



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Att vårdas som MRSA-positiv – Lidande samt sociala begränsningar

En litteraturstudie

Författare: Tuyet Vy Jönsson & Michaela Strandberg Nilsson

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Att vårdas som MRSA-positiv – Lidande samt sociala begränsningar

## En litteraturstudie

Författare: Tuyet Vy Jönsson  
Michaela Strandberg Nilsson

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2015

## Abstrakt

Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*, MRSA, är ett ökande problem världen över som kan orsaka svårt lidande för patienten. Särskilda förebyggande rutiner kan upplevas negativt av patienten. Samtidigt uppvisar vårdpersonal kunskapsbrister samt rädsla vid vård av patienter med MRSA. Studiens syfte var att undersöka upplevelser hos patienter med MRSA kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården. Metoden var en litteraturstudie med nio artiklar. Resultatet visade att patienter med MRSA upplevde rädsla för sin diagnos samt hade bristande kunskaper om denna. De upplevde bristfällig information samt ett stigmatiserande bemötande från vårdpersonal, negativ påverkan av isoleringsvården samt skuld, skam och stigmatisering i relation till MRSA-bärarkort. För att patienter med MRSA ska få en god vård är det av vikt att öka vårdpersonals kunskap, förbättra informationen till patienterna samt finna åtgärder för att förbättra isoleringsvården.

## Nyckelord

MRSA, patienters upplevelse, information, kunskap

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Teoretisk referensram .....	3
Patientlagen (SFS, 2014:821) .....	3
Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) .....	4
Staphylococcus aureus (gula stafylokocker) .....	4
MRSA .....	5
Smittspridning i vården .....	6
Riktlinjer för handläggning av patienter med MRSA .....	7
Smittskyddslagen (SFS, 2004:168) .....	7
Basala hygienrutiner .....	7
Screening .....	8
Bärarkort .....	8
Isoleringsvård .....	8
Vårdpersonals kunskap om MRSA samt attityder vid vård av patienter med MRSA .....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	11
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	14
Patienters upplevelser av MRSA-diagnosen .....	14
Känslomässiga reaktioner .....	15
Fysiska och sociala begränsningar .....	16
Kunskap och upplevelser av information kring MRSA .....	16
Patienters upplevelser i mötet med vårdpersonal .....	18
Vårdpersonals kunskap .....	18
Vårdpersonals attityd och beteende .....	19
Patienters upplevelser vid isoleringsvård .....	20
Begränsningar .....	20
Emotionella reaktioner .....	21
Underlättande faktorer .....	22
Kunskap och information om isoleringsvård .....	22
Patienters upplevelser i relation till MRSA-bärarkort .....	23
Att erhålla ett MRSA-bärarkort .....	23
Att förstå, acceptera och att visa fram MRSA-bärarkortet .....	24
Diskussion .....	25
Diskussion av vald metod .....	25
Diskussion av framtaget resultat .....	27
Att öka vårdpersonals kunskap .....	27
Att förbättra isoleringsvården .....	30
Slutsats och kliniska implikationer .....	33
Författarnas arbetsfördelning .....	35
Referenser .....	36

# Introduktion

## Problemområde

Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) är ett växande problem världen över (Skov et al., 2008). Infektioner med MRSA kan vara svåra att behandla (Smittskyddsinstitutet, 2012) och kan orsaka svårt lidande för patienten (SFS, 2004:168). Högre förekomst av MRSA-infektioner är korrelerad till ökad mortalitet, långvarig vårdtid och ökade behandlingskostnader (deKraker, Wolkewitz, Davey & Grundmann, 2011). I Sverige klassificeras MRSA som en anmälningspliktig, smittspårningspliktig samt allmänfarlig sjukdom som stadigt ökar varje år (Folkhälsomyndigheten, 2015; SFS, 2004:168).

Sverige har, liksom andra nordiska länder och Holland, lägst prevalens av MRSA i Europa samt i hela världen tack vara bland annat sträng praxis för infektionskontroll (Folkhälsomyndigheten, 2014; Skov et al., 2008; World Health Organization, 2014). Särskilda förebyggande rutiner såsom screening och isoleringsvård kan upplevas negativt av patienter (Catalano et al., 2003; Currie, Knussen, Price & Reilly, 2014). Tidigare studier har visat att vårdpersonal i allmänhet har bristande kunskap om MRSA (Easton et al., 2007; Lindberg & Lindberg, 2012; Mamhidir, Lindberg, Larsson, Fläckman & Engström, 2011; Silva et al., 2010; Wolf, Lewis, Cochran & Richards, 2008) samt oro och rädsla vid vård av patienter med MRSA (Silva et al., 2010; Thorstad, Sie & Andersen, 2011).

MRSA är ett vårdhygieniskt problem som kan förekomma i alla vårdmiljöer (Folkhälsomyndigheten, 2014), vilket innebär att sjuksköterskor någon gång i sitt yrkesliv kan möta och vårda patienter med MRSA oavsett var de jobbar. Patienter med MRSA är utsatta för lidande (Grundmann, Aires-de-Sousa, Boyce & Tiermersma, 2006; SFS, 2004:168) och det är sjuksköterskans plikt att lindra patientens lidande, vilket kräver att sjuksköterskan uppvisar professionella värden samt har förståelse för patienten (Eriksson, 1994; Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

## Bakgrund

### *Teoretisk referensram*

Fokus för studien är patienter drabbade av MRSA och deras upplevelser kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården. Utgångspunkten är patienterna och deras perspektiv.

Katie Erikssons teori om att lindra lidande har valts som teoretisk referensram i studien. Enligt denna teori är vårdens huvudsakliga uppgift att lindra patientens lidande och allt vårdande ska beakta patientens lidande (Eriksson, 1994). Erikssons teori om att lindra lidande passar således som referensram till studien, vilken har en grupp av sårbara patienter och deras upplevelser av diagnosen samt vården i fokus.

Enligt Eriksson (1994) uppkommer tre former av lidande i vården, nämligen sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande uppkommer i samband med sjukdom samt behandling och yttrar sig i form av kroppslig smärta eller själsligt såväl som andligt lidande. Själsligt samt andligt lidande förorsakas av patientens känslor av förnedring, skam och/eller skuld till följd av sin sjukdom eller behandling. Vårdlidande upplever patienter när deras vård uteblir samt när vårdpersonal fördömer eller straffar patienterna, såväl som när personalen kränker patienternas värdighet och när de använder sig av maktutövning. Vårdlidande anses vara ett onödigt lidande som bör undvikas. Livslidande beskrivs som det lidande relaterat till patientens livssituation som påverkas av sjukdom, ohälsa samt att vara patient (ibid.).

Patientens rädsla för att bli föraktad, ensam, samt övergiven leder till lidande (Eriksson, 1994). Vårdaren bör eliminera det onödiga lidandet samt lindra det ofrånkomliga lidandet. Detta kan uppfyllas genom att vårdaren uttrycker sin ärliga känsla av medlidande och får patienten att känna sig välkommen, älskad, bekräftad samt förstådd. Att vara informerad samt delaktig bidrar även till patientens minskade oro och ängslan (ibid.).

### *Patientlagen (SFS, 2014:821)*

Patientlagen har till syfte att öka patienternas delaktighet, självbestämmande samt integritet inom hälso- och sjukvården. Målet är att hela befolkningen ska ha en god hälsa och få vård på

samma villkor. Vården ska utgå från alla människors lika värde samt vara av god kvalitet och utgå från vetenskap såväl som beprövad erfarenhet. Patienten ska få individanpassad information om sitt hälsotillstånd, metoder för vård såväl som behandling, det förväntade vårdförloppet och eftervård. Kan inte patienten ta emot informationen så ska den istället lämnas till närstående. Den som ger informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren förstått den givna informationen samt kunna ge skriftlig information om det behövs. Patienten såväl som närstående ska få vara delaktiga vid utformandet och genomförandet av hälso- och sjukvården. Patienten kan vara delaktig genom att själv få utföra vissa moment eller att momenten sker utifrån patientens önskemål och förutsättningar (SFS, 2014:821). Patientlagen är av betydelse då patienter med en MRSA-diagnos får information gällande eventuella förhållningsregler samt eventuellt får uppleva isoleringsvård (SFS, 2004:168).

### *Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA)*

#### Staphylococcus aureus (gula stafylokocker)

Staphylococcus aureus är en vanlig bakterie i vår omgivning som de flesta människor periodvis bär på (Folkhälsomyndigheten, 2014). Dock är bakterien en patogen som kan orsaka flera sjukdomar (Tong, Davis, Eichenberger, Holland & Fowler Jr., 2015). Vanligtvis förekommer kolonisering främst i näsan, på andra slemhinnor och på huden (Folkhälsomyndigheten, 2014). Risken att bära bakterien på huden ökar vid förekomst av eksem eller småsår. Sjukvårdspersonal, injektionsmissbrukare, diabetiker och dialyspatienter är de grupper som har högst risk för att bära på Staphylococcus aureus (ibid.). Dessa grupper har även ökad risk för att få infektioner relaterade till Staphylococcus aureus (Tong et al., 2015).

Staphylococcus aureus är den vanligaste orsaken till variga sårinfektioner, speciellt vårdrelaterade infektioner såsom postoperativa sårinfektioner eller infektioner relaterade till främmande material i kroppen (Ekenstierna, 2003; Folkhälsomyndigheten, 2014). Att vara bärare av Staphylococcus aureus innebär i sig själv en ökad risk för att få en infektion, men även sår och främmande material exempelvis suturer ökar risken (Lowy, 1998).

Staphylococcus aureus kan ge upphov till flera sjukdomar exempelvis infektiös endokardit, hjärnhinneinflammation, lunginflammation, infektioner i skelett och leder samt

blodförgiftning om det förekommer bakterieväxt i blodet (Ekenstierna, 2003; Tong et al., 2015).

Staphylococcus aureus kan spridas genom händerna av en som är koloniserad med bakterien, och inom sjukvården sker spridningen främst genom vårdpersonals händer (Lowy, 1998). Vårdpersonalen är antingen själv tillfälligt koloniserad eller så har de blivit tillfälligt koloniserade efter att ha vårdat en infekterad patient (ibid.). Staphylococcus aureus är däremot inte anmälningspliktig enligt smittskyddslagen (Folkhälsomyndigheten, u.å.).

## MRSA

Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) är stammar av Staphylococcus aureus som är resistent mot meticillin samt mot ett flertal andra antibiotikum exempelvis amoxicillin och daptomycin (Raygada & Levine, 2009; Skov et al., 2008; World Health Organization, 2014). Infektioner med MRSA kan innebära att insättningen av en lämplig behandling försenas (Smittskyddsinstitutet, 2012), då svåra MRSA-infektioner enbart kan behandlas med ett fåtal intravenösa antibiotika vilka är dyra och medför besvärande biverkningar (Folkhälsomyndigheten, 2014). Enligt en studie av deKraker et al. (2011) är en hög förekomst av MRSA-infektioner korrelerad till ökad dödlighet, längre vårdtid och ökande behandlingskostnader. MRSA är en vanlig och väsentlig orsak till nosokomiala samt samhällsförvärvade infektioner (Grundmann et al., 2006; Raygada & Levine, 2009).

