

Aya Jakobsson

Sofia Örjes

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete, 15 hp, V51, HT2013

Grundnivå

Handledare: Caroline Krook

Examinator: Birger Hagren

Att vårdas med MRSA i sjukvården

En litteraturöversikt om MRSA-patienters vårdupplevelser

To be taken care with MRSA

A literature review of MRSA patients' experience of health-care

Sammanfattning

Bakgrund: Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) är ett globalt bekymmer inom sjukvården. MRSA kan bland annat orsaka sårinfektioner, infektioner i skelett, lunginflammation, hjärninflammation, och kan leda till döden. I Sverige ökar MRSA med cirka 20 fall per vecka (en ökning med 33 % sedan år 2004). MRSA-smittspridning sker även utanför sjukhus, till exempel bland hushåll, dagis, skolan, äldreboende, samt via husdjur och livsmedelsproducerande djur. MRSA kan kolonisera människor utan symtom och det finns inte fullständigt fungerande eller effektiv behandling för att eliminera MRSA från kroppen. Patienter med MRSA bör vårdas i isoleringsvård för att undvika smittspridning och underlätta hygienarbetet. Detta kan leda till ökat lidande hos patienten genom isoleringsvård och längre behandlingstid.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vårdas med MRSA i sjukvården.

Metod: En litteraturoversikt över nio vetenskapliga artiklar med kvalitativa metoder. Artiklarna lästes genom flera gånger och kategorier skapades från meningsinnehållet. Sedan sammanställdes innehållet med gemensamma nämnare från samtliga artiklar. Teman och subteman skapades utifrån det.

Resultat: Resultatet visar att patienter som vårdas med MRSA upplever att smittan har stor påverkan på vårdupplevelsen, och resultatet kunde därför presenteras under följande fem teman med tre subteman: *Information om MRSA och vården*, *Patientens kunskap och uppfattning om MRSA*, *Patientens känslor och upplevelser* med subteman; Upplevelser över att vara MRSA-positiv, Känslor och upplevelser av isolering, Upplevelser av social påverkan av MRSA, *Vårdkvalité och bemötande relaterat till MRSA*, samt *Tankar om framtiden*.

Diskussion: Resultatet diskuteras med en livsvärldsansats för att fördjupa förståelsen för patienternas upplevelse. Vårdpersonalen tycks i stor utsträckning kunna

påverka patienternas upplevelse, negativt och positivt vid vård med MRSA.

Patienternas kunskaper tycktes ha en avgörande roll för upplevelsen av vården.

Nyckelord: MRSA, upplevelse, patient, isoleringsvård, vård.

Abstract

Background: Methicillinresistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is a global problem in health care. MRSA can cause wound infection, skeletal infection, pneumonia, and encephalitis and can result in death. In Sweden MRSA is increasing with about 20 cases per week (increasing by 33 % since year 2004). MRSA infectious spreading occurs even in the community, for example, among household, day-care, school, nursing home, through pets or farm livestock. MRSA can colonize without any symptoms. There is no completely effective treatment to get rid of MRSA. For prevention of infection spreading, MRSA patients have to be taken care by isolation, which can cause suffering through longer time at hospital and isolation.

Aim: To describe patients' experiences of being cared for with MRSA in healthcare.

Methods: A literature review based on 9 scientific articles with qualitative method. All articles were read several times and headlines were created based on context. Sentences with similar headlines were sorted out and categorized. Themes and subthemes were created.

Results: The results show that patients treated with MRSA are experiencing that the disease has a major impact on their health care experience, and the results were therefore presented under five themes with three subthemes: *Information about MRSA and care, The patients knowledge and understanding of MRSA, The patients' feelings and experiences; with subthemes, The experiences of being a MRSA colonized patient, The experience of MRSA source isolation, The experience of social effects because of MRSA, Quality of care and personal treatment related to MRSA and Thoughts about the future.*

Discussions: The results are discussed with a life-world approach to deepen the understanding of patients' experience. Health professionals seem to affect

patients' experiences, both negative and positive of being cared for with MRSA. Patients' knowledge seemed to have a crucial role in the experience of care.

Keywords: MRSA, experience, perception, patient, source isolation, nursing.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 VAD ÄR MRSA?	1
2.2 SPRIDNING OCH FÖREKOMST.....	2
2.3 MRSA I VÅRDEN	3
2.3.1 Lagar och förordningar.....	3
2.3.2 Vård av patienter med MRSA	4
2.3.3 Sjuksköterskans roll	4
3 PROBLEMFÖRMULERING:	7
4 SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	7
5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	7
6 METOD	8
6.1 DATAINSAMLING	9
6.2 URVAL.....	9
6.3 ANALYSMETOD	10
7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
8 RESULTAT	10
8.1 INFORMATION OM MRSA OCH VÅRDEN	11
8.2 PATIENTERNAS KUNSKAPER OCH UPPFATTNING OM MRSA.....	11
8.3 PATIENTENS KÄNSLOR OCH UPPLEVELSER.....	13
8.3.1 <i>Upplevelser över att vara MRSA-positiv</i>	13
8.3.2 <i>Känslor och upplevelser av isolering</i>	13
8.3.3 <i>Upplevelser av social påverkan av MRSA</i>	15
8.4 VÅRDKVALITÉ OCH BEMÖTANDE RELATERAT TILL MRSA.....	15
8.5 TANKAR OM FRAMTIDEN	16
9 DISKUSSION	17
9.1 METODDISKUSSION.....	17
9.2 RESULTATDISKUSSION.....	18
9.2.1 <i>Upplevelse av att bära på MRSA</i>	18

9.2.2 Okunskap och brist på information om MRSA.....	19
9.2.3 Vårdrelation.....	20
9.2.4 Social isolering.....	21
9.3 PRAKTISKA IMPLIKATIONER.....	21
9.4 FÖRSLAG TILL FORTSATTAS STUDIER.....	22
10 SLUTSATS	22
REFERENSFÖRTECKNING	23
BILAGA 1, SÖKMATRIS	26
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	27

1 Inledning

Vi har under arbete på sjukhus mött patienter som är infekterade av resistenta bakterier eller som är misstänkta bärare av resistenta bakterier. Vår upplevelse är att det centrala arbetet vid vård av dessa patienter ofta kretsar kring hygienrutiner, skyddskläder, att följa riktlinjer för att förebygga smittspridning, sårodding, provtagning och så vidare, och att det centrala arbetet med patienten, och personen i fråga inte hinns med eller glöms bort att tas hand om. Vi upplever även att personalens rädsla för att bli smittade av resistenta bakterier leder till att patienters upplevelse och känslor glöms bort eller bortprioriteras. Dessa erfarenheter väckte våra funderingar kring hur smittbärande patienter upplever vårdandet och hur det känns att vara bärare av resistenta bakterier.

I den här litteraturöversikten fokuserar vi på metcillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) som är ett stort globalt bekymmer inom sjukvården. I arbetet belyses och beskrivs patienters vårdupplevelser. Vi hoppas att denna litteraturöversikt bidrar till sjuksköterskors och annan sjukvårdspersonals ökade förståelse för patienter med MRSA, samt ge ökad kunskap om hur deras bemötande kan optimeras för att förbättra patientens vårdupplevelse.

2 Bakgrund

I det här avsnittet presenteras vad MRSA är, smittspridning och förekomst av MRSA, hur patienten vårdas på sjukhus och sjuksköterskans roll. Sjuksköterskans roll och ansvar beskrivs här utifrån Socialstyrens Kompetensbeskrivning för sjuksköterskan.

2.1 Vad är MRSA?

Staphylococcus aureus (s.a.) är en av de vanligaste bakterierna i människans omgivning. De flesta människor är någon gång bärare av bakterien på huden eller i slemhinnor, och bakterien är den vanligaste orsaken till infekterade sår och bölder. Infektioner orsakade av s.a. kan ge svåra följder om bakterietillväxt sker i blodet och på hjärtats klaffar. Det kan också orsaka hjärnhinneinflammation, infektioner i skelett och lunginflammation. Vissa stammar av s.a. har utvecklat resistens mot antibiotikum, framförallt av betalaktamantibiotika (Smittskyddsinstitutet, 2013). Resistensutveckling innebär att mikroorganismer utvecklat ett motstånd mot ursprungligt verksamma ämnen, som antibiotika (Nationalencyklopedin, 2013). Stafylokocker utvecklar resistens genom att bakterierna via plasmider överför DNA-material mellan varandra, vilket gör att bakterierna får egenskaper som förändrar dess

pencilinbindande protein (PBP) så att penicillin får svårare att binda till bakterieväggen. Utan förbindelse till bakterieväggen kan inte medicinen påverka bakterien. Dessa stammar kallas meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Ericson & Ericson, 2010, s. 299-300).

Ofta behöver man inte söka sjukhusvård för infektioner orsakade av MRSA. Om sårinfektioner sköts om för att undvika spridning kan kroppen läka ut infektionen själv, men eftersom mer komplicerade infektioner, som ovan nämnda sjukdomstillstånd, obehandlade kan leda till döden eller svåra skador och MRSA genom sin resistens mot vanliga antibiotika är svår att behandla, kan infektioner med MRSA kräva avancerad sjukhusvård (Smittskyddsinstitutet, 2013; Rindforth-Gillgren, 2012). Tillgängliga behandlingar mot MRSA är inte fullständigt effektiva, och är problematiska till exempel eftersom patientens familj samtidigt borde testas, och om de är smittade bör behandlas för att smittan inte ska spridas mellan familjemedlemmarna. Dessa behandlingar används därför sparsamt, endast då det verkligen är nödvändigt; till exempel för patienter som löper stor risk för infektion och som ska genomgå kirurgisk operation eller genomgå transplantation (Calfee et al., 2003; Smittskyddsinstitutet, 2010). Människor kan vara bärare av MRSA utan att ha symtom, för att senare utveckla symptomgivande infektioner. Man kan också vara bärare av MRSA trots att uppföljande prover visar negativt. Ett negativt provsvar säkerställer alltså inte att individen är fri från MRSA-bakterier (Socialstyrelsen, 2010a).

