



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VÅRDUPPLEVELSER VID ETT MULTIRESISTENT BÄRARSKAP

Utifrån patientens och sjukvårdspersonalens
perspektiv

Linnéa Johansson

Marina Jansson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Sepideh Olausson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Vårdupplevelser vid ett multiresistent bärarskap. Utifrån patientens och sjukvårdspersonalens perspektiv.
Titel (engelsk)	Care experiences of multiresistant carriership. From the perspective of the patient and healthcare professionals.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Författare	Linnéa Johansson och Marina Jansson
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Sepideh Olausson

Sammanfattning:

Bakgrund: Multiresistenta bakterier och resistentmekanismer har haft en snabb global spridning och utgör ett hot mot vården. I Sverige klassificeras dessa som allmänfarliga och ingår i smittskyddslagen. Ett bärarskap av dessa innebär konsekvenser som förlängd vårdtid och förhöjd mortalitet för patienten. Då vården av patienter med ett multiresistent bärarskap ställer högre krav på sjuksköterskan är det viktigt med kunskap kring patientens situation och utsatthet. **Syfte:** Att beskriva vårdupplevelsen vid ett multiresistent bärarskap utifrån patientens och sjukvårdspersonalens perspektiv. **Metod:** En litteraturbaserad studie. 12 kvalitativa artiklar analyserades genom kvalitativ analys med grund i metasynthesen enligt Friberg. **Resultat:** Presenterades med fem huvudkategorier och ett antal underkategorier. Huvudkategorierna var: *aspekter i vården som påverkar vårdupplevelsen, upplevelse av isolering, kunskap och information, rädsla hos sjukvårdspersonalen och patienterna* och *stigmatisering*. Resultatet visade att vårdupplevelsen för sjukvårdspersonalen och patienterna vid ett multiresistent bärarskap påverkades av flera aspekter. Bärarskapet bidrog ofta till en negativ vårdupplevelse för båda parter. **Slutsatser:** Vården skapade lidande på grund av kunskapsbrist och rädsla för smittspridning hos både patient och sjukvårdspersonal. Där patienterna bemöttes oprofessionellt och stigmatiserande. Medan sjukvårdspersonalen upplevde vården som stressande och skrämmande. För att lindra lidandet och den negativa vårdupplevelsen vid ett multiresistent bärarskap behöver en god vårdrelation skapas, som bygger på trygghet och respekt. Det behövs också en ökad kunskap hos patient och sjukvårdspersonal för att vårdupplevelsen ska förbättras.

Nyckelord: Multiresistenta bakterier, multiresistent bärarskap, patienters upplevelse, sjukvårdspersonalens upplevelse, lidande, vårdrelation

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Multiresistenta bakterier	1
Meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA)	1
Vankomycinresistenta Enterokocker (VRE).....	2
Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) och Extended Spectrum Beta-Lactamase carba (ESBLcarba).....	2
Antibiotikaresistens	2
Historisk bakgrund	3
Dagsläge och framtida prognos	3
Smittskyddslag.....	4
Diagnos och vård	5
Innebörd av multiresistent bärarskap för patienten	5
Sjuksköterskans omvårdnadsroll och ansvar	6
Vårdrelation	6
Lidande	7
Problemformulering.....	8
Syfte	8
Metod	8
Litteratursökning	8
Analys.....	9
Förförståelse	10
Etiskt resonemang.....	10
Resultat.....	11
Aspekter i vården som påverkar vårdupplevelsen	11
Uppfattningar av bristande vård.....	11
Vårdrelationens påverkan på vårdupplevelsen	12
Upplevelse av isolering	13
Negativa och positiva upplevelser av isolering	13
Aspekter för bättre upplevelse av isolering	13
Kunskap och information	13
Betydelsen av kunskap och information	13
Otillräcklig information och dess konsekvenser.....	14
Rädsla hos sjukvårdspersonalen och patienterna.....	15

Sjukvårdspersonalens rädsla för smitta.....	15
Patienternas rädsla	16
Stigmatisering	16
Sjukvårdspersonalen skapade stigmatisering.....	16
Konsekvenserna av stigmatisering.....	17
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	19
Sammanfattning av huvudfynd	19
Interaktionen mellan patient och sjukvårdspersonal.....	19
Isoleringens påverkan på vårdupplevelsen	20
Kunskapen och informationens betydelse för vårdupplevelsen.....	21
Rädslans påverkan på vårdupplevelsen	21
Stigmatisering skapar lidande	21
Slutsats.....	22
Implikationer för omvårdnad.....	23
Fortsatt forskning.....	23
Referenslista	24

Bilaga 1 - Söktabell

Bilaga 2 - Artikelöversikt

Inledning

Multiresistenta bakterierna är ett växande globalt problem och ses som ett hot mot folkhälsan. Det är ett problem som inte längre kan ignoreras och som berör hela jordens befolkning. Problemet kräver samordnade åtgärder av regeringen och samhället som en helhet (WHO, 2014). Problemet blir tydligare inom hälso- och sjukvården där vården hotas. Detta eftersom världen enligt WHO (2014) är på väg mot en post-antibiotisk era. Multiresistenta bakterier skulle kunna öka kraven på sjuksköterskans kompetens. Sjuksköterskans ansvar att återställa och främja hälsa hotas då också eftersom multiresistenta bakterier skulle kunna påverka patienten både fysiskt och psykiskt. Ansvaret kan då mer komma att handla om bemötandet av dessa patienter. För att kunna bemöta patienterna på ett adekvat sätt och för att lindra eventuella lidande som kan uppstå är det därför viktigt att få kunskap och förståelse om upplevelser vid ett multiresistent bärarskap.

Bakgrund

Multiresistenta bakterier

Definitionen av multiresistenta bakterier är bakterier med resistens mot flertalet antibiotikum och är därmed svårbehandlade. Multiresistenta bakterier är inte mer aggressiva än icke resistenta bakterier utan infektionen de orsakar är enbart svårare att behandla (Randén, 2017). Exempel på multiresistenta bakterier och resistensmekanismer är Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*, Vancomycinresistenta Enterokocker, Extended Spectrum Beta-lactamase samt Extended Spectrum Beta-lactamase carba (WHO, 2014).

Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA)

Staphylococcus aureus tillhör människans normalflora och återfinns på hud, luftvägar samt slemhinnor. *Staphylococcus aureus* är den vanligaste orsaken till variga sårinfektioner men kan också orsaka pneumoni, meningit samt osteomyelit. Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) är en stamgrupp av *Staphylococcus aureus* som är resistent mot flertalet antibiotikum (Folkhälsomyndigheten, 2014a). MRSA har fått sitt namn från meticillin som var förstahandsvalet av penicillin vid infektioner med penicillinas-producerande Stafylokocker. MRSA har en förvärvad resistens mot framförallt betalaktamantibiotika vilket innebär att de är motståndskraftiga mot penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer, men de har även utvecklat en resistens mot andra antibiotika vilket har lett till multiresistens (Melhus, 2013; Socialstyrelsen, 2006). Denna multiresistenta stamgrupp kan liksom *Staphylococcus aureus* återfinnas som en kolonisationsform av normalfloran. Stamgruppen återfinns företrädesvis i näsan och kan då vara tillfällig men om stamgruppen återfinns på flera ställen samtidigt samt vid upprepade mättillfällen anses bärarskapet vara permanent (Socialstyrelsen, 2006). MRSA smittar på samma sätt som andra stammar av *Staphylococcus aureus*, genom huvudsakligen kontaktsmitta (Folkhälsomyndigheten, 2014a) och har inom vården påvisats på personalkläder, medicintekniska instrument, datorer och dörrhandtag (Socialstyrelsen, 2006). Hos koloniserade patienter med luftvägssmitta, fjällande hudsjukdom och skadad hudbarriär finns en ökad risk för smittspridning. Patienter med en skadad hudbarriär på grund av sår eller olika typer av infarter har en högre risk att smittas än de med intakt hudbarriär. Även långvarig och upprepade antibiotikabehandling, hög ålder, underliggande kroniska sjukdomar och immunsuppression är riskfaktorer för kolonisation av MRSA (Socialstyrelsen, 2006).

Vankomycinresistenta Enterokocker (VRE)

Enterokocker tillhör den normala tarmfloran och återfinns även kring ändtarmen samt i urinröret. Enterokocker är relativt ofarliga men har blivit en allt vanligare orsak till sjukhusförvärvade infektioner såsom urinvägsinfektioner, sårinfektioner samt sepsis (Folkhälsomyndigheten, 2013a). Enterokocker är naturligt resistenta mot flera antibiotika men de har även lätt för att förvärva resistens mot ytterligare antibiotika (Arias & Murray, 2012). Enterokocker med förvärvad resistens mot glykopeptider såsom vankomycin och teikoplanin benämns som Vankomycinresistenta Enterokocker (VRE). De vanligaste arterna av VRE är *Enterococcus faecalis* och *Enterococcus faecium*, dessa är oftast multiresistenta. VRE-stammar med resistens mot all antibiotika förekommer (Socialstyrelsen, 2006). VRE koloniserar vanligen tarmen först och kan då obemärkt sprida sig på vårdavdelningen. Detta innebär också att när en VRE-infektion upptäcks utgör den bara en bråkdel av kolonisationsmängden (Socialstyrelsen, 2006). VRE kan spridas via händerna, stetoskop, termometrar samt genom otillräckliga hygienrutiner och kan överleva upp till tre månader på torra ytor (Socialstyrelsen, 2006; Folkhälsomyndigheten, 2014b). Riskfaktorer för att smittas med VRE är vård i ett rum där en VRE-positiv patient har vårdats de senaste två veckorna, antibiotikabehandling samt lång vårdtid (Humphreys, 2014).

Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) och Extended Spectrum Beta-Lactamase carba (ESBLcarba)

Tarmbakterierna *Klebsiella pneumoniae* och *Escherichia coli* är de två vanligaste arterna där resistentmekanismen Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) förekommer men återfinns även hos andra tarmbakterier. Resistensmekanismen ESBL är ett enzym som bryter ned betalaktamantibiotika vilket gör bakterierna resistenta mot de klassiska penicillinerna samt flertalet cefalosporiner. Betalaktamantibiotika gruppen karbapenemer kan oftast fortfarande användas som behandling mot ESBL-bildande bakterier. Det har dock rapporterats former av ESBL som även kan bryta ned karbapenemer, främst internationellt men även nationellt, denna form av resistensmekanism benämns ESBLcarba (Folkhälsomyndigheten, 2016a). ESBL och ESBLcarba antas smitta på samma sätt genom en fekal-oral smittspridning via kontaminerade händer. Risken för smittspridning ökar om patienten har diarré, inkontinensproblematik, stomi, urinkateter, PEG eller skadad hudbarriär (Folkhälsomyndigheten, 2014c).

Antibiotikaresistens

Enligt Socialstyrelsen (2006) kan antibiotikaresistens vara naturlig eller förvärvad. Vid naturlig antibiotikaresistens är strukturen i bakterien uppbyggd så att de naturligt är resistenta mot ett eller flera antibiotika. Förvärvad antibiotikaresistens kan ske genom vertikal eller horisontell spridning. Vid vertikal spridning sker en slumpmässig mutation (Socialstyrelsen, 2006). Mutationen innebär nya egenskaper som exempelvis antibiotikaresistens, egenskaperna bevaras och ärvs vid bakteriedelning (Socialstyrelsen, 2006). Horisontell spridning kan ske via transformation, transduktion eller konjugation (Midtvedt, 2011). Vid transformation upptar bakterien DNA med resistensgenen från omgivningen. Vid transduktion får bakterien DNA från en bakteriofag, det vill säga ett virus som endast attackerar bakterier. Konjugation innebär att DNA överförs mellan bakterier genom direktkontakt (Melhus, 2013). Resistensgenen ger endast bakterien fördel i närvaro av antibiotika som den har resistens mot. Vilket innebär att mutationer som hjälper bakterien att överleva under pågående antibiotikabehandling bevaras (Socialstyrelsen, 2006).

Historisk bakgrund

De tidigaste upptäckterna av antibiotika gjordes av Paul Ehrlichs år 1910 som fann att salvarsan kunde behandla syfilis samt Alexander Flemings upptäckt år 1928 av penicillinets antibakteriella verkan (Weston, 2013; Norrby & Malmquist, 2017). När penicillin sedan lanserades under 1940-talet hyllades det för att vara en mirakelmedicin (Weston, 2013) men redan i slutet av 1940-talet rapporterade sjukhus i USA och Storbritannien att 50 procent av *Staphylococcus aureus* var resistenta mot penicillin (Grundmann, Aries-de-Sousa, Boyse & Tiemersma, 2006).

Under 1960-talet spred sig den första MRSA stammen över Europa. Första rapporten om MRSA kom år 1961 i Storbritannien och 1963 skedde det första utbrottet. Ett fåtal MRSA stammar fanns under 1980-talet spridda på sjukhus över hela världen (Socialstyrelsen, 2006). MRSA var under många år främst ett problem på sjukhus och blev ett av de största vårdhygieniska problemen i världen (Folkhälsomyndigheten, 2014a), men från 1990-talet har antalet personer med samhällsförvärd MRSA ökat (Melhus, 2013).