Om en person är smittad av MRSA finns bakterien framförallt på huden, i näsan och i svalget (Ringberg, Petersson, Walder & Johansson, 2006). En person som är koloniserad med MRSA brukar inte få några besvär av bakterien såvida personen inte får en behandlingskrävande infektion (Nazarko, 2014). Bärare av MRSA som inte har riskfaktorer för infektion såsom kroniska sår eller eksem kan vanligen göra sig av med bakterien men kan ibland förbli koloniserade i nästan fyra år (Folkhälsomyndigheten, 2014; Nazarko, 2014). Enligt en studie av Larsson et al. (2011) har MRSA-koloniserade personer i Skåne en median bärartid på 5,9 månader.

Larsson et al. (2014) studie om epidemiologi av MRSA hos patienter i södra Sverige visade ett starkt samband mellan MRSA-förvärv och antingen ett icke-svenskt ursprung eller resor och utlandsvistelse. Av alla MRSA-fall som rapporterades under 2014 uppgavs 49 % ha blivit

smittade utomlands, medan denna siffra var 47 % för 2013 samt 25 % år 2005 (Folkhälsomyndigheten, u.å b). De vanligaste angivna smittoländerna under 2014 var Syrien, Irak, Filippinerna, Eritrea, Egypten, Thailand samt Rumänien (ibid.).

Förekomsten av MRSA varierar inom Europa samt i världen (World Health Organization, 2014). Inom Europa är andelen MRSA-isoleringar lägst i de nordiska länderna samt Holland och Estland (ECDC, 2015). Anledningen till den låga MRSA-prevalensen i de nordiska länderna är bland annat sträng praxis för infektionskontroll samt den låga förskrivningen av antibiotika (Skov et al., 2008). Antalet anmälda MRSA-fall har dock stadigt ökat i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2014). År 2005 rapporterades 974 fall av MRSA, denna siffra ökade för varje år och år 2014 rapporterades 2919 fall (Folkhälsomyndigheten, u.å a). Under 2015 rapporterades 3382 fall av MRSA i Sverige (ibid.).

### Smittspridning i vården

MRSA är numera ett av de största globala vårdhygieniska problemen (Folkhälsomyndigheten, 2014). MRSA kan lätt spridas i sjukhusmiljöer på grund av att både patienter och vårdpersonal kan vara friska smittbärare i veckor utan symptom (Ekenstierna, 2003). Bristande hygienrutiner kan vara en orsak till spridning av MRSA i vårdmiljöer, där MRSA hos en patient lätt kan spridas till andra patienter (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Den vanligaste smittkällan i sjukhusmiljöer utgörs av MRSA-bärande patienter (Socialstyrelsen, 2007). MRSA kan spridas genom både indirekt och direkt kontaktsmitta. Indirekt kontaktsmitta är den vanligaste smittvägen, då sprids smittan mellan patienterna via vårdpersonalens händer eller kläder (Nazarko, 2014; Socialstyrelsen, 2007), vilket kan bero på att personalen har bristande följsamhet av basala hygienrutiner (Henderson, 2006; Socialstyrelsen, 2007). Vårdpersonal som vårdar patienter med MRSA kan tillfälligt bli koloniserade eller förorenade med MRSA på händerna samt i främre delen av näsan (Socialstyrelsen, 2007). Tillfällig förorening av vårdpersonals händer är den dominerande smittvägen till patienter (Grundmann et al., 2006; Henderson, 2006). Direkt kontaktsmitta, där bakterien direkt sprids från patient till patient, är mindre vanlig (Socialstyrelsen, 2007). Riskfaktorer för ökad mottaglighet för smitta hos patienten är bland annat hög ålder, kroniska sjukdomar, hudskador, sår, eksem, förekomst av katetrar och drän samt långvarig eller upprepad antibiotikabehandling (ibid.).



## *Riktlinjer för handläggning av patienter med MRSA*

### Smittskyddslagen (SFS, 2004:168)

Smittskyddslagen har som mål att förhindra att smittsamma sjukdomar sprids. En infektion med MRSA är en allmänfarlig sjukdom vilket innebär att den kan orsaka svårt lidande och långvarig sjukdom. Smittspridningen kan förebyggas genom att den smittade personen följer de rekommenderade åtgärder som finns framtagna. En person som bär eller misstänks vara bärare av MRSA ska, av den behandlande läkaren, få individuellt utformade råd kring medicinska och praktiska frågor. Läkaren ska även ta ställning till om individuella förhållningsregler behöver utformas gällande hygienrutiner och har skyldighet att informera vårdgivare om bärarskapet. I de fall då personen inte kan eller vill följa de utformade åtgärderna får denna isoleras. Den isolerade personen ska bli väl omhändertagen och få möjlighet till fysisk aktivitet samt i de fall det är möjligt även utevistelse. Personen har rätt till psykosocialt stöd från personal med rätt kompetens (SFS, 2004;168).

### Basala hygienrutiner

Basala hygienrutiner skall följas och tillämpas av all personal vid alla vårdmoment samt i alla vårdmiljöer (Folkhälsomyndigheten, 2014; Socialstyrelsen, 2006). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2007:19) skall ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel användas före och efter en direktkontakt med en patient. Skyddshandskar och plastförkläde eller en skyddsrock skall användas om vårdpersonal under ett vård- eller omsorgsmoment riskerar att komma i kontakt med kroppsvätska eller andra biologiska ämnen (ibid.). Det rekommenderas även att vårdpersonal bör tillämpa handhygien efter användning av handskar, då det fortfarande förekommer risk för kontaminering (Grundmann et al, 2006).

Vårdpersonals lämpliga tillämpning av handhygien bidrar till minskad spridning av MRSA i vårdmiljöer medan bristande utförande av lämplig handhygien är den främsta orsaken till vårdrelaterade infektioner samt spridning av MRSA (Henderson, 2006; Nazarko, 2014). Att tvätta händerna ordentligt med tvål och vatten kan ta bort en eventuell tillfällig MRSA-kolonisering som blivit till efter kontakt med en smittkälla. Dock gäller detta endast om personen inte är bärare av MRSA (Nazarko, 2014).

## Screening

Screenodling är provtagning från främre näsöppningen, svalg, perineum, sår, hudlesioner och kateterurin (Socialstyrelsen, 2006).

Patienter som skall screenodlas för förekomst av MRSA vid intagning på sjukhus är patienter som tidigare varit MRSA positiva eller blivit polikliniskt behandlade under de senaste sex månaderna och patienter som under det senaste halvåret insjuknat eller arbetat på sjukhus utomlands eller inom svenska regioner där MRSA är ett känt problem (Socialstyrelsen, 2006). Screening bör alltid övervägas för alla medpatienter till den smittade patienten. Medpatienter som har kronisk hudsjukdom, sår eller någon annan riskfaktor ska kontrollodlas för aktuell MRSA (ibid.).

Patienter med MRSA måste genomgå screeningsprocessen för eventuell avskrivning av bärarskapet (Socialstyrelsen, 2010).

## Bärarkort

Om en person som bär på MRSA kontaktar vården krävs det att sjukvårdspersonalen informeras om bärarskapet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Detta krav uppfylls genom att personen får ett bärarkort som ska visas varje gång personen söker vård (Socialstyrelsen, 2006). Information om bärarskapet av MRSA bidrar till att hindra smittspridning i vårdmiljö samt att förbättra patientsäkerheten genom att patienten kan få rätt behandling vid en eventuell behandlingskrävande infektion (Socialstyrelsen, 2010).

## Isoleringsvård

Patienter som är bärare av MRSA ska antingen vårdas i enkelrum med tillgång till enskilt badrum med dusch eller enligt kohortvård (Socialstyrelsen, 2006). Kohortvård definieras som den vård en grupp patienter, utsatta för samma smitta, får av separat personal, avskilt från andra patienter. Misstänkta smittbärande patienter ska vårdas i enkelrum i väntan på odlingsresultat. Gällande patienter med MRSA som även har kronisk hudsjukdom eller sår, kan isoleringsvård på en infektionsklinik vara ett alternativ (ibid.).

## *Vårdpersonals kunskap om MRSA samt attityder vid vård av patienter med MRSA*

Tidigare forskning med vårdpersonal som deltagare har visat att ett stort antal vårdpersonal har bristande kunskap om MRSA (Easton et al., 2007; Lindberg & Lindberg, 2012; Mamhidir et al., 2011; Silva et al., 2010; Wolf, Lewis, Cochran & Richards, 2008) samt oro och rädsla vid vård av patienter med MRSA (Silva et al., 2010; Thorstad et al., 2011).

Enligt Mamhidir et al. (2011) hade ett stort antal primärvårdspersonal i ett län i mellersta Sverige, särskilt distriktssköterskor och undersköterskor, bristande kunskap om MRSA samt om förebyggande hygieniska åtgärder. Dessa kunskapsbrister hos vårdpersonal lyfts även upp i en studie av Lindberg och Lindberg (2012), som visade att en stor del av sjuksköterskorna på 19 avdelningar inom hemodialys i Sverige saknade grundläggande kunskap om vanliga områden för MRSA-kolonisering, MRSA-förekomst eller behandling samt smittskyddsåtgärder. Studien av Easton et al. (2007) lyfte fram att personal inom akutsjukvård i Tayside, Skottland, var i behov av information eller utbildning om MRSA avseende risker, hantering och behandling. En annan studie visade att sjuksköterskor såväl som undersköterskor på ett vårdboende i USA själva begärde att få ytterligare information om MRSA och dess infektionskontroll (Wolf et al., 2008). Enligt en brasiliansk studie av Silva et al. (2010) hade många sjuksköterskor och undersköterskor på ett sjukhus i São Paulo begränsade kunskaper om mottaglighet för MRSA. Studien visade också att de flesta sjuksköterskor och undersköterskor var rädda för att bli smittade med MRSA vid vård av MRSA-koloniserade eller infekterade patienter (ibid.). Thorstad et al. (2011) visade i sin studie att 52 % av vårdpersonal på flertalet vårdboende i Oslo var oroliga för att bli smittade av MRSA.

Litteraturen och forskningen i bakgrunden har lyft fram det fysiska lidande som patienter med MRSA kan vara utsatta för. Även sträng praxis för infektionskontroll samt förekomsten av vårdpersonals bristande kunskap om MRSA och deras rädsla i samband med vård av dessa patienter har benämnts. Med tanke på den utsatthet som patienter med MRSA kan uppleva i vården samt den okunskap och rädsla som kan förekomma hos vårdpersonal, är det väsentligt att fokusera på hur dessa patienter upplever MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården.

## Syfte

Syftet med studien är att undersöka upplevelser hos patienter med MRSA kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården.

## Metod

För att besvara syftet att se vilken skriven kunskap det finns om de upplevelser som patienter med MRSA erfar av diagnosen samt i kontakten med vården valdes en litteraturstudie som metod. Enligt Friberg (2006) skapar litteraturstudien en överblick över det som står skrivet inom den tillgängliga forskningen. På så sätt kan eventuella problem identifieras gällande upplevelsen av diagnosen, samt bemötandet och vården av patienter med MRSA.

