

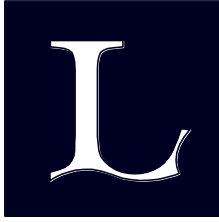
Personers upplevelser av att leva med MRSA

En litteraturstudie

Susann Magnusson
Petra Nilsson

Sjuksköterskeexamen
Sjuksköterska

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Personers upplevelser av att leva med MRSA

– en litteraturstudie

People's experiences of living with MRSA

– a literature review

Susann Magnusson

Petra Nilsson

Kurs: Examensarbete 15 hp

Höstterminen 2012

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Git-Marie Ejneborn-Looi

Personers upplevelser av att leva med MRSA

– en litteraturstudie

Susann Magnusson

Petra Nilsson

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

MRSA (Methicillin-resistent Staphylococcus Aureus) är en infektionssjukdom som är relativt outforskad och kunskap om att leva med den är begränsad. Att drabbas av sjukdom påverkar ofta det dagliga livet. Syftet med litteraturstudien var att beskriva upplevelsen av att leva med MRSA. Litteraturstudien utfördes genom att tio kvalitativa studier analyserades med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Fyra kategorier framkom: Att leva i okunskap, Att inte få vård på samma villkor som andra, Att känna sig pestsmittad, Att begränsa sitt liv för att inte smitta andra. Upplevelserna som personerna hade var bland annat att ha en brist på kunskap om sitt egna tillstånd och uppleva en okunskap från sjukvårdens sida. Personer kände sig pestsmittade och vågade inte röra andra människor. De kände att de inte fick vård på samma villkor som andra, och upplevde ett dåligt bemötande. För att kunna hantera sjukdomen var det viktigt att få god och individanpassad information. Sjukvårdspersonal bör få mer information om MRSA för att kunna ge en bättre vård till denna patientgrupp, och även söka vägar för att förbättra tiden i isolation för den enskilde individen.

Nyckelord: MRSA, upplevelser, personer, litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys.

Att drabbas av sjukdom påverkar det dagliga livet och medför att hopp och drömmar förändras. Den sjuka människan tvingas ofta leva mellan hopp och förtvivlan och livet levs inte sällan utifrån sjukdomen. Att känna ensamhet och utanförskap i sin sjukdom är vanligt då det är svårt för andra att på riktigt sätta sig in i den sjukes situation. Målet för den sjuke är ofta att i så hög utsträckning som möjligt kunna fortsätta leva sitt liv som innan sjukdomen samt att få lindring för sitt lidande (Öhman, Söderberg & Lundman, 2003). Söderberg (2009, s. 18) menar att sjukdom kan innebära stora förluster, såsom förlust av sociala förhållanden och kontroll över framtiden.

Att bli diagnostiserad med en smittsam infektionssjukdom påverkar hela livet. Personerna behöver inte bara lära sig att hantera sin nya livssituation, utan även möta andra personers förutfattade meningar och åsikter. De personliga relationerna förändras ofta, och saker som tidigare varit lätt blir svårt i samband med sjukdomen (Lert, Sitta, Bouhnik, Dray-Spira & Spire, 2010).

Methicillin-resistent *Staphylococcus Aureus* (MRSA) är stammar av *Staphylococcus Aureus*, gula stafylokocker (*S. Aureus*) som är resistent mot flertalet antibiotika. För det mesta finns MRSA i näsan och i halsen men alla kroppens slemhinnor samt huden kan drabbas (Loeb, Main, Eady & Walkers-Dilks, 2008). Störst risk för att huden drabbas är om den är skadad av till exempel eksem eller sår. MRSA kan orsaka lunginflammation, hjärnhinneinflammation, sepsis och infektion i skelett och leder (Smittskyddsinstitutet, 2010). Infektioner med MRSA-stammar kan göra att vissa sjukdomstillstånd som de nämnda ovan ofta blir svåra att behandla och att dödligheten ökar. Äldre, personer med nedsatt immunförsvar och de som drabbats av sår är särskilt utsatta för en progressiv form av MRSA smitta (Hughes, Smith, Tunney & Bradley, 2011).

