för bedömning av bärarskap och smittrisk*. Hämtad 2014-01-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-19>
- SOSFS 2007:19. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- STRAMA. (2010). *MRSA i samhället*. Hämtad 2014-02-17, från <http://www.strama.se/uploads/docs/MRSA%20i%20samhalllet%20%20juni%202010%20Strama%20dok.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-02-12, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Vara-publikationer/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- \* Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant staphylococcus aureus: Psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *The Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254. doi:10.1053/jhin.2001.1098
- Tingström, P. (2009). Information och utbildning. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 65-92). Lund: Studentlitteratur.
- Vårdhandboken. (2013). *Multiresistenta bakterier - Spridning i vården*. Hämtad 2014-01-22, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Multiresistenta-bakterier/Spridning-i-varden/>
- Vårdhygien/Smittskyddsenheten. (2012). *MRSA information till patienter och närstående*. Hämtad 2014-02-18, från <http://www.laboratoriemedicin.com/sv/SU/Omraden/4/Verksamhetsomraden/Laboratoriemedicin/Vardhygien/Patientinformation1/>
- \* 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: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 37(1), 43.
- Wiklund, L. (2009). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 295- 325). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2013). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 193-200). Stockholm: Liber.
- Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 371-401). Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA I. ARTIKELPRESENTATION

---

<b>TITEL:</b>	MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences
<b>FÖRFATTARE:</b>	Andersson, H., Lindholm, C., och Fossum, B.
<b>TIDSKRIFT:</b>	International Nursing Review
<b>ÅRTAL OCH LAND:</b>	2011, Sverige.
<b>SYFTE:</b>	Att klargöra och beskriva patienters kunskap, uppfattning och erfarenhet av att vara MRSA-positiv.
<b>METOD:</b>	Kvalitativ innehållsanalys med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna valdes genom ett strategiskt urval gjort av forskaren. 15 personer som haft eller hade MRSA-infekterade sår deltog i studien (21 % bortfall), sju män och åtta kvinnor i åldrarna 21-90 år.
<b>RESULTAT:</b>	Studien visar att det finns bristande kunskap kring MRSA både hos patienter och personal. Okunskap ledde till onödiga missförstånd som orsakade rädsla, social isolering och lidande hos patienten. Patienterna upplevde sig stigmatiserade, smutsiga och att de var ett hot mot sin omgivande miljö. Vissa upplevde sig begränsade i sin vardag.
<b>ETISKT GODKÄND:</b>	Ja
<b>ANTAL REFERENSER:</b>	36

---

<b>TITEL:</b>	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
<b>FÖRFATTARE:</b>	Barratt, R., Shaban, R., och Moyle, W.
<b>TIDSKRIFT:</b>	Australian Journal of Advanced Nursing
<b>ÅRTAL OCH LAND:</b>	2011, Nya Zeeland
<b>SYFTE:</b>	Att utforska patienters upplevelser av att vårdas i isolering på grund av MRSA på en akutvårdsavdelning och vilken betydelse det fick för patienterna.
<b>METOD:</b>	Kvalitativ fenomenologisk ansats med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna valdes genom ett strategiskt urval gjort av sjuksköterskechefen. Tio personer med MRSA-infektion deltog i studien, fem män och fem kvinnor i åldrarna 46-78 år och som hade vårdats i isolering i mer än tre dagar.
<b>RESULTAT:</b>	Studien visar att några patienter upplevde att isoleringen medförde något positivt men majoriteten hade negativa upplevelser av att vårdas i isolering. Patienterna upplevde ilska, oro (både för sig själv och för andra), rädsla och stigmatisering. De upplevde också att isoleringen gjorde att de fick mindre kontroll över sitt liv och att deras möjligheter till social interaktion och kvalitet på vården försämrades. Den fysiska miljön framkom vara betydelsefull för välbefinnandet, speciellt en fin utsikt.