Artiklar söktes i PubMed samt Cinahl, då dessa databaser har huvudämnenäna medicin, hälsa och omvårdnad (Backman, 2008). PubMed är en fritt tillgänglig version av Medline (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2012). Skillnaden mellan Medline och PubMed är att den sistnämnda innehåller fler artiklar, då det i PubMed även ingår artiklar som är under arbete och inte ännu blivit tilldelade några MeSH-termer (ibid.). MeSH är namnet på de indexord som förekommer i PubMed och som varje artikel tilldelas utefter dess innehåll (Kristensson, 2014). Indexorden bidrar till en mer specifik sökning vilket kan vara underlättande vid sökning av litteratur (ibid.). Cinahl har större fokus på omvårdnadsvetenskapliga artiklar än PubMed (Willman et al., 2012). En av artiklarna erhöles via Scopus, vilken är en databas med ursprung från Europa och utvecklades av Elsevier (Falagas, Pitsouni, Malietzis & Pappas, 2008). Den innehåller tidskrifter, artiklar, böcker och omfattar flera olika forskningsområden såsom omvårdnad, medicin samt teknologi (Elsevier B.V, 2015).

De valda artiklarna granskades och presenteras i resultatet med en integrerad analys, vilket enligt Kristensson (2014) underlättar redovisningen av studiernas resultat i relation till varandra samt gör det möjligt att redovisa slutresultatet på ett överskådligt sätt.

## Urval

De använda sökorden redovisas i tre sökscheman, tabell 1, 2 samt 3. Artiklar som förekom vid flera sökningar räknades endast vid första sökningsträffen. Artiklar vars syfte överensstämde med studiens syfte valdes. Den enda använda MeSH-termen var ”Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus”, vilken användes vid endast en sökning för att minska antalet träffar. Inklusionskriteriet var artiklar publicerade från 2005 och framåt. Exklusionskriteriet var annat språk än engelska. Främst söktes kvalitativa studier men både kvalitativa samt kvantitativa studier användes. Litteraturstudier exkluderades då de är sekundärkällor. I första hand söktes studier med enbart patienter som deltagare, dock uteslöts inte studier där både patienter och vårdpersonal deltog.

## Datainsamling

Datainsamlingen skedde under november 2015. Författarna sökte enskilt artiklar utefter ovannämnda kriterier. Vid den enskilda sökningen sorterades artiklarna ut först efter titel, därefter lästes abstrakten igenom och de artiklar som verkade svara på litteraturstudiens syfte lästes i fulltext. Resultaten av sökningarna och fulltextläsningen jämfördes samt diskuterades. Därefter kvalitetsgranskade författarna tillsammans de artiklar som valts ut efter jämförelsen. För kvalitetsgranskningen användes SBU:s (2014) granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetod med fokus på patientupplevelser, samt Willman et al. (2012) protokoll, bilaga G samt H, för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ och kvantitativ metod. Bilaga H vilken är protokollet för granskning av studier med kvalitativ metod från Willman et al. (2012) användes för en artikel. Granskningsprotokollen modifierades utefter författarnas kunskap och utefter artiklarna. Frågorna om blindning, resultat redovisat efter teoretisk referensram samt ifall studien var teorigenererande togs bort. Varje fråga i protokollen var värd 1 poäng och varje positivt svar gav poäng. Totalpoängen räknades ihop och omvandlades till procent. Artiklarna delades in i kvalitetsnivåerna: låg kvalitet 0 % – 64 %, acceptabel kvalitet 65 % – 74 %, god kvalitet 75 % - 84 % samt mycket god kvalitet 85 % - 100 %. Därefter skapades en artikelmatris över de nio artiklar som återstod till resultatet. En av artiklarna hade god kvalitet och de åtta övriga hade mycket god kvalitet. Majoriteten av artiklarna förekom vid flera av sökningarna. En artikel förekom i referenslistan hos en annan artikel och erhöles via Scopus.

Tabell 1. Sökschema av sökningar i Cinahl

Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Granskade	Antal valda artiklar
#1 MRSA AND Patient AND Experience Filter: 2005-2015, engelska	53	14	10	7	6
#2 MRSA AND Patient satisfaction Filter: 2005-2015, engelska	11	5	3	2	1
#3 MRSA AND Patient AND Perception Filter: 2005-2015, engelska	23	6	0	0	0
#4 MRSA AND Patient AND Feelings Filter: 2005-2015, engelska	4	2	0	0	0
#5 MRSA AND Patient AND Life experiences Filter: 2005-2015, engelska	10	1	0	0	0
#6 MRSA-colonization AND Patient AND Experience Filter: 2005-2015, engelska	4	1	1	0	0

Tabell 2. Sökschema av sökningar i PubMed

Sökord [MESH]	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Granskade	Antal valda artiklar
#1 MRSA AND Patient AND Healthcare AND Relation Filter: 10 år, engelska	33	9	1	1	1
#2 MRSA AND Patient AND Nurse AND Relation Filter: 10 år, engelska	6	2	0	0	0
#3 MRSA AND Patient AND Perceptions Filter: 10 år, engelska	44	9	0	0	0
#4 MRSA AND Patient AND Attitudes Filter: 10 år, engelska	64	13	2	0	0
#5 [Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus] AND Patient experience Filter: 10 år, engelska	80	5	1	1	0
#6 MRSA AND Patient AND Life experience Filter: 10 år, engelska	15	2	0	0	0
#7 MRSA AND Patient experience AND Isolation Filter: 10 år, engelska	81	2	1	0	0

Tabell 3. Sökschema av sökning i Scopus

Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Granskade	Antal valda artiklar
#1 Exploring patients' views on colonization with MRSA	1	1	1	1	1

## Dataanalys

En integrerad analys genomfördes, där artiklarna först noggrant genomlästes av författarna som enskilt gjorde en grundlig bedömning av artiklarnas innehåll i relation till föreliggande studies syfte. Därefter skedde analysen i tre olika steg, nämligen identifiering av likheter samt skillnader, bildandet av kategorier och sammanställning av resultatet under respektive kategori (Kristensson, 2014). Författarna identifierade enskilt likheter samt skillnader mellan artiklarnas resultat. Därefter jämfördes författarnas resultat och de identifierade likheterna samt skillnaderna sammanställdes. Vid sammanställningen bildades 4 huvudkategorier och flera underkategorier.

## Forskningsetiska avvägningar

Vid urvalet av inkluderade studier har etiska överväganden gjorts. Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör valda studier ha fått etiskt godkännande från en etisk kommitté eller ha gjort noggranna etiska överväganden. Av de nio utvalda artiklarna för litteraturstudien har åtta fått tillstånd från en etisk kommitté. I en studie, studien av Bellamy (2008) med enkäter som den enda datasamlingsmetoden, ansågs etiskt godkännande från en etisk kommitté ej nödvändigt. Etiska överväganden har däremot gjorts i denna studie genom att deltagarna fick skriftlig information om studien och att deltagarnas anonymitet samt frivilliga deltagande säkerställdes.

Förutom etiska krav på urval av inkluderade studier bör hänsyn även tas till etiska krav på presentation av resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Vid presentationen av resultat i litteraturstudien har författarna med en objektiv inställning redovisat alla studiernas relevanta resultat utan att förvränga något resultat.

## Resultat

Syftet med litteraturstudien var att undersöka upplevelser hos patienter med MRSA kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården. I analysen framkom de fyra huvudkategorierna: patienters upplevelser av MRSA-diagnosen, patienters upplevelser i mötet med vårdpersonal, patienters upplevelser vid isoleringsvård och patienters upplevelser i relation till MRSA-bärarkort. Respektive huvudkategori har flera underkategorier (Tabell 4). Huvudkategorierna representerar olika situationer där patienter med en MRSA-diagnos kommer i kontakt med vården.

Tabell 4. Schema över resultatets huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Patienters upplevelser av MRSA-diagnosen	Känslomässiga reaktioner Fysiska och sociala begränsningar Kunskap och upplevelser av information kring MRSA
Patienters upplevelser i mötet med vårdpersonal	Vårdpersonals kunskap Vårdpersonals attityd och beteende
Patienters upplevelser vid isoleringsvård	Begränsningar Emotionella reaktioner Underlättande faktorer Kunskap och information om isoleringsvård
Patienters upplevelser i relation till MRSA-bärarkort	Att erhålla ett MRSA-bärarkort Att förstå, acceptera och att visa fram MRSA-bärarkortet

### Patienters upplevelser av MRSA-diagnosen

Resultatet visade att MRSA-diagnosen medförde olika känslomässiga reaktioner hos de drabbade patienterna (Andersson, Lindholm & Fossum, 2011; Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009; Skyman, Sjöström & Hellström, 2010). I samband med diagnosen upplevde patienterna även fysiska och sociala begränsningar relaterade till rädslan för att smitta andra (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Lindberg, Carlsson &



Skytt, 2014; Skyman et al., 2010). Patienterna hade bristande kunskap om MRSA och dess smittvägar (Andersson et al., 2011; Barratt, Shaban & Moyle, 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010) samt upplevde bristfällig information från vårdpersonalen (Andersson et al., 2011; Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014).

### *Känslomässiga reaktioner*

Att vara MRSA-positiv väckte olika känslor hos de drabbade patienterna, allt från chock (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010) till likgiltighet (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009). I en svensk intervjustudie av Andersson et al. (2011), vilken syftade till att beskriva patienters kunskap samt upplevelser av att vara MRSA-positiv, uppgav flertalet av de 15 deltagande patienterna att det var en traumatisk upplevelse. Lindberg et al. (2009) undersökte patienters upplevelser och förståelse av att vara MRSA koloniserad och visade i sin intervjustudie av 13 svenska patienter att deltagarna upplevde en känsla av osäkerhet och att vara oren. Känslan av att vara oren framkom även bland de sex intervjuade patienterna i den svenska studien av Skyman et al. (2010), vilken undersökte patienters upplevelser av att ha blivit smittade med MRSA på sjukhus och blivit isolerade. Andra känslor som patienter beskrev var känslan av skam, oro, rädsla (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010), sorg samt frustration (Andersson et al., 2011). Det framkom även känslor som att vara pestsmittad (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010) eller spetälsk (Andersson et al., 2011) och några deltagare jämförde känslan med att vara HIV-positiv (Lindberg et al., 2009). I en kvalitativ studie från Canada, vars syfte var att få kännedom om hur patienter med MRSA upplever MRSA-diagnosen samt isolering i samband med rehabilitering, intervjuades nio patienter (Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012). Resultatet visade att patienterna upplevde sin MRSA-diagnos som surrealistisk samt förvirrande då det saknades yttre tecken på sjukdomen (ibid.). Bristen på symtom ledde till att patienterna reagerade med likgiltighet och de uppfattade MRSA som ofarligt (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Webber et al., 2012) och ett överdrivet problem (Andersson et al., 2011).