VRE rapporterades för första gången i England år 1988 (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige rapporterades första fallet av VRE under mitten av 1990-talet och mellan år 2000 till 2006 anmäldes få fall av VRE (Folkhälsomyndigheten, 2013a; Folkhälsomyndigheten, 2017a). Under 2007 skedde det i Sverige ett stort sjukhusrelaterat utbrott som pågick till år 2010 och som följdes av ytterligare två utbrott mellan 2010–2011 samt 2013–2014 (Folkhälsomyndigheten, 2017a). VRE har haft en snabb spridning och återfinns nu över hela världen (Socialstyrelsen, 2006). I början av 2000-talet upptäcktes att VanA-genen från VRE, som är resistent mot både vancomycin och teikoplanin, har överförts till MRSA hos patienter som är koloniserade av både MRSA och VRE (Socialstyrelsen, 2006; Grundmann et al., 2006). Vilket har gett upphov till höggradigt vankomycinresistenta MRSA (VRSA) (Socialstyrelsen, 2006).

ESBL upptäcktes för första gången i Tyskland 1983 hos bakterien *Klebsiella pneumoniae* kort därefter kom liknande rapporter om fynd av ESBL på andra platser i Europa samt i USA (Rupp & Fey, 2003). Det saknas dokumentation över ESBLs spridning till Sverige, däremot upptäcktes behandlingsproblem med cefalosporiner under 1990-talet vilket tyder på ESBL-stammars förekomst (Melhus, 2013). Under de senaste tio åren har ESBLcarba haft en snabb global spridning vilket enligt WHO (2014) och Folkhälsomyndigheten (2013b) är oroväckande då behandlingsalternativen är få. Olika typer av ESBLcarba har identifierats, där den senaste typen identifierades år 2009 hos en svensk patient som vårdats i Indien. Under år 2010 hade denna typ spridit sig över hela världen (Folkhälsomyndigheten, 2013b).

Dagsläge och framtida prognos

Innan antibiotikans upptäckt stod infektioner för 50 procent av dödsfallen, en siffra som nu har sjunkit till 20 procent och där de infektionsorsakade dödsfallen främst sker i fattiga länder (Melhus, 2013). Däremot är världen på väg mot en post-antibiotisk era (WHO, 2014). Enligt WHO (2017) förekommer antibiotikaresistens i alla länder. En rapport av WHO (2014) visar en hög resistensutveckling för betalaktamantibiotika. Vilket innebär att behandling av allvarliga infektioner kan behöva förlita sig på karbapenemer, vilka är ett sistahandsval vid sjukhusförvärdade och samhällsförvärdade infektioner. Dessa antibiotika är också dyrare än andra och inte alltid tillgängliga under ansträngda vårdssituationer. Det är också troligt att

karbapenemer bidrar till en ökad resistensutveckling. Denna resistensutveckling har redan rapporterats i de flesta länder vilket enligt WHO (2014) är oroväckande.

Folkhälsomyndigheten (2017a; 2017b; 2017c; 2017d) rapporterar en ökad incidens av MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba i Sverige under år 2016. 4402 fall av MRSA rapporterades vilket är en ökning med 13 procent jämfört med år 2015. Vilket tros bero på ökad invandring (Folkhälsomyndigheten, 2017b). Av VRE rapporterades 165 fall vilket var en ökning med fem procent jämfört med år 2015 (Folkhälsomyndigheten, 2017a). Antal rapporterade fall av ESBL år 2016 var 10 659 vilket var en incidensökning med 11 procent jämfört med föregående år (Folkhälsomyndigheten, 2017c). 126 fall av ESBLcarba rapporterades år 2016 vilket var en ökning med 9 procent jämfört med 2015 (Folkhälsomyndigheten, 2017d). För MRSA, VRE och ESBLcarba är sjukhusförvärvad smitta vanligast men för ESBL saknas uppgifter om var smittan är förvärvad samt om smittland (Folkhälsomyndigheten, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d). Folkhälsomyndigheten (2017a) rapporterar att 51 procent av VRE fallen smittades utomlands. För MRSA och ESBLcarba är smittan utanför Sverige också vanligast, främst från krigsdrabbade länder (Folkhälsomyndigheten, 2017b; 2017d). Enligt Folkhälsomyndigheten (2017d) är det även vanligt med smitta av ESBLcarba från svenska turistländer.

Enligt WHO (2014) är antibiotikaresistens ett allvarligt hot mot den framtida folkhälsan. Infektioner blir svårare att behandla och kontrollera, risken för smittspridning ökar och vårdtiden förlängs vilket bidrar till ökade ekonomiska och sociala kostnader. Det har även visat sig att det finns en ökad risk för dödlighet, i vissa fall så är dödligheten dubbelt så stor för de som fått en infektion av en resistent bakterie i jämförelse med en infektion orsakad av en icke-resistent bakterie (WHO, 2014). Antibiotikaresistensen hotar också den vård som utförs idag. Vård i form av organtransplantationer, diabetesbehandling och cytostatikabehandling kan innebära en stor risk. Antibiotikaresistensen är också ett hot mot milleniemålen och de globala målen för hållbar utveckling (WHO, 2017).

Smittskyddslag

Enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) är smittskyddets mål att: "tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar." (kap. 1, §1). Alla åtgärder som görs för smittskyddet ska bygga på evidens och beprövad erfarenhet samt respektera människors lika värde och integritet. Smittskyddet ska värna om både osmittade och smittade personer samt se till att de får det stöd de behöver ur en smittskyddssynpunkt. Personer som är bärare av en allmänfarlig sjukdom skall få hjälp med behandling och vård samt stöd för minskad smittspridning. En allmänfarlig sjukdom är enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) en smittsam sjukdom som kan vara livshotande, orsaka lidande, långvarig sjukdom eller andra allvarliga konsekvenser. Allmänfarliga sjukdomar skall även anmälas och är då anmälningspliktiga, där vissa även är föremål för smittspårning och därmed är smittspårningspliktiga (SFS 2004:168). MRSA (SFS 2004:168), VRE, ESBL (SFS 2004:255) samt ESBLcarba (Folkhälsomyndigheten, 2013b) är anmälningspliktiga och MRSA, VRE samt ESBLcarba är även smittspårningspliktiga (Folkhälsomyndigheten, 2016b). Bärare av allmänfarliga sjukdomar med risk för att sprida smitta vidare till andra kan efter läkarbeslut vårdas i tillfällig isolering på en vårdinrättning inom landstingets vård (SFS 2004:168).

Diagnos och vård

För diagnostik eller kontroll av eventuellt MRSA bärarskap rekommenderas en screenodling. Vid screenodling tas prov från främre näsöppningarna samt från skadad hudbarriär, såsom sår och hudförändringar. Det är också vanligt att prov tas från svalg och perineum. Vid pågående urinkatetrisering tas även ett urinprov. Screenodling innebär att provet odlas på flera olika odlingsmedier så att en växt av MRSA kan selekteras fram. Vid diagnostik av VRE görs samma screenodling fast på faces och urin (Socialstyrelsen, 2006). ESBL producerande tarmbakterier påvisas vanligtvis genom odling på faces och urin men även från blod och sårsekret (Folkhälsomyndigheten, 2014c).

Socialstyrelsen (2006) rekommenderar att patienter med konstaterat bärarskap av multiresistenta bakterier ska vårdas i enkelrum med egen toalett. Patienten ska vid MRSA och VRE kohortvårdas. Vid kronisk hudsjukdom, sår (MRSA, VRE) eller diarré (VRE) bör isoleringsvård på en infektionsklinik framför allt övervägas (Socialstyrelsen, 2006). Patienter som vårdas i isolering ska enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) tas väl om hand, ha rätt till sysselsättning och finns det inga speciella hinder har de rätt till att vistas utomhus under minst en timme per dag. Utöver dessa åtgärder skall basala hygienrutiner tillämpas (Socialstyrelsen, 2006). Folkhälsomyndigheten (2016a) rekommenderar att bärare eller misstänkta bärare av ESBL och ESBLcarba bör vårdas på enkelrum samt att noggranna hygienrutiner skall tillämpas. Patienter med ESBLcarba måste alltid vårdas med avdelad personal och vid ett känt bärarskap ska patienten även screenodlas vid inläggning (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Socialstyrelsen (2006) betonar vikten av att patienter med misstänkt eller konstaterat multiresistent bärarskap ej fräntas möjligheten till normalt socialt umgänge samt att vården inte fördröjs eller påverkas.

Innebörd av multiresistent bärarskap för patienten

Ett bärarskap av MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba kan vara symptomfritt (Folkhälsomyndigheten, 2014a; 2014b; 2014c). Ett symptomfritt bärarskap av MRSA kan pågå i veckor till månader (Folkhälsomyndigheten, 2014a). Vid ett permanent bärarskap kan bakterietalet tidvis vara reducerat så att MRSA inte kan påvisas vid odling, då tros också smittsamheten vara lägre. När en antibiotikabehandling påbörjas eller andra riskfaktorer för bärarskap uppstår finns det en risk för att bakterietalet av MRSA ökar igen, till och med efter många år med upprepade negativa odlingar. Detta är också orsaken till att allt färre patienter förklaras smittfria trots att de under långa perioder kan anses som lågt smittsamma, framförallt utanför vården (Socialstyrelsen, 2006). Patienter som är bärare av MRSA kan inom vården fungera som reservoar för bakterien och därmed överföra bakterien till andra patienter (Grundmann et al., 2006). Patienten ska vid behov av sjukvård informera sjukvårdspersonalen om MRSA-bärarskapet (Folkhälsomyndigheten, 2014a). Det är inte helt kartlagt hur länge bärarskapet av ESBL och ESBLcarba kan fortgå eller vilka faktorer som påverkar det. Bakterierna kan tryckas undan av den normala tarmfloran för att sedan växa till igen när tarmfloran rubbas. Detta kan resultera i att patienter kan uppvisa negativa odlingssvar vid ett tillfälle för att sedan uppvisa positivt odlingssvar vid nästa tillfälle (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Hur länge en patient är koloniserad av VRE är även det oklart (Folkhälsomyndigheten, 2014b).

Ett bärarskap av MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba leder alla till konsekvenser för individen. Konsekvenser i form av förlängda vårdtider och förhöjd mortalitet (Folkhälsomyndigheten, 2014b; Folkhälsomyndigheten, 2014c; Grundmann et al., 2006). Grundmann et al. (2006)

menar också att ett bärarskap av MRSA kan innebära fysiskt och psykiskt lidande, ekonomiska konsekvenser relaterat till förlängda vårdtider samt ytterligare diagnostiseringar och behandlingar. Ett bärarskap av ESBL eller ESBLcarba kan också innebära att patienten behöver läggas in på sjukhus för parenteral antibiotikabehandling mer frekvent (Folkhälsomyndigheten, 2014c).

Sjuksköterskans omvårdnadsroll och ansvar

Sjuksköterskans fyra ansvarsområden är enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom samt återställa hälsa. I den etiska koden ingår det ett ansvar för mänskliga och kulturella rättigheter, autonomi samt social rättvisa. Det ingår även att omvårdnaden skall ges med respekt oberoende av olikheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I sjuksköterskans roll och kompetens ingår också en förmåga till att skapa en förtroendefull relation med patienten och dess närstående samt att se på patientens fysiska och psykiska situation genom ett helhetsperspektiv. Vilket även är grunden för god omvårdnad. I sjuksköterskans kompetens ingår också ett personcentrerat förhållningssätt där patienten och närstående blir sedda och förstådda som unika personer med unika behov, resurser, förutsättningar och värderingar. Omvårdnaden ska grunda sig i en humanistisk människosyn, genomföras med värdighet och integritet för patienten samt bygga på evidensbaserad vård. Vilket innebär användning av metoder som är baserad på den bästa tillgängliga vetenskapliga evidens och beprövad erfarenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Det är viktigt att sjuksköterskan vid vård av patienter med multiresistent bärarskap har ett professionellt förhållningssätt genom kunskap om patientens situation och utsatthet (Lindahl & Skyman, 2014). Vilket styrks av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som säger att hälso- och sjukvården skall ges på lika villkor för hela befolkningen med respekt för alla människors lika värde och den enskilda individens värdighet. Vården skall även bedrivas så att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses samt att goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen främjas (SFS 2017:30). Vid vård av patienter med ett multiresistent bärarskap är det viktigt med medvetenheten kring riskfaktorer för kolonisation och infektion samt de faktorer som ökar risken för smittspridning. Det är också viktigt att kunna anpassa omvårdnaden och vårdhygienien därefter (Socialstyrelsen, 2006).

Vårdrelation

Enligt Snellman (2014) är vårdrelationen ett komplex fenomen med flera olika dimensioner som ligger till grund för vårdandet. Vårdrelationen kännetecknas av att den är professionell med fokus på patientens behov (Dahlberg & Segesten, 2010). Det är ingen vanlig relation utan den är asymmetrisk då patienten är mer sårbar än vårdaren (Snellman, 2014). Asymmetrin i en vårdrelation finns eftersom relationen saknar jämvikt och ömsesidighet (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Snellman (2014) kan vårdrelationen vara vårdande och skapa välbefinnande eller vara icke vårdande och bidra med ökat lidande för patienten. När det finns en obalans mellan patientens önskningar och sjuksköterskans möjligheter att tillfredsställa dem kan ett missnöje skapas. Obalansen kan bero på olika anledningar som exempelvis tidsbrist och stress men även att vårdrelationen inte tas på allvar av sjuksköterskan eller brist i kunskap om patientens behov och önskningar. Sjuksköterskor och patienter är medvetna om att de är i en relation till varandra men syftet och synen på relationen kan vara olika. Patienternas uppfattning av vårdrelationen är av stor betydelse för upplevelsen av vården, i en vårdrelation önskar patienterna få ett äkta

möte där de blir respekterade och bekräftade (Snellman, 2014). Tiden för en vårdrelation kan variera, oavsett längden på mötet är det viktigt att den är vårdande (Dahlberg & Segesten, 2010).