2.2 Spridning och förekomst

MRSA sprids mellan människor genom kontaktsmitta. Kontaktsmitta innebär att bakterier sprids genom direkt kontakt mellan människor, eller indirekt genom infekterade mellanled som händer, kläder eller föremål. Resultatet enligt en studie om förekomsten av MRSA i badrum på studenthem visar att mängden MRSA bakterier stiger i områden som utsätts för hudkontakt, såsom golvet i duschen och toastolen (Katelynn & Timothy, 2013). Det kan också spridas genom att bakteriebärande hudpartiklar inhaleras eller faller ned i öppna sår (Ransjö & Edstedt, 2012). Studier visar att vid sjukhusvård var MRSA vanligast förekommande i centrala venkatetrar, men det fanns också i hud- och mjukdelar, operationssår, endovaskulärt, i ben, leder och peritoneum (Cosgrove et al., 2005, s. 168). MRSA sprids även utanför sjukhus, till exempel i den allmänna miljön, inom äldre- och barnomsorg och personer som utsätts för direkt eller indirekt kontakt till exempel bland kampsportare eller injektionsmissbrukare (Smittskyddsinstitutet, 2010, s.7). MRSA sprids ofta bland hushåll och utanför sjukhus efter kontakt med patienter som fått MRSA på sjukhus

(Calfee et al., 2003). Till exempel, en rumskamrat till en MRSA patient löper stor risk för att bli smittad (Moore, Dhaliwal, Tong, Eden, Wigston, & Willey, 2013). Smittspridning kan även ske genom djurkontakt såsom via husdjur eller livsmedelsproducerande djur (European Centre for disease prevention and control, et al., 2009).

MRSA ökar världen över både inom vården och i samhället (Larsson & Åhrén, 2013). I Japan och Hongkong är 80 % av de invasiva s.a. infektionerna orsakade av resistentastammar, och i de flesta länder i Europa är förekomsten 10-50%. Norden och Holland utgör undantag från dessa höga procenttal av infektioner med resistentastammar – mindre än 1 % av s.a. infektionerna utgörs av MRSA. De i Sverige rapporterade fallen av MRSA ökar dock – år 2008 rapporterades cirka 20 fall per vecka (en ökning med 33 % sedan år 2004) (Ericson & Ericson, 2010, s. 300).

2.3 MRSA i vården

Här beskrivs Sveriges lagar och förordningar gällande MRSA – smittspridning, skydd och vård, samt sjuksköterskans roll vid vårdandet av personer med MRSA.

2.3.1 Lagar och förordningar

Vården och hanteringen av personer med MRSA är reglerad av lagar och regler för att undvika smittspridning, ökade kostnader och ökat lidande hos individer. MRSA-smittade patienter kan behöva vård på eget rum, isolerat med specifik personal för att undvika spridning (Larsson & Åhrén, 2013) på avdelningen till andra patienter och personal samt anhöriga. Personer som med MRSA i Stockholm behandlas på sjukhus ska vårdas i eget rum med egen toalett och dusch, och personal får inte arbeta med andra patienter under arbetspasset de vårdar den smittade. I första hand ska patienten vårdas på den avdelning som är bäst lämpad för att vårda dennes grundsjukdom. Ansvarig/inskrivande läkare måste då en patient har MRSA kontakta infektionsbakjour (Örtqvist & Tillman, 2012).

MRSA räknas i Sverige till gruppen allmänfarliga sjukdomar, vilket definieras som smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära svårt lidande, långvarig sjukdom eller medföra allvarliga konsekvenser. Det ingår också i definitionen att det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder riktade mot den smittade personen. Om man misstänker att man har smittats av en allmänfarlig sjukdom (dit MRSA räknas) är man som privatperson skyldig att snarast uppsöka läkare och genomgå undersökningar som är nödvändiga (Smittskyddslagen, SFS 2004:168). År 2000 blev MRSA

en anmälningspliktig sjukdom och antal rapporterade fall ökar sedan dess stadigt (Smittskyddsinstitutet, 2013). Läkare som misstänker eller upptäcker att en person är drabbad av MRSA är skyldig att anmäla detta till smittskyddsläkare och smittskyddsinstitutet. En sådan anmälan ska innehålla information om den smittades personuppgifter, den sannolika smittkällan och smittvägen och åtgärder som gjorts för att hindra spridning. Vid konstaterad MRSA är läkare eller annan kompetent personal skyldig att utföra smittspårning, och den drabbade personen är skyldig att uppge nödvändiga uppgifter för detta. Personer som är smittade med MRSA har lagstadgad rätt att erbjudas psykosocialt stöd för att kunna hantera sjukdomen eller få hjälp med nödvändiga livsstilsförändringar (Smittskyddslagen, SFS 2004:168).

2.3.2 Vård av patienter med MRSA

När MRSA väl har etablerats i en vårdmiljö kan det vara svårt att eliminera, och utbrott av smittan kan vara svårkontrollerat (Larsson & Åhrén, 2013). Det finns ett flertal exempel på utbrott av MRSA i Sverige, exempelvis på vårdavdelningar, som varit svåra att kontrollera. Fler fall rapporteras också in om spridning av MRSA i samhället, till exempel på kommunala äldreboenden (Smittskyddsinstitutet, 2013). För att undvika spridning av MRSA inom sjukvården är det av stor vikt att all sjukvårdspersonal tillämpar basala hygienrutiner. I basala hygienrutiner ingår arbetskläder, handhygien och skyddskläder. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning genom direkt och indirekt kontaktsmitta (Andreassen, Fjellet, Hægeland, Wilhelmsen, & Stubberud, 2011, s. 65). Spridning av MRSA i vårdmiljö kan medföra ökat lidande för den smittade patienten genom längre behandlingstid, isoleringsvård, fler behandlingar och smittspårning (Larsson & Åhrén, 2013; Ransjö & Edstedt, 2012). Isoleringsvård ökar ångest och depression hos patienter som bär en smittsam bakterie (G. Catalano, Houston, M. Catalano, Butera, Jennings, Hakala, Burrows, Hickey, Duss, Skelton, & Laliotis, 2003). Dödligheten inte är större vid MRSA-infektioner jämfört med antibiotikakänsliga *Staphylococcus aureus*-infektioner, men vårdtider och kostnader ökar markant vid MRSA jämfört med en vanlig *Staphylococcus aureus*-infektion (Cosgrove et al., 2005, s. 168 -171).

2.3.3 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden av patienter. Sjuksköterskan ska tillgodose patientens basala och specifika fysiska, psykiska och sociala behov (Socialstyrelsen,

2005). Sjuksköterskan ska uppmärksamma, möta och lindra patienternas upplevelser och lidande, och har ett ansvar att utbilda och informera patienter och anhöriga. International Council of Nurses (ICN) har fastställt en etisk kod, vilken är antagen och accepterad av Svenska sjuksköterskeförbundet. Enligt denna har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Hälsa är upplevelsen av välbefinnande och meningsfullhet. Individen kan uppleva hälsa även vid sjukdom om individen kan hantera sin sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010, s.80). Sjuksköterska ska stödja patientens olika behov så att patienten kan hantera sin sjukdom, lidande, och välbefinnande (Dahlberg & Segersten, 2010, 243).

Då en patient har MRSA förstärks vården med extra hygienrutiner för att undvika smittspridning. På sjukhus bör det innebära isolering - i första hand isoleringsrum, annars vård på isoleringsenhet eller enkelrum (Socialstyrelsen, 2006; World Health Organization, 2002; Svensk Förening för Vårdhygien, 2003). Det är sjuksköterskans roll att förebygga smittspridning genom att placera patienten på rätt plats, att sanera smittan, och att tillämpa hygienrutiner enligt de gällande reglerna för isolering. Hur omvårdnaden av patienter med MRSA ser ut beror i övrigt på vart infektionen är lokaliserad, eller om personen endast är bärare av bakterien (Andreassen, et al., 2011, s. 75). Vårdpersonalen och sjukhuset ska också skydda besökare från smittning, och det är viktigt att se till att besökare också följer basala hygienrutiner och använder skyddsutrustning (Knowles, 1993; Socialstyrelsen, 2006).

Sjuksköterskan har alltså som uppgift att möta och stötta patienten i dennes känslor orsakade av att bära på en smittsam bakterie. Isoleringen kan skapa känslor av förlorad kontroll, ensamhet, och leda till selektivitet i förhållande till vårdpersonalen (Andreassen, et al., 2011, s. 60; Knowles, 1993). De vanligaste problemen som patienten upplever vid isoleringsvård är ångest, depression (Davies et al., 2000; Knowles, 1993; Rees, et al., 2000), illamående, aptitlöshet, förvirring, överklighetskänsla, förvirring om tidsuppfattning, skuld-känslor, irritation, ilska mot personal och närstående, rastlöshet, frihetsberövad, och uttråkning. Även hallucinationer och psykos, ilska och utagerande beteende kan förekomma (Andreassen, et al., 2011, s. 70-71). Allt detta måste alltså sjuksköterskan lindra och hantera på ett professionellt sätt (Andreassen, et al, 2011, s. 60; Davices & Rees, 2000; Knowles, 1993; Rees, et al., 2000). Sjuksköterskan bör vara lyhörd på om patienten under isoleringen genomgår psykiska negativa förändringar. Genom att använda sin empatiska förmåga, tidigare erfarenheter och lyssna kan denne bemöta patientens psykosociala behov (Andreassen, et al., 2011, s. 70; Davies et al., 2000). Det är viktigt att patienten kan

kommunicera med personalen regelbundet och få tillräcklig information om infektion eller provsvar för en bra vårdupplevelse (Burnett, et al., 2010; Rees et al., 2000). Sjuksköterskan kan stödja patienten under isolering genom att besöka och spendera tid med patienten ofta, samtala om vardagliga saker, upprepa information om sjukdomen och isoleringstiden. Patienter kan under isoleringen uppleva att personalen negligerar dem, och att de inte får tillräckligt med uppmärksamhet från personalen (Knowles, 1993). Vid behov behöver personalen se till patienten får tillgång tolk, möjliggöra närståendebesök på spridda tider samt erbjuda stöd från andras yrkesgrupper som dietist, kurator och sjukgymnast, vilka kan hjälpa till att förbättra patientens situation (Andreassen, et al., 2011, s. 70). Patienten ska ges möjlighet till sysselsättning och fysisk träning som passar för dennes individuella hälsotillstånd, ålder och behov, samt få möjligheten att vistas utomhus under minst en timme om dagen, om det inte finns synnerliga hinder (Smittskyddslagen 2004: 168, Kap 5,9).