Criddle och Potter (2006) undersökte i sin studie från Storbritannien patienters upplevelser av att vara koloniserad med MRSA samt vilken information och tillhandahållande sätt som var av värde för dem genom att intervju 14 patienter. Patienterna uppgav att de kände rädsla och

förvirring i relation till den bild media gav av sjukdomen (ibid.). Detta lyftes även i enkätstudien av Bellamy (2008), vilken syftade till att undersöka patienters belåtenhet av MRSA-relaterad vård, där 46 patienter från Storbritannien deltog. Deltagarna blev skräckslagna vid diagnostillfället på grund av medias vinkling av information om MRSA och dess grad av allvarlighet (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006).

### *Fysiska och sociala begränsningar*

Ett framträdande bekymmer hos de drabbade patienterna var rädsla för att smitta andra (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009) samt att bli avvisad av närstående, och känslan av att vara ett hot mot sin omgivning beskrevs som oroväckande (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010) och traumatisk (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010). En del patienter uttryckte oro över risken för att förlora sitt jobb (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009). Patienternas rädsla för att smitta omgivningen och osäkerheten kring smittvägar ledde till överdriven hygien (Andersson et al., 2011), undvikande av fysisk kontakt samt begränsningar i det sociala livet (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Även Lindberg et al. (2014) visade i sin intervjustudie att patienter upplevde fysiska och sociala begränsningar. Studien innefattade intervjuer av fem MRSA-koloniserade patienter samt av 20 deltagare från vårdpersonal och syftade till att undersöka upplevelsen av samspelet mellan patienter och vårdprofessioner. (ibid.).

### *Kunskap och upplevelser av information kring MRSA*

Litteraturgenomgången visade att patienterna hade bristande kunskap eller ingen kunskap alls kring MRSA vid diagnostillfället (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010). Liknande resultat visade Barratt et al. (2011) vilka intervjuade tio MRSA-infekterade patienter i Nya Zeeland för att undersöka den upplevda erfarenheten av isoleringsvård. Den information patienterna fick om MRSA från sjukvården beskrevs som otillräcklig (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014), vilseledande (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006), motsägelsefull (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009) och ytlig (Bellamy, 2008; Lindberg et al., 2009).

Deltagarna i studierna hade varierande kunskap om MRSA och dess smittvägar (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010), vilket berodde på egna erfarenheter eller på osakliga föreställningar om MRSA, att ingen information eller förklaring givits, motsägelsefull information från olika källor (Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010), såsom läkare, MRSA-infektionskontroll team eller från media (Criddle & Potter, 2006). Detta uppgavs av patienterna ha lett till ovisshet om hur och när smittan kan ha överförts, vilket gav dem misstankar om vårdmiljöer (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014; Webber et al., 2012) exempelvis under intensivvård, i samband med rehabilitering (Webber et al., 2012) eller via vårdpersonalen (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2014; Webber et al., 2012). Då vårdmiljöer misstänktes vara smittkällan uttryckte patienterna oro och frustration samt ibland även ilska vilken riktades mot sjukvården (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2010).

Patienterna upplevde att allmänsjuksköterskor och läkare gav olika information vilken kunde vara felaktig eller bristfällig (Andersson et al., 2011; Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009). Patienterna uppgav att de saknade information om MRSA-bakterien (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006), identifiering av MRSA-status, infektionssymtom, smittvägar (Criddle & Potter, 2006) samt MRSA-behandlingar (Bellamy, 2008) och de uppgav även att deras närstående inte fått tillräcklig information (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006). Bellamy (2008) visade att nästan hälften av deltagarna upplevde att de inte hölls uppdaterade om MRSA-behandlingar. Flera studier lyfte fram behovet av att få individanpassad information vid en lämplig tidpunkt och på ett lämpligt sätt (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009), då deltagarna uppgav att de ofta fick för mycket information vid samma tillfälle (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009) samt den muntliga informationen ersattes med broschyrer om MRSA (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006). Informationsbladen om MRSA som givits till patienterna ansågs vara bristfälliga, då de av patienterna upplevdes vara otydliga, inaktuella (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006) och vilseledande (Criddle & Potter, 2006).

Patienterna uppgav att information tillhandahållen av infektionssjuksköterskor samt specialister var bra (Bellamy, 2008; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2014) då de gav fullständiga förklaringar samt individanpassade informationen (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2014). Det upplevdes vara mer tröstande att få muntlig information från en människa än att själv behöva läsa sig till den (Criddle & Potter, 2006).

## Patienters upplevelser i mötet med vårdpersonal

Flera studier visade att många patienter upplevde vårdpersonalens bemötande som negativt, de ansåg att vårdpersonalen hade bristande kunskaper (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2014) samt betedde sig oprofessionellt (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Lindberg et al., 2014).

### *Vårdpersonalens kunskap*

I mötet med vårdpersonalen upplevde många patienter att personalen hade bristande kunskap om MRSA samt bristfällig följsamhet till smittskyddsrutiner (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Criddle & Potter., 2006; Lindberg et al., 2014). Vårdpersonalens kunskapsbrist ansågs medföra eller förstärka patienternas oro, förvirring och rädsla (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006).

Patienternas upplevelser av otillräcklig, felaktig eller motsägelsefull information från vårdpersonal tolkades av patienterna som att personalen hade bristande kunskap om MRSA (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2014). Ett exempel är en deltagare som fick ett informationshäfte om MRSA från sin läkare och ombads att själv läsa, patienten tolkade detta som att läkaren inte själv visste något om MRSA (Anderson et al., 2011). Patienterna upplevde att vårdpersonalen hade bristfälliga kunskaper om såväl MRSA-infektionen, smittvägar, smittskydd som befintliga riktlinjer (ibid.). Även studien av Lindberg et al. (2014) visade liknande resultat, patienterna ansåg att vårdpersonalen behövde ytterligare utbildning i infektionskontroll. Vårdpersonalens inkonsekventa följsamhet av smittskyddsåtgärder tydde enligt patienterna på deras bristfälliga kunskap (Barratt et al., 2011).

Skyman et al. (2014) genomförde en enkätstudie om MRSA-koloniserade patienters användning samt erfarenheter av MRSA-bärarkort. Enkätstudien genomfördes 2004 samt 2011 med totalt 202 deltagare som diagnostiserades med positiv MRSA-kolonisering för första gången under perioderna 1999-2003 och 2008-2010. Mindre än hälften av deltagarna i studien svarade att hälso- och sjukvårdspersonalen kände till själva MRSA-bärarkortet. Enligt studien upplevde deltagarna att det fanns en brist på kunskap hos personalen då de blev bemötta med okunskap vid framvisande av MRSA-bärarkortet (ibid.).

Deltagarna i studierna av Andersson et al. (2011), Barratt et al. (2011), Criddle och Potter (2006) samt Lindberg et al. (2014) upplevde att personalen brast i följsamheten av smittskyddsrutiner. Några i vårdpersonalen uppgavs av patienterna ha all skyddsutrustning på sig medan vissa andra inte använde någon skyddsutrustning (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006) eller endast använde handskar (Andersson et al., 2011). Patienterna upplevde att några i personalen överdrev användningen av skyddskläder och såg ut som att de var redo för en resa till yttre rymden (Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014), medan andra gav ett intryck av obehag vid användning av skyddskläder (Lindberg et al., 2014). Enligt en intervjuad patient använde läkaren på akutmottagningen aldrig skyddskläder (Andersson et al., 2011). Vårdpersonalen beskrevs av patienterna som slarviga särskilt vid stress (Lindberg et al., 2014).

### *Vårdpersonals attityd och beteende*

Vårdpersonalen från infektionskliniker var enligt patienterna mer professionella än allmänsjuksköterskor då möten med allmänsjuksköterskor eller vårdpersonal i allmänhet fick patienterna att känna sig som pestsmittade (Bellamy, 2008; Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014) och smutsiga (Bellamy, 2008). Patienterna upplevde att personalen från infektionskliniker var professionella vid framvisning av MRSA-bärarkortet (Skyman et al., 2014). Primärvårdspersonalen ansågs av deltagarna i studien av Lindberg et al. (2014) vara mindre professionella än personalen från infektionskliniker, barnvårdscentraler och tandvårdscentraler.

I mötena med vården upplevde patienterna sig särbehandlade (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Patienterna upplevde likgiltighet från vårdpersonalen (Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014), otillräckligt stöd, ett obefintligt samspel mellan patienter och vårdpersonal samt otillräcklig uppföljning (Lindberg et al., 2009). Patienterna uppgav att de fick komma in i vårdcentralen genom baddörren och gå rakt in i undersökningsrummet, vilket hade tömts samt i vissa fall fanns det inte ens en stol i rummet där läkaren kunde sitta (Lindberg et al., 2009). Liknande problem beskrevs i Skyman et al. (2010) studie där patienterna med MRSA uppgav att de inte fick vara i väntrummet med andra patienter, utan fick vänta i timmar utanför akutmottagningen för att träffa en läkare. Detta upplevdes som stigmatiserande och fick deltagarna att känna sig pestsmittade (ibid.).

Förutom ovan nämnda problem bemöttes patienterna med rädsla, respektlöshet (Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2014) samt stigmatiserande attityder från vårdpersonalen (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2014). Vissa läkare uppgavs ha undvikit att skaka hand med patienterna (Barratt et al., 2011). Enligt patienternas berättelser var några i vårdpersonalen rädda för dem, och vissa viskade till varandra om patienterna i deras närvaro (Lindberg et al., 2009). Liknande resultat lyftes även fram av deltagarna i Skyman et al. (2014) studie som uppgav att de vid framvisning av sitt MRSA-bärarkort blev bemötta med rädsla samt respektlöshet från vårdpersonalen, vilket ledde till att de kände sig ovälkomna, förbryllade, skyldiga samt som en spetälsk.

### **Patienters upplevelser vid isoleringsvård**

Patienterna upplevde att isoleringsvård bidrog med begränsningar (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) och flera olika känslor såsom stigmatisering (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), fångenskap (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010), rädsla samt oro (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012). Detta var kopplat till användning av skyddskläder och bristande information om isoleringen (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012). Isoleringsvården kunde underlättas för patienterna genom exempelvis inredningen i rummet (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012) och tillgång till ett fönster (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010).

#### *Begränsningar*

Isoleringsvården hade negativ påverkan på möjligheten att vara socialt aktiv, då isoleringsrestriktionerna begränsade deltagarnas interaktion med andra patienter, närstående och vårdpersonal (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012). Själva isoleringen påverkade samspelet mellan patient och personal medan interaktionen med närstående påverkades av isoleringen tillsammans med själva MRSA-diagnosen, då närstående uppgavs inte vilja besöka patienten på grund av rädslan för att bli smittad (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012).

Förutom den sociala begränsningen hade isoleringen negativ inverkan på patienternas behandling (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012) samt kvaliteten på omvårdnaden

(Barratt, et al., 2011). Möjligheterna till att delta i de dagliga rehabiliteringsaktiviteterna (Webber et al., 2012), att bli klippt av en besökande frisör samt att bli erbjuden dryck på förmiddagen (Barratt et al., 2011) är några av de begränsningar som uppgavs av patienterna (Barratt, et al., 2011; Webber, et al. 2012). Studien av Bellamy (2008) visade att 30 % av deltagarna ansåg att kvaliteten på omvårdnaden försämrades vid isoleringsvård.