Enligt Kasén (2002) är det centrala i den vårdande relationen att värna om patientens värdighet genom lindring av lidande. I skapandet av en vårdrelation är de betydande och grundläggande dimensionerna berättelse, relation, förbindelse samt beröring. En beröring kroppsligt, själsligt eller andligt möjliggör att patienten kan uttrycka lidande i sin specifika situation och tillit kan skapas (Kasén, 2002).

Lidande

Enligt Wiklund Gustin (2014) står lidande och hälsa i relation till varandra och kan ses som en del av livet. Det är dock på senare år som omvårdnadsvetenskapen har kommit att betrakta lidandet som något som kan ha en mening. Istället för det gamla synsättet på lidande där lidandet sågs som något ont som måste bekämpas (Wiklund Gustin, 2014). Lidande är en stor del av vårdorganisationen, vars syfte enligt Eriksson (1994) från början var att lindra lidande men som med utvecklingens gång har kommit att orsaka patienten lidande. Eriksson (1994) beskriver tre olika former av lidande som finns inom vården, vilka är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande som kan upplevas i samband med sjukdom och behandling. Lidandet kan uppstå av att patienten exempelvis utsätts för smärta. Vårdlidande är det lidande som kan upplevas i samband med en vårdssituation. Eriksson (1994) menar att upplevelsen av lidande är individuell, men att den även kan sammanfattas i en kränkning av patientens värdighet, maktutövning, utebliven vård samt fördömelse och straff. Kränkning av patientens värdighet är den vanligaste orsaken till vårdlidande. Kränkningen innebär ett fråntagande av patientens möjlighet till att vara människa och använda sina egna hälsoresurser. Det kan handla om en nonchalans och att inte se patienten i vårdmötet (Eriksson, 1994). Vårdlidande belyses även av Dahlberg (2002) som menar att vårdlidande är ett onödigt lidande där patienten inte blir sedd eller hörd, blir förnekad sitt lidande och där lidandet inte uppmärksammas, vilket då leder till en känsla av förödmjukelse. Enligt Dahlberg (2002) uppstår vårdlidandet ur vårdrelationen då patienten går miste om det positiva som en vårdrelation skall frambringa i ett hälsofrämjande syfte. Vårdrelationen är alltid sjuksköterskans ansvar och det är alltså sjuksköterskans skyldighet att förebygga och förhindra vårdlidandet. Dahlberg (2002) menar även att fokus på riktlinjer och inte på patienten och dennes behov kan resultera i vårdlidande. Det kan också bero på en utsatthet som uppstår när patienten inte förstår vad som ska ske eller inte förstår meningen med vården. Det kan även handla om en känsla av maktlöshet i relation till vården där patienten upplever en ensamhet. Den tredje formen av lidande i vården enligt Eriksson (1994) är livslidande, som är lidande i relation till den unika livssituationen. Livslidandet kan uppstå vid sjukdom och ohälsa och kan bero på att livssituationen förändras, det liv man är van vid tas ifrån en. Eriksson (1994) menar också att livslidandet kan innebära ett hot mot ens existens eller en förlust av möjlighet till ett socialt liv. All form av lidande kan inte elimineras utan endast lindras enligt Eriksson (1994). Att lindra patientens lidande handlar framförallt om att inte kränka patientens värdighet, inte döma eller missbruka sin makt utan istället ge vård utifrån patientens behov och respektera patienten. Denna form av lindring kan kopplas till personcentrerad vård som tidigare nämnts är en del av sjuksköterskans kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Problemformulering

Den bakteriella resistensutvecklingen ökar både nationellt och internationellt, vilket innebär att antalet patienter med ett multiresistent bärarskap kommer att öka. Multiresistenta bakterier orsakar negativa konsekvenser för både individ och samhälle samt hotar dagens vård. Studien kommer behandla upplevelserna vid ett multiresistent bärarskap eftersom det ger konsekvenser för patienten som förlängda vårdtider och förhöjd mortalitet. Det ställer också högre krav på sjukvårdspersonalen genom en ökad medvetenhet kring riskfaktorer för kolonisation, infektion och smittspridning. Det krävs också ett ökat fokus på bemötande. För att sjuksköterskan ska kunna ge god och korrekt omvårdnad krävs det en ökad kunskap om vårdupplevelser hos patienter med ett multiresistent bärarskap. Det är också viktigt med en medvetenhet kring sjukvårdspersonalens upplevelser då patientvården vid ett multiresistent bärarskap ökar kraven på dem.

Syfte

Att beskriva vårdupplevelsen vid ett multiresistent bärarskap utifrån patientens och sjukvårdspersonalens perspektiv.

Metod

En litteraturbaserad metod användes för att besvara syftet. Vald metod var en analys av kvalitativ forskning med grund i metasyntes. En ren metasyntes genomfördes inte då metoden är för omfattande för att kunna utföras på kandidatnivå (Friberg, 2017a). En litteraturbaserad studie är relevant på kandidatnivå (Segesten, 2017a) och analys av kvalitativ forskning är relevant för att få en fördjupad förståelse för upplevelser (Segesten, 2017b).

Litteratursökning

En inledande litteratursökning genomfördes i olika informationskällor såsom läroböcker och databaser för att få en översikt över forskningsområdet. Sökningen genomfördes också för att få en förståelse för vilka tekniker som kunde vara relevanta i den egentliga strukturerade litteratursökningen. Vilket enligt Östlundh (2017) är syftet med en inledande litteratursökning. Den strukturerade litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Databaserna valdes då de är omvårdnadsrelaterade och därför kunde generera relevanta artiklar. Flest artiklar valdes från CINAHL som även främst är omvårdnadsvetenskaplig (Östlundh, 2017). Använda sökord var "Drug Resistance, Microbial", "Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus", "Vancomycin Resistance", "Vancomycin-Resistant Enterococci", "Extended Spectrum Beta-lactamase", "Experience*", "Patient*", "Attitude*", "Nurs*" och "Nurse- patient relations" i olika kombinationer. Sökorden som visade sig vara bättre och generera relevanta träffar var "Drug Resistance, Microbial", "Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus", "Patients Experience*", "Experience*", "Patient" och "Attitude*". Använda sökord valdes dels genom den inledande litteratursökningen och dels genom användning av CINAHL headings, SweMeSH och Karolinska institutets upplevelsetermer. Både trunkering och boolesk söklogik har använts som sökteknik för att försöka maximera sökningarna. Trunkering användes för att söka på alla böjningsformer av ordstammen och på så sätt bredda sökningen. Boolesk söklogik med AND och OR användes för att markera hur de använda sökorden skulle kombineras för att få ett så relevant litteraturval som möjligt (Östlundh, 2017). Under databassökningen användes begränsningarna peer

reviewed, engelska och årsbegränsning på tio år. Val av artiklar gjordes genom granskning av relevans till problemområdet genom inklusion- och exklusionskriterier samt artiklarnas kvalitet. Där inklusionskriterierna var: beskrivning av patienternas erfarenhet och upplevelse av ett multiresistent bärarskap, sjukvårdspersonalens erfarenhet och upplevelsen av att vårda patienter med multiresistent bärarskap samt vårdrelationen vid ett multiresistent bärarskap. Exklusionskriterierna var: kvantitativa artiklar, litteraturöversikter, berörde barn under 18 år samt handlade om ett multiresistent bärarskap vid en specifik sjukdom såsom cancer. Den strukturerade litteratursökningen resulterade i 14 granskade artiklar var av tio valdes till analysen, var god se bilaga 1.

Sekundärsökningar genomfördes genom studerande av referenslistor för att finna ytterligare relevanta artiklar. Detta är även en metod som enligt Östlundh (2017) bör användas vid en informationssökning för att effektivt hitta relevant information och för att inte gå miste om litteratur. Databasen Scopus har också använts för att undersöka artiklarnas citeringar i ett försök att hitta fler relevanta artiklar. Alla valda artiklars referenslistor och citeringar har granskats. Sekundärsökningarna resulterade i två artiklar, var god se bilaga 1.

Granskning av artiklarnas kvalitet gjordes efter kvalitativa kvalitetsindikatorer med hjälp av SBU:s mall för granskning av kvalitativ forskning (SBU, 2014) samt Wallengren och Henricson (2012) kapitel om vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. Henricson (2012a) bok om vetenskaplig teori och metod har även använts för att bedöma hur väl tillvägagångssätt på angiven metod följts. Vid bedömning av artiklar med en modifierad Grounded theory metod har Corbin och Strauss (2008) bok om Grounded theory tekniker och procedurer använts. Målet var att endast inkludera artiklar med hög kvalitet men efter granskningen inkluderades även artiklar med medelhög kvalitet. Då artiklarnas relevans till aktuellt problemområde inte påverkades. För artikelöversikt samt sammanställning av artiklarnas kvalitet var god se bilaga 2. 16 artiklar granskades enligt beskrivet tillvägagångssätt. Fyra artiklar exkluderades på grund av låg kvalitet och irrelevans till problemområdet. Av de 12 valda artiklarna utgick åtta stycken från patientens perspektiv, tre utifrån sjukvårdspersonalens perspektiv och en utgick från både patient och sjukvårdspersonalens perspektiv.

Analys

Syftet med en kvalitativ analys var att öka förståelsen för fenomenet och gå från en helhet i de valda artiklarna till delar och från delarna i de valda artiklarna till en ny helhet. Den nya helheten bestod av sammanställning av de bärande delarna i de olika artiklarna. Utifrån den nya helheten skapades implikationer för omvårdnad som avsåg att bidra till bättre vårdförhållanden för patienterna och sjuksköterskorna vid ett multiresistent bärarskap (Friberg, 2017a). Den kvalitativa analysen av de valda artiklarna gjordes i fem steg enligt Friberg (2017a) beskrivning. I det första steget lästes artiklarna igenom flera gånger i sin helhet med en öppenhet för att skapa en förståelse för innehållet med fokus på artiklarnas resultat. I det andra steget identifierades huvudfynden i varje enskild artikel i relation till valt problemområde. Vidare i steg tre gjordes en sammanställning av samtliga artiklars resultat, genom färgkodning av artiklarnas resultat, teman och underteman. För att få en samlad bild av materialet som skulle analyseras. I steg fyra skapades nya omfattande kategorier genom sammanställning av likheter i artiklarna med hjälp av färgkoderna. De meningsbärande delarna i kategorierna analyserades ytterligare för att säkra att de hade tolkats rätt. Delarna kodades sedan med ord som exempelvis "kunskapsbrist" dessa nya koder sammanställdes till underkategorier. I det femte och avslutande steget beskrevs den nya helheten med grund i de analyserade artiklarna genom

huvudkategorier och underkategorier. Analysen av artiklarnas resultat har genomförts individuellt för att sedan bekräftas och diskuterats gemensamt.

Förförståelse

Författarnas förförståelse bygger på sjuksköterskeutbildningen, klinisk erfarenhet samt den inledande litteratursökningen. Dock anses förförståelsen hos författarna vara så liten att den inte har betydelse för tolkning av resultatet. Det går inte helt att utesluta att förförståelsen kan komma att påverka dataanalysen och resultatet (Henricson, 2012b). Därför har förförståelsen hanterats genom individuell analys och gemensam bekräftelse samt följsamhet till analys av kvalitativ forskning enligt Friberg (2017a).

Etiskt resonemang

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) får forskning endast utföras om den har blivit godkänd i en etisk prövning. Där syftet med lagen är att skydda den enskilda människan med respekt för det mänskliga värdet vid forskning. Detta gäller dock inte för arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå (SFS 2003:460). I denna studie som är litteraturbaserad är det ändå relevant att föra ett etiskt resonemang kring vetenskaplig oredlighet. Enligt Vetenskapsrådet (2017) avser vetenskaplig oredlighet handlingar inom forskning som medvetet eller av oaktsamhet skapar skeva eller falska resultat eller som inte ger en riktig bild av en persons insats i forskningen. Vetenskaplig oredlighet innebär handlingar som fabrikation, förvanskning samt plagiat och förekomsten av oredlighet skapar orättvisor inom forskningen (Vetenskapsrådet, 2017). För att undvika detta har artiklarna lästs igenom individuellt och sammanfattats gemensamt. För att undvika plagiat har korrekt referering och citering gjorts till upphovsmannen eller originaltexten efter vad som är god sed enligt Vetenskapsrådet (2017). Samtliga artiklar i studien redogör antingen för ett etiskt godkännande och resonemang eller är publicerade i en tidskrift som kräver ett etiskt förhållningssätt. Vilket är relevant för att stärka artiklarnas kvalitet (Wallengren & Henricson, 2012).

Resultat

Analysen av de valda artiklarna resulterade i fem huvudkategorier och ett antal underkategorier. Huvudkategorierna är *aspekter i vården som påverkar vårdupplevelsen, upplevelse av isolering, kunskap och information, rädsla hos sjukvårdspersonalen och patienterna* samt *stigmatisering*. Sambandet mellan huvudkategorierna och underkategorierna presenteras i tabell 1.