Att inte kunna se vårdpersonalens ansikte på grund av nödvändigheten att vårdas med skyddsutrustning kan vara obekvämt för patienterna. Material som skyddsutrustning, speciella avfallssäckar och att alltid vårdas med handskar kan göra att patienten upplever stigmatisering och känner sig pestsmittad. Om personalen har olika rutiner kring hanteringen av skyddsmaterial kan patienten bli frustrerad, till exempel om all personal inte följer bestämda rutiner kring isolering eller handhygien (Andreassen, et al., 2011, s. 70; Knowles, 1993).

Sjuksköterskor och läkare är ansvariga att informera patienten om dess hälsotillstånd och varför de behöver vård och isolering (Andreassen, et al., 2011, s. 65). Sjuksköterskan måste vara medveten om att det kan vara en chock för patienten att få beskedet att de är smittsamma och behöver isoleras (Andreassen, et al., 2011, s. 60). För patienter som kommer från andra länder och inte kan språket, eller patienter med erfarenhet av att bli instängd i fängelse och torterade i sitt hemland kan isoleringsvård vara extra påfrestande. Patienter med annan kulturell bakgrund kan också ha en annan syn på smittsjukdomar, och annan kunskap om hygien, vilket kan leda till att det är svårt att förstå varför de behöver isoleras. Sjuksköterskan behöver ta hänsyn till kulturella skillnader för att kunna möta och stödja patienten (Andreassen, et al., 2011, s. 60).

Sjuksköterskan måste känna sig trygg och säker i sin professionella roll vid omvårdnaden av patienter för att kunna bygga en individanpassad vårdrelation och skapa trygghet hos patienten (Andreassen, et al., 2011, s. 65). Patienter märker när personalen ogärna vårdar patienten på grund av rädsla för att bli smittade (Knowles, 1993, Lindberg, Carlsson & Skytt, 2012). Stress och stor arbetsbelastning kan leda till att personalen slarvar med handhygien

och användning av skyddsutrustning (Andreassen et al., 2011, s. 60; Socialstyrelsen, 2006). Kunskapsbrist hos personalen ökar också risken för smittspridning (Andreassen, et al, 2011, s.60; Socialstyrelsen, 2006).

3 Problemformulering:

MRSA är ett växande problem världen över som kan leda till svåra infektioner och behov av specialistvård. De som smittas med MRSA är skyldiga att söka och ta emot vård och behandling, och inom vården är man tvungen att ge dessa personer speciell behandling. Det krävs extra resurser vid vård av patienter med MRSA, exempelvis i form av personal. Det finns inte heller fullständigt fungerande och effektiv behandling eller åtgärder för att eliminera MRSA, och det är svårt att förutse vårdtid, behandling eller när patienten kan vara fri från MRSA. Den säkraste behandlingen av smittbärande patienter vore isoleringsvård, för att underlätta hygienarbetet och undvika smittspridning.

Det är svårt för personalen att ge patienten tydlig och tillräcklig information om MRSA och vad det innebär, och isoleringsvård begränsar patienten fysiskt och socialt vilket kan vara psykiskt påfrestande. Detta kan göra det svårare för patienten att hantera situationen och uppleva hälsa under vårdtiden. Sjuksköterskan har ansvar för omvårdnaden av patienten, och ska ha som mål att denne ska uppleva hälsa. Sjuksköterskan behöver därför kunskaper om vad som påverkar patienters upplevelser av vården.

4 Syfte/Frågeställningar

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vårdas med MRSA i sjukvården.

5 Teoretisk utgångspunkt

För att fördjupa förståelsen för patientens upplevelse av att i sjukvården vårdas med MRSA tillämpas i resultatdiskussionen det fenomenologiska *livsvärldsperspektivet*.

Livsvärlden är den subjektiva upplevelsen av världen, det sätt var människa förstår och förhåller sig till sig själv och allt i dess omgivning (Dahlberg & Segesten, 2010, s.128). Världen upplevs genom den egna kroppen, vilken kan ses som navet kring vilket världen existerar, eller det som förankrar människan i omgivningen. Med ett livsvärldsperspektiv förstås kroppen som ett subjekt som upplevs i sig, med erfarenheter, tankar och upplevelser, och kroppen ses som meningsbärande och meningsskapande – man är sin kropp, snarare än att man är *i* sin kropp (Dahlberg & Segesten, 2010, s.131). Det är genom kroppen människan

med sina sinnen registrerar och tolkar sin omgivning, och på så sätt upplever världen med dimensionerna tid och rum (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 133; Merleau-Ponty, 1995, s. 132). Människans fysiska, psykiska, andliga och sociala aspekter är sammankopplade, så varje förändring i den fysiska kroppen således kan ge en förändring i individens hela upplevelse av världen: dess livsvärld (Merleau-Ponty, 1995, s. 134). Livsvärlden är den oreflekterade tillvaro i vilken människan lever sitt liv, det är i och genom denna som varje individ upplever hälsa, välbefinnande och ohälsa (Dahlberg & Segesten, 2010, s.127-128).

För att förstå och kunna möta patientens behov krävs ett patientperspektiv, vilket innebär att sjuksköterskan vill och försöker förstå sig på patientens upplevelse av hälsa, sjukdom, vårdande och lidande (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 126). Livsvärldsteorin kan beskrivas som en grundsten i patientperspektivet, då vårdaren försöker förstå hur patienten upplever världen (Dahlberg & Segesten, 2010, s.128). För att kunna stödja patientens hälsoprocesser krävs att sjuksköterskan förstår vad som är hälsa och ohälsa för individen, och behöver därför försöka förstå sig på patientens livsvärld. Det är i mötet med patienten som vårdaren kan få en bild av patientens livsvärld: genom att lyssna, vara lyhörd och följsam kan vårdaren ge denne utrymme att kommunicera sin livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 149-151).

6 Metod

Den här uppsatsen är en litteraturöversikt. Syftet med en litteraturöversikt är att få inblick i kunskapsläget inom ett specifikt område, och det utförs genom att systematiskt samla ihop publicerade artiklar eller rapporter, som sedan sammanställs (Segesten, 2012, s. 100).

Artiklarna som användes för uppsatsen var vetenskapliga: det vill säga att det i artiklarna finns beskrivet bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser, samt att de var granskade (Segesten, 2012, s. 47-48). Granskning av studiernas kvalitet skedde genom att kritiskt läsa, studera och diskutera studiernas metod, resultat, syfte och dess etiska hållbarhet, vilket Friberg (2012, s.139) skriver är ett passande arbetssätt för att granska studiers kvalitet.

Syftet lyder: att beskriva patienters upplevelse av att vårdas med MRSA i sjukvården. Författarna inkluderade i "sjukvården", sjukhus och primärvård och exkluderade äldreboenden och andra stödboenden eftersom de ansåg att det snarare är hälsovård, eller rehabilitering än sjukvård.

Alla artiklar var publicerade på engelska, vilket anses vara det vetenskapliga språket (Segesten, 2012, s.48-49). För att förstå och säkerställa att artiklarna inte misstolkades användes Norstedts stora svensk-engelska ordbok (2001), för korrekt översättning till svenska språket.

6.1 Datainsamling

Vetenskapliga artiklar hittades via sökmotorerna CINAHL, DiVA och Pubmed. För att svara på syftet behövdes artiklar som beskriver patientens subjektiva upplevelser med MRSA, och därför användes sökorden: "Living with MRSA", "Patient's experience of MRSA", "Patient's perception of MRSA". Eftersom MRSA-patienter vårdas i isoleringsvård användes också sökordet "Source isolation with MRSA". För att välja bort medicinska artiklar och begränsa till vårdvetenskapliga artiklar användes även sökordet "MRSA, Nursing". Begränsning vid insamling av artiklarna var att de skulle vara Peer reviewed. I Pubmed fanns inte funktionen att begränsa med Peer reviewed. För att granska att alla artiklar var Peer reviewed kontrollerades tidsskriftshemsidorna och granskning skedde också via Ersta Sköndal Högskolas bibliotekshemsida. Först söktes artiklar med årsbegränsningar från 1990, och nio matrisartiklar med kvalitativ metod framkom (Se bilaga 1).

Två matrisartiklar, Criddle & Potter (2006) samt Oldman (1998) söktes via CINAHL referenssökning. Criddle & Potter (2006) hittades genom att den refererades till i artikeln "Exploring patients' experiences of MRSA to help reduce HCAs av MacDonald P (2008)" (vilken är en litteraturstudie och därför inte var av relevans för denna litteraturöversikt). Oldmans (1998) artikel hittades genom att Madeo (2001) använde den artikeln som referens. För att stärka trovärdigheten i resultatet ville författarna använda sig av fler artiklar. Sökning utan årsbegränsning genomfördes därför, men inga nya artiklar som svarade direkt på syftet hittades.

6.2 Urval

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vårdvetenskapliga, kvalitativa och svara på syftet. Författarna läste artiklarnas rubriker och abstract för att avgöra om de relaterade till syftet eller ej. Författarna diskuterade under läsningen om artiklarna var av intresse eller ej. Efter första urvalet lästes hela artiklarna. Några artiklar som berörde syftet framkom vid sökning, men de inkluderade utöver patienter med MRSA också patienter med andra typer av bakterier. Sådana artiklar valdes bort, och författarna bestämde att de skulle utföra en litteraturstudie med nio matrisartiklar som endast kvalitativt undersökte patienters upplevelse av att vårdas med MRSA. Detta stärker trovärdigheten i resultatet, då alla artiklar direkt svarar på syftet (se bilaga 2).

6.3 Analysmetod

Artiklarna bearbetades som helhet för att sedan brytas ned till meningsinnehåll för att finna bärande aspekter av artiklarnas resultat och därigenom skapande av teman. Detta följer Fribergs (2012) modell för analys av kvalitativa artiklar.