**ETISKT GODKÄND:** Ja  
**ANTAL REFERENSER:** 34

---

**TITEL:** Anxiety and Depression in Hospitalized Patients in Resistant Organism Isolation  
**FÖRFATTARE:** Catalano, G., Houston, H. S., Catalano, C. M., Butera, S. A., Jennings, M. S., Hakala, M. S., Burrows, L. S., Hickey, G.M., Duss, V. C., Skelton, N. D., och Laliotis, J.G.  
**TIDSKRIFT:** Southern Medical Journal  
**ÅRTAL OCH LAND:** 2003, USA  
**SYFTE:** Att undersöka om det finns något samband mellan vård i isolering och graden av ångest och depression hos patienter som vårdades på ett akutsjukhus men inte var kritiskt sjuka.  
**METOD:** Kvantitativ kohortstudie. Det var 102 personer som lades in på infektions- eller isoleringsavdelning som tillfrågades att delta i studien. 51 personer valde att delta (50 % bortfall). Deltagarna var över 18 år. Undersökningsgruppen (n= 24) vårdades i isolering på grund av kolonisation eller infektion av MRSA eller VRE. Kontrollgruppen (n= 27) vårdades på grund av andra infektionssjukdomar som inte krävde isolering. Depression och ångest skattades med Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) och Hamilton Depression Rating Scale (HDM-A). Uppföljande mätningar gjordes efter en respektive två veckor. Statistisk analys med hjälp av *t*-test och  $\chi^2$  test.  
**RESULTAT;** Studien visar att patienter som vårdades i isolering uppvisade signifikant högre förekomst av ångest och depression än patienter som inte vårdades i isolering.  
**ETISKT GODKÄND:** Ja  
**ANTAL REFERENSER:** 12

---

**TITEL:** Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant staphylococcus aureus  
**FÖRFATTARE:** Criddle, P., och Potter, J.  
**TIDSKRIFT;** British Journal of Infection Control  
**ÅRTAL OCH LAND:** 2006, Storbritannien  
**SYFTE:** Att utifrån patientens perspektiv beskriva fenomenet att vara koloniserad med MRSA samt att föreslå vilken information som är av värde för patienter och hur patientinformationen kan förbättras.  
**METOD:** Kvalitativ fenomenologisk ansats med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna valdes genom ett strategiskt urval gjort av en allmänläkare. Det var 14 personer som var koloniserade av MRSA och deltog i studien (33 % bortfall). Deltagarna var i åldrarna 18-93 år och hade någon gång under de senaste månaderna innan intervjuerna vårdats på sjukhus.  
**RESULTAT;** Studien visar att vara koloniserad med MRSA är en komplex upplevelse som är svår att beskriva. Många tyckte att personalen hade bristande kunskap kring MRSA. Majoriteten av

deltagarna ansåg också att de fick bristande information och många ansåg att informationen getts vid fel tidpunkt. Detta gjorde att många hade svårt att förstå vad MRSA var för något, vilket skapade förvirring. MRSA påverkade deltagarnas liv, både hemma och på sjukhus. Det framkom att deltagarna var rädda att smitta andra. Isoleringen var för vissa positiv på grund av vård i enkelrum medan andra tyckte det kändes som att vara i fängelse.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:** 21

---

<b>TITEL:</b>	Suffering from meticillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> : experiences and understandings of colonisation
<b>FÖRFATTARE:</b>	Lindberg. M., Carlsson. M., Högman. M., och Skytt. B.
<b>TIDSKRIFT;</b>	Journal of Hospital Infection
<b>ÅRTAL OCH LAND:</b>	2009, Sverige
<b>SYFTE:</b>	Att undersöka individens upplevelse och förståelse av att vara koloniserad med MRSA.
<b>METOD:</b>	Kvalitativ innehållsanalys med semistrukturerade intervjuer. Studien hade en explorativ design. Deltagarna valdes genom ett strategiskt urval. Det var 13 personer som var koloniserade av MRSA och deltog i studien (50 % bortfall), fyra män och nio kvinnor i åldrarna 29-78 år och hade diagnostiserats i Gävleborgs län mellan år 2004-2007.
<b>RESULTAT;</b>	Studien visar att deltagarna känner sig smutsiga och jämför sig med att vara smittad med HIV eller pesten. De upplever oro, skuld och skam. De beskriver också en rädsla för att smitta andra och att de inte kan leva ett normalt liv. Förvirring och ångest förekom på grund av dålig information om MRSA. Informationen de fick av vårdpersonal skiljde sig åt beroende på vem som gav den. De upplevde också förändringar i kontakt med sjukvården. Vårdpersonal beskrevs som oprofessionella och gav otillräckligt med stöd.
<b>ETISKT GODKÄND:</b>	Ja
<b>ANTAL REFERENSER:</b>	15