Tabell 1 - Tabell över kategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Aspekter i vården som påverkar vårdupplevelsen	Uppfattningar av bristande vård Vårdrelationens påverkan på vårdupplevelsen
Upplevelse av isolering	Negativa och positiva upplevelser av isolering Aspekter för bättre upplevelse av isolering
Kunskap och information	Betydelsen av kunskap och information Otillräcklig information och dess konsekvenser
Rädsla hos sjukvårdspersonalen och patienterna	Sjukvårdspersonalens rädsla för smitta Patienternas rädsla
Stigmatisering	Sjukvårdspersonalen skapade stigmatisering Konsekvenserna av stigmatisering

Aspekter i vården som påverkar vårdupplevelsen

Uppfattningar av bristande vård

Det fanns enligt sjukvårdspersonalen en ovilja till att vårda patienter med ett multiresistent bärarskap eller ens gå in i deras rum, de besökte enbart patienterna när det var absolut nödvändigt. Vilket enligt sjukvårdspersonalen resulterade i att patienterna inte fick samma vård som patienter utan ett multiresistent bärarskap (Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm & Fossum, 2016). Lägre besöksfrekvens av sjukvårdspersonal var också något som Seibert, Speroni, Oh, DeVoe och Jacobsen (2014) studie visade. Där sjukvårdspersonalen var medvetna om att de inte besökte patienterna med ett multiresistent bärarskap lika frekvent som de vanligtvis gör och att de då inte gav samma vård till patienterna. Detta på grund av att de strikta skyddsåtgärderna och hygienrutinerna upplevdes som ineffektiva och stressande (Andersson et al., 2016; Seibert et al., 2014). Den ökade stressen och arbetsbelastningen resulterade i att infektionskontrollerna förbisågs och att misstag kunde uppstå (Andersson et al., 2016). Sjukvårdspersonalen hade en negativ attityd gentemot de strikta skyddsåtgärderna då de upplevde dessa som begränsande samt att de kunde påverka patientsäkerheten. De fanns även de som inte såg några utmaningar eller barriärer med vården då de ansåg att skyddsåtgärderna och hygienrutinerna var standard (Seibert et al., 2014).

“I think the biggest things are that people either think, ‘Well I’m only doing this one little task; it doesn’t matter,’ or ‘I’m just going to pop in the room, and I just need to get this one form signed-do I really need to put on and use all the isolation or all the preventive things I should?’”

- Seibert et al. (2014, s.406)

Ökad vårdstress rapporterades av sjukvårdspersonalen då vården av patienterna med ett multiresistent bärarskap krävde enkelrum, något som det var brist på (Andersson et al., 2016). Enligt sjukvårdspersonalen leder bristen på enkelrum även till förlängd väntetid och förseningar i den medicinska vården för patienterna. Situationen skapade empati för patienten och upplevdes frustrerande av sjukvårdspersonalen (Wiklund, Fagerberg, Örtqvist, Broliden & Tammelin, 2015). Sjukvårdspersonalen beskrev även att undersökningar och behandlingar inte prioriterades för patienterna på grund av risken för smittspridning (Lindberg, Carlsson & Skytt, 2014). Sjukvårdspersonalen uppgav att de ofta använde handskar vid kontakt med patienter med ett multiresistent bärarskap samt att de fanns de som inte ville ta i patienterna utan handskar. Vilket innebar mindre fysisk kontakt än normalt mellan sjukvårdspersonalen och patienterna (Andersson et al., 2016). Mindre fysisk kontakt kunde enligt sjukvårdspersonalen ha en negativ påverkan på patienternas vård då fysisk kontakt kan förbättra tillfrisknandet (Seibert et al., 2014).

Även patienterna med ett multiresistent bärarskap uttryckte upplevelser av bristande vård och att kvaliteten på vården kompromissades (Barrat, Shaban & Moyle, 2010). Patienterna beskrev att de nekades vård för sin grundsjukdom samt att behandling fördröjdes på grund av bärarskapet (Skyman, Thunberg Sjöström & Hellström, 2010). Detta är även något som Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinsin och Lewis (2012) beskrev där en del patienter hade fått begränsade möjligheter att delta i rehabiliteringsprogram. Patienterna med ett multiresistent bärarskap rapporterar likt sjukvårdspersonalen att de inte fick några spontana besök (Skyman et al., 2010).

Vårdrelationens påverkan på vårdupplevelsen

Sjukvårdspersonalen uttryckte vikten av en god vårdrelation för adekvat infektionskontroll och att detta skall genomföras med respekt och sensitivitet för patienten (Lindberg et al., 2014). Vårdupplevelsen för patienterna med ett multiresistent bärarskap visade sig också påverkas av vårdrelationen. En god vårdrelation kännetecknades enligt patienterna av kontinuitet och förberedelse (Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009). Där ett professionellt bemötande kunde bidra till trygghet och minskad känsla av utanförskap för patienten (Skyman, Lindahl, Bergbom, Thunberg Sjöström & Åhrén, 2016). Ett oprofessionellt bemötande var vanligt förekommande och beskrevs som otillräckligt stöd, otillräcklig uppföljning samt inkonsekvent behandling. Det oprofessionella bemötandet kom att påverka tilliten och tryggheten till sjukvårdspersonalen (Lindberg et al., 2009; Wiklund, Hallberg, Kahlmeter & Tammelin, 2013). Patienterna redogjorde också för möten med sjukvårdspersonal där personalen undvek att svara på deras frågor samt upplevdes ignoranta och respektlösa (Wiklund et al., 2013). Sjukvårdspersonalens bemötande fick även patienterna att känna sig äckliga och värdelösa (Webber et al., 2012). Deras reaktioner skapade ett obehag och påverkade patienternas upplevelse av bärarskapet (Lindberg et al., 2014). Reaktioner och attityder på bärarskapet hos sjukvårdspersonalen registrerades av patienterna som oprofessionellt (Skyman et al., 2010).

Patienterna upplevde att skyddsåtgärderna skapade en barriär vid interaktionen med sjukvårdspersonalen samt att denna barriär var negativ för relationen (Barrat et al., 2010). Sjukvårdspersonalen uppmuntrade patienterna till tillämpning av god hygien men brast själva i följsamheten till hygienrutinerna vilket skapade frustration, ilska och tillitsbrist till sjukvårdspersonalen (Wiklund et al., 2013). Sjukvårdspersonalens oföljsamhet till hygienrutiner upplevdes också som slarvigt (Skyman et al., 2010). Patienterna beskrev även ett

inkonsekvent användande av skyddskläder där viss sjukvårdspersonal såg ut som astronauter medan andra hade vanliga kläder (Skyman et al., 2016). På grund av att patienterna såg personalen som experter vågade de inte ifrågasätta det inkonsekventa beteendet och oföljsamheten till rutiner (, Lindholm & Fossum, 2011; Skyman et al., 2016).

Upplevelse av isolering

Negativa och positiva upplevelser av isolering

Patienter som isoleringvårdades på grund av ett multiresistent bärarskap upplevde känslor som rädsla, ilska, frustration och skuld (Barrat et al., 2010). Även känslor av att vara mer introvert och deprimerad beskrevs i relation till isoleringsvården (Webber et al., 2012). Patienterna upplevde även isoleringen som begränsande och kränkande då de hölls borta från andra patienter och enbart fick besök vid medicinska- och omvårdnadsåtgärder (Skyman et al., 2010). Att vara begränsad till ett rum och då också ha minskad autonomi, att behöva be om något att dricka samt bli tagen till duschen, påverkade upplevelsen och skapade frustration (Barrat et al., 2010). Vårdupplevelsen påverkades negativt av att bli flyttad till ett isoleringsrum utan förberedelse eller med lite eller ingen förklaring (Criddle & Potter, 2006).

Det fanns också de patienter som upplevde isoleringsvården som positiv eftersom ett eget rum skapade möjlighet till integritet och hanterbarhet av situationen (Barrat et al., 2010; Criddle et al., 2006). Andra faktorer som möjliggjorde en positiv upplevelse av isoleringen var bekvämligheten och tystnaden i ett enkelrum samt uppfattningen av att vården inte förhindrades (Criddle et al., 2006). För att patienterna skulle kunna finna tröst i situationen var det viktigt med möjlighet till socialisering med omvärlden genom exempelvis tillgång till telefon (Barrat et al., 2010). Förståelsen för behovet av isoleringsvård kunde få en positiv påverkan på upplevelsen. Patienterna såg på isoleringen som en nödvändighet för att skydda andra patienter då de förstod konsekvenserna av att vara smittsam (Barrat et al., 2010; Skyman et al., 2010). En del patienter accepterade isoleringen (Skyman et al., 2010) medan andra, trots förståelse för åtgärden, såg det som en fångenskap (Barrat et al., 2010).

Aspekter för bättre upplevelse av isolering

Upplevelsen av isoleringen var beroende av den fysiska miljön i och utanför isoleringsrummet. Där rummets faciliteter samt utformning var viktigt för upplevelsen och kunde bidra till en förbättrad vårdupplevelse. Möjligheten till att ha dörren öppen och då kunna se och höra personerna i korridoren samt att kunna lyssna på radio kunde minska känslan av isolering (Skyman et al., 2010). Även möjligheten att se ut genom ett fönster kunde ge tröst samt förbättra upplevelsen (Barrat et al., 2010; Skyman et al., 2010). Sjukvårdspersonalen som var medvetna om patienternas känslor av isolering och ensamhet försökte förbättra upplevelsen av isolering genom att gå in till patienterna med ett multiresistent bärarskap lika frekvent som till andra patienter (Andersson et al., 2016).

Kunskap och information

Betydelsen av kunskap och information

Kunskap visade sig ha betydelse för tryggheten vid vård av patienter med ett multiresistent bärarskap (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015). Korrekt information om multiresistenta bakterier, riktlinjer samt rutiner gjorde sjukvårdspersonalen tryggare och skapade en positiv inställning till vården av patienterna (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015). En ökad kunskapsnivå om multiresistenta bakterier bidrog till att riktlinjerna följdes mer

noggrant, dock följdes inte alltid riktlinjerna trots att sjukvårdspersonalen kände till dem (Wiklund et al., 2015). Seibert et al. (2014) menade att påminnelse inom vårdteamet kunde bidra till förbättrad följsamhet till riktlinjerna. Enligt Andersson et al. (2016) upplevdes inte vården av patienterna som komplicerad om sjukvårdspersonalen hade god kunskap om det multiresistenta bärarskapet. En stor del sjukvårdspersonal saknade kunskap eller hade bristande kunskap kring multiresistenta bakterier, infektionskontroll och smittvägar. De hade även bristande information och kunskap kring rutiner och riktlinjer samt vården av patienterna med ett multiresistent bärarskap. Vilket orsakade rädsla och osäkerhet hos sjukvårdspersonalen (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015).

Patienterna upplevde att sjukvårdspersonalen hade otillräckligt kunskap om multiresistenta bakterier (Andersson et al., 2011; Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2016) och infektionskontroll (Lindberg et al., 2014; Seibert et al., 2014; Webber et al., 2012). Patienterna noterade också att sjukvårdspersonalen hade bristande kunskap om smittvägar, skyddsåtgärder samt var oaktsamma i sitt bemötande (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2014). Att möta sjukvårdspersonal som visade på otillräcklig kunskap var skrämmande för patienterna (Skyman et al., 2016). Enligt patienterna var det först efter diagnosen med ett multiresistent bärarskap som sjukvårdspersonalen började använda skyddskläder och handskar vid hjälp med personlig hygien och sårömläggning (Andersson et al., 2011). Patienterna rapporterade även att sjukvårdspersonalen antingen överdrev användningen av skyddskläder eller inte vidtog några skyddsåtgärder alls (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016). Enligt Wiklund et al. (2013) tolkade patienterna den inkonsekventa användningen av hygienrutiner och skyddskläder som ett resultat av otillräcklig kunskap bland sjukvårdspersonalen. Att sjukvårdspersonal inte agerade likadant i samma situationer och inte följde riktlinjerna för isolering skapade frustration och ilska hos patienterna (Webber et al., 2012). Sjukvårdspersonalens inkonsekventa beteende skickade också olika budskap om allvaret av multiresistenta bakterier (Lindberg et al., 2009).

Patienterna hade varierad kunskap kring multiresistenta bakterier och smittvägar (Andersson et al., 2011). Tidigare erfarenheter och information visade sig ha betydelse för patienternas uppfattning om den multiresistenta bakterien. De som hade fått adekvat information eller patientbroschyrer om bärarskapet fann detta informativt och lugnande. Informationen skapade också trygghet och minskad oro över bärarskapet (Criddle et al., 2006). Adekvat information om multiresistenta bakterier förbättrade kunskapen och hanteringen av situationen för patienterna. Det skapade också en förståelse för skyddsåtgärderna (Barrat et al., 2010). Kunskapsbristen hos patienterna påverkade deras förhållningssätt till bärarskapet, där de antingen såg på det som livshotande eller som ofarligt (Lindberg et al., 2014; Webber et al., 2012). De saknade även kunskap om innebörden av ett multiresistent bärarskap och trodde att exempelvis onormala kaliumnivåer samt yrsel berodde på den multiresistenta bakterien (Criddle et al., 2006). Patienternas kunskapsbrist påverkade också deras inställning till skyddsåtgärderna, där de ansåg att isolering vid ett multiresistent bärarskap var överflödigt (Webber et al., 2012). Patienterna hade en bristfällig kunskap om hur de hade blivit smittade men beskyllde vanligtvis sjukvården för bärarskapet (Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014; Webber et al., 2012).