### *Emotionella reaktioner*

De emotionella upplevelserna hos patienterna varierade, några vanligt förekommande känslor var rädsla, ilska, frustration, ensamhet (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012) och oro (Barratt et al., 2011). Rädslan och oron upplevdes vara kopplade till risken för att smitta andra vilken var som störst då personalen brast i användandet av skyddskläder (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012). Personalen som använde skyddskläder och följde isoleringsföreskrifterna upplevdes av patienterna som att de brydde sig om MRSA, medan de som upplevdes slarva med skyddskläder och föreskrifter bidrog till känslor som förvirring, frustration och ilska vilket riktades mot personalen (Webber et al., 2012). Isoleringen upplevdes av patienterna som tråkig (Webber et al., 2012), dock hade de med tidigare erfarenhet av isoleringsvård lättare att acceptera situationen (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012).

Patienterna uppgav att isoleringsvården gav en känsla av fångenskap (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Skyman et al., 2010) samt instängdhet då de endast vistades i ett rum (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010) och personalen besökte dem enbart när de var tvungna till det (Skyman et al., 2010). Att inte kunna lämna rummet upplevdes som frustrerande och begränsande då alla måltider serverades på rummet, vilket ledde till en negativ inverkan på känslan av självständighet (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010).

Förutom ovannämnda känslor framkom det hos deltagarna att de upplevde sig vara annorlunda, smutsiga (Webber et al., 2012), kränkta (Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012), stigmatiserade (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), utanför (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012) samt ha en känsla av skuld (Barratt et al., 2011). Patienterna upplevde skyddskläderna för personal samt patienter som stigmatiserande (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012) och skyddskläderna gav patienterna en känsla av att vara smittoförande (Barratt et al., 2011). Patienter med MRSA upplevde sig

vara annorlunda jämfört med patienter utan MRSA (Webber et al., 2012), de hade även en känsla av utanförskap vilket ofta hängde samman med upplevelsen av att vara stigmatiserad (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012). Patienterna fick en känsla av att vara annorlunda, då de själva var tvungna att använda skyddskläder vid rehabiliteringsaktiviteter vilka skedde tillsammans med övriga patienter (Webber et al., 2012). Skyddskläderna upplevdes skapa en barriär mellan patienter och sjukvårdspersonal (Barratt et al., 2011).

### *Underlättande faktorer*

Isoleringsvården bidrog med ett enkelrum vilket uppskattades av patienterna (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), då de fick enskildhet, tystnad och möjlighet till att bevara sitt privatliv samt då de upplevde att deras hantering av situationen främjades (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006). Rummets struktur samt inredning exempelvis tillgång till eget badrum (Barratt et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012), radio, telefon eller tv upplevdes av patienterna som underlättande då dessa saker minskade känslan av att vara isolerad (Barratt et al., 2011; Webber et al., 2012). Att kunna se ut genom ett fönster underlättade då det gav patienterna en direkt koppling till omvärlden då de kunde se naturen (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010). Patienterna uppgav att möjligheten till att ha dörren öppen var gynnsamt då de kunde se och höra andra människor (Barratt et al., 2011). Även den dagliga sociala samverkan med personalen upplevdes vara en viktig underlättande faktor av isoleringen (Webber et al., 2012).

### *Kunskap och information om isoleringsvård*

Tre studier tog upp MRSA-bärarnas förståelse av hur isoleringen och smittspridningen var kopplade till varandra (Barratt et al., 2011; Bellamy, 2008; Skyman et al., 2010). Isoleringen samt skyddskläderna sågs av patienterna som nödvändiga relaterat till konsekvenserna av att vara smittoförande och fanns till för att skydda andra (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010). Studien av Bellamy (2008) styrkte detta då 96 % av patienterna med MRSA uppgav att de förstod att försiktighetsåtgärderna behövdes för att kontrollera spridningen av infektionen. Dock uppgav enstaka patienter att de inte förstod varför isoleringen behövdes (Bellamy, 2008; Webber et al., 2012) och det förekom också deltagare som ansåg att MRSA var okontrollerbart och isoleringen med dess åtgärder var överflödigt (Webber et al., 2012).



I resultatet av Bellamys (2008) studie framkom att 80 % av patienterna som deltog i studien upplevde att de fått information om varför de vårdades i enskilt rum. Detta innebär att 20 % upplevde att de inte fått någon information (ibid.). Att inte få någon information eller tillräcklig information kunde leda till att flytten till enkelrummet upplevdes som extra ansträngande (Criddle & Potter, 2006). Patienterna kände förvirring när de upplevde att de inte fick en fullständig förklaring om vad som gällde angående isolering och mobilisering utanför rummet (ibid.) samt vid permission där de åkte hem (Webber et al., 2012). Patienterna uppgav att den information som fanns tillgänglig för patienter och närstående borde förbättras (Webber et al., 2012), samt informationen för patienterna borde individanpassas då de hade andra problem att hantera samtidigt (Criddle & Potter, 2006; Webber et al., 2012). Patienterna upplevde även att utbildningen för personalen verkade vara i behov av förbättring (Webber et al., 2012).

### **Patienters upplevelser i relation till MRSA-bärarkort**

Det framkom att innehav av ett MRSA-bärarkort skapade många olika känslor hos berörda patienter, både vid erhållande av kortet (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014) samt vid framvisning av kortet (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014). Inställningen till själva kortet och dess syfte var hos många patienter positiv, då de bekräftade vikten av kortet för att informera vårdinrättningar om bärarskapet (Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014). Däremot upplevde patienterna oro samt förlägenhet vid tanke på att visa kortet (Andersson et al., 2011), och vid framvisning av kortet upplevde de känslor av skuld och att vara ovälkommen (Skyman et al., 2014). Dessa känslor var relaterade till hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande såväl som kunskap (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2014).

#### *Att erhålla ett MRSA-bärarkort*

Att få ett MRSA-bärarkort berörde patienterna olika (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2014). Några uppgav att de var oberörda då bärarkortet var ett måste enligt lag, medan andra uppgav att de blev väldigt upprörda (Andersson et al., 2011). I Skyman et al. (2014) enkätstudie, visade resultatet att hälften av deltagarna 2004 samt 72 % av deltagarna 2011 upplevde att erhållandet av bärarkortet gav dem en känsla av att vara utpekad. Erhållandet av

kortet upplevdes av deltagarna medföra känslor av att vara pestsmittad, att vara socialt utstött eller att vara ett hot mot sin omgivning (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2014).

### *Att förstå, acceptera och att visa fram MRSA-bärarkortet*

De flesta patienterna kände ett ansvar över att skydda andra och använde kortet för att informera vårdinrättningar om bärarskapet (Lindberg et al., 2014; Skyman et al., 2014). I Skyman et al. (2014) studie uppgav 81 % av deltagarna 2004 och 62 % av deltagarna 2011 att det var bra att ha ett bärarkort. Däremot upplevde deltagarna känslan av stigmatisering (Lindberg et al., 2014) samt en känsla av tvång gällande att själva behöva informera personalen om MRSA-bärarskapet (Lindberg et al., 2009; Lindberg et al., 2014). Skyldigheten till att informera personalen upplevdes som ett oönskat ansvar (Lindberg et al., 2009). Patienterna uppgav att de fick en känsla av krävd öppenhet då de kände sig tvingade att förklara för all personal att de bar på MRSA, samt då de behövde visa sitt MRSA-bärarkort oberoende av det senaste koloniseringsresultatet. De ifrågasatte även denna krävda öppenhet med tanke på den potentiella kolonisering bland sjukvårdspersonal, vilka inte odlades på en regelbunden basis (ibid.). Att alltid behöva informera personalen om MRSA-bärarskapet ansågs av patienterna medföra en känsla av att vara smittsam samt att MRSA blivit deras identitet, vilket uppgavs ha lett till undvikande av kontakt med sjukvårdspersonal (Lindberg et al., 2014). Deltagarna i studien av Skyman et al. (2010) uppgav en osäkerhet ifall de fortfarande bar på MRSA och förstod därmed inte varför de behövde MRSA-bärarkortet samt varför de skulle visa fram kortet vid kontakt med sjuk- och tandvård.

Angående framvisning av MRSA-bärarkortet upplevde patienterna negativa känslor såsom oro, rädsla eller känslan av skam relaterade till hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande samt kunskap (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2014). Till följd av sin osäkerhet om hur vårdpersonalen skulle reagera samt en osäkerhet om hur mycket vårdpersonalen kände till om kortet, uppgav patienterna att de kände sig oroliga samt förlägna över att behöva visa kortet (Andersson et al., 2011). Skyman et al. (2014) beskrev att deltagarna upplevde känslor av skuld, skam samt stigmatisering vid framvisning av kortet i och med personalens rädsla. Deltagarna upplevde även en känsla av att vara sedd som en pestsmittad, vilket kränkte deras värdighet (ibid.).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Valet att göra en litteraturstudie berodde på att författarna till föreliggande studie ville skapa sig en överblick över den kunskap som fanns tillgänglig vid tidpunkten för genomförandet av studien (Friberg, 2006). Författarna ansåg att en litteraturstudie kunde ge ett brett resultat av existerande kunskap kring föreliggande studies syfte, vilket var att undersöka upplevelser hos patienter med MRSA kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården. Att göra en empirisk studie diskuterades men valdes bort relaterat till studiens tidsram. Däremot kan litteraturstudien användas som utgångspunkt vid en eventuell framtida empirisk studie (ibid.).

Artikelsökningen gjordes enskilt av vardera författare vilket motiveras med att ett större sökningsområde kunde täckas då författarna använde olika sökord. Jämförelsen av de framsökta artiklarna vid författarnas enskilda sökningar resulterade i att endast de artiklar som svarade på studiens syfte kvalitetsgranskades och fördes in i artikelmatrisen. Den integrerade analysen gjorde det möjligt att presentera resultatet på ett tydligt sätt samt de valda artiklarna kunde redovisas i relation till varandra (Kristensson, 2014). Att författarna, under analysen, enskilt identifierade artiklarnas likheter och skillnader samt gjorde en gemensam sammanställning motiveras med att det minskade risken för att något relevant skulle missas. Avsikten var att få en grundlig analys av artiklarnas resultat. Sammanställningen av underkategorierna ansågs av författarna vara problematisk då vissa likheter och skillnader kunde placeras under flera av underkategorierna. Författarna har noga övervägt alla beslut vid bildandet och sammanställningen av underkategorierna.

Valet att begränsa artikelsökningarna till artiklar publicerade mellan 2005-2015 gjordes då författarna sökte ny forskning inom området. Artiklar publicerade innan 2005, alltså äldre än 10 år, ansågs vara för gamla i relation till syftet då hälso- och sjukvården ständigt förändras. Beslutet att inte begränsa sökningarna till någon specifik världsdel togs då det var av intresse att undersöka om det förekom eventuella likheter och skillnader mellan världsdelar. Dock ansåg författarna till föreliggande studie att detta inte gick att jämföra då artikelunderlaget var för litet och för smalt. De valda artiklarna var från endast fyra olika länder vilket ansågs inte kunna ge en tillräckligt stor bredd för att jämföra olika världsdelar.