Artiklarna lästes två till tre gånger för att skapa en förståelse för innehållet. De diskuterades och gick igenom mening för mening. Allt meningsbärande innehåll skrevs ned på papper med markeringar för vilken artikel och vartifrån artiklarna innehållet kom från. Författarna såg teman och mönster i de meningsbärande enheterna och sammanställde dessa till subkategorier. Artiklarna lästes återigen, och varje meningsbärande enhet i artiklarna diskuterades och jämfördes med subkategorierna för säkerställande av korrekthet. Subkategorier som berörde liknande fenomen gav upphov till huvudkategorier och härigenom framställdes resultatet.

7 Forskningsetiska överväganden

Vid analys, tolkning, citering och då redovisning sker av resultat samt egna slutsatser ska originaltexter aldrig ändras eller förskönas för den egna forsknings skull. Inte bara källor som stödjer ens tes, utan också källor som går emot tesen ska redovisas (Gustafsson, Hermerén, Petersson, 2005, s.16).

Med hjälp av Norstedts stora svensk-engelska ordbok (2001) översattes originaltexterna eftersom texterna ska analyseras så att misstolkning av innehållet inte sker. Det är alltid viktigt att granska sitt eget arbete kritiskt. Två artiklar saknade beskrivning av etisk granskning, men genom att läsa artiklarna och diskutera kom vi fram till att de hade genomförts med en etisk kvalitet. Deltagarna presenterades anonymt, ingen deltagare tycktes ha kunnat komma till skada på grund av undersökningen och syftet med studierna bedömer vi vara etiskt försvarbara.

8 Resultat

Fem teman med tre subteman framkom av litteraturundersökningen; *Information om MRSA och vården*, *Patienternas kunskaper och uppfattning om MRSA*, *Patientens känslor och upplevelser* med subteman; *Upplevelser över att vara MRSA-positiv*, *Känslor och upplevelser av isolering*, *Upplevelse av social påverkan av MRSA*, *Vårdkvalité och bemötande relaterat till MRSA* samt *Tankar om framtiden*.

8.1 Information om MRSA och vården

Patienterna hade fått information och tillägnats kunskap från läkare, infektionsteam, broschyrer, media, internet, tidigare sjukvårdsupplevelser och nuvarande vårdupplevelse (Andersson, Lindholm, & Fossum, 2010; Barrat, Shaban, & Moyle, 2011; Madeo, 2001; Oldman, 1998). Informationen från media ökade patienternas oro (Criddle & Potter, 2006), men de fick av viss personal lugnande information (Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009). Patienterna beskrev dock att de inte kunde ta till sig all information på en gång, och skulle därför vilja ha utbildning om MRSA koncist, detaljerat och kontinuerligt för att kunna tillägna sig kunskapen (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012). En del patienter blev chockade när de fick diagnosen, och beskrev det som en traumatisk upplevelse (Andersson et al., 2010; Oldman, 1998; Skyman, Sjöström & Hellström, 2010) - vilket kan förklara att de inte tog till sig all information.

Patienterna hade inte fått tillräcklig information om MRSA, hur de blivit smittade eller hur de kunde bli friska (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Skyman et al., 2010; Newton, Constable & Serio, 2001). De hade inte heller fått information om hur MRSA påverkade deras dagliga liv eller praktiska implikationer utanför sjukhuset (Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010). Patienterna fick felaktig och överdriven information om MRSA av sjukvårdspersonalen (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006). Till exempel att de inte fick vistas bland andra människor, vilket fick dem att må dåligt (Andersson et al., 2010). De hade fått information om att de är farliga; inte bör träffa äldre, gravida, barn och sjuka personer. En patient blev tillsagd att hon inte fick åka kommunaltrafik, och inte borde ha att göra med andra människor över huvud taget (Andersson et al., 2010). Andra patienter hade fått överdriven och felaktig information som lugnade dem. Till exempel att de flesta människor bär på bakterien, vilket gjorde att de då inte trodde MRSA var farligt och inte agerade för att hindra smittspridning (Andersson et al., 2010, Criddle & Potter, 2006). Patienterna hade fått motsägelsefull information, då de fått information från olika personal vilket var förvirrande för dem, och de visste då inte hur de skulle hantera smittan (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010).

8.2 Patienternas kunskaper och uppfattning om MRSA

Patienters uppfattningar om vad MRSA är och vad det innebär att vara smittad var beroende av tidigare erfarenheter, upplevelser och vilken information de fick (Cridde & Potter, 2006;

Madeo, 2001), och generella likheter och skillnader kunde ses bland patienterna. Viktigt för hur patienterna upplevde och hanterade situationen - att vara MRSA positiv, var kunskap och förståelse för infektionskontroller och försiktighetsåtgärder (Barrat et al., 2011). Patienterna hade lite kunskaper om MRSA; dess orsak, behandling och prognos (Criddle & Potter, 2006, Newton et al., 2001; Webber et al., 2012), men de uttryckte en vilja och ett behov av att lära sig om MRSA och vad det innebär att vara bärare av det (Andersson et al., 2010; Barrat et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009). Patienter hade ingen kunskap alls om MRSA innan de smittades (Lindberg et al., 2009).

De flesta hade inte en klar uppfattning om hur de smittats av MRSA (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Oldman, 1998), men trodde att de blivit smittade av MRSA inom vården (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). Patienterna var uppmärksamma på hur personalen skötte basala hygienrutiner och kopplade skötseln av hygien till smittspridning av MRSA. De noterade när personalen inte följde hygienrutiner, och detta fick dem att tvivla på MRSA:s allvarlighetsgrad och nödvändigheten till isolering (Andersson et al., 2010; Skyman et al., 2010). Patienterna trodde att smittspridning av MRSA orakades av dålig hygien bland personalen (Newton et al., 2001), personalbrist och smutsiga lokaler (Skyman et al., 2010). Många patienter blev arga, frustrerade och mådde dåligt då de trodde att vården orsakat dem sjukdomen och lidande (Andersson et al., 2010; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Några trodde att ursprunget till smittan var de själva, eller att de blivit smittade genom otur (Newton et al., 2001). Vissa patienter trodde att MRSA var utom kontroll, och att skyddsåtgärder som isolering således var onödigt (Webber et al., 2012).

En del patienter trodde inte att MRSA var farligt för dem, och reagerade därför inte direkt emotionellt på diagnosen (Andersson et al., 2010; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). Många upplevde dock diagnosen som svår att hantera, med chockreaktion och traumaupplevelse (Andersson et al., 2010; Oldman, 1998; Skyman et al., 2010) eftersom deras uppfattning om MRSA var att det är farligt. Många patienter relaterade MRSA till pest, lepra och eller smuts (Andersson et al., 2010; Barrat et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). De patienter som endast var koloniserade, utan att ha några symtom, kände sig förvirrade över diagnosen och följderna av den (Webber et al., 2012) - de kände sig inte sjuka. De flesta tyckte att MRSA hade bidragit negativt till hela vårdupplevelsen (Webber et al., 2012).

8.3 Patientens känslor och upplevelser

Här beskrivs hur patienter upplever själva bärarskapet av MRSA, hur de upplever isolering på grund av MRSA samt hur deras sociala liv påverkas av att de var smittade av MRSA.

8.3.1 Upplevelser över att vara MRSA-positiv

Att diagnostiseras med MRSA upplevdes av många som chockartat och traumatiserande (Andersson et al., 2010; Oldman, 1998; Skyman, et al., 2010). Patienterna kände sig kränkta och rädda, och använde ord som "lepra" "pest" och "smutsiga" för att beskriva upplevelsen av sig själva relaterat till att de sågs som smittsamma (Andersson et al., 2010; Barrat et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). De patienter som vid diagnosbeskedet fick muntligt stöd, tröst eller uppmuntran var mindre oroliga och betydelsen av MRSA var för dem mindre jämfört med dem som inte fått stödet från personal (Criddle & Potter, 2006).

En del patienter la inte så stor vikt vid beskedet att de var smittade (Andersson et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012,) då de trodde att MRSA var ofarligt eller att farligheten var överdriven (Andersson et al., 2010). Upplevelsen av MRSA var alltså kopplat till vilken kunskap personen hade om MRSA (Barrat et al., 2011), men också till hur smittan manifesterades. Symptomen på MRSA påverkade patienternas uppfattning om MRSA (Lindberg et al., 2009). Lindberg (2009) beskriver att de som endast var bärare av bakterien, utan några öppna sår eller upplevelse av att vara sjuk inte la stor vikt vid/märke till sjukdomen. Andra patienter tyckte att det var psykologiskt påfrestande att vara bärare av MRSA, då de var förvirrade och osäkra kring vad det innebar. De kände sig friska, men informerades och behandlades som sjuka och smittsamma (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012).

8.3.2 Känslor och upplevelser av isolering

De flesta patienter upplevde isolering som helhet som en negativ upplevelse, med känslor av stigmatisering, att vara exkluderade, instängda, begränsade, kränkta och med lite kontroll (Barrat et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Oldman, 1998; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Patienterna beskrev känslor av ensamhet, ilska, frustration, oro, depression, att de blev introverta och uttråkade (Barrat et al., 2011; Newton et al., 2001; Oldman, 1998; Webber et al., 2012), speciellt de som hade få besökare (Webber et al., 2012). Personalen besökte de isolerade patienterna bara när de hade en

förbestämd medicinsk eller omvårdnadsmissig uppgift (Skyman et al., 2010). För de patienter som oförberett flyttats till isolering (alltså fått diagnosen när de vårdats för annan skada) var det en stor, svårhanterbar och traumatisk upplevelse (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Oldman, 1998; Skyman et al., 2010).