MRSA har historiskt setts som ett vård relaterat problem. Den gamla benämningen i Sverige har därför ofta varit ”sjukhussjuka”. Sedan några år tillbaka har denna bild dock förändrats och infektioner med MRSA förknippas nu istället i allt högre grad med smitta ute i samhället (Smittskyddsinstitutet, 2010). MRSA blev en anmälningspliktig sjukdom i Sverige år 2000. Antalet anmälda fall har sedan dess ökat varje år. Under 2011 anmäldes 1884 fall av MRSA (Smittskyddsinstitutet, 2012). MRSA smittar oftast via indirektsmitta. I vården innebär detta att patienter smittas av andra patienter via personalens handskar, händer och kläder (Pittet et al., 2006). I Sverige är målen att förebygga att det finns okända MRSA-bärare inom

vårdinrättningar samt att smittspridning inom sådana verksamheter inte ska existera (Socialstyrelsen, 2006). Förutom basala hygienrutiner finns inga gemensamma rutiner globalt vad gäller MRSA utbrott och bekämpning. I Sverige finns en policy om nolltolerans med hjälp av bland annat screening-verksamhet, spårning av smitta samt uppföljning av alla som smittats. Behandlande läkare bestämmer de förhållningsregler som gäller för varje individ som smittas. De regler som sätts ges till patient både muntligt och skriftligt och kan innebära inskränkningar gällande exempelvis arbete och skolgång (Socialstyrelsen, 2006).

Smittsamheten hos MRSA-bärare bedöms olika beroende på vilket län i Sverige bäraren bor. I vissa län kan bäraren bli helt friskförklarad medan andra län bedömer att de aldrig kan bli smittfria. En MRSA-bärare i till exempel Stockholms län anses bära på smittan hela livet oavsett antalet odlingar som varit negativa. I 9 av Sveriges 21 län kan MRSA-bärare förklaras smittfria. Att rutinerna för hur de smittade ska hantera sin sjukdom skiljer sig så mycket åt mellan länen skapar förvirring och frustration bland vårdpersonal och drabbade (Andersson, Kalin, Fossum, Lindholm & Örtqvist, 2009).

I preventionsarbetet för att förebygga MRSA används basala vårdhygienrutiner samt även extra försiktighetsåtgärder. Detta inkluderar eventuell skyddsutrustning, restriktiv antibiotika förskrivning, en mer begränsad fysisk patientkontakt och eventuellt isolering i enkelrum för den smittade. När dessa försiktighetsåtgärder tillämpas är det viktigt att ha i åtanke vilka negativa effekter de kan ha för patienten, såväl fysiskt som psykiskt. När isoleringsvård och restriktiv patientkontakt utövas är det viktigt att de mänskliga rättigheterna efterföljs (Baratt, Shaban & Moyle, 2011).

Baratt et al. (2011) menar på att sjuksköterskor och andra professioner måste finna sätt att tillgodose MRSA-bärarens behov och förbättra upplevelsen av isoleringen. De uttrycker särskilda möjligheter för förbättring inom vårdmiljön, patientens autonomi och förbättrad information om MRSA. Enligt Thorstad, Sie och Andersen (2011) finns en oro och ångest hos sjuksköterskestaben över att själva bli infekterade av MRSA samt konsekvenserna som skulle komma av det. Att få MRSA skulle ge inskränkningar på deras arbete, liv, familj och ekonomi. En annan olägenhet i att vårda MRSA-bärare var de ökade behoven av städning och desinfektion i vårdmiljön, speciellt när de var underbemannade. Enligt Easton et al. (2007) anser sjuksköterskor och läkare att de inte vet tillräckligt om MRSA, det vill säga att deras kunskap är bristfällig vilket gör att de upplever att de inte kan ge den hjälp och stöd som

behövs för att hjälpa dessa patienter. De anser att de har ett enormt behov av information och utbildning vad gäller MRSA för att kunna ge patienterna bästa möjliga vård.