Otillräcklig information och dess konsekvenser

Enligt patienterna var det vanligt förekommande att sjukvårdspersonalen gav bristfällig information (Andersson et al., 2016; Criddle et al., 2006; Lindberg et al., 2014; Skyman et al.,

2010; Wiklund et al., 2013). Informationen om smitta och kolonisation var otillräcklig (Lindberg et al., 2016; Skyman et al., 2016), odetaljerad (Andersson et al., 2016; Lindberg et al., 2009) och saknade specifik information om bakterien, behandling samt logiken för skyddsåtgärder (Criddle et al., 2006). Patienterna fick vid tillfällena till och med fel information eller ingen information alls (Skyman et al., 2016). Även sjukvårdspersonalen upplevde att patienterna inte fick korrekt information om bärarskapet samt att de ignorerades och inte prioriterades (Andersson et al., 2016). Dålig förståelse för den egna situationen samt för den multiresistenta bakterien och dess effekter blev konsekvensen av otillräcklig information för patienterna. På grund av den bristande informationen om kolonisation och isoleringen blev patienterna även förvirrade (Criddle et al., 2006). Wiklund et al. (2013) beskriver att bristande information även skapade frustration hos patienterna då de kände att det var upp till dem själva att söka information. Att de inte hade fått någon information om hur de hade blivit smittade eller om de fortfarande var bärare skapade en osäkerhet hos patienterna (Skyman et al., 2010).

Flera informatörer förvirrade och försvårade för patienten att ta till sig informationen då det gavs olika information och budskap (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Patienterna upplevde även att informationsutbytet försvårades när för mycket information gavs vid ett tillfälle (Lindberg et al., 2009). Enligt Wiklund et al. (2015) och Lindberg et al. (2014) upplevdes sjukvårdspersonalen också ha svårigheter med att informera och ge korrekt information till patienterna. De saknade även en förmåga att försäkra sig om att patienterna hade förstått och tagit till sig informationen (Lindberg et al., 2014).

Rädsla hos sjukvårdspersonalen och patienterna

Sjukvårdspersonalens rädsla för smitta

Risken för smittspridning till andra patienter var något som sjukvårdspersonalen uttryckte en rädsla och ångest över (Andersson et al., 2016; Seibert et al., 2014; Wiklund et al., 2013). Rädsla för smittspridning orsakade även dilemman i vårdteamet då sjukvårdspersonalen inte ville tillrättvisa varandra (Andersson et al., 2016). Sjukvårdspersonalen uttryckte även en rädsla för att själva bli smittade vid vård av patienter med ett multiresistent bärarskap (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015). Rädslan försvårade även vården av patienterna (Wiklund et al., 2015). Sjukvårdspersonalens rädsla var så stor att en del valde att sjukanmäla sig eller sluta på avdelningen för att slippa vårda patienterna. En del sjukvårdspersonal uttryckte en rädsla för att förlora sitt jobb och att deras liv skulle vara över om de blev smittade (Andersson et al., 2016). Rädsla kunde enligt Lindberg et al. (2014) bero på en ovana av att vårda patienter med ett multiresistent bärarskap. Bland sjukvårdspersonalen fanns det även en rädsla och ångest för att föra smitta vidare till sin familj (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015).

“I am afraid of becoming infected myself, since I have young children at home, I worry - if I get it, what will happen then?”

- Andersson et al. (2016, s. 236)

Vården upplevdes skrämmande för sjukvårdspersonalen vid vård av patienter med multiresistent bärarskap, det fanns en oro och respekt för bakterien. En del sjukvårdspersonal betraktade patienterna med ett multiresistent bärarskap som ett hot (Andersson et al., 2016). Rädslan för patienterna hade med tiden minskat men det fanns fortfarande en rädsla för smittspridning till andra patienter (Wiklund et al., 2015). Det fanns också de som inte såg på

patienterna som ett hot, eftersom bärarskapet var känt och det då fanns en möjlighet till kontroll av smittspridning (Andersson et al., 2016). Sjukvårdspersonalens rädsla för smittspridning orsakade brist på respekt och empati för patienterna med ett multiresistent bärarskap då de använde onödiga skyddsåtgärder och undvek kontakt med patienterna (Wiklund et al., 2015). Deras skyddsåtgärder var också fokuserade på att skydda sig själva och inte patienten (Lindberg et al., 2014). Den oprofessionella hanteringen av rädslan skapade hos en del sjukvårdspersonal en känsla av skam (Wiklund et al., 2015). Wiklund et al. (2015) menar att det bästa sättet för sjukvårdspersonalen att hantera sin rädsla är att följa rutiner och riktlinjer.

Patienternas rädsla

Brister i sjukvårdspersonalens kunskap resulterade i oro och ångest för patienterna (Barrat et al., 2010). Det multiresistenta bärarskapet orsakade även det rädsla och ångest för patienterna. Orsaken varierade men var beroende av deras förförståelse och tidigare erfarenheter (Criddle et al., 2006). De var rädda för att smitta andra patienter och närstående (Barrat et al., 2010; Criddle et al., 2006). Rädslan för att smitta andra berodde exempelvis på personalens inkonsekventa användning av skyddsåtgärder då de trodde att dessa utfördes för att skydda andra patienter (Barrat et al., 2010). Rädslan beskrevs också i relation till rädsla för att inte få vård när de blev sjuka eller för att inte få korrekt behandling på grund av bärarskapet (Andersson et al., 2011).

Stigmatisering

Sjukvårdspersonalen skapade stigmatisering

Sjukvårdspersonalen beskrev att patienterna var medvetna om deras rädsla och ovilja till att vårda patienterna (Andersson et al., 2016). Sjukvårdspersonalen trodde även att detta måste ha varit stigmatiserande för patienterna och att patienterna måste ha känt sig äckliga (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015). Stigmatisering av patienterna skedde enligt sjukvårdspersonalen vid avsaknad av riktlinjer då inkorrekta rutiner tillämpades vilket resulterade i att patienterna behandlades oprofessionellt. Enligt sjukvårdspersonalen kan stigmatisering undvikas genom följsamhet till korrekta rutiner för hygien och smittskydd (Wiklund et al., 2015). En jämförelse med vården av ”pestsmittade” beskrevs av en del sjukvårdspersonal vid vård av patienter med ett multiresistent bärarskap även vid tillämpning av korrekta rutiner (Andersson et al., 2016; Wiklund et al., 2015).

“The healthcare personnel put on ‘moon suits’ while caring for the patients with MRSA. Inflamed comments such as ‘here comes the plague’ and ‘everybody will be infected’ and even ‘all healthcare personnel will die’ were heard.”

- Andersson et al. (2016, s. 236)

Flera patienter beskrev hur mötet med sjukvårdspersonalen kunde vara stigmatiserande och att det kunde få dem att känna sig som om de vore ”pestsmittade” (Lindberg et al., 2014; Wiklund et al., 2013). Även distansering av sjukvårdspersonalens fick patienterna att känna sig orena (Lindberg et al., 2014). Sjukvårdspersonalens skyddsåtgärder såsom strikt isolering och användning av skyddskläder bidrog till känslan av stigmatisering (Barrat et al., 2010; Webber et al., 2012) och av att vara farlig (Skyman et al., 2010). Patienterna beskrev händelser där sjukvårdspersonalen hade tagit till extrema åtgärder såsom att tvinga dem att gå in bakvägen, stänga av hela byggnaden samt användning av masker och helskyddande dräkter (Skyman et al., 2016). Patienterna hade också förbjudits att sitta i väntrummet med andra patienter och

därför tvingats vänta i timmar utanför akutmottagningarna. Att patienterna genererade rädsla till sin omgivning upprörde patienterna (Skyman et al., 2010).

Konsekvenserna av stigmatisering

Det multiresistenta bärarskapet fick patienterna att känna sig annorlunda jämfört med andra patienter (Skyman et al., 2016; Webber et al., 2012; Wiklund et al., 2013). Wiklund et al. (2013) beskriver att en del patienter kände sig obekväma och utpekade när de hade speciella överenskommelser kring deras sjukvårdsbesök för att sjukvårdspersonalen skulle kunna städa efter dem. Skyman et al. (2016) beskrev att patienterna även blev sårade och kände sig annorlunda när de blev tillsagda att göra saker på ett annat sätt jämfört med andra patienter samt fick behandling sist. Känslan av att vara stigmatiserad förvärrade också den negativa känslan av isolering och minskade hanterbarheten av situationen (Criddle et al., 2006; Webber et al., 2012).

Det oönskade kravet på att informera sjukvården om sitt bärarskap fick patienterna att känna sig som om de var märkta med smitta och att bärarskapet var deras identitet. Vilket fick konsekvensen att patienterna undvek sjukvården (Lindberg et al., 2014). Stigmatiseringen fick patienterna att känna skuld och skam över sitt bärarskap. De kände sig även kränkta, rädda och orena (Skyman et al., 2010). Sjukvårdspersonalens skyddsåtgärder fick även stigmatiserande konsekvenser och beskrevs orsaka en känsla av att vara smittad med "pesten" eller "lepra" (Barrat et al., 2010; Criddle et al., 2006; Skyman et al., 2010; Skyman et al., 2016). Det framkom också att sjukvårdspersonalens bemötande ensamt skapade dessa upplevelser (Wiklund et al., 2013). Bärarskapet medförde även att patienterna stundtals beskrev sig själva med dessa stigmatiserande termer (Barrat et al., 2010; Skyman et al., 2016).

"I felt like a leper, I did because nobody would come in unless they put an apron and their gloves on"

- Criddle et al. (2006, s. 27)

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som används är en litteraturbaserad studie som även är relevant på kandidatnivå. Eftersom en empirisk studie endast rekommenderas i undantagsfall, då det är svårt att genomföra med god kvalitet under avsett tidsram (Segesten, 2017a). Vald metod i form av en analys av kvalitativ forskning är relevant för att få en fördjupad förståelse för patientens upplevelse (Segesten, 2017b) och i detta fall även sjukvårdspersonalens upplevelse av vården vid ett multiresistent bärarskap. Även Friberg (2017a) menar att vald metod är relevant för ökad förståelse av upplevelsen och för att skapa en vägledning i omvårdnaden. Metoden är också relevant då dess motiv är att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet och på detta sätt öka kunskapsvärdet. En svaghet med metoden, analys av kvalitativ forskning, i relation till problemområdet är att det inte har hittats så mycket relevant kvalitativ forskning. Det finns mycket forskning kring de inkluderade multiresistenta bakterierna och resistentmekanismerna men då främst kvantitativ och medicinsk forskning, som berör prevalens, riskfaktorer samt smittspridnings prevention. Det kan utifrån forskningsfältet då vara mer adekvat att göra en litteraturoversikt. Emellertid ger en litteraturoversikt en överblick av ett avgränsat problemområde (Friberg, 2017b) medan en analys av kvalitativ forskning ger en förståelse för det valda fenomenet och problemområdet (Friberg, 2017a) vilket också är syftet samt

önskemålet med studien. På grund av bristen på relevant kvalitativ forskning var litteratursökningen extremt tidskrävande. Vid ett nytt genomförande av studien hade kanske därför en annan infallsvinkel valts. Andra sökord hade kunnat användas, exempelvis “perception” och “care” i andra sökkombinationer.

I söktabellen (se bilaga 1) ser det ut som 20 artiklar totalt har granskats, trots att endast 16 enskilda artiklar har granskats. Detta beror på att redan tidigare granskade artiklar räknas in i antal granskade artiklar. I söktabellen presenteras enbart de valda artiklarna och inte alla sökningar. Vilket inte ger en rättvis bild av litteratursökningsförfarandet. Det visar däremot på vilka sökord som har eller inte har genererat relevanta träffar, då fler sökord presenteras i metoden än vad som redovisas i söktabellen. Sökorden “Vancomycin Resistant”, “Vancomycin-Resistant Enterococci” och “Extended Spectrum Beta-lactamase” skulle kunna ses som olämpliga sökord då de inte genererade några relevanta artiklar. Dock ingår de i CINAHL headings, SweMeSH eller används av artiklar i rubrik och abstract. Vilket indikerar deras relevans men att det saknas forskning kring upplevelsen av dessa bärarskap. En styrka med litteratursökningen är att det även genomfördes sekundärökningar för att undersöka hela forskningsfältet. Vid sekundärsökningarna valdes en artikel från 2006 trots en årsbegränsning på tio år, detta eftersom den refereras till flera gånger och för att den vid närmare granskning har ett adekvat resultat för syftet. Vetenskapligt material är enligt Östlundh (2017) en färskvara, vad som anses vara färskt beskrivs dock inte. Vid beskrivning av en upplevelse behöver ny forskning nödvändigtvis inte vara mer relevant då en upplevelse är individuell och kanske inte förändras över tid. En upplevelse som en person hade för 11 år sedan kan fortfarande vara aktuell idag. Detta stärks av att artiklarna beskriver liknande upplevelser år 2006 som år 2016.

Antalet artiklar kan upplevas som få, men att de valda artiklarna refererar till varandra kan visa att forskningsfältet är smalt och att de artiklar som berör syftet är inkluderade. De inkluderade artiklarna återfanns också vid flera sökningar med olika sökordskombinationer och i olika databaser. Antalet artiklar kan vara en styrka enligt Friberg (2017a) som menar att det vid analys av kvalitativa studier är mer fördelaktigt att göra en djupare analys av färre studier än det motsatta. Det finns alltid en risk för att ytterligare studier skulle kunna bidra med nytt resultat, men då analysen av artiklarna visar på liknande upplevelser tros risken vara liten att de skulle ha en nämnvärd påverkan på resultatet. De inkluderade artiklarna speglar problemområdet men främst västvärldens syn på det. Då majoriteten av artiklarna är från Sverige och resterande från Nya Zeeland, Storbritannien, USA och Kanada (se bilaga 2). Detta kan ge en ensidig bild av problemet utifrån länder med resurser, vilket kan få konsekvenser för studiens resultat och infallsvinkel. Dock ser inte vården likadan ut i dessa länder vilket kan ha betydelse för vårdupplevelsen och kan ha en positiv påverkan studiens resultat. Kontexten är också relevant för författarnas kompetens då yrkesutövningen kommer ske i liknande kontext. Det måste tas i beaktning att kvalitetsgranskningen sker på en kandidatnivå. Däremot är styrkor för bedömningen av artiklarnas kvalitet att alla artiklar har granskats individuellt för att sedan diskuteras och bedömas tillsammans. Att flera bedömningsformulär och metoder för granskning har använts är också en styrka i kvalitetsbedömningen.