Patienter som var koloniserade utan symtom på MRSA kunde ha svårt att acceptera och hantera isoleringen eftersom de inte kände sig sjuka (Criddle & Potter, 2006, Webber et al., 2012). Patienter hade svårt att hantera isoleringen på grund av stigmatiseringen som följde med den (Barrat et al., 2011; Webber et al., 2012). De kände sig annorlunda jämfört med andra patienter, och attribut som symboliserade isolering och smittrisk, såsom isoleringsskyltar och handskar stärkte känslan av att vara annorlunda - och sekretessen upphörde att existera med skyltarna (Barrat et al., 2011; Madeo, 2001; Webber et al., 2012). Denna stigmatisering gav upphov till att patienterna kopplade MRSA till sin identitet: att vara MRSA-positiv (Barrat et al., 2011). Patienterna hade inte tillräcklig information om behandlingsåtgärder: varför, hur, vad och när (Criddle & Potter, 2006), och kunskapsbristen gjorde att patienterna inte förstod orsaken till isoleringen (Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012). En del patienter trodde att MRSA var utom kontroll - och tyckte därför att isolering var onödigt. Utanför sjukhuset fanns inga procedurer likt isolering för att skydda andra, vilket fick patienterna att undra hur allvarligt MRSA egentligen var och hur befogat isoleringen var (Webber et al., 2012). Patienterna kände ilska, osäkra, förvirrade och frustrerade när personal inte följde isoleringspolicy (Andersson et al., 2010; Skyman, et al., 2010; Webber et al., 2012).

En del patienter föredrog, eller uppskattade isolering (Barrat et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Oldman, 1998; Webber et al., 2012), företrädesvis de som levde ensamma (Barrat et al., 2011; Oldman, 1998), men andra kunde också delvis uppskatta det privata, tystnaden och bekvämligheten med att vårdas på eget rum (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012). En del patienter, mestadels de som var äldre och med tidigare erfarenheter av MRSA var mer accepterande i situationen, med en förförståelse som hjälpte dem att hantera att vara MRSA-positiv (Barrat et al., 2011). Avgörande för att patienterna skulle uppleva isolering som något hanterbart var kontakt med andra människor (Barrat et al., 2011; Oldman, 1998, Webber et al., 2012). Telefon och besök från anhöriga gav patienterna mindre känslor av ensamhet och gjorde att tiden upplevdes gå fortare (Barrat et al., 2011; Oldman, 1998). När anhöriga inte vågade hälsa på, av rädsla att smittas av MRSA kände sig patienterna sårade, övergivna och isoleringen var svårare att hantera (Barrat et al., 2011; Webber et al., 2012). Den fysiska miljön var viktig för hur patienterna upplevde

och hanterade isoleringen och upplevelsen av MRSA (Barrat et al., 2011; Skyman et al., 2010). Ett fönster med trevlig utsikt, eller att ha dörren öppen så man hörde och såg andra gav patienterna tröst och gjorde att de kände sig mindre isolerade (Barrat et al., 2011; Oldman, 1998; Skyman et al., 2010).

8.3.3 Upplevelser av social påverkan av MRSA

En dominerande känsla var rädsla för att smitta andra människor (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), och patienterna talade i stor utsträckning detta - de kände sig som ett hot mot omgivningen (Andersson et al., 2010; Barrat et al., 2011; Criddle & Potter, 2006). Patienterna kände skuld och skam över att vara bärare av och smittsamma med MRSA (Andersson et al., 2010; Barrat et al., 2011; Skyman et al., 2010).

Patienterna var rädda för att bli bortstötta av vänner, familj, bekanta och kollegor på grund av att de var smittsamma (Andersson et al., 2010; Webber et al., 2012). De upplevde att omvärlden var rädda för dem, vilket var mycket upprörande (Skyman et al., 2010). Anhörigas reaktioner och beteende gjorde att patienterna kände sig ovälkomna, och när de inte hälsade på, på grund av rädslan för att smittas kände sig patienterna bortstötta och övergivna (Barrat et al., 2011; Skyman et al., 2010). Anhörigas uppfattning och förståelse för MRSA hade inverkan på patienternas acceptans och hur pass signifikant MRSA var för dem (Criddle & Potter, 2006). Patienterna upplevde att när de fått diagnosen och isolerades blev de instängda och avskurna från omvärlden och andra människor, vilket var jobbigt (Barrat et al., 2011; Madeo, 2011; Oldman, 1998; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Kontakt med andra människor tycktes vara avgörande för att patienterna skulle trivas i isoleringen (Barrat et al., 2011; Oldman, 1998; Webber et al., 2012). En del patienter uppfattade inte MRSA som något allvarligt, och trodde därför inte att diagnosen i sig skulle påverka deras sociala liv (Newton et al., 2001; Webber et al., 2012).

8.4 Vårdkvalité och bemötande relaterat till MRSA

MRSA och isoleringsvård påverkade patientens upplevelse vårdkvalité (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010). Patienterna upplevde att de inte fick tillgång till adekvata behandlingar för sin egentliga sjukdom på grund av att de bar på MRSA (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2012). De blev nekade vård på andra vårdenheter och specialistavdelningar (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010), till exempel fick de begränsad rehabilitering och operationer försköts på grund av MRSA (Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Patienterna nekades

också annan service på sjukhusen, så som att besöka frisören och fika på grund av MRSA (Barratt et al., 2011).

Patienterna upplevde att de inte fick tillräckligt stöd och uppmärksamhet från vårdpersonalen för att kunna hantera situationen (Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2012). De tyckte att personalen inte var professionell (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). När patienterna diagnostiserats med MRSA upplevde de att personal blev oroliga, panikslagna och stressade - känslor som överfördes till patienterna (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010). Personalen började sprida desinfektionsmedel överallt när diagnosen konstaterades (Skyman et al., 2010), de viskade om patienter i dess närvaro (Lindberg, et al., 2009), läkarna ville inte skaka hand med dem (Andersson et al., 2010; Barratt et al., 2011) och valde att samtala med dem vid dörren istället för att komma in till patientens rum med skyddsutrustning (Barratt et al., 2001). Patienterna saknade också en bra vårdrelation och kontinuitet i vården. När patienterna var på primärvårdsbesök och upplevde att personalen var förberedd kände de en kontinuitet och positiv vårdrelation (Lindberg, et al., 2009).

Personal följde inte alltid isoleringspolicyn vilket gjorde patienterna osäkra, oroliga, förvirrade och arga (Andersson et al., 2010; Skyman, et al., 2010; Webber et al., 2012). Patienterna upplevde att personalen var okunniga gällande handhygien och MRSA (Andersson et al., 2010; Barratt et al., 2011). De noterade när personalen inte följde hygienrutiner och inte använde skyddsutrustning (Andersson et al., 2010; Skyman et al., 2010).

8.5 Tankar om framtiden

Patienterna kände oro för framtiden (Andersson et al., 2010; Barratt et al., 2011). Några trodde att de skulle förlora sitt jobb, eller inte kunna utföra alla delar av det, för att de hade MRSA. Patienterna var rädda för att de inte skulle få vård när de blev sjuka (Andersson et al., 2010) och för att isoleras vid varje vårdkontakt på grund av MRSA (Barratt et al., 2011). Patienterna var rädda för att de skulle sprida MRSA till andra (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), och undvek fysisk kontakt med anhöriga på grund av rädslan (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006). En osäkerhet fanns kring praktiska situationer, och patienterna visste inte hur de skulle göra för att inte smitta andra, till exempel hur de skulle bete sig hos tandläkaren och i andra allmänna miljöer (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006).

De var rädda för hur andra personer i deras omgivning (anhöriga, kollegor, vänner) skulle reagera om de fick veta om smittan (Andersson et al., 2010; Criddle & Potter, 2006) - de var oroliga över att bli bortstötta och få dåligt rykte (Andersson et al., 2010).

Vissa patienter tycktes acceptera att de var bärare av MRSA, och försökte se på situationen som en nystart i livet (Andersson et al., 2010). Andra trodde inte att MRSA var farligt, och kände därför ingen oro för framtiden relaterat till diagnosen (Andersson et al., 2010; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012).

9 Diskussion

För att kritiskt granska arbetet diskuteras i detta avsnitt metod och resultatet.

9.1 Metoddiskussion

Metoddiskussionen utfördes baserad på Friberg (2012) ”Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examenarbeten (2012, s. 86)”. I en litteraturstudie ska tillvägagångssättet diskuteras, vilket betyder att metod, urvalsförfarande och analys granskas och värderas, enligt Friberg (2012).

De inkluderade studierna i denna litteraturöversikt är utförda i Europa, Nordamerika och Nya Zeeland, och resultatet blev således också begränsat till dessa världsdelar. Styrkan i att använda artiklar från flera världsdelar är att resultatet, då det är likt i alla analyserade artiklar världen över, kan ses som en allmänmänsklig global upplevelse – resultatet är alltså relevant för sjukvårdspersonal världen över. Arbetet saknar dock artiklar från Asien, Afrika och Sydamerika vilket motsäger att resultatet kan spegla ett globalt problem. Dessutom används bara en artikel från Nya Zeeland, och en artikel från Nordamerika, vilket inte kan ses som tillräckligt underlag för att kunna generalisera dessa patienters upplevelser och behov. En nackdel med att använda artiklar från flera världsdelar är att vården fungerar annorlunda i olika länder, personalen har olika uppgifter; till exempel isoleras kanske inte MRSA-patienter överallt. Kulturella skillnader, orsakat av att studierna är genomförda i olika världsdelar måste tas i beaktning. Kultur och bakgrund kan spela in på individers upplevelse av att vårdas med MRSA, och kan orsaka motsägelsefulla resultat – det den ena studien relaterar till hälsosamt, kan av personer på en annan kontinent ses som ohälsosamt.

Vi har använt två artiklar som inte är presenterade enligt allmänt rådande vetenskapliga normer, med bristfällig presentation av abstract och otydlig struktur, men trots detta valde vi att använda dem som vetenskapligt underlag eftersom vi baserat på innehållet i artiklarna

bedömde studierna som vetenskapliga. Styrkan i att vi använder dessa artiklar är att de svarar direkt på vårt syfte. Att byta ut dessa artiklar mot bättre presenterade studier som inte svarar direkt på, utan endast berör vårt syfte skulle sänka kvaliteten på arbetet.