En vetenskaplig studie (Brady, McDermott, Cameron, Graham & Gibb, 2009) visar att brister förekommer inom bemötande, kunskap och kommunikation av sjukvårdspersonal vad gäller MRSA patienter, vilket kan bidra till ökat vårdlidande. Det därför av stor vikt att beskriva de drabbade personernas upplevelser för att öka förståelsen för deras behov i det dagliga livet och kunna erbjuda en uppdaterad, säker och förbättrad vård. Syftet med litteraturstudien var därför att beskriva personers upplevelse av att leva med MRSA.

Metod

Mot bakgrund av litteraturstudiens syfte, ”att beskriva personers upplevelse av att leva med MRSA”, valdes att skriva en litteraturstudie med kvalitativ ansats.

Litteratursökning

Sökningarna limiterades till att artiklarna skulle vara skrivna på engelska och publicerade mellan 2000 och 2012. Endast artiklar som berör människors upplevelse av MRSA inkluderades. I denna litteraturstudie eftersöktes endast inifrån upplevelser, därför valdes endast kvalitativa studier. Kvantitativa studier exkluderas därför. Studier på djur och barn exkluderas. I urvalet av artiklar kunde de flesta uteslutas redan då titeln lästes. Vidare i urvalsprocessen lästes abstrakt igenom för att få en uppfattning om artikeln skulle inkluderas. Nästa steg var att läsa artikeln i sin helhet för att se om den svarade mot syftet med litteraturstudien. Totalt hittades 190 artiklar varav 10 gick vidare till analys. Ingen av artiklarna som ingick i analysen återfanns via manuell sökning. För litteratursökningarna, se tabell 1.

Tabell 1 Översikt av litteratursökning

Syftet med sökningen: Att beskriva upplevelsen av att drabbas av MRSA				
Pub Med 20120905- 20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	MRSA	9906	
2.	FT	1 and experiences	18	3
Pub Med 20120905- 20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	MRSA	9906	
2.	FT	1 AND experience	223	
3.	FT	1 AND 2 AND isolation	79	1
4.	FT	1 AND 2 AND understanding	6	2
Pub Med 20120905-20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	MRSA	9906	
2.	FT	1 AND qualitative	31	1
Pub Med 20120905- 20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	HCAI	83	
2.	FT	1 AND patient interviews	1	1
Sage 20120905- 20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	MRSA	897	
2.	FT	1 AND patient views	245	
3.	FT	1 AND 2 AND exploring	38	1
Cinahl 20120905- 20120912				
Söknr	*)	Söktermer	Antal Träffar	Antal Valda
1.	FT	MRSA	2267	
2.	FT	1 and perceptions	17	1

FT –fritext sökning

Kvalitetsgranskning av artiklar

Kvalitetsgranskningen utfördes efter SBU:s granskningsmall (2011). Syfte, urval, datainsamling, analys samt resultat utvärderades metodiskt. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006, s. 83) får kvalitetsgranskningen högre trovärdighet och tillförlitlighet om den sker av de två författarna oberoende av varandra, därför utfördes granskningarna separat av författarna. Slutligen gjordes en sammanställd procentuell bedömning där kvaliteten graderades. Graderingen låg inom dessa referensvärden: låg kvalitet 60-69%, medel kvalitet

70-79% och hög kvalitet 80-100. En artikel av låg kvalitet inkluderades eftersom ett flertal andra artiklar refererade till denna samt att artikeln anses varit banbrytande vad gäller just personers upplevelser av att leva med MRSA. Ingen av de artiklar som svarade mot syftet exkluderades på grund av låg kvalitet, totalt granskades 10 artiklar. Enligt Willman et al. (2006, s.106) kvalitetsgranskas kvalitativ forskning för att på bättre sätt uppnå tillförlitlighet, trovärdighet och pålitlighet. För artiklarna som ingått i analysen och kvalitetsgranskats, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt på artiklar ingående i analysen (n=10)