Analysförfarandet var utmanande, tidskrävande och krävde en utförlig granskning av metodlitteraturen. Artiklarnas resultat analyserades stegvis enligt Friberg (2017a) och individuellt för att bekräftas gemensamt i ett försök att minska omedveten vinkling eller feltolkning. Formulering av kategorier utifrån analysen var utmanande då de meningsbärande delarna var överlappande och kunde placeras under flera kategorier. Vilket också gjorde det

svårt att hitta täckande och bra benämningar på kategorierna. Studiens trovärdighet stärks av att handledaren har läst och kommenterat resultatet (Henricson, 2012b). Det hade för ökad trovärdighet varit önskvärt med granskning och åsikter från utomstående.

Ett aktivt val av att benämna MRSA och ESBL som ett multiresistent bärarskap har gjorts. Trots att inga artiklar om VRE eller ESBLcarba är inkluderade i resultatet. Detta på grund av bristen på relevanta artiklar. En gemensam benämning är relevant då innebörden av bärarskapen leder till liknande omvårdnadsåtgärder och konsekvenser för patienten (Folkhälsomyndigheten, 2014b; Folkhälsomyndighet 2014c; Grundmann et al., 2006; Socialstyrelsen, 2006). Termen sjukvårdspersonal används i studien på grund av brist på artiklar med enbart sjuksköterskor och eftersom det inte gick att särskilja åsikterna från de olika professionerna. Sjukvårdspersonalen som ingick i artiklarna var främst sjuksköterskor och undersköterskor men även läkare, sektionsledare och avdelningschefer. De är alla involverade i det patientnära arbetet och har därför relevanta erfarenheter.

Resultatdiskussion

Sammanfattning av huvudfynd

Studiens resultat visar att vårdupplevelsen för sjukvårdspersonalen och patienterna vid ett multiresistent bärarskap påverkas av flera aspekter. Interaktionen mellan patienten och sjukvårdspersonalen är en sådan aspekt. Där det framkommer att patienterna får bristande vård och blir oprofessionellt bemötta. Bristande vård beskrivs av sjukvårdspersonalen som stressande. Isolering till följd av bärarskapet beskrivs av patienterna både som positivt och negativt samt påverkas av förståelsen och vårdmiljön. Kunskap och information är också aspekter som har betydelse för vårdupplevelsen. Där god kunskap hos sjukvårdspersonalen ger trygghet och bristande kunskap resulterar i rädsla samt inkonsekvent bemötande och information. En rädsla för smittspridning hos både sjukvårdspersonalen och patienterna beskrivs påverka vårdupplevelsen negativt. Sjukvårdspersonalens rädsla, bemötande samt skyddsåtgärder stigmatiserar även patienterna. Vilket får patienterna att känna sig annorlunda och som om de vore ”pestsmittade”.

Interaktionen mellan patient och sjukvårdspersonal

Patienterna i studiens resultat beskriver att vården påverkas negativt av deras multiresistent bärarskap då de nekas vård, behandling fördröjs samt vårdkvaliteten kompromissas. Upplevelserna stärks av sjukvårdspersonalens beskrivning av bristande vård, då det finns en ovilja att vårda patienter med ett multiresistent bärarskap och att deras vård inte prioriteras. Resultatet indikerar även att patienterna inte upplevs få vård på samma villkor som patienter utan ett bärarskap. Något som strider mot Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) eftersom vården ska ges på lika villkor och respektera alla människors lika värde. Det strider även mot Socialstyrelsens (2006) beskrivning av vård till patienter med ett multiresistent bärarskap eftersom patienternas vård inte ska påverkas eller fördröjas på grund bärarskapet. Att vården inte utförs på lika villkor beskrivs av sjukvårdspersonalen i resultatet som stressande och påverkar deras vårdupplevelse negativt. Något som också skapar stress är skyddsåtgärderna som upplevs som ineffektiva. Stressen kan bidra till en obalans mellan patientens önskningsar och sjukvårdspersonalens möjlighet att tillfredsställa dessa vilket kan leda till en icke vårdande relation (Snellman, 2014). En icke vårdande relation kan innebära lidande och en negativ vårdupplevelse för patienten.

När sjukvårdspersonalens handlingar strider mot lagar och riktlinjer visar detta på ett oprofessionellt bemötande vilket också är återkommande i resultatet. Där inkonsekvent användning av hygienrutiner samt skyddsåtgärder skapar en frustration och skrämmer patienterna. Jämförelsevis visar studien att professionellt bemötande skapar trygghet och minskad känsla av utanförskap hos patienterna. Trots patienternas frustration vid ett oprofessionellt bemötande visar resultatet att patienterna inte vågar ifrågasätta sjukvårdspersonalens oföljsamhet till riktlinjerna. Vilket kan bero på en asymmetrisk vårdrelation beskriven av Snellman (2014) där patienten är mer sårbar än vårdgivaren i relationen. Dahlberg och Segesten (2010) menar att vårdrelationen är asymmetrisk eftersom den saknar jämvikt. Asymmetrin i en vårdrelation behöver dock inte innebära att patienten inte vågar ifrågasätta sjukvårdspersonalen, detta visar annan forskning gjord av Burnett, Lee, Rushmer, Ellis, Noble och Davey (2009) där majoriteten av patienterna i studien vågar ifrågasätta sjukvårdspersonalen. Däremot redogör Burnett et al. (2009) för liknande upplevelser som resultatet där patienter inte vågar ifrågasätta på grund av en rädsla för att bli alienerad. En rädsla som enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) inte ska existera då en god relation mellan sjukvårdspersonal och patient ska främjas.

Resultatets beskrivning av vårdrelationen vid ett multiresistent bärarskap kan liknas vid en icke vårdande relation (Snellman, 2014) som tidigare nämnts. Detta också på grund av obalansen mellan patienternas och sjukvårdspersonalens olika syn på skyddsåtgärder. Patienterna i studiens resultat upplever att skyddsåtgärderna skapar en barriär i relationen till sjukvårdspersonalen. Något som sjukvårdspersonalen inte upplever då skyddsåtgärderna ses som något positivt som kan minska stigmatisering. Dahlberg (2002) menar att fokus på riktlinjer och skyddsåtgärder istället för på patientens önskemål kan resultera i vårdlidande. Vårdlidandet kan även uppstå då barriären gör att patienten går miste om det positiva hälsofrämjande syftet i vårdrelationen (Dahlberg, 2002). Vårdrelationen kan även påverkas negativt eftersom barriären leder till minskad beröring vilket enligt Kasén (2002) möjliggör att patienten kan uttrycka lidande. Ett uttryck för lidande är viktigt för patienten för att förhindra känslor av förödmjukelse (Dahlberg, 2002).

Isoleringens påverkan på vårdupplevelsen

Isolering kan enligt resultatet upplevas som positivt av patienterna men är främst kopplat till negativa vårdupplevelser såsom känslor av att vara begränsad, kränkt och att inte kunna socialisera med andra människor. Upplevelse av social isolering beskrivs även av Barrat, Shaban och Moyle (2011), som menar att det skulle kunna leda till depression och då sekundärt till förlängd vårdtid och tillfrisknande. Förlängd vårdtid kan i sin tur innebära fysiska, psykiska och ekonomiska konsekvenser för patienten (Grundmann et al., 2006). Furuno, Krein, Lansing och Mody (2012) visar däremot att sjukvårdspersonalen var oroad över att isolering potentiellt kan påverka patienternas självkänsla och ge negativa konsekvenser som exempelvis depression. En oro som inte framkommer hos sjukvårdspersonalen i studiens resultat men som bekräftas av patienterna samt av Baratt et al. (2011). Barrat et al. (2011) redogör även för att patienterna i isolering upplever minskad självkänsla och kontroll vilket gör det svårare för dem att hantera situationen. Möjlighet till att hantera situationen beskrivs i resultatet och relateras till positiva upplevelser av isolering som exempelvis fördelarna med ett enkelrum. Enkelrum beskrivs å andra sidan i studiens resultat också som negativt och begränsande. Negativa vårdupplevelserna vid isolering kan diskuteras utifrån Eriksson (1994) beskrivning av vårdlidande som menar att lidandet uppstår ur en kränkning av patientens självständighet. Vilket också blir fallet vid isolering då patienten begränsas till ett rum och fråntas en del av sin autonomi.

Kunskapen och informationens betydelse för vårdupplevelsen

Resultatet beskriver kunskapen och informationens betydelse för vårdupplevelsen för både patienterna och sjukvårdspersonalen. Där god kunskap hos sjukvårdspersonalen skapar trygghet och positiv inställning till vården. Kunskapsbrist skapar däremot rädsla och osäkerhet hos sjukvårdspersonalen vilket resulterar i ett inkonsekvent användande av hygienrutiner och skyddsåtgärder. Vilket skickar olika budskap till patienterna kring allvaret av bärarskapet. Kunskapsbristen som redovisas i studien stärks av Lindberg, Skytt, Högman och Carlsson (2011) som redogör för att sjuksköterskor generellt har dålig kunskap kring multiresistent bärarskap och smittspridning samt att detta resulterar i att patienterna får osäker vård. Att en konsekvens av bristande kunskap är osäker vård visar även studiens resultat. Omvårdnaden av patienterna genomförs inte med värdighet samt utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Något som också går emot kompetensbeskrivningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) samt Smittskyddslagen (SFS 2004:168). Om sjukvårdspersonalen inte har kunskap kan de inte heller informera patienterna korrekt. Vilket resultatet även visar då patienterna uppger sig ha kunskapsbrist och otillräcklig information. Kunskapsbristen hos patienterna visar sig ha betydelse för deras förhållningssätt till bärarskapet, där de antingen ser på det som livshotande eller som ofarligt. Den bristande kunskapen och informationen hos patienterna medför också att de har en minskad förståelse för skyddsåtgärderna och den egna situationen. Vilket även resulterar i vårdlidande för patienterna då de befinner sig i en utsatt situation när de inte förstår vad som ska ske och inte heller förstår meningen med vården (Dahlberg, 2002). Om patienterna får adekvat information kanske de kan ta till sig informationen på ett annat sätt och har då en bättre möjlighet till hanterbarhet av situationen.

Rädslans påverkan på vårdupplevelsen

Ett av studiens huvudfynd som påverkar vårdupplevelsen är rädsla i relation till det multiresistenta bärarskapet, där både sjukvårdspersonal och patient uttrycker en rädsla för smittspridning. Resultatet indikerar också att rädslan framförallt beror på bristande kunskap och information. Där patienterna var rädda för smittspridning främst på grund av sjukvårdspersonalens okunskap men även på grund den egna kunskapsbristen. Patienternas rädsla för smittspridning skulle med grund i Eriksson (1994) beskrivning av lidande kunna tolkas som livslidande för patienterna då deras livssituation och möjlighet till socialt liv på grund av bärarskapet är förändrat. Resultatet beskriver också en rädsla hos patienterna för att inte få vård som skulle kunna grunda sig i den levda erfarenheten av att vården fördröjs eller till och med nekas på grund av bärarskapet. Vilket återigen indikerar att patienterna inte får vård på lika villkor, inte värderas lika högt som patienter utan ett bärarskap och följer då inte heller Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Resultatet visar också att sjukvårdspersonalens rädsla var så stor att den kom att påverka vårdupplevelsen negativt för båda parter. Vården av patienterna upplevdes så skrämmande att sjukvårdspersonalen valde att sjukskriva sig eller sluta på avdelningen. En inställning till vården som är förvånande och oroväckande då den strider både mot den etiska koden och kompetensbeskrivningen. Den kan även ses som onödig då vården ska bygga på evidens och beprövad erfarenhet. Vilket innebär att det ska finnas medel för att vården ska kunna utföras på ett korrekt sätt, utan rädsla och med respekt för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2014; 2017).

Stigmatisering skapar lidande

Upplevelsen av stigmatisering beror enligt resultatet främst på sjukvårdspersonalens bemötande, skyddsåtgärder och rädsla. Där sjukvårdspersonalens överdrivna användande av skyddsåtgärder kan bero på den tidigare beskrivna kunskapsbristen. Det resulterar även i en respektlöshet och empatilöshet mot patienten vilket strider mot ICN:s etiska kod (Svensk

sjuksköterskeförening, 2017). De överdrivna skyddsåtgärderna som beskrivs i studiens resultat kan också resultera i ett vårdlidande då det upplevs som kränkande av patienten (Eriksson, 1994). Resultatet visar däremot att även korrekta skyddsåtgärder upplevs som stigmatiserande av patienten. Vilket kan visa att det inte är enkelt för sjukvårdspersonalen att handla rätt utifrån smittskydd och respekt för patienten. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan skapa en förtroendefull relation till patienten och se patientens situation ur ett helhetsperspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Något som inte uppnås i resultatets beskrivning av vårdupplevelsen då mötet framförallt är stigmatiserande och oprofessionellt.