---

<b>TITEL:</b>	Understanding the MRSA experience
<b>FÖRFATTARE:</b>	Madeo. M.
<b>TIDSKRIFT:</b>	Nursing Times
<b>ÅRTAL OCH LAND:</b>	2001, Storbritannien
<b>SYFTE:</b>	Beskriva MRSA patienters upplevelse av att vårdas i isolering
<b>METOD:</b>	Kvalitativ fenomenologisk ansats med intervjuer. MRSA-positiva patienter deltog i studien, tre kvinnor och fyra män i åldrarna 19-72 år. Deltagarna hade haft MRSA i minst två veckor och vårdats i isolering på grund av det. Analys är gjord med hjälp av Colaizzis sjustegsanalys. Hur urvalet är gjort beskrivs inte.

**RESULTAT:** Studien visar att isolering ofta innebär en traumatisk upplevelse. Vissa tyckte det var skönt att få eget rum och större frihet. Andra upplevde att isoleringen var ett hinder för vården och sociala interaktioner. Kunskap och förståelse av MRSA visade sig variera beroende på tidigare erfarenheter. Patienterna ansåg att de fått bristande information om MRSA och många kände sig stigmatiserade.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:** 11

---

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

**FÖRFATTARE:** Newton, J.T., Constable, D., och Senior, V.

**TIDSKRIFT:** Journal of Hospital Infection

**ÅRTAL OCH LAND:** 2001, Storbritannien

**SYFTE:** Beskriva MRSA-infekterade patienters uppfattning och erfarenheter av att vårdas i isolering.

**METOD:** Kvalitativ innehållsanalys med semistrukturerade intervjuer. Det var 19 personer med MRSA-infektion som deltog i studien (24 % bortfall). Deltagarna var tolv kvinnor och sju män i åldrarna 44-87 år och hade barriärvårdats på enskilt rum mellan tre-77 dagar. Hur urvalet är gjort beskrivs inte.

**RESULTAT:** Studien visar att majoriteten av patienterna inte förstår orsaken till isolering, smitta och heller inte tidsplanen från diagnos till "friskförklaring". Isoleringens positiva sidor var större frihet från rutiner och mer privatliv. Nackdelarna innebar mindre kontakt och uppmärksamhet från personal samt känslor som ångest, depression och ilska.

**ETISKT GODKÄND:** Det framkommer inte om den är etiskt granskad.

**ANTAL REFERENSER:** 15

---

**TITEL:** MRSA model of learning and adaption: a qualitative study among the general public

**FÖRFATTARE:** Rohde, R., och Ross-Gordon, J.

**TIDSKRIFT:** BMC Health Services Research

**ÅRTAL OCH LAND:** 2012, USA

**SYFTE:** Att få en djupare förståelse för hur personer som haft en MRSA- infektion lär sig om sin sjukdom för att kunna förbättra det praktiska tillvägagångssättet.

**METOD:** Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer. Studiens design var explorativ och tio personer med samhällsförvärd MRSA-infektion deltog, sju kvinnor och tre män i åldrarna 21-73 år. Deltagarna rekryterades genom snöbollsurval. Informationsblad fanns att tillgå på en vårdcentral. Induktiv analys startade redan efter första intervjun och mättnad uppnåddes efter åtta intervjuer.

**RESULTAT:** Studien visar att de flesta lärde sig mer om MRSA när de väl fått diagnosen och att de lärde sig hantera situationen efter en tid. MRSA gjorde att de upplevde rädsla, frustration, fysisk smärta, stigmatisering och oro. De vanligaste faktorerna för lärandet var självinläring och media.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:** 17

---

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

**FÖRFATTARE:** Skyman, E., Thunberg Sjöström, H., och Hellström, L.

**TIDSKRIFT:** Scandinavian Journal of Caring Sciences

**ÅRTAL OCH LAND:** 2010, Sverige

**SYFTE:** Att få kunskap om patienters upplevelse av att bli smittad av MRSA på sjukhus och att därefter vårdas i isolering på en infektionsavdelning.