Författare År/Land	Titel	Deltagare	Metod Datainsamling/ dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Andersson, Lindholm & Fossum, 2011 Sverige	MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences	N=15. 21-90 år, 8 kvinnor och 7 män	Kvalitativ ansats. Semistrukturerad intervjustudie Kvalitativ innehållsanalys	En MRSA diagnos försatte deltagarna i ett chockliknande tillstånd. De kände sig smutsiga, pestsmittade eller spetälska. Rädslan för att smitta andra och att bli utstötta var ständigt närvarande. Okunskapen hos sjukvårdspersonal ledde till onödiga missförstånd och ökat lidande.	Hög
Barrat, Shaban & Moyle, 2010 Australien	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Meticillin- resistant Staphylococcus aureus (MRSA)	N=10. 46-78 år, 4 kvinnor och 6 män	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie Kvalitativ innehållsanalys	Det fanns ett fåtal fördelar med att ha ett eget rum, exempelvis ökat lugn och privata toalett faciliteter. Det ansågs vara en negativ erfarenhet att vara isolerad på grund av sin MRSA smitta. Isolation bidrog till att känna sig pestsmittad.	Hög
Burnett, Lee, Rusher, Ellis, Noble & Davey, 2009 Storbritan- nien	Healthcare- Associates infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews	N=18.	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie Tematisk dataanalys	Upplevelsen att personalen kommunicerade på ett bristande sätt fanns. Informationen under sjukhusvistelsen var bristfällig. De tordes inte ställa frågor eller ifrågasätta personal. De hade lågt förtroende för sjukvården.	Medelhög
Criddle &Potter, 2006 Storbritan- nien	Exploring patients' views on colonization with methicillin- resistant Staphylococcus aureus	N=14 . 18-93 år,	Kvalitativ fenomenologisk ansats Semistrukturerad intervjustudie Tolkande fenomenologisk dataanalys	Bristfällig information gjorde att deltagarna blev oroliga vilket orsakade minskad förståelse och försenade tillfrisknandet. Deltagarna oroade sig över att smitta andra och deras sociala liv förändrades. Symtom från andra sjukdomar tillskrevs. Isolering beskrevs som att känna sig fängslad.	Medelhög
Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009 Sverige	Suffering from meticillin- resistant Staphylococcus aureus: experiences and understanding of colonisation	N=13. 29-78 år, 9 kvinnor och 4 män	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarnas sociala liv förändrades på grund av MRSA. De drabbade kände sig smutsiga. De kände ett behov av att skydda andra från smittan. Informationen från sjukvårdspersonal var intekonsekvent därav ökade oron för deltagarna.	Hög
Madeo, 2001 Storbritan- nien	Understanding the MRSA experience	N=7. 19-72 år, 3 kvinnor och 4 män	Kvalitativ ansats Intervjustudie Kvalitativ innehållsanalys	Information från sjukvårdspersonal ansågs otillräcklig. De som förts till isolation utan någon förberedelse hade svårare att acceptera sin situation och upplevde det som en traumatisk upplevelse. De smittade kände sig orna och stigmatiserade.	Låg

Forts. **Tabell 2.** Översikt på artiklar ingående i analysen (n=10)

Författare År/Land	Titel	Deltagare	Metod Datainsamling/ dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Newton, Constable & Senior, 2001 Storbritan- nien	Patients' perceptions of MRSA and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients	N=19. 44-87 år, 12 kvinnor och 7 män	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna såg allvarligt på sin MRSA. Isolation beskrevs som något som gav fördelar men även nackdelar såsom ensamhet och att sköterskor undvek dem. Förståelsen och kunskapen om MRSA var liten hos deltagarna.	Hög
Rohde & Ross-Gordon, 2012 USA	MRSA model of learning and adaption: a qualitative study among the general public	N=10. 21-73 år, 3 män och 7 kvinnor	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie Grounded theory	Mer kunskap ger ökad acceptans. MRSA orsakar smärta, ilska, rädsla, oro och frustration. Engagemang från personal är viktigt för ett ökat välbefinnande. Det dagliga livet förändras i och med rädsla för att smitta andra. Närvaron av anhöriga var viktigt för att orka med.	Hög
Skyman, Thunberg- Sjöström & Hellström, 2010 Sverige	Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated	N=6. 35-76 år, 4 män och 2 kvinnor	Kvalitativ ansats Intervjustudie Intersubjektiv innehållsanalys	Isolering kändes traumatiskt. Spontana besök minskade till följd av isolation. Rehabilitering skedde ej på samma villkor som andra Informationen från personal upplevdes som bristfällig.	Hög
Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012 Canada	The impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center	N=9 . 35-70 år,	Kvalitativ ansats Semistrukturerad intervjustudie + fokus grupp Tolkande tematisk innehållsanalys	Det fanns okunskap hos personalen, de gav inte tillräcklig information. Vårdpersonalen följde ej isolations och hygienrutiner vilket orsakade frustration hos de drabbade eftersom de då ej förstod logiken med att vara i isolation. Rädslan för att smitta andra var närvarande.	Medelhög