Resultatet beskriver även att sjukvårdspersonalen aktivt undviker patienterna och att detta påverkar patienternas upplevelse av stigmatisering och vård. När sjukvårdspersonalen inte besöker patienterna med ett multiresistent bärarskap lika frekvent som de brukar med andra patienter skapas en distansering. Vilket i sin tur leder till utebliven vård som eventuellt kan generera vårdlidande för patienterna (Eriksson, 1994). Resultatet redogör också för att patienterna upplever att sjukvårdspersonalen många gånger saknar en förståelse för deras situation men att det också finns sjukvårdspersonal som är medvetna om att patienterna stigmatiseras. Patienterna som upplever att sjukvårdspersonalen inte förstår dem kan enligt Dahlberg (2002) uppleva ett vårdlidande eftersom deras lidande inte uppmärksammas av sjukvårdspersonalen.

En oroväckande del i resultatet är det multiresistenta bärarskapets jämförelse med ”pestsmitta”. Där både sjukvårdspersonal och patienterna gör denna jämförelse. Skillnaden är att patienternas identifiering med ”pestsmittade” grundas i sjukvårdspersonalens bemötande och är utom deras kontroll. Medan sjukvårdspersonalen har möjlighet att ändra sin inställning till bärarskapet genom kunskap och följsamhet till den etiska koden samt kompetensbeskrivningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014; 2017). Jämförelsen får en negativ påverkan på vårdupplevelsen för patienten på grund av känslan av att vara annorlunda och ytterligare självstigmatisering. Mozzillo, Ortiz och Miller (2010) beskriver likt studiens resultat att patienterna med ett MRSA-bärarskap jämför bärarskapet med ”pestsmitta”. Mozzillo et al. (2010) menar även att det är sjukvårdens ansvar att anpassa sitt budskap om multiresistent bärarskap för att undvika att patienterna upplever stigmatisering eller lidande på grund av bärarskapet. Det kan utifrån detta ansvar och det etiska ansvaret att lindra lidande samt förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) uppfattas som respektlöst av sjukvårdspersonalen i studiens resultat att göra denna jämförelse. Då jämförelsen stigmatiserar och skapar ytterligare lidande.

Slutsats

Studios resultat bidrar med en förståelse för omvårdnadens brister i vården av patienter med ett multiresistent bärarskap. Bärarskapet bidrar ofta till en negativ vårdupplevelse för både patienterna och sjukvårdspersonalen. Vården skapar lidande för patienterna på grund av kunskapsbrist och oprofessionellt bemötande från sjukvårdspersonalen. Kunskapsbrist hos sjukvårdspersonalen bidrar till att vården upplevs som skrämmande. En rädsla för smittspridning är påtaglig både för patienterna och sjukvårdspersonalen. Där rädslan även skapar stigmatisering för patienterna. Vården jämförs med vården av ”pestsmittade” och upplevs som stressande samt utmanande för sjukvårdspersonalen. Vilket även skapar en obalans mellan sjukvårdspersonalen och patienten. Vården kan också upplevas som positiv för patienterna och sjukvårdspersonalen när det finns god kunskap och medvetenhet om patienternas situation. Isoleringsvården som ofta upplevs som negativ och kränkande kan

upplevas som positiv när den bidrar till en känsla av hanterbarhet samt innefattar en möjlighet till någon form av socialisering. Slutsatsen är att sjuksköterskan behöver ha kunskap om det multiresistenta bärarskapet för att kunna ge god och trygg omvårdnad som bygger på evidens. Detta också för att vårdupplevelserna för båda parter ska kunna förbättras.

Implikationer för omvårdnad

För att lindra lidandet och den negativa vårdupplevelsen vid ett multiresistent bärarskap behöver en god vårdrelation skapas, som bygger på trygghet och respekt. Det är också viktigt att sjuksköterskan värnar om vårdrelationen och tar sitt ansvar för den. Detta kan möjliggöras genom följande åtgärder:

- Rutiner och riktlinjer behöver vara lättare att tillgå, anpassas efter den specifika vårdinrättningen samt bearbetas i vårdteamet för att säkerställa patientsäkerhet och konsekvent följsamhet.
- Ökad kunskap för sjuksköterskan kring det multiresistenta bärarskapet, smittspridning, rutiner och riktlinjer samt hur vården bör utformas.
- Förbättrad patientutbildning behövs också, detta kan möjliggöras genom ökad kunskap hos sjuksköterskan.
- Adekvat information till patienterna, genom både verbal och skriftlig information.
- Informationen bör individanpassas och ges av en informatör.
- Små medel kan användas för att förbättra vårdupplevelsen för patienter, såsom möjlighet till telefon eller anpassning av vårdmiljöns estetik efter den specifika patienten.

Fortsatt forskning

Resultatet från studien indikerar ett behov av ytterligare forskning kring hur patienter med ett multiresistent bärarskap upplever vården samt hur sjuksköterskan upplever att vårda dem. Eftersom antalet patienter med ett multiresistent bärarskap kommer att öka, är det relevant med ökad kunskap, förståelse och kompetens för sjuksköterskor. Detta även för att möjliggöra en förbättrad vårdrelation och vårdupplevelse. Framst ses ett behov av forskning kring upplevelser vid VRE eller ESBLcarba då det utifrån studiens litteratursökning inte har hittats någon aktuell forskning som undersöker detta. Det är även relevant med forskning om VRE och ESBLcarba för att undersöka om upplevelsen är annorlunda vid dessa typer av bärarskap.

Referenslista

- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, 63(2), 233-241. doi:10.1111/inr.12245S
- 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
- Arias, C. A., & Murray, B. E. (2012). The rise of the Enterococcus: beyond vancomycin resistance. *Nature Reviews Microbiology*, 10(4), 266-278. doi: 10.1038/nrmicro2761
- Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59. URL: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=e04ddc8d-3e6b-4497-9505-35f7a26f01b7%40sessionmgr120>
- Barrat, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180-193. doi: 10.5172/conu.2011.39.2.180
- Burnett, E., Lee, K., Rushmer, R., Ellis, M., Noble, M., & Davey, P. (2009). Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews. *Journal of Hospital Infection*, 74 (1), 42-47. doi: 10.1016/j.jhin.2009.07.027
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* [Elektronisk resurs] (3rd ed.). doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452230153>
- Criddle, P., & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/14690446060070020701>
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande—det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(1), 4-8. doi: <https://doi.org/10.1177/010740830202200101>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Folkhälsomyndigheten. (2013a). *Vancomycinresistenta enterokocker (VRE)*. Hämtad 2017-10-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/vancomycinresistenta-enterokocker-vre/>

- Folkhälsomyndigheten. (2013b). *ESBLcarba*. Hämtad 2017-10-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/esblcarba/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014a). *Meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2017-10-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014b). *Vankomycinresistent enterokocker – VRE*. Hämtad 2017-10-18 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6c2d9425367f4dde80a63d312c614d2e/vankomycinreistenta-enterokocker-vre.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2014c). *ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL*. Hämtad 2017-10-18 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f4df42e7e643414ba3499a9ee1801915/esbl-producerande-tarmbakterier.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL)*. Hämtad 2017-10-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/extended-spectrum-beta-lactamase-esbl/>
- Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Anmälningspliktiga och smittspåringspliktiga sjukdomar*. Hämtad 2017-10-19 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017a). *Vancomycinresistent Enterococcus faecium och Enterococcus faecalis (VRE) 2016*. Hämtad 2017-10-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/vancomycinresistent-enterokocker-vre/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017b). *Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) 2016*. Hämtad 2017-10-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/?p=25378>
- Folkhälsomyndigheten. (2017c). *Extended Spectrum Betalactamase (ESBL)-producerande Enterobacteriaceae 2016*. Hämtad 2017-10-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/extended-spectrum-beta-lactamase-esbl/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017d). *Karbapenemase-producerande Enterobacteriaceae (ESBLCARBA) 2016*. Hämtad 2017-10-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/esblcarba/>
- Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129-139). Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Furuno, J. P., Krein, S., Lansing, B., & Mody, L. (2012). Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 40(3), 263-266. doi: 10.1016/j.ajic.2011.03.019
- Grundmann, H., Aires-de-Sousa, M., Boyce, J., & Tiemersma, E. (2006). Emergence and resurgence of meticillin - resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. *The Lancet* 368(9538), 874-885. doi:10.1016/S0140-6736(06)68853-3
- Henricson, M. (Red.). (2012a). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012b). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Humphreys, H. (2014). Controlling the spread of vancomycin-resistant enterococci. Is active screening worthwhile? *Journal of Hospital Infection*, 88 (4), 191-198. doi: 10.1016/j.jhin.2014.09.002
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen* (Doktorsavhandling). Åbo: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Lindahl, B., & Skyman, E. (2014). Kroppen, kroppslig vård och hygien. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 121-149). 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., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson., M. (2011). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 424-436. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x
- Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2014). MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient-professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of infection and public health*, 7(5), 427-435. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004>
- Melhus, Å. (2013). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Midtvedt, T. (2011). Antimikrobiella läkemedel och resistensutveckling. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrobiologi* (s. 103-111). Lund: Studentlitteratur.

- Mozzillo, K. L., Ortiz, N., & Miller, L. G. (2010). Patients with meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection: twenty-first century lepers. *Journal of Hospital Infection*, 75(2), 132-134. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.10.031>
- Norrby, R., & Malmquist, J. (2017). Antimikrobiell behandling. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2017-10-05 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/antimikrobiell-behandling>
- SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2017-10-16 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Segesten, K. (2017a). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 17-24). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017b). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-108). Lund: Studentlitteratur.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American journal of infection control*, 42(4), 405-411. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2004:255. *Smittskyddsförordningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Thunberg Sjöström, H., & Åhrén, C. (2016). Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(4), 813-820. doi:10.1111/scs.12309
- Skyman, E., Thunberg 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
- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 439-464). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*. Hämtad 2017-10-08 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/3692c757601b40eda5e49f890c2d11ca/att-forebygga-varrelaterade-infektioner-ett-kunskapsunderlag-2006-123-12.pdf>

- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-10 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Svensk sjuksköterskeförening - Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-10 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Randén, J. (2017). Multiresistent bakterie. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/multiresistent-bakterie>
- Rupp, M. E., & Fey, P. D. (2003). Extended Spectrum β -Lactamase (ESBL)-Producing Enterobacteriaceae. Considerations for Diagnosis, Prevention and Drug Treatment. *Drugs* 63(4), 353-365. doi: <https://doi.org/10.2165/00003495-200363040-00002>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (VR1708). Hämtad från Vetenskapsrådets webbplats: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.
- Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B. (2012). The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center. *Rehabilitation nursing*, 37(1), 43-50. doi: 10.1002/RNJ.00007
- Weston, D. (2013). *Vårdhygien för sjuksköterskor: med bakgrund i mikrobiologi och infektionssjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2014). *Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014*. Hämtad 2017-10-09 från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2017). *Antimicrobial resistance*. Hämtad 2017-10-09 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s.269-295). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, S., Fagerberg, I., Örtqvist, Å., Broliden, K., & Tammelin, A. (2015). Staff experiences of caring for patients with extended-spectrum β -lactamase-producing bacteria: A qualitative study. *American Journal Of Infection Control*, 43(12), 1302-1309. doi:10.1016/j.ajic.2015.07.008

Wiklund, S., Hallberg, U., Kahlmeter, G., & Tammelin, A. (2013). Living with extended-spectrum β -lactamase: A qualitative study of patient experiences. *American Journal Of Infection Control*, 41(8), 723-727. doi:10.1016/j.ajic.2012.10.009

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59- 82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 – Söktabell

Cinahl Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-10-06	Drug Resistance, Microbial AND patients experience*	Peer reviewed Från 2007 Engelska	52	3	2	Wiklund et al. (2015) Wiklund et al. (2013)
2017-10-06	Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus AND Experience*	Peer reviewed Från 2007 Engelska	86	10	10	Andersson et al. (2011) Andersson et al. (2016) Barratt et al. (2010) Lindberg et al. (2009) Seibert et al. (2014) Skyman et al. (2010) Skyman et al. (2016)

Pubmed Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-10-23	"Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus" AND patient AND attitude*	Från 2007 (10 år) Engelska	59	8	6	Webber et al. (2012)

Sekundärsökningar	Valda artiklar
<p>Hämtade från:</p> <p>Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus</p> <p>Andersson et al. (2016)</p>	<p>Lindberg et al. (2014)</p>
<p>Suffering from methicillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation.</p> <p>Lindberg et al. (2009)</p>	<p>Criddle et al. (2006)</p>

Bilaga 2 – Artikelöversikt

Författare: Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B.

Titel: Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant

Staphylococcus aureus.

År: 2016

Land: Sverige

Tidskrift: International Nursing Review

Syfte: Att beskriva vårdpersonalens upplevelse av att vårda patienter med MRSA i Sverige.

Urval: Åtta sjuksköterskor och sju undersköterskor som alla hade vårdat minst en patient med MRSA men inte regelbundet.

Metod/design: Kvalitativ studie. Intervjuer med en semi-strukturerad intervjuguide. Datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre teman presenterades: "Feeling ignorant, afraid and insecure", "Feeling competent and secure" samt "Feeling stressed and overworked".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet. Har etiskt resonemang samt godkännande.

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

Titel: MRSA—global threat and personal disaster: patients' experiences.

År: 2011

Land: Sverige

Tidskrift: International nursing review

Syfte: Att fastställa och beskriva patienternas kunskap, uppfattningar och upplevelser av att vara bärare av MRSA.

Urval: Ändamålsenligt urval med 15 patienter med MRSA infekterade sår, med samhälls eller sjukhusförvärvad kolonisation.