För att säkerställa att vi inte missade någon relevant artikel genomfördes artikelsökning med mycket få begränsningar. Att gå igenom så många artiklar som framkom utan begränsningar var ett stort och tidskrävande arbete, men det gav ett bra resultat då vi med säkerhet kunde påstå att vi använde all forskning som fanns tillgänglig. En del modern forskning hittades men äldre artiklar användes också i denna litteraturstudie eftersom det inte finns så många nya studier genomförda – vi använde oss av alla tillgängliga artiklar och kunde på grund av det lilla forskningsunderlaget inte utesluta de äldre artiklarna. Detta skulle kunna sänka kvalitén på studien då den inte endast presenterar aktuell och modern forskning. De använda äldre artiklarna, som Oldman (1998), Madeo (2001) och Newton (2001) har dock visat snarlika resultat som de nyare artiklarna, vilket tyder på att utvecklingen av området inte utvecklats. Det har därför i detta arbete fungerat att använda äldre artiklar utan att det påverkat framställandet av resultatet negativt. Analysmetoden var tidskrävande, men gav en tydlig struktur och ordning till bearbetningen av artiklarna och producering av resultatet.

9.2 Resultatdiskussion

Resultatet av vår litteraturöversikt visar att patienterna i stor utsträckning upplevde negativa känslor relaterat till MRSA-diagnosen, men en del kunde också beskriva upplevelser av välbefinnande i situationen. I diskussionen kommer vi att ta upp de mest väsentliga fynden och diskutera dessa utifrån ett livsvärldsperspektiv som utgör vår teoretiska ansats, i syfte att fördjupa förståelsen för resultaten och ge förslag på förbättringar av vården kring patienter med MRSA.

9.2.1 Upplevelse av att bära på MRSA

Vi kan i resultatet se hur en fysisk åkomma, som bärarskapet av MRSA påverkar en individs välbefinnande. I livsvärlden lever man genom och är sin kropp, så enligt teorin kommer varje förändring i den fysiska kroppen påverka *personen* i sig (Merleau-Ponty, 1995, s. 134). En MRSA-diagnos är dock något som inte alltid i sig manifesteras som ett fysiskt problem, och om patienterna inte hade odlats för MRSA hade de kanske aldrig vetat att de var bärare – de skulle då aldrig upplevt de negativa känslorna relaterade till diagnosen. Diagnosen tycks ha påverkan på patienternas livsvärld i den meningen att den i sig tycktes ha effekt på patienternas psykiska och sociala välbefinnande, även om de inte upplevde några fysiska

symptom. Patienterna beskrev sig själva med ord som att de var smutsiga, hade lepra och att de var smittsamma, vilket tyder på en påverkad självbild och negativ inverkan på upplevelsen av hälsa. Vi tror att situationen som patienterna befann sig i när de fick diagnosen och isolerades för MRSA kan ha upplevts som *fysiskt* trygg, då de kände sig fysiskt friska, omgavs av människor och hade basala behov, som mat, sömn och ingen attackerade dem, tillfredsställda, men ändå beskrev de upplevelser av otrygghet. Vi menar därför att det är nödvändigt och relevant för sjuksköterskan att försöka sätta sig in i patientens livsvärld, att försöka förstå vad som orsakar oron och de negativa känslorna för att kunna möta och stötta patienten i dessa känslor. Livsvärlden är ju varje människas unika syn och förståelse av livet och allt i världen. (Dahlberg & Segesten, 2010, s.128). Vissa patienter tycktes inte må dåligt över diagnosen, vilket kan förklaras med att MRSA i deras livsvärld (i deras kunskapsbas, eller förståelse för världen) inte fanns med som en negativ komponent - de trodde helt enkelt inte att det var så smittsamt eller farligt och mårde därför inte dåligt av den.

9.2.2 Okunskap och brist på information om MRSA

Vi tror att oron som patienterna upplevde ofta orsakades av okunskap hos patienten, som till exempel handlade om att de inte visste hur de skulle hantera smittan, och om de kunde ha fysisk kontakt med anhöriga (och därför undvek det). Patienterna var också oroliga över hur de skulle bete sig i vardagen när de blev utskrivna för att inte smitta andra personer. Vi tror att denna okunskap om MRSA kan leda till onödigt lidande hos patienten, delvis då de planerar att avstå från aktiviteter, närhet och vardagliga situationer, men också för att de faktiskt går och undrar och inte vet. Livsvärlden är var människas upplevelse av världen (Dahlberg & Segesten, 2010, s.128). Vi tror att om patienterna hade förstått mer om situationen och om MRSA, hade de mått bättre – att man genom att förändra förståelsen för världen påverkar upplevelsen av den. De patienter som inte trodde att MRSA var farligt mårde ju inte heller dåligt över det. Patienterna tycks ha fått undermålig utbildning om MRSA, vilket de själva också påpekade då de berättade att de fått motsägelsefull information. Patienterna mindes att de fått information vid diagnosbeskedet, men säger också att de blev då chockade, vilket vi tror också kan förklara att de har bristande kunskaper. De efterfrågade utbildning och information kontinuerligt över vårdtiden, vilket tyder på en vilja och ett behov av att lära sig. Vi ser en tydlig relation mellan patienternas kunskap och deras välbefinnande. Oavsett orsaken till de bristfälliga kunskaperna som patienterna gav uttryck för i resultatet, så uppfattar vi att de inte har fått den kunskap de behöver för att kunna uppleva hälsa, tillfredställelse och trygghet. I en annan studie av McBrien et al. (2008) framkom att

patienter som vårdats med MRSA även kände att de efter utskrivningen hade kunskapsbrist om MRSA, och de efterfrågade i stor grad samma information som patienterna i resultatstudierna gjorde. Många av de personer som McBrien et al (2008) intervjuade hade efter utskrivningen smittat anhöriga, vilket fick dem att må dåligt och känna sig skyldiga. De visste inte hur de i vardagen skulle hindra smittspridning, och var frustrerade över att de inte hade fått tillräcklig information när de diagnostiserades för att kunna skydda sina närstående. Med stöd av detta menar vi att den oro som patienterna gav uttryck för inte var obefogad. Vi anser att detta kan tyda på att sjukvården (sjuksköterskan inkluderad) inte kommunicerar och förmedlar kunskap om MRSA tillräckligt väl till patienter. Bristfällig kommunikation är uppenbarligen en del av problematiken med patienters negativa vårdupplevelser vid smitta av MRSA, och vi vill åter framhäva vikten av att sjuksköterskor och annan personal försöker förstå patienters livsvärld för att kunna ge individanpassad vård, utbildning och optimera hälsa.

9.2.3 Vårdrelation

Sjuksköterskor har som uppgift att främja hälsa (Socialstyrelsen, 2005) men vi anser att resultatet visar att mötet med sjuksköterskorna kunde bidra till ohälsa hos patienterna. Patienterna upplevde att personalen blev oroliga och stressade över diagnosen, och uppfattade situationen som hotfull till följd av personalens agerande. En studie av Lindberg (2012) ger stöd åt patienternas uppfattning, att personalen var oroliga och rädda för patienterna; då sjukvårdspersonal beskrev att de faktiskt var rädda för att vårda personer med MRSA. Exempelvis, berättade personalen att de använde skyddsutrustning och skötte sin handhygien främst för att skydda sig själva mot smittspridning av MRSA, och i andra hand för att skydda patienterna mot smittspridning i rädslan och oron för att själva bli sjuka (Lindberg, et al., 2012). Vi menar att det är viktigt att ha i åtanke att vårdpersonalen befinner sig i patientens omgivning; de är andra människor som interagerar och kommunicerar med patienterna, berör och påverkar dem på ett psykiskt och socialt plan. Relationen mellan patient och vårdare är också i många fall också av fysisk karaktär, av nödvändighet för att kunna genomföra undersökningar och behandlingar, till exempel såromläggningar och provtagningar i näsan. Vi tänker oss därför att relationen mellan vårdare och patient kan därför direkt beröra flera delar av patienten. Då denne interagerar med personalen fysiskt, psykiskt och socialt, så kan personalen direkt påverka alla dessa delar i personens livsvärld. Upplevelsen av den fysiska världen kan alltså påverka personens inre, emotionella liv (Merleau-Ponty, 1995, s. 134). Som exempel beskriver patienterna i vårt resultat att de blev oroliga och kände sig kränkta när

personalen till exempel inte vågade ta i deras hand, och spritade alla ytor när diagnosen bekräftades. Lindberg (2012) beskriver att personalens rädslor för att bli smittade påverkade och överfördes till patienten. Vi tror att personalens rädslor kan förstärka patienternas beskrivna känslor av förvirring, osäkerhet, stigmatisering och känslan av att vara pestsmittade. Vi tycker att detta exemplifierar nödvändigheten av att personalen behöver vara medveten om att hela deras framträdande kan inverka på en patients välmående, och att patienterna tycks analysera, tolka och läsa av personalens känslor.

9.2.4 Social isolering

Resultatet visade att personerna som vårdades med MRSA i isolering för att kunna uppleva hälsa var i stort behov av mänsklig kontakt. Anhöriga kunde vara rädda för att hälsa på, och personalen är då kanske den enda mänskliga kontakt patienterna har under en längre tids isolering. Vi anser att det då är vårdpersonalens ansvar att försöka skapa kontakt och finnas tillgänglig som stöd patienten. Patienterna upplevde dock social isolering med ohälsa, vilket tyder på att personalen inte lyckades med att tillgodose behovet av social kontakt. Vi undrar vad personalen gör under arbetspasset: om de normalt sett har fler patienter att ta hand om, borde de inte ha tid till att motverka den sociala isoleringen, om de endast har en patient? Detta, att patienterna upplever att personalen inte tillgodoser deras sociala behov, kanske kan förklaras i Lindbergs (2012) studie, som visar att personalen är rädda för att arbeta med dessa patienter och då undviker dem. Patienternas livsvärld påverkas av omvärlden, och omvärlden i isolering består fysiskt sett av rummet man isoleras i, socialt sett av människorna i rummet. Vi drar slutsatsen, att upplevelsen av isoleringen därför kan brytas genom kontakt med andra människor, genom att de finns där och ger sig tid till patienten. Vårdpersonalen tycks inte ha sett till, haft förmåga, eller förstått, att de kan motverka den ohälsosamma sociala isoleringen genom att umgås med patienten.