Analys

Denna litteraturstudie analyserades med kvalitativinnehållsanalys med manifest ansats.

Downe-Wamboldt (1991) menar på att kvalitativ innehållsanalys fokuserar på upplevelser och erfarenheter, det är därför passande att använda som analysmetod inom omvårdnadsforskning. I en manifest ansats tolkas inte texten, utan det är det uppenbara och tydliga i innehållet som fokus ligger på (Graneheim & Lundman, 2004).

Kvalitativ innehållsanalys är en metod där kvalitativ data analyseras i flera steg, textenheter tas ut av forskaren som sedan kondenseras och vidare kategoriseras i flertalet steg.

Textenheterna ska granskas objektivt av forskaren och innebörden av dessa bör inte tolkas eller ändras, annars finns det risk att innehåll i analysen går förlorat. Kondensering är ett förlopp där textenheter kortas ned utan att kärnan i texten går om intet. I kategoriseringsstadiet letar forskaren mönster och gemensamma egenskaper i data. Utifrån kategoriseringen vill forskaren få fram slutsatser som är trovärdiga, vilket är huvudmålet i en innehållsanalys. För att få fram trovärdiga slutsatser måste data analyseras på ett objektivt och konsekvent sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 179) sker kodning och kategorisering fortlöpande genom hela studien.

Analysprocessen inleddes genom att de utvalda artiklarna studerades (n=10). Artiklarna lästes enskilt av båda författarna i sin helhet för att ge förståelse och en bra helhetsbild av innehållet. Totalt 319 stycken meningsbärande enheter valdes ut som svarade mot syftet: ”att beskriva upplevelsen av att leva med MRSA”. Varje textenhet kodades sedan med en bokstavs- och sifferkombination för att kunna härledas tillbaka till originaltexten. Samtliga textenheter översattes sedan till svenska och kondenserades, detta för att reducera innehållet men behålla kärnan i texten. I det första kategoriseringssteget sorterades de 319 meningsbärande enheterna in i 51 stycken kategorier, i detta första steg var det de enheter som hade ganska exakt samma mening som kategoriserades ihop. Därefter kategoriserades de 51 kategorierna i fyra omgångar vilket slutligen resulterade i fyra slutkategorier. Kondensering och kategorisering diskuterades mellan författarna genom hela processen för att undvika tolkning och egna slutsatser. Under kategoriseringen skedde många gånger en tillbakagång till ursprungstexterna och textenheterna för att öka analysens tillförlitlighet. Kategoriseringen pågick till det inte var möjligt att föra samman fler kategorier och ingen ny data framkom. Efter slutförd kategorisering skrevs brödtext för att beskriva innehållet i varje slutkategori. Graneheim och Lundmans (2004) metodbeskrivning följdes genom analysprocessen.

Resultat

Analysen av artiklarna resulterade i fyra kategorier (tabell 3). Resultatet styrks av citat från artiklarna.

Tabell 3. Översikt av kategorier (n=4)

Kategorier

Att leva i okunskap

Att inte få vård på samma villkor som andra

Att känna sig pestsmittad

Att begränsa sitt liv för att inte smitta andra

Att leva i okunskap

I studier (Andersson, Lindholm & Fossum, 2011; Burnett et al., 2009; Criddle & Potter, 2006; Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman, Thunberg, Sjöström & Hellström, 2010; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012) beskrev personer med MRSA en bristfällig kommunikation med vårdpersonalen, de fick inte nog med information om sitt eget hälsotillstånd och hur de skulle hantera sin sjukdom.