Metod/design: Kvalitativ studie. Semistrukturerad intervju med öppna frågor och intervjuguide. Dataanalysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Temat för resultatet var "Being exposed to others' shortcomings and being a threat to others' health". Temat bestod av tre kategorier med subkategorier. Kategorierna var "Understanding and emotional reactions", "Treatment by the healthcare professionals" samt "Consequences and expectations".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet. Har etiskt godkännande och resonemang.

Författare: Barrat, R., Shaban, R., & Moyle, W.

Titel: Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant

Staphylococcus aureus (MRSA).

År: 2010

Land: Nya Zeeland

Tidskrift: Australian Journal of Advanced Nursing

Syfte: Att undersöka den levda erfarenheten hos patienter i MRSA isolering inom akutsjukvården i Nya Zeeland.

Urval: Ändamålsenligt urval med tio patienter med en MRSA infektion som vårdats med skyddsåtgärder längre än tre dagar. Där sektionsledare identifierade och rekryterade möjliga deltagare.

Metod/design: Kvalitativ studie. En tolkande fenomenologisk metod användes, där datan samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer.

Resultat: Tre teman presenterades med två till tre underteman vardera. De tre temana var "Being MRSA positive", "Being with others" och "Living within four walls".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Medelhög kvalitet, har etiskt godkännande men saknar tydligt etiskt resonemang, metoddiskussion samt resonemang kring författarnas förförståelse.

Författare: Criddle, P., & Potter, J.

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

År: 2006

Land: Storbritannien

Tidskrift: British Journal of Infection Control

Syfte: Att utifrån ett patientperspektiv undersöka fenomenet av att vara koloniserad med MRSA.

Urval: Ändamålsenligt urval med exklusionskriterier. Där urvalet bestod av 14 patienter från akutsjukvården med MRSA kolonisation.

Metod/design: Kvalitativ studie. Fenomenologisk metod med individuella semistrukturerade intervjuer. Ett brett intervju-schema användes för att låta patienterna prata fritt om sina upplevelser utan att känna sig testade.

Resultat: Resulterade i fyra teman med tre till fem underteman vardera, som presenteras i flytande text och med citat. Temana är "Information provision", "Patient understanding", "Lived experience" och "Information needs".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Medelhög kvalitet. Är etiskt godkänd samt har resonemang. Följer merparten av de fenomenologiska stegen. Saknar metoddiskussion, beskrivning av kontext samt så diskuteras inte överförbarheten.

Författare: Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B.

Titel: Suffering from meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation.

År: 2009

Land: Sverige

Tidskrift: Journal of Hospital Infection

Urval: 13 patienter som alla var bärare av MRSA. Fyra män och nio kvinnor. Utvalda genom exklusions och inklusionskriterier.

Syfte: Att undersöka individers erfarenheter och förståelse av kolonisering av MRSA.

Metod/design: Kvalitativ studie. Datasamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer och en intervjuguide användes. Metoden som användes var kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i temat "Invaded, insecure and alone". Temats innehåll presenteras i tre kategorier med subteman och presenteras tillsammans med citat från intervjuerna. Den första kategorin är "Manifestations and perceptions" med subtemana "Symptoms of MRSA" och "Feelings regarding MRSA". Den andra kategorin är "Obstacles, loneliness and concern" med subtemana "Limitations in life", "Fear of reactions from others" samt "Protect others". Den sista kategorin "Alterations in contact with healthcare" med subtemana "Restrictions and routines in healthcare", "Required openness", "Encounters with healthcare workers" samt "Information from healthcare workers".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet. Har etiskt godkännande och resonemang.

Författare: Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B.

Titel: MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient-professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden.

År: 2014

Land: Sverige

Tidskrift: Journal of infection and public health

Syfte: Att undersöka MRSA-koloniserade patienter, sjuksköterskor, läkare, chefers erfarenheter av patient-vårdpersonalens interaktioner i relation till och ansvar för infektionsprevention vid vården av MRSA-koloniserade patienter.

Urval: Ändamålsenligt urval. Fem patienter, fyra avdelningschefer, fem sektionsledare, sex läkare samt fem sjuksköterskor.

Metod/design: Kvalitativ studie. Datainsamlingen gjordes med semistrukturerade individuella intervjuer med patienterna och semistrukturerade fokusgrupps intervjuer med vårdpersonalen. Induktiv kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera datan.

Resultat: Temat för resultatet var "Colonized persons' and healthcare personnel's understanding of MRSA determines whether personnel's behavior is perceived as proper or improper". Temat representerar tre subteman: "MRSA is an indefinable threat", "A responsibility that is important to assume" samt "Adherence is a neglected and negotiable issue".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet. Har etiskt godkännande och resonemang.

Författare: Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H.

Titel: Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions.

År: 2014

Land: USA

Tidskrift: American journal of infection control

Syfte: Att undersöka attityder hos vårdpersonal angående MRSA, tankar om utmaningar och barriärer vid prevention av MRSA samt förslag på hur man ska förhindra spridning av MRSA inom akutsjukvården.

Urval: Ändamålsenligt urval med 26 stycken akutsjukvårdspersonal. Deltagarna arbetade i direktkontakt med patienterna eller med arbeten som krävde inträde i omvårdnadsmiljön.

Metod/design: Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Data analyserades med innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenteras i sju kategorier och 18 teman. De flesta deltagarna rapporterade att de kände sig ansvariga för att ha hindrat smittspridning och har kunskap samt vilja att förhindra smittspridning. Dock var det många som även rapporterade svårigheter i att följa konsekvent användning av hygienrutiner. Hinder var exempelvis patienternas omvårdnadsbehov, utrustning och miljörelaterade problem som tillgång till handfat, tidspress samt rutiner mellan vårdpersonalen.

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Medelhög kvalitet. Tydligt och relevant resultat men som presenteras inkonsekvent vid citeringar. Finns inget etiskt resonemang men är publicerad i en tidskrift som använder sig av dubbel peer-review samt

finns på Elsevier som har sina etiska kriterier som innebär att de ska följa "The Code of Ethics of the World Medical Association (Helsingfors deklARATIONEN)" för att få publiceras.

Författare: Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L.

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

År: 2010

Land: Sverige

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Syfte: Att få kunskap om upplevelsen hos patienter som fått sjukhusförvärd MRSA och som senare blivit isoleringsvårdade på en avdelning för infektionssjukdomar.

Urval: Urvalet bestod av sex stycken deltagare som alla varit patienter som blev koloniserade av MRSA under ett stort utbrott mellan 1997–2001 på Sahlgrenska Universitetssjukhus. Ett teoretiskt urval genomfördes.

Metod/design: Kvalitativ studie. Datainsamlingen skedde genom djupgående intervjuer med öppna frågor och stödfrågor. Datainsamlingen analyserades med hjälp av ett inter-subjektivt förhållningssätt.

Resultat: Presenteras med sju kategorier. Resultatet visar att patienterna kände sig kränkta över att de hade blivit koloniserade av MRSA på sjukhuset samt så upplevdes isoleringen traumatisk vilket de ändå accepterade eftersom de ville ansvara för att inte sprida vidare MRSA. Patienterna upplevde även att de inte fick samma möjlighet till rehabilitering av grundsjukdomen som andra patienter fick. Informationen om MRSA upplevdes som bristfällig samt så kände de sig sårbara på grund av reaktioner från personal, närstående och andra i deras omgivning.

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet. Har etiskt godkännande och resonemang.

Författare: Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Thunberg Sjöström, H., & Åhrén, C.

Titel: Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).

År: 2016

Land: Sverige

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Syfte: Att undersöka och tolka annars friska patienters levda erfarenheter av få vård och deras dagliga liv efter att ha blivit smittade av samhällsförvärd MRSA.

Urval: 12 patienter som alla hade blivit smittade med samhällsförvärd MRSA under åren 2006–2008. Urvalet bestod av fem kvinnor och sju män.

Metod/design: Kvalitativ studie. Fenomenologisk hermeneutisk metod. Datainsamling genom en djupgående intervju med öppna och utforskande frågor. Datan analyseras med en fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod genom den hermeneutiska spiralen.

Resultat: Den strukturerade analysen presenteras med två teman och fem underteman som också stärks med citat. De två temana är "Being exposed to difficulties" och "Consequences for everyday life". De fem undertemana är "Feeling loss of dignity and respect", "Lacking information", "Taking responsibility for not infecting others", "Obeying rules and restrictions" och "Feelings of being an outsider".

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Hög kvalitet, dock oklart om etiskt godkännande då de beskriver "findings" under rubriken. Har erhållit skriftligt godkännande från deltagarna. Tidskriften kräver dock ett etiskt resonemang för publikation.

Författare: Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B.
Titel: The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center
År: 2012

Land: Kanada

Tidskrift: Rehabilitation Nursing

Syfte: Att söka insikter från patienter med MRSA, för att bättre förstå rehabiliteringspatienternas erfarenhet av MRSA och isolering.

Urval: Nio ineliggande rehabiliteringspatienter som hade vårdats i isolering minst en månad samt var bärare av MRSA. Fyra patienter deltog i den uppföljande fokusgruppsintervjun, varav två hade deltagit i den enskilda intervjun. Fokusgruppen bestod av en patient från öppenvården och tre ineliggande patienter.

Metod/design: Kvalitativ metod baserad på aktionsforskning. Semistrukturerad intervju med nio patienter samt fokusgruppsintervju med fyra patienter. Datan från intervjuerna analyserades genom kodning, kategorisering och resulterade i teman. Data från intervjuerna och fokusgruppen användes att utveckla åtta aktionsplaner.

Resultat: Resultatet från intervjuerna redovisas i tre kategorier: "Patients' Experience of MRSA", "Strict Isolation Policy" och "Education". Resultatet från fokusgruppen redovisas i två kategorier: "Education for all" och "Discharge Planning". Resultatet resulterade i åtta aktionsplaner där fyra direkt genomfördes.

Sammanfattad bedömning av kvalitet och kommentarer: Medelhög kvalitet. Har ett etiskt godkännande samt använder member-checking vilket är en kvalitetsindikator vid aktionsforskning. Förförståelsen beskrivs inte samt så är urvalsförfarandet inte detaljerat beskrivet.

Författare: Wiklund, S., Fagerberg, I., Örtqvist, Å., Broliden, K., & Tammelin, A.

Titel: Staff experiences of caring for patients with extended-spectrum β -lactamase-producing bacteria: A qualitative study.

År: 2015

Land: Sverige.

Tidskrift: American Journal Of Infection Control

Syfte: Att öka förståelsen för vad det innebär för vårdpersonalen inom slutenvården och äldreboenden i Stockholms Län att vårda patienter med ESBL-producerande tarmbakterier.

Urval: Ett urval på 23 deltagare från slutenvården och äldrevården. Fem undersköterskor, fem legitimerade sjuksköterskor och tre läkare från slutenvården deltog. Fem undersköterskor och fem legitimerade sjuksköterskor från äldrevården deltog.

Metod/design: Kvalitativ studie. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och intervjuguide. Datan analyserades genom en modifierad Grounded theory metod. Datainsamling och dataanalys genomfördes simultant. Där öppen axiell och selektiv kodning har använts.

Resultat: Presenteras i flytande text och tabeller där slutenvården och äldrevården presenteras var för sig. Datan från slutenvården resulterade i en kärnkategori, två kategorier och fem underkategorier. Där kärnkategorin var "To operate as an expert in a chaotic environment". De två kategorierna var "To respond to ESBL patients as human beings" och "To provide the best possible care based on one's knowledge despite a lack of resources". Även datan från äldrevården resulterade i en kärnkategori, två kategorier och fem underkategorier. Kärnkategorin var "The employee who, despite uncertainty, provides good care", de två

kategorierna var “To respond to one's own fear” och “To provide the best possible care based on one's knowledge”.

Sammanfattad bedömning av kvalité och kommentarer: Medelhög kvalité. Har etiskt godkännande och resonemang. Har konstant jämförelse, nått saturation samt bildar en teori men oklar om ett teoretiskt urval har genomförts. Vilket skall ingå i alla varianter av Grounded theory.

Författare: Wiklund, S., Hallberg, U., Kahlmeter, G., & Tammelin, A.

Titel: Living with extended- spectrum β -lactamase: A qualitative study of patient experiences.

År: 2013

Land: Sverige

Tidskrift: American Journal of Infection Control

Syfte: Att öka förståelsen för hur infekterade individer uppfattar sin situation som bärare av multiresistenta bakterier.

Urval: Ett urval på sju deltagare diagnostiserade med ESBL, tre män och fyra kvinnor.

Metod/design: Kvalitativ studie. En modifierad Grounded theory användes för att analysera intervjuerna. Datainsamlingen genomfördes genom intervjuer med öppna frågor och en intervjuguide. Datainsamlingen och analysen genomfördes simultant tills datamättnad var uppnådd. Intervjuerna analyserades med öppen, axiell samt selektiv kodning och resulterade i en kärnkategori.

Resultat: En kärnkategori presenteras, “Being thrown into the scary and unknown without a map and compass” men även fler kategorier presenteras och bearbetas i flytande text och i en figur.

Sammanfattad bedömning av kvalité och kommentarer: Medelhög kvalité. Finns inget etiskt resonemang men är publicerad i en tidskrift som använder sig av dubbel peer-review samt finns på Elsevier som har sina etiska kriterier som innebär att de ska följa “The Code of Ethics of the World Medical Association (Helsingfors deklARATIONEN)” för att få publiceras. Har konstant jämförelse, nått saturation samt bildar en teori samt diskuterar att ett teoretiskt urval skall användas vid Grounded theory dock oklart om detta är genomfört. Dessa delar ska också ingå i alla varianter av Grounded theory.