**METOD:** Kvalitativ ansats med djupgående intervjuer och intersubjektiv analys. Deltagarna valdes genom ett teoretiskt urval. Sex personer som smittats med MRSA på sjukhus deltog i studien, två kvinnor och fyra män i åldrarna 35-76 år. Deltagarna hade isoleringsvårdats på grund av sin MRSA-infektion på infektionskliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset i minst en vecka under åren 1997-2001.

**RESULTAT:** Studien beskriver att patienter känner sig kränkta, begränsade och att de hålls borta från andra. Majoriteten fick bristande information eller ingen alls om hur de ådragit sig MRSA. De upplevde att de nekades behandling för sina huvuddiagnoser på grund av MRSA. Patienterna kände att de genererade skräck i sin omgivning. Vid utskrivning visste de inte om de kunde återgå till vardagliga sysslor, många hade fortfarande frågor 4 år efter utskrivning från sjukhuset. Trots denna osäkerhet tog de ansvar och visade sjukvården sitt bärarkort.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:** 27

---

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

**FÖRFATTARE:** Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., och Evans, M.

**TIDSKRIFT:** Journal of Hospital Infection

**ÅRTAL OCH LAND:** 2001, Storbritannien

**SYFTE:** Att undersöka vilka psykiska effekter sjukhusvård och MRSA-isolering har på äldre vuxna som vårdas på sjukhus.

**METOD:** Kvantitativ tvärsnittsstudie. Deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna på fyra avdelningar på två olika sjukhus tillfrågades att vara med i studien. Det var 72 personer som erbjöds att vara med, 42 personer valde att delta (43 % bortfall).

Undersökningsgruppen bestod av 22 personer som var isolerade för infektion eller kolonisation av MRSA. Kontrollgruppen bestod av 20 personer som inte hade MRSA eller isolerades. Deltagarna var i åldrarna 65-97 år. För att skatta depression och ångest användes The Geriatric Depression Scale- kortversion (GDS) och The Profile of Mood State (PDMS). Analysen är gjord med  $\chi^2$  test,  $t$ -test och Wilcoxon sign test.

**RESULTAT:**

Studien visar en signifikant högre förekomst av depression och ångest hos de som vårdats i isolering jämfört med de som inte gjort det. Studien visar ingen signifikant skillnad på ilska mellan de båda grupperna.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:**23

---

**TITEL:**

The impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center

**FÖRFATTARE:**

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

**TIDSKRIFT:**

Rehabilitation Nursing

**ÅRTAL OCH LAND:**

2012, Kanada

**SYFTE:**

Att söka bättre förståelse för rehabiliteringspatienters upplevelse av MRSA och att vårdas i strikt isolering. Syftet var också att med hjälp av patienternas erfarenheter utveckla handlingsplaner för att göra isoleringsvården bättre.

**METOD:**

Kvalitativ ansats med explorativ design och semistrukturerade intervjuer. Nio inneliggande patienter koloniserade med MRSA deltog i studien. Hur urvalet gjorts beskrivs inte. Deltagarna var i åldrarna 35-70 år och hade vårdats i isolering i minst en månad. Även en fokusgrupp genomfördes med fyra deltagare (varav två även deltagit i den tidigare intervjun).

**RESULTAT:**

Studien visar att vissa tyckte det var skönt att få ett eget rum medan andra upplevde att deras möjlighet till rehabilitering påverkades negativt och att isoleringen medförde att de kände sig ensamma, oroliga och stigmatiserade. De beskriver vikten av daglig social interaktion och undvek att berätta för närstående så de skulle komma och hälsa på. Förvirring uppstod när personalen inte följde rutiner. Både patient och anhöriga behöver information om isolering. Resultat visar fyra handlingsplaner som kan förbättra isoleringsvården.

**ETISKT GODKÄND:** Ja

**ANTAL REFERENSER:**25