I Criddle och Potter (2006) visste personer inte om de skulle dö av MRSA, men antog att så var fallet. I en studie av Newton, Constable och Senior (2001) framkom att personer inte visste hur länge de skulle vara smittade, de kände sig osäkra på om det fanns någon behandling mot MRSA.

I studier (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Newton et al., 2001; Webber et al., 2012) framkom att personer kände ovisshet om hur deras liv skulle påverkas av MRSA-smittan. Enligt Criddle och Potter (2006) kände sig inte personer med MRSA sig drabbade på något sätt, då de inte hade några symtom. De kunde även tillskriva symtom från andra sjukdomar de hade till sin smitta. Enligt Newton et al. (2001) var det även svårt för personer att bedöma om deras behandling var effektiv då de inte hade några symtom. Efter utskrivningen från sjukhuset var personer med MRSA osäkra på om de fortfarande bar på smittan, de visste inte om de var sjuka eller friska, detta gjorde det svårt att finna ett avslut. (Skyman et al., 2010)

Nobody ever put any energy to tell me anything about this. Therefore my knowledge of the disease is the same now as before – nothing. It is that simple. (Skyman et al., 2010, s. 104)

I studier (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Rohde & Ross-Gordon, 2010; Skyman et al., 2010) beskrevs att personer med MRSA inte visste hur de hade blivit smittade och kände en oro kring detta. Denna ovisshet ledde till oro och frustration hos personerna (Andersson et al., 2010). De trodde att det var stor sannolikhet att personalen bar på MRSA och att deras MRSA-smitta var ett direkt resultat av sjukhusvistelsen (Newton et al., 2001; Burnett et al., 2009).

Not happy, not happy. The fact that I picked up a bug in hospital. This is going political now, because they're not clean enough and that's why it gets out of control. (Newton et al., 2001, s.277)

I Burnett et al. (2009) beskrevs att personer endast hade litet eller inget förtroende kvar för sjukvården efter att ha blivit smittade. Enligt Baratt, Shaban och Moyle (2010) kände sig personer med MRSA sig orättvist behandlade för att de blivit smittade på sjukhuset och tänkte om vården hade fungerat initialt hade de kanske inte blivit smittade.

Att inte få vård på samma villkor som andra

I studier (Baratt et al., 2010; Burnett et al., 2009; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) beskrev personer med MRSA att de upplevde att de inte fick vård på samma villkor som andra smittfria personer.

Personer upplevde att vården för deras ursprungliga sjukdom hindrades på grund av MRSA-smittan, de ansåg sig vara utestängda från sin behandling och rehabilitering (Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010). Enligt Webber et al. (2012) kände de att MRSA varit en olägenhet i deras rehabilitering och påverkat negativt deras möjligheter att medverka i dagsprogrammet samt interagera fritt med anhöriga, vårdpersonal och andra patienter.

I en studie av Lindberg et al. (2009) beskrev personer att de kände sig tvingade att förklara att de hade MRSA till alla varje gång de hade kontakt med vården.

I'm standing there in the reception room and I'm supposed to say I have MRSA and I have to do this in a place with other people around. (Lindberg et al., 2009, s. 275)

Personer upplevde att skyddsutrustningen som personalen bar skapade en barriär i interaktionen med vårdpersonalen. Personer önskade att de hellre tagit på sig skyddsutrustningen och kommit in i rummet och tagit diskussionen där (Baratt et al., 2010).

I studier (Andersson et al., 2011; Baratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) beskrevs att hamna i isolation på grund av sin smitta var ett faktum som mottogs med blandade känslor. De negativa aspekterna som ensamhet, depression med mera dominerade dock.

Isolationen beskrevs av personerna som ett fångenskap (Baratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Madeo, 2001; Skyman et al., 2010). De kände sig inte mänskliga längre, vilket ledde till känslor av depression (Webber et al., 2012). Enligt Baratt et al. (2010); Madeo (2001); Skyman et al. (2010) var det jobbigt att inte kunna träffa andra människor och att inte få några spontana besök, varken av personal eller anhöriga.