Valet att inte använda MeSH-termer berodde främst på strävan efter så ny forskning som möjligt. Att använda MeSH-termer hade kunnat leda till att relevanta studier missades på grund av att de ej blivit tilldelade några MeSH-termer (Willman et al., 2012). Det berodde även på att det inte fanns några lämpliga MeSH-termer att använda trots att författarna till föreliggande studie, under sökningsprocessen, undersökte vilka MeSH-termer artiklar valda efter fulltextläsningen. Anledningen till att MeSH-terminen "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus" användes vid en sökning var för att få ner antalet sökträffar till, för författarna, ett hanterbart antal (Friberg, 2006). Författarna var medvetna om risken för att relevanta studier skulle kunna falla bort vid denna sökning men ansåg att det var en risk värd att ta relaterat till tidsramen för den genomförda litteraturstudien.

De kvantitativa artiklarna av Bellamy (2008) samt Skyman et al. (2014) valdes att ha med i resultatet eftersom de ansågs vara relevanta till studiens syfte. Förutom att deltagarna i studierna fyllde i enkäter fanns det även möjlighet för dem att skriva ner sina åsikter. Kvantitativa studier syftar till att mäta något och innefattar ofta stora urvalsgrupper samt målet är att studiernas slutsatser ska vara generaliserbara (Kristensson, 2014). Kvalitativa studier undersöker däremot upplevelser eller uppfattningar av olika fenomen och strävar inte efter att mäta något som den kvantitativa studien gör. Detta innebär att resultatet av en kvalitativ studie inte kan generaliseras på samma sätt som resultatet av en kvantitativ studie (ibid.). Artiklarna av Bellamy (2008) och Skyman et al. (2014) gav statistik på upplevelser som övriga artiklar i resultatet lyft fram. Detta faktum stärkte motiveringen av att inkludera studierna i föreliggande studies resultat.

Relaterat till avsaknaden av forskning kring patienters upplevelser av MRSA-screeningsprocessen kunde litteraturstudien inte omfatta denna riklinje. Detta upplevs som en svaghet av litteraturstudien, då patienter med MRSA kommer att genomgå MRSA-screeningsprocessen för eventuell avskrivning av bärarskapet och deras upplevelser tros ha kunnat bidra till att föreliggande studies resultat blivit mer omfattande.

Användningen av Willman et al. (2012) protokoll för studier med kvalitativ metod berodde på att studien av Lindberg et al. (2014) hade både patienter samt vårdpersonal som deltagare. Denna studie ansågs inte kunna granskas enligt SBU:s (2014) granskningsmall då mallen endast fokuserar på patientupplevelser. Artikeln innefattar både patienternas- samt

vårdpersonalens perspektiv och därför kvalitetsgranskades artikeln enligt Willman et al. (2012) protokoll för studier med kvalitativ metod. De övriga artiklarna med kvalitativ metod granskades enbart med SBU:s (2014) granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik.

Studien av Bellamy (2008) saknade godkännande av en etisk kommitté men valdes dock att ha med då den enligt Polit och Beck (2014) uppfyller kraven på respekt för mänsklig värdighet genom att deltagarna fått skriftlig information om studien samt deras anonymitet och frivilliga deltagande säkerställdes. Förutom ovan nämnda krav så har författarna till föreliggande studie tagit hänsyn till vilka vinster studien har för antingen deltagarna eller samhället, vilket principen om att göra gott handlar om (ibid.).

## **Diskussion av framtaget resultat**

Den föreliggande studien syftade till att undersöka upplevelser hos patienter med MRSA kring MRSA-diagnosen samt i kontakten med vården. Utifrån föreliggande studies resultat har vårdpersonals kunskap och isoleringsvården valts att diskuteras, då mycket verkar bero på otillräcklig kunskap hos vårdpersonalen samt då isoleringsvården är ett tvång vid sjukhusvistelse för en patient som är MRSA-positiv.

### *Att öka vårdpersonals kunskap*

Ett framträdande resultat i föreliggande studie är att patienterna upplevde att vårdpersonalen hade bristande kunskap om MRSA. Denna okunskap hos vårdpersonalen ledde för det första till brister i vårdpersonalens information till patienterna som i sin tur medförde patienternas bristfälliga förståelse av MRSA. Patienternas bristande kunskap om MRSA och dess smittvägar förstärkte deras oro, förvirring, rädsla samt förorsakade fysiska och sociala begränsningar. För det andra ledde vårdpersonalens bristfälliga kunskap till att patienterna bemöttes med rädsla, respektlöshet samt likgiltighet från vårdpersonalen, vilket resulterade i patienternas känslor av skuld och skam samt känslor som att vara pestsmittad eller spetälsk. Liknande resultat bekräftas av en litteraturstudie av MacDonald (2008), som nämnde vårdpersonals okunskap och felaktiga information till patienter, såväl som sambandet mellan bristfällig förståelse av MRSA och patienters rädsla samt känslor som att vara spetälsk. Vårdpersonals brister i kunskap om MRSA samt oro och rädsla vid vård av patienter med

MRSA bekräftas även av tidigare studier med vårdpersonal som deltagare (Easton et al., 2007; Lindberg & Lindberg, 2012; Mamhidir et al., 2011; Silva et al., 2010; Thorstad et al., 2011; Wolf et al., 2008). Att som patient vara utsatt för oro, förvirring och rädsla samt känslor av stigmatisering i samband med mötet med vården förorsakar enligt författarna till föreliggande studie ett onödigt psykiskt lidande hos patienten. Detta psykiska lidande, tillsammans med patientens föreliggande fysiska lidande relaterat till MRSA, kan förvärra patientens tillstånd ytterligare. I enlighet med Erikssons (1994) teori om att lindra lidande kan patientens känslor av förnedring, skam och skuld relaterade till sin sjukdom förorsaka sjukdomslidande hos patienten. Vårdpersonals kränkning av patientens värdighet kan leda till vårdlidande. Likaså kan patientens livssituation påverkad av sjukdom och ohälsa medföra livslidande (ibid.). Patienterna med MRSA i föreliggande studie var därför utsatta för alla dessa tre former av lidande på grund av vårdpersonalens okunskap. Vårdens huvuduppgift är att lindra lidandet (Eriksson, 1994) och som sjuksköterska har man enligt ICN:s etiska kod till ansvar att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att sjuksköterskor skall kunna lindra lidande hos patienter med MRSA är det väsentligt att sjuksköterskor först och främst har goda kunskaper om MRSA.

Föreliggande studie visar att vårdpersonalen hade bristande kunskap om själva organismen och dess smittvägar samt förebyggande rutiner, vilket ledde till deras bristfälliga information till patienterna. Vårdpersonals behov av förbättrade kunskaper om MRSA, dess smittvägar samt förebyggande åtgärder bekräftas även av tidigare forskning kring vård av patienter med MRSA med vårdpersonal som deltagare (Easter et al., 2007; Lindberg & Lindberg, 2012; Mamhidir et al., 2011; Silva et al., 2010; Thorstad et al., 2011; Wolf et al., 2008). Då MRSA är ett vårdhygieniskt problem som kan förekomma i alla vårdmiljöer (Folkhälsomyndigheten, 2014) borde alla sjuksköterskor inneha goda kunskaper om MRSA för att kunna förse patienter med tillräcklig och rätt information kring MRSA. Författarna till föreliggande studie anser att det är väsentligt att alla sjuksköterskor får tillgång till utbildning om MRSA, dess smittvägar, smittkällor till MRSA, MRSA-kolonisation, symtom på MRSA-infektioner, MRSA-behandlingar samt förebyggande rutiner. Utan att besitta rätt kunskap kan inte sjuksköterskor förse patienter med tillräcklig eller korrekt information, vilket kan förorsaka och förstärka patienters oro, förvirring samt rädsla, som i sin tur skapar ett lidande hos patienter. Vikten av att kunna förse patienten med korrekt information bekräftas av Johansson, Roxberg och Fridlund (2008) som en viktig form av tröst. Att korrekt information kan förbättra patientens upplevelser bekräftas även av MacDonalds (2008) litteraturstudie.

Utan att besitta rätt kunskap kan sjuksköterskor enligt författarna till föreliggande studie inte heller bemöta eller vårda patienter på ett rättvist, respektfullt och professionellt sätt. Vårdpersonals okunskap samt rädsla av att bli smittad leder till undvikande av fysisk beröring av patienter samt undvikande av att träffa patienter. Detta resulterar i bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patienter, vilket i sin tur förhindrar en god vårdrelation. Vikten av fysisk beröring samt ett bra bemötande i att lindra patientens lidande bekräftas av Eriksons (1994) teori om att lindra lidande. Enligt denna teori är fysisk beröring såsom en smekning vårdarens uttryck för sin ärliga känsla av medlidande, som bidrar till att lindra patientens lidande. Att få patienten att känna sig välkommen, älskad, förstådd samt informerad bidrar också till att lindra patientens lidande (ibid.). Att kunna skapa närhet till patienten, både fysiskt och emotionellt, bekräftas av Johansson et al. (2008) vara ett sätt på vilket sjuksköterskan kan trösta patienten och därigenom lindra patientens lidande. Att vårdpersonal har goda kunskaper om MRSA ligger enligt författarna till föreliggande studie till grund för en god omvårdnad av patienter med MRSA. Att förbättra vårdpersonals kunskap kring MRSA måste därför prioriteras om kraven på en god vård för patienter med MRSA ska uppfyllas.

Resultatet från föreliggande studie visar att infektionssjuksköterskor var mest professionella vid bemötande av patienter med MRSA samt bäst på att tillhandahålla information till patienter medan primärvårdspersonalen ansågs vara mindre professionella. Anledningen till detta kan vara att infektionssjuksköterskor vårdat fler patienter med MRSA samt att infektionssjuksköterskor har större kunskap om MRSA än andra sjuksköterske kategorier. Detta bekräftas av Mamhidir et al. (2011) studie, som visade att personal som tidigare vårdat patienter med MRSA hade bättre kunskap om MRSA och förebyggande hygieniska åtgärder. Att infektionssjuksköterskor har högre kunskap om MRSA än andra sjuksköterskor bekräftas även av en studie av Lindberg, Skytt, Högman och Carlsson (2011) med infektionssjuksköterskor, distriktssköterskor samt sjuksköterskor inom hematologi som deltagare. Infektionssjuksköterskors roll i att tillhandahålla information om MRSA och dess infektionskontroll betonades av de flesta sjuksköterskorna i studien av Wolf et al. (2008). Författarna till föreliggande studie anser därför att infektionssjuksköterskor bör förväntas dela med sig av sina kunskaper samt erfarenheter till övriga sjuksköterskor genom exempelvis att leda workshops om vård av patienter med MRSA på olika vårdinrättningar. På detta sätt kan infektionssjuksköterskor bidra till att förbättra kunskaper om MRSA hos andra sjuksköterske kategorier.