9.3 Praktiska implikationer

Patienterna kunde uppleva diagnosen i sig som ett trauma, relaterade smittan till och beskrev sig själva med ord som pest, smuts och lepra. Det är viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om att ordet ”MRSA” i sig kan skapa oro och negativa känslor. Patienterna efterfrågade mer utbildning om vad MRSA var och vad det innebar för dem. Patienterna hade många tankar och oroade sig för saker som berörde aspekter i livet utanför sjukhuset, inte här och nu, vilket de kan behöva stöd i. Isoleringsvård kan vara påfrestande och ohälsosamt,

speciellt om patienterna inte har tillräcklig mycket mänsklig kontakt, i vilket sjuksköterskorna kan behöva fungera som socialt stöd eller samvaro.

9.4 Förslag till fortsatta studier

Eftersom personalen behöver vara trygga för att ge professionell vård, och det i en studie beskrivs att de var rädda för att vårda patienter med MRSA vill vi se studier på hur kan man minska personalens oro för att bli smittade själva.

10 Slutsats

Patienterna upplevde att de fick lite, undermålig, i viss mån falsk information. Informationen de fick påverkade deras upplevelse av att vårdas med MRSA, och många tycktes finna upplevelsen som negativ, ohälsosam och svår att hantera. Patienterna trodde ofta att de blivit smittade av vårdpersonalen, och var uppmärksamma på hur dessa skötte rutiner och följde policys. Patienter som var koloniserade utan att ha symptom på MRSA var förvirrade över diagnosen, hade svårt att hantera isoleringen och mådde dåligt. Patienter som hade fått information om att, och därför hade uppfattningen att MRSA inte var så farligt mådde inte i lika stor utsträckning dåligt. Fysisk isolering och MRSA-diagnosen ledde ofta till social isolering, vilket patienterna mådde dåligt över. Isoleringen och MRSA kunde ge upphov till stigmatisering där patienterna beskrev känslor av att vara smutsig, bära på pest eller lepra, och att de identifierade sig som MRSA-bärare. De upplevde sig särbehandlade jämfört med andra patienter och att de blev nekade vård på grund av smittan. De var i stor utsträckning oroade för hur livet utanför sjukvården skulle te sig, när de nu var bärare av MRSA.

Referensförteckning

Referensförteckning

- *Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2010). MRSA-global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58, 47-53.
- Andreassen, G., Fjellet, A., Hægeland, A., Wilhelmsen, I.-L., & Stubberud, D.-G. (2011). Omvårdnad vid infektionssjukdomar. I Hallbjørg, A., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (red.), *Klinisk omvårdnad 1*, (2uppl.) (S.59-103). (Inger Bolinder-Palmér & Kristina Olsson övers). Stockholm: Liber (originalarbete publicerad 2010). Stockholm: Liber.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- *Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28, (2), 53-59.
- 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, 42-47.
- Calfee, D., Durbin, L., Germanson, T., Toney, D., Smith, E., & Farr, B. (2003). Spread of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) among household contacts of individuals with nosocomially acquired MRSA. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24, (6), 422-426.
- Catalano, G., Houston, S. H., Catalano, M. C., Butera, A. S., Jennings, S. M., Hakala, S. M., Burrows, S. L., Hickey, M. G., Duss, C. V., Skelton, D .N.. & Laliotis, G. J. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *Southern Medical Journal*, 96, (2), 141-145.
- Cosgrove, S. E., Qi, Y., Kaye, K. S., Harbarth, S., Karchmer, A. W., & Carmeli, Y. (2005). The impact of methicillin resistance in staphylococcus aureus bacteremia on patient outcomes: mortality, length of stay, and hospital charges. *Infection control and hospital epidemiology*, 26, (2), 199-174.
- *Cridle, P. & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant staphylococcus aureus. *British Journal of Infection Control*, 7, (2), 24-28.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur och Kultur: Stockholm.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O. & Fagerberg, I. (2009). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Davies, H. & Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14, (28), 35-38.
- European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Agency, & European Medicines Agency (2009). *Joint scientific report of ECDC, EFSA and EMEA on methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in livestock, companion animals and food*.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2010). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. (2 uppl.). Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats. - Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är en god forskningssed?: synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig <http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334>
- Katelynn, T. & Timothy, J. R. (2013). Community-associated methicillin-resistant staphylococcus aureus in college residential halls. *Journal of Environmental Health*, 75, (6), 44-49.

- Knowles, H. (1993). The experience of infectious patients in isolation. *Nursing Times*, 89, (30), 53-56.
- Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I Edberg A.-K. & Wijk, H. (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, L. & Åhrén C. (2013a). *Vårdhandboken*. Hämtad september, 12, 2013 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Multiresistenta-bakterier/Spridning-i-varden/>
- Larsson, L. & Åhrén, C. (2013b). *Vårdandboken*. Hämtad september, 12, 2013 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Multiresistenta-bakterier/Oversikt/>
- *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, 271-277.
- Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2012). *Performance and acting in care relations: experiences of MRSA-colonized persons and healthcare personnel* (avhandling för doktorsexemen, Uppsala Universitet, 2012).
- *Madeo, M. (2001). Understanding the MRSA experience. *Nuring Times*, 97 (30), 36-37.
- McBrien, S., Felizardo, G., Orr, D. & Raymond, M. (2008). Using focus groups to revise an educational booklet for people living with Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA). *Health Promotion Practice*, 9, (1), 19-28.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. (W. Fovet övers.) Göteborg: Daidalos (Originalarbete publicerat 1945).
- Moore, C, Dhaliwal, J., Tong, A., Eden, S., Wigston, C., & Willey, B. (2008). Risk factors for methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) Acquisition in roommate contacts of patients colonized or infected with MRSA in an acute –care hospital. *The Society for Healthcare Epidemiology of America*, 29 (7), 600-606.
- *Newton, J.T., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *The Hospital Infection Society*, 48, 275-280.
- Norstedts Ordbok (2001). *Norstedts stora svensk-engelska ordbok* (3 uppl.). Norge: Norstedts Förlagsgrupp AB.
- *Oldman, T. (1998). Isolated cases. *Nursing Times*, 11, (94), 67-70.
- Ransjö, U. & Edstedt, G. (2012). *Vårdhandboken*. Hämtad september 12, 2013 från <http://www.vardhandboken.se/texter/smitta-och-smittspridning/smittvagar/>
- Rees, J., Davies, H., Birchall, C., & Price, J. (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nursing Standard*, 14, (29), 32-36.
- Resistensutveckling. (n.d.) I *Nationalencyclopedin*. Hämtad september, 12, 2013 från http://www.ne.se/resistensutveckling?i_h_word=resistens.
- Rindforth Gillgren, M. (2012). *Vårdguiden*. Hämtad september, 12, 2013 från <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/MRSA-/>
- SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*. Hämtad september, 13, 2013 från <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/04/040168.PDF>
- *Skyman, E., Thunberg - Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Journal compilation*, 24, 101-107.
- Smittskyddsinstitutet (2010). *MRSA i samhället. Förslag till handläggning baserat på befintligt kunskapsunderlag och svenska erfarenheter, juni 2010*. Hämtad oktober, 13, 2013 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/antibiotikaresistens/kunskapsunderlag/MRSA-i-samhallet/>

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINHAL	Living with MRSA (peer reviewd)	40	1 vald Andersson et al. (2010).
CINHAL	MRSA, Nursing (peer reviewd)	350	3 vald Newton et al. (2001), Skyman et al. (2010), & Webber et al. (2012).
CINAHL	Patients experience of MRSA (peer reviewd)	45	3 vald Newton et al. (2001), Madeo (2001) & Webber et al. (2012).
CINHAL	Patients perception of MRSA (Peer reviewd)	8	1 vald Andersson et al. (2010).
CINAHL	Source isolation with MRSA, (peer reviewd)	60	4 vald Andersson et al. (2010), Barratt et al. (2011), Newton et al. (2001), & Skyman (2010).
DiVA	Living with MRSA (peer reviewd)	3	1 vald Andersson et al. (2010).
DiVA	MRSA, Nursing (Peer reviewd)	11	2 vald Andersson et al. (2010) & Lindberg et al. (2009).
DiVA (simple search)	Patients experience of MRSA (peer reviewd)	2	1 vald Andersson et al. (2010).
DiVA (simple search)	Patients perception of MRSA	2	1 vald Andersson et al. (2010).
DiVA (Simple search/Advance search/Advance research)	Source isolation with MRSA	0	0 vald
Pubmed	Living with MRSA	844	3 vald Andersson et al. (2010), Lindberg et al. (2009), & Newton (2001).
Pubmed	MRSA, Nursing	697	2 vald Newton et al. (2001) & Skyman (2010).
Pubmed	Patients experience of MRSA	296	3 vald Madeo (2001), Newton et al. (2001) & Webber et al. (2012).
Pubmed	Patients perception of MRSA	31	1 vald Andersson et al. (2010).
Pubmed	Source isolation with MRSA	274	2 vald Newton et al. (2001) & Skyman et al. (2010).
CINAHL Refs	Sök ord "Living with MRSA" (1990-2013, peer reviewd) →träff den 21, Macdonald (2008). →CINAHL Refs	9 (40)	1 vald Criddle & Potter (2006).
CINHAL Refs	Sök ord "Patients experience of MRSA (peer reviewd) →träff den 19, Madeo (2001). ->CINAHL Refs	19 (45)	1 vald Oldman (1998).