Föreliggande studie visar även att patienterna uttryckte ett behov av att få individanpassad information vid en lämplig tidpunkt och på ett lämpligt sätt då patienterna besvärades av att få för mycket information vid samma tillfälle, att få information vid en dålig tidpunkt såväl som att endast få skriftlig information. Patienters rätt till individanpassad information samt informationsgivarens ansvar att se till att patienter förstått informationen säkerställs i patientlagen (SFS, 2014:821). Det är därför, enligt författarna till föreliggande studie, av betydelse att vårdpersonal vid tillhandahållandet av information även tar hänsyn till när och hur informationen bör ges till patienter så att patienter kan ta till sig informationen på ett effektivt sätt. Hur information ges samt mängden given information bekräftas av Eriksson och Nilsson (2008) vara två viktiga faktorer som bidrar till att skapa förtroende hos patienten. För att kunna uppfylla detta krav krävs sjuksköterskans pedagogiska skicklighet (ibid.). Att kunna välja en lämplig tidpunkt samt rätt plats för att tillhandahålla information är även av betydelse (Johansson et al., 2008).

### *Att förbättra isoleringsvården*

Att som patient vara MRSA-positiv och inlagd på ett sjukhus innebär enligt rutiner isoleringsvård, vilket enligt föreliggande studie leder till negativa upplevelser. Begränsningen till att endast vistas i ett rum påverkade känslan av självständighet negativt, samt gav en känsla av instängdhet och fångenskap. Isoleringen begränsade även patienternas möjlighet till socialt umgänge med närstående, medpatienter och vårdpersonal, då närstående valde att inte besöka patienterna på grund av smittriskan samtidigt som vårdpersonalen enbart besökte dem när de var tvungna till det. Liknande resultat förekommer i tidigare studier och bekräftar att isoleringsvården upplevs som negativ (Barratt, Shaban & Moyle, 2011; Goldsack et al., 2014; Morgan, Diekema, Sepkowitz & Perencevich, 2009). Studier bekräftar att isolerade patienter saknar kontakten med medpatienter, samt att de upplever färre besök från anhöriga och vårdpersonal (Barratt et al., 2011; Goldsack et al., 2014; Lupión-Mendoza, Antúnez-Domínguez, González-Fernández, Romero-Brioso & Rodríguez-Bano, 2015; Morgan et al., 2009).

Isoleringsvården med dess medförande begränsningar och negativa upplevelser kan enligt författarna till föreliggande studie leda till allvarliga följder för patienterna. Att inte få besök eller tillräcklig människokontakt kan tillsammans med faktumet att patienterna är begränsade



till en specifik yta påverka deras sinnesstämning negativt. Detta borde kunna leda till en ökad risk för depression och oro hos denna patientgrupp. Detta styrks av att studier visar att isolerade patienter upplevde mer oro samt depression än icke isolerade patienter (Barratt et al., 2011; Catalano et al., 2003; Morgan et al., 2009; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001). Därför anser författarna till föreliggande studie att vårdpersonalen bör vara uppmärksam på tecken för depression och oro hos patienterna. Enligt smittskyddslagen har en patient smittad med MRSA rätt till psykosocialt stöd för att hantera sjukdomen, då borde isolerade patienter få rätt till stöd om de upplever depression och oro (SFS, 2004:168). Detta kan enligt författarna till föreliggande studie vara ett alternativ att ha i åtanke. Att berätta för patienten att möjligheten finns så att denne kan ta ställning till det kan vara underlättande för patienten då denne vet att den kan få hjälp att hantera känslorna.

Enligt författarna till föreliggande studie verkar det som att mycket av oron samt depressionen ursprungligen kan härledas till bristande information och kunskap. Bristen på information och kunskap i samband med isolering lyfts i resultatet av föreliggande studie. Att inte veta varför vissa åtgärder sker kan generera spekulationer kring felaktiga förklaringar vilket kan bidra med oro. Enligt författarna till föreliggande studie kan detta undvikas genom att individanpassad information ges och följs upp för att se så att patienten kunnat ta till sig den, vilket är ett krav enligt patientlagen (SFS, 2014:821). Den sociala aspekten kan även underlättas genom givande av korrekt information, anpassad för personen som ska ta till sig den. Om patienter saknar eller har bristfällig kunskap om smittspridningen så väljer de kanske att isolera sig helt från familj och vänner för att inte smitta dem. Likaså kan den bristande kunskapen hos anhöriga leda till att de väljer att inte besöka patienten. Detta lyfts av tidigare studier där anledningar till att anhöriga avstod från att besöka patienterna berodde på bristande information om smittspridning och om själva isoleringen samt på grund av att patienterna avrådde dem från besök relaterat till risken att bli smittad (Goldsack et al., 2014; Lupión-Mendoza et al., 2015; Ward, 2000). Att ge korrekt information till framför allt patienter är en del av sjuksköterskans ansvar, men närstående får inte glömmas bort (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Mycket av missförstånden kring smittrisen kan, enligt författarna till föreliggande studie, förebyggas genom att patienter och närstående får muntlig information som är anpassad för dem. Det kan även vara av vikt att i samband med informationstillfället ge dem en broschyr med lättillgänglig information. Uppföljning av den givna informationen kan också vara lämplig för både patient och närstående, då de får möjlighet till att få svar på frågor som uppstått. Det kan även vara relevant att sjuksköterskan

eller undersköterskan försöker ha lite uppsikt över om patienten får besök eller ej. Misstänks det att patienten inte får besök så kan det vara lämpligt att försöka ta reda på varför och eventuellt åtgärda det, antingen genom att prata med anhöriga eller genom att vistas mer hos patienten.

De enda som patienter inom isolering har fysiskkontakt med är vårdpersonal och närstående. Om patienterna avråder närstående från att besöka dem eller om de närstående väljer att inte besöka dem, så blir patienterna beroende av den sociala kontakten med vårdpersonalen. Enligt författarna till föreliggande studie är denna minimala människokontakt kanske inte tillräcklig utan bidrar till att patienten blir deprimerad. Det kan även leda till att närstående känner skuld eller att relationen mellan patient och närstående försämras. Om vårdpersonal väljer att endast besöka patienten när de måste leder det till ännu mindre människokontakt. Att isolerade patienter får färre besök och har en lägre kontakttid med vårdpersonal bekräftas av en studie av Evans et al. (2003). Denna lägre kontakttid borde, enligt föreliggande studies författare, inte få förekomma då patientlagen har som mål att alla patienter ska få vård av god kvalitet samt på samma villkor och den ska utgå från alla människors lika värde (SFS, 2014:821). Författarna till föreliggande studier anser att det kan förekomma flera olika anledningar till varför personal väljer att inte gå in till den isolerade patienten. Personalen tänker kanske på övriga patienter och väljer att skydda dem genom att vistas i det isolerade rummet så lite som möjligt, eller så saknar personalen rätt kunskap samt är rädda för att vara i närheten av den isolerade patienten på grund av smittriskan. Vikten av god kunskap hos sjuksköterskor har nämnts tidigare i diskussionen och gäller även för andra vårdprofessioner, då mycket hade kunnat förbättras om vårdpersonalen hade fått tillgång till utbildning om MRSA.

Förutom god information kan isoleringen underlättas av den fysiska miljön, vilket visades av Barratt et al. (2011), Criddle och Potter (2006), Skyman et al. (2010) samt av Webber et al. (2012) där tillgång till eget badrum, ett fönster, tv och telefon upplevdes som underlättande. Även möjligheten till att ha dörren öppen uppgavs vara underlättande, då patienterna kunde se och höra andra människor. Tidigare studier styrker dessa faktorer och lyfter även fram personliga tillhörigheter, kommunikation med vårdpersonal, tillgång till en radio samt till tidningar som underlättande faktorer (Barret et al., 2011; Ward, 2000). Att se över rummets inredning kan, enligt författarna till föreliggande studie, vara en liten sak som påverkar mycket. Görs rummet inbjudande genom lite färg såsom tavlor eller dylikt kan det underlätta isoleringen. Om det är möjligt att ha dörren öppen kan det vara positivt då patienterna

fortfarande kan ha kontakt med andra människor. Kontakten till omvärlden finns kvar samt känslan av instängdhet borde, enligt författarna till föreliggande studie, minska när patienterna kan se och höra andra personer. Enligt smittskyddslagen ska en isolerad patient få möjlighet till fysisk aktivitet efter egen förmåga samt möjlighet till att gå ut om det är möjligt (SFS, 2004:168). Dock är det inte alla patienter som kan gå ut och då kan tillgången till ett fönster ha stor betydelse. Flera studier lyfter möjligheten till fysisk aktivitet och att kunna vistas på större ytor samt lämna rummet som underlättande faktorer då det bidrar med stimulering (Barratt et al., 2011; Lupión-Mendoza et al., 2015; Ward, 2000). Föreliggande studies författare anser att möjlighet till att gå ut borde vara underlättande då patienterna får vistas i en annan miljö och slipper se rummets väggar eller inredning. Möjligheten till att gå en runda utomhus kan även vara bra för några patienter då de får möjlighet att koppla bort sjukhuset och samla sina tankar.

Författarna till föreliggande studie anser att det bästa för patienterna hade varit om onödig isolering hade kunnat undvikas. Ett alternativ för att undgå onödig isolering kan vara en tidig screening av patienter med tidigare känd MRSA-kolonisering redan vid deras ankomst till en vårdavdelning. På så sätt kan de som inte är MRSA-positiva undvika isoleringsvård och allt negativa det innebär. Detta bekräftas av Goldsack et al. (2014) studie, som visade att 80,2 % av de screenade deltagarna inte längre var koloniserade med MRSA och behövde därför inte bli isolerade. En tidig screening leder till ett tidigt screeningsresultat vilket kan leda till ett minskat vårdlidande då patienter med negativt resultat inte behöver isoleras. Erikssons (1994) definition av vårdlidande är som tidigare nämnt ett onödigt lidande som kan bero på att patientens värdighet kränkts. Isoleringsvården borde, enligt författarna till föreliggande studie, kunna räknas som ett vårdlidande då den delvis kränker patientens värdighet på grund av alla begränsningar. Om patienterna screenas i ett tidigt skede så minskar risken för att tidigare MRSA-positiva patienterna ska isoleras i onödan. På så sätt undviker de allt lidande som isoleringen medför och upplevelsen av vården blir förhoppningsvis bättre.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Att få diagnosen MRSA tillsammans med alla tillkommande följder i kontakten med vården såväl som i privatlivet ger upphov till begränsningar samt flera olika känslor såsom rädsla, oro, stigmatisering och skuld känslor. Mycket beror på bristande kunskap och information hos både patienter samt närstående men framför allt hos vårdpersonal. För att patienter och

närstående ska få korrekt information samt för att vårdpersonal ska kunna ge informationen på ett bra sätt, krävs det att vårdpersonalen besitter rätt kunskap. Föreliggande studie kan fungera som guide för vilka kunskaper som behöver förbättras hos vårdpersonal för att skapa en bättre förståelse för individer med MRSA samt öka förutsättningarna för en personcentrerad vård.

Föreliggande studie ger en fördjupad bild av de faktorer som påverkar vården av patienter med MRSA negativt samt orsakar lidande för dessa patienter. För att förbättra vården av patienter med MRSA krävs det framförallt att vårdpersonal får tillgång till återkommande utbildning om MRSA, dess smittvägar, smittkällor till MRSA, MRSA-kolonisation, symtom på MRSA-infektioner, MRSA-behandlingar samt förebyggande rutiner.

Utbildningsmöjligheter kan erbjudas till vårdpersonal i form av internutbildning, informationsbroschyrer, informationslänkar på vårdinrättingars hemsidor, datorbaserade träningsystem eller workshops som leds av infektionssjuksköterskor eller infektionsspecialister.

Föreliggande studie bidrar även till att förbättra vårdpersonals förståelse för patienter med MRSA samt deras upplevelser av att vårdas som MRSA-positiv. Patienter med MRSA är sårbara och för att främja ett gott bemötande av denna sårbara patientgrupp krävs det att vårdpersonal skapar en god vårdrelation med patienterna som präglas av förståelse, respektfullhet, empati samt trygghet. Att kunna ge patienterna individanpassad information är av stor vikt då patienterna ofta upplever rädsla, skuld, skam och stigmatisering i samband med MRSA-diagnosen samt att vårdas som MRSA-positiv. Förutom ovannämnda utbildningsmöjligheter om MRSA bör vårdpersonal även erbjudas utbildning om informationstillhandahållande då förmågan att ge patienter individanpassad information på ett effektivt sätt kräver vårdpersonals pedagogiska skicklighet.

Isoleringsvård bör, på grund av dess negativa påverkan på patienter, minimeras så mycket som möjligt. Riskbedömning av smittsamhet bör göras på patienter med MRSA vid deras ankomst till en vårdavdelning. Likaså bör tidigare MRSA-positiva patienter screenas för eventuell förekomst av MRSA vid intagning på sjukhus. På så sätt kan onödig isoleringsvård undvikas. Om isoleringsvård är ett måste bör vårdmiljön anpassas för isolerade patienter. Ansvar för att skapa en god vårdmiljö anpassad till isolerade patienter bör ligga på framförallt en organisatorisk nivå.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Båda författarna har varit delaktiga i samtliga moment under hela planerings- och arbetsprocessen. Hela uppsatsarbetet har präglats av god kommunikation samt gott samarbete. Alla beslut har diskuterats och fattats gemensamt. Författarna har delat jämnt på arbetsbördan. Att enskilt söka artiklar samt enskilt jämföra de valda artiklarnas likheter och skillnader gjordes för att minimera risken för att något relevant skulle missas. Författarna arbetade effektivt och noggrant under det enskilda arbetet.

## Referenser

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

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.

Barratt, 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.2011.180

Bellamy, E. (2008) An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. *British Journal of Infection Control*, 9(3), 6-10. doi:10.1177/1469044607088373

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.

Criddle, P., & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28. doi:10.1177/14690446060070020701

Currie, K., Knussen, C., Price, L., & Reilly, J. (2014). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus screening as a patient safety initiative: using patients' experiences to improve the quality of screening practices. *Journal of clinical nursing*, 23, 221-231. doi:10.1111/jocn.12366

deKraker, M.E.A., Wolkewitz, M., Davey, P.G., & Grundmann, H. (2011). Clinical impact of antimicrobial resistance in European hospitals: excess mortality and length of hospital stay related to methicillin-resistant Staphylococcus aureus bloodstream infections. *Antimicrob Agents Chemother*, 55(4), 1598-1605. doi:10.1128/AAC.01157-10

Easton, P.M., Sarma, A., Williams, F.L.R., Marwick, C.A., Phillips, G., & Nathwani, D. (2007). Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *Journal of Hospital Infection*, 66, 29-33. doi:10.1016/j.jhin.2006.12.016

Ekenstierna, L. (2003). *Mikrobiologi* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Elsevier B.V. (2015). *Content*. Hämtad 2015-12-06, från <https://www.elsevier.com/solutions/scopus/content>

Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02265.x

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1. uppl.). Arlöv: Liber Utbildning.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2015). *Maps*. Hämtad 2015-12-18, från [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial\\_resistance/database/Pages/map\\_reports.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/map_reports.aspx)

Evans, H.L., Shaffer, M.M., Hughes, M.G., Smith, R.L., Chong, T.W., Raymond, D.P., Pelletier, S.J., Pruett, T.L., & Sawyer, R.G. (2003). Contact isolation in surgical patients: A barrier to care?. *Surgery*, 134(2), 180-188. doi:10.1067/msy.2003.222

Falagas, M.E., Pitsouni, E.I., Malietzis, G.A., & Pappas, G. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: strengths and weaknesses. *The FASEB Journal*, 22(2), 338-342. doi:10.1096/fj.07-9492LSF

Folkhälsomyndigheten. (u.å a). *Meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2016-01-03, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/#exp>

Folkhälsomyndigheten. (u.å b). *Meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2015-12-18, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/?t=c>

Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Staphylococcus aureus*. Hämtad 2015-12-07, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/staphylococcus-aureus/>

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Sjukdomsinformation om meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtad 2015-12-06, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/meticillinresistent-gula-stafylokocker-mrsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Anmälningspliktiga sjukdomar*. Hämtad 2015-12-07, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Goldsack, J.C., DeRitter, C., Power, M., Spencer, A., Taylor, C.L., Kim, S.F., Kirk, R., & Dress, M. (2014). Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive patients admitted

to medical-surgical units. *American Journal of Infection Control*, 42(10), 1039-1043. doi:10.1016/j.ajic.2014.07.011

Grundmann, H., Aires-de-Sousa, M., Boyce, J., & Tiermersma, E. (2006). Emergence and resurgence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. *Lancet*, 368, 874-885. doi:10.1016/S0140-6736(06)68853-3

Henderson, D.K. (2006). Managing methicillin-resistant staphylococci: A paradigm for preventing nosocomial transmission of resistant organisms. *The American Journal of Medicine*, 119(6A), 45-52. doi:10.1016/j.amjmed.2006.04.002

Johansson, E., Roxberg, Å., & Fridlund, B. (2008). Nurses' consolation: A grounded theory study. *Vård i Norden*, 28(2), 19-22.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Larsson, A.K., Gustafsson, E., Johansson, P.J.H., Odenholt, I., Petersson, A.C., & Melander, E. (2014). Epidemiology of MRSA in southern Sweden: a strong relation to foreign country of origin, health care abroad and foreign travel. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 33, 61-68. doi:10.1007/s10096-013-1929-2

Larsson, A.K., Gustafsson, E., Nilsson, A.C., Odenholt, I., Ringberg, H., & Melander, E. (2011). Duration of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization after diagnosis: A four-year experience from southern Sweden. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 43, 456-462. doi:10.3109/00365548.2011.562530

Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B. (2009). Suffering from methicillin-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., 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, 427-435. doi:10.1016/j.jiph.2014.02.004

Lindberg, M., & Lindberg, M. (2012). Haemodialysis nurses knowledge about methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of Renal Care*, 38(2), 82-85. doi:10.1111/j.1755-6686.2011.00215.x

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, 424-436. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

Lowy, F.D. (1998). *Staphylococcus aureus* infections. *The New England Journal of Medicine*, 339(8), 520-532.



Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M.J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C., & Rodriguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), 397-399. doi:10.1016/j.ajic.2015.01.009

MacDonald, P. (2008). Exploring patients' experiences of MRSA to help reduce HCAIS. *Nursing Times*, 104(9), 32-33.

Mamhidir, A.-G., Lindberg, M., Larsson, R., Fl3ckman, B., & Engstr3m, M. (2011). Deficient knowledge of multidrug-resistant bacteria and preventive hygiene measures among primary healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 756-762. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05533.x

Morgan, D.J., Diekema, D.J., Sepkowitz, K., & Perencevich, E.N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *American Journal of Infection Control*, 37(2), 85-93. doi:10.1016/j.ajic.2008.04.257

Nazarko, L. (2014). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): A guide to prevention and treatment. *British Journal of Healthcare Assistants*, 8(8), 377-383.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Raygada, J.L., & Levine, D.P. (2009). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A growing risk in the hospital and in the community. *American Health & Drug Benefits*, 2(2), 86-95.

Ringberg, H., Petersson, A.C., Walder, M., & Johansson, P.J.H. (2006). The throat: An important site for MRSA colonization. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 38(10), 888-893. doi:10.1080/00365540600740546

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet. H3mtad 2015-12-07, fr3n [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddslag-2004168\\_sfs-2004-168/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/)

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. H3mtad 2015-12-23, fr3n [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

Silva, A.M., Carvalho, M.J., Canini, S.R.M.S., Cruz, E.D.A., Sim3es, C.L.A.P., & Gir, E. (2010). Methicillin resistant *Staphylococcus aureus*: Knowledge and factors related to the nursing team's adherence to preventive measures. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 346-351.

Skov, R., Gudlaugsson, O., Hardardottir, H., Harthug, S., Jakobsen, T., Kolmos, H.J., Olsson-Liljequist, B., Peltonen, R., Tveten, Y., Vuopio-Varkila, J., & 3hr3n, C. (2008). Proposal for common Nordic epidemiological terms and definitions for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 40, 495-502. doi:10.1080/00365540701864658

Skyman, E., Bergbom, I., Lindahl, B., Larsson, L., Lindqvist, A., Thunberg-Sjöström, H., & Åhrén, C. (2014). Notification card to alert for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is stigmatizing from the patient's point of view. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 46(6), 440-446. doi:10.3109/00365548.2014.896029

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, 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Smittskyddsinstitutet. (2012). *MRSA i samhället*. Hämtad 2015-12-06, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/MRSA-i-samhallet/>

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vård-relaterade infektioner: Ett kunskapsunderlag*. Lidesberg: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-07, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Att-forebygga-varrelaterade-infektioner---Ett-kunskapsunderlag/>

Socialstyrelsen. (2007). *MRSA hos personal inom vård och omsorg: Ett kunskapsunderlag*. Hämtad 2015-12-07, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/MRSA-hos-personal-inom-var-d-och-omsorg---Ett-kunskapsunderlag/>

Socialstyrelsen. (2010). *Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA): Rekommendationer för bedömning av bärarskap och smittrisk*. Hämtad 2015-12-18, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Meticillinresistent-Staphylococcus-aureus-MRSA--Rekommendationer-for-bedomning-av-bararskap-och-smittrisk/>

SOSFS 2007:19. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-10-19>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 2015-11-16, från [http://www.sbu.se/sv/var\\_metod/Granskningsmallar/](http://www.sbu.se/sv/var_metod/Granskningsmallar/)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-12-17, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254. doi:10.1053/jhin.2001.1098

Thorstad, M., Sie, I., & Andersen, B.M. (2011). MRSA: A challenge to Norwegian nursing home personnel. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*. doi:10.1155/2011/197683

Tong, S.Y.C., Davis, J.S., Eichenberger, E., Holland, T.L., & Fowler Jr., V.G. (2015). *Staphylococcus aureus* infections: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations,

and management. *Clinical Microbiology Reviews*, 28(3), 603-661. doi:10.1128/CMR.00134-14

Ward, D. (2000) Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3), 162-170.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wolf, R., Lewis, D., Cochran, R., & Richards, C. (2008). Nursing staff perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and infection control in a long-term care facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 342-346. doi:10.1016/j.jamda.2008.02.003

World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: Global Report on Surveillance*. Hämtad 2015-15-16, från <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>