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B.	MRSA – global threat and personal disaster: patients´ experience.	2010, Sverige, International Nursing Review.	Att fastställa och beskriva patienters kunskaper, erfarenheter och upplevelser av att vara MRSA positiva.	Metod: Kvalitativ design med intervjuer Urval: 15 patienter med MRSA som hade eller hade haft infekterade sår, olika åldrar och kön (över 18 år) bosatta i Stockholm. Datainsamling: semi- strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys (tematisk).	Huvudtemat som framkom var att patienterna upplevde att de var oskyddade inför andras tillkortakommanden och att de utgjorde ett hot mot andras hälsa. Tre kategorier med subkategorier identifierades: 1. Uppfattning och känslomässig reaktion. 2. Bemötande/behandling av vårdpersonal 3. Konsekvenser och förväntningar Patienter och vårdpersonal hade olika uppfattning om MRSA, vilket ledde till onödiga missuppfattningar, rädslor, social isolering och lidande. MRSA-diagnosen orsakade känslor av stigmatisering, en plåga eller lepra hos patienten. Patienterna kände sig smutsiga, rädda för att smitta och att avböjas av andra.
Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W.	Behind barriers: patients´ perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).	2011, New Zealand, Australian Journal of Advanced Nursing.	Att utforska patienters upplevelser och meningsskapande av MRSA - isoleringsvård på ett akutsjukhus.	Metod: Kvalitativ design med hermeneutisk fenomenologi. Urval: 10 vuxna patienter som vårdats under isolering minst tre dagar på grund av MRSA- infektion eller MRSA-kontakt. Ålder: mellan 46-78, Kön: 5 kvinnor och 5 män. Datainsamling: Semi strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehålls analys (tematisk & tolkande).	Upplevelsen av MRSA-isolering associerades med barriärer till vården på sjukhuset. Resultatet delas i tre huvudteman: att vara MRSA-positiv, vara med andra och leva inom fyra väggar. Åtta subteman framkom: stigmatisering, känslomässig effekt, kunskap, socialisering, oro för andra, relationer till personal, fängslade och utsikt från rummet. Deltagarna hade en stark identitet av att vara MRSA-positiva. Att vara MRSA positiv medförde känslor av rädsla, ilska, frustration, skuld-känslor och oro för framtiden.

					Patienterna kände att socialisering med andra medförde risk för smittspridning, men de saknade kontakt med andra människor. Den fysiska miljön var grundläggande för patienternas upplevelser av vården vid isolering.
Criddle, P. & Potter, J.	Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant Staphylococcus aureus.	2006, England, British Journal of Infection Control.	Att ur patientens perspektiv undersöka fenomenet att vara koloniserad med MRSA, och därigenom ge förslag på vad för information som är nödvändig samt hur vården kan förbättras.	Metod: Kvalitativ, fenomenologisk, semi-strukturerade intervjuer. Urval: 14 patienter som sex månader innan tid för intervjuer varit inlagda på akutsjukhus koloniserade med MRSA (ej infektioner). Ålder: 18-93. Datainsamling: semi-strukturerade intervjuer. Analys: Intervjuerna spelades in, transkriberades ordagrant och tolkades med ett tolkande fenomenologiskt förhållningssätt. Ett datorprogram - MAXqda - för sortering och hantering av kvalitativ data användes.	Betydelsen av att vara koloniserad med MRSA påverkades av patienternas upplevelser. För en del patienter var betydelsen av att vara koloniserad stor när de var inlagda på sjukhuset, för andra blev betydelsen av koloniseringen större när de kom hem från sjukhuset. Fyra huvudteman framkom: Hur information ges, patientens förståelse, den levda upplevelsen och behov av information.
Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B.	Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation.	2009, Sverige, Journal of Hospital Infection.	Syftet var att undersöka individers upplevelser och förståelse av MRSA-kolonisering.	Metod: Kvalitativ, undersökande design. Urval: 13 patienter med MRSA, över 18 år och bosatta i Sverige. Datainsamling: Semi strukturerade intervjuer. Analys: Transkribering av intervjuer, analyserades med latent kvalitativ innehållsanalys.	Tre teman uppstod av analysen av datan: invaderade, osäkra och ensamma. De intervjuade personerna upplevde rädslor och begränsningar i sitt dagliga liv, och uttryckte behov av att skydda andra från MRSA. De beskrev dåliga relationer till vårdpersonal som ledde till onödig psykisk/emotionell ohälsa.
Madeo, M.	Understanding the	2001, England, Nursing	Syftet var att beskriva MRSA	Metod: Kvalitativ design med	Patientens upplevelser delas i fyra olika

	MRSA experience.	Times.	patients upplevelser av isoleringsvård.	fenomenologiskt förhållningssätt. Urval: Sju patienter (ålder 19-72, både män och kvinnor) som har vårdats i isoleringsvård åtminstone två veckor. Datinsamling: Individuella intervjuer med fenomenologiskt förhållningssätt. Analys: Coalizzi's "seven-step process of analysis"	teman. 1. Förståelse och påverkan. Patientens uppfattning och förståelse av MRSA varierade. Informationen från personalen var i vissa fall bristfällig. 2. Hotell eller fängelse: Fyra patienter upplevde isoleringsvård positivt. Privat tid och slippa att störas av sina grannar värderades. Resten av patienterna blev frustrerade av isoleringsvård; de kände sig isolerade både fysiskt, psykiskt, och socialt. 3. Stigmatisering. Isoleringsskylten på dörren, att vårdas med handskar och andra skyddskläder väckte känslor av stigmatisering hos patienterna. 4. Behandling: Besök och kontakt från personal och besökare motverkade negativa känslor. Information om behandlingar var bra för att undvika oro och ohälsa bland patienter och anhöriga.
Newton, J.T., Constable, D., & Senior, V.	Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients.	2001, England, The Hospital Infection Society.	Att dokumentera upplevelser och erfarenheter av isoleringsvård hos patienter med MRSA.	Metod: Kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer. Urval: 19 patienter som hade MRSA-infektioner och vårdats i isolering på sjukhus – 3-77 dagar. Datinsamling: Semi strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Fem kategorier framkom genom analysen: Orsaker till MRSA, hanterbarhet/kontroll, konsekvenser, uppfattning av isolering och barriärvård, påverkan av isolering. Patienterna visste inte mycket om MRSA, och ansåg generellt att MRSA inte hade en stor påverkan på deras liv. Ungefär hälften ansåg att infektionen var allvarlig. Ett fåtal visste orsakerna till barriärvård och isoleringsvård. Isolering sågs antingen som en fördel eller nackdel; resultatet visade inte på någon bestående psykologisk påverkan på grund av isoleringen.
Oldman, T.	Isolated cases.	1998, Storbritannien, Nursing Times.	Att undersöka patienter och deras sjuksköterskors uppfattning och upplevelser av isoleringsvård, analysera och jämföra dessa.	Metod: Kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer. Urval: Fem patienter med MRSA-infektion som vårdats i isoleringsvård mellan fem	Tre teman uppstår från patienternas upplevelser: Ensamhet och stigmatisering, monotoni och förlust av kontroll samt tid för att reflektera. Isoleringsvård och kunskapen om att de riskerar att smitta andra orsakar

				<p> dagar och fyra veckor, och deras respektive fem sjuksköterskor.</p> <p>Datasamling: Semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Kvalitative innehållsanalys. (tematisk & tolkande)</p>	<p>känsla av ensamhet och stigmatisering. Trots att vissa patienter såg fördelar av isoleringsvård, som tid för sig själv, kände patienterna sig bortglömda, uttråkade och maktlösa. Sjuksköterskorna var medvetna om dessa upplevelser, men på grund av tidsbrist kunde de inte ge tillräcklig uppmärksamhet. Besökare, telefonkontakt och uppmärksamhet från vårdpersonalen var en stor tröst. De flesta patienter fick en broschyr om MRSA, och alla förstod orsaken till att vårdas i isolering. Användning av handskar och skyddskläder ansågs som professionellt.</p>
<p>Skyman, E., Sjöström, H. T., och Hellström, L.</p>	<p>Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.</p>	<p>2010, Sverige, Scandinavian Journal of caring science.</p>	<p>Att få ökad kunskap om patienters upplevelser som blivit smittade av MRSA på sjukhus och isolerade på infektionsavdelning.</p>	<p>Metod: Kvalitativ design</p> <p>Urval: 6 patienter som smittats med MRSA på sjukhus och därefter har blivit isolerade minst en vecka. Ålder: 35-76 år. Kön: 2 kvinnor och 4 män</p> <p>Datansamling: Djup intervju</p> <p>Analys: Intersubjektiv innehållsanalys</p>	<p>Sju kategorier uppkom: upplevelser av isoleringsvård, upplevelser av hur MRSA smittas, information om MRSA, upplevelser av sjukdomstrauma, attityder hos anhöriga och personal, känslor av att vara smittbärande och MRSA-stämpel. Patienterna kände skuld-känslor och skam, samtidigt att de hade ansvar för att inte smitta andra. Personalen förklarade inte om MRSA; hur patienten blivit smittad eller vad det betyder att vara en MRSA bärare. På grund av MRSA flyttades patienten till infektionsavdelning och kunde inte få de behandlingar som patienten annars skulle fått. Patienterna var sårbara på grund av personalens oprofessionella attityder och negativa reaktioner från närstående.</p>
<p>Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S. & Lewis, B.</p>	<p>The impact of strict isolation on MRSA positive patients: An action-based study undertaken in a rehabilitation center.</p>	<p>2012, Kanada, Rehabilitation Nursing.</p>	<p>Att få inblick från patienter med MRSA under rehabilitering för att få ökad förståelse för patientens upplevelse av MRSA och sträng isoleringsvård. Andra syftet var att bidra till</p>	<p>Metod: Kvalitative design med Action-baserad ansats</p> <p>Urval: 9 patienter i rehabilitering som var MRSA bärare och blivit isolerade minst 1 månad. Ålder: 30-70 år.</p>	<p>Temat som framkom var att patienterna kände sig utsatta för andras tillkortakommanden och att vara ett hot mot andras hälsa. Tre kategorier skapades: förståelse och emotionella reaktioner, behandling av personal och konsekvenser och förväntningar.</p>

			förbättringsarbete genom att diskutera med personalen om patientens åsikter som samlats in under intervjun.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupp Analys: Kvalitativ innehållsanalys (tematisk och tolkande)	. MRSA togs inte på allvar av patienten, särskilt patienter utan MRSA symtom. Att ha MRSA diagnos och vara isolerad resulterade ofta i negativa känslor och tankar, och patienten upplevde isoleringspolicyn som sträng och ologisk; personalen följde inte policyn. Patienter upplevde problem kring information till besökare.
--	--	--	---	---	--