Enligt (Baratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Newton et al., 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) så kunde isolationen även vara uppskattad. Enligt Criddle och Potter (2006) kunde isolationen uppskattas av personerna då det var mer privat med ett enkelrum, lugnare och upplevdes som terapeutiskt. Skyman et al. (2010) beskrev att personerna kunde förstå varför de måste hållas isolerade då blivit väl informerade om varför. De förstod att de var smittobärare och accepterade isolationen.

Enligt Lindberg et al. (2009) så viskades det bland vårdpersonalen om personerna i deras närvaro. De upplevde det som att personalen var rädda för dem och att det var olika hur de behandlades. Personer kände även att de fick otillräckligt stöd från vårdpersonalen och att vårdrelationen var icke-existerande. Baratt et al. (2010) beskrev att personer uppfattade att MRSA-smittan påverkade deras relation med vårdpersonalen negativt. De upplevde även ett inkonsekvent beteende hos personalen, vissa i personalen tog på sig all skyddsutrustning medan andra inte gjorde det (Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009). De var förvirrade om varför vissa i personalen inte följde isolationsrutinerna. Denna förvirring ledde till känslor av ilska och frustration mot vårdpersonalen och institutionen. Personalen som följde isolationsrutinerna konsekvent uppfattades av personer som att de brydde sig om MRSA (Webber et al., 2012). Personer med MRSA hade kommit till slutsatsen att orsaken till att sjuksköterskorna inte gav så mycket information var för att de inte kunde så mycket om MRSA (Baratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006).

.. When I see the inconsistencies in the procedures, I realised that they [nurses] probably don't have enough information or the confidence [to explain]. (Baratt et al., 2010, s. 56)

Att känna sig pestsmittad

I studier (Baratt et al., 2010; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010; Rohde & Ross-Gordon, 2012) beskrev personer känslan av att vara socialt avvisad på grund av smittan.

Relatives were a little scared, not being able to come to a party with small children, and they were dubious as to whether I should go there at all. There have been a couple of negative experiences; it was hard. (Skyman et al., 2010, s. 104)

I en studie (Rohde & Ross-Gordon, 2012) beskrev personer att ingen längre kom och hälsade på och att inte ens familjen ville kramas, vilket bidrog till känslan av ett socialt utanförskap. Webber et al. (2012) beskrev att vissa personer dolde sin MRSA-smitta då de var rädda att familj och vänner annars inte skulle vilja besöka dem i framtiden.

I en studie (Lindberg et al., 2009) framkom att MRSA inte var något man talar om på grund av rädslan att bli avvisad. Personer var rädda för att få ett dåligt rykte på jobbet och för skvallor i grannskapet om deras smitta blev känd.

I don't want to tell other people that we have it. We used to be very social but now that I know we have this bacteria, I think it's hard, so we've withdrawn. (Lindberg et al., 2009, s. 274)

Personer med MRSA ansåg att medmänniskor stigmatiserade dem då de verkade tro att de rullar runt i smuts hela dagarna och att de inte tvättar sig (Rohde & Ross-Gordon, 2012). I studier (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Lindberg et al., 2009; Madeo, 2001; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) uttrycktes känslan av att vara smutsig och de upplevde att de orsakade skräck i sin omgivning vilket medförde känslor som skuld och skam. I studier (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2010; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., Newton et al. 2001) uttryckte personer att de kände sig pestsmittade eller spetälska.

I was really in a panic, I felt like a leper (Andersson et al., 2011, s. 49)

I've felt sort like a plague victim. I first thought about it like a modern HIV somehow. I felt guilty (Lindberg et al., 2009, s. 273)

Att begränsa sitt liv för att inte smitta andra

I studier (Andersson et al., 2011; Burnett et al., 2009; Criddle & Potter, 2006; Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012; Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012) framkom en rädsla av att inte vilja smitta andra eller skada någon annan. Criddle och Potter (2006) beskrev att personer var oroliga för att smitta andra, främst familjemedlemmar. Även barn, gravida

och personer med kroniska sjukdomar ansågs särskilt utsatta, vilket medförde att de medvetet höll sig på avstånd. Barrat et al. (2010) beskrev att personer avböjde fysisk kontakt, för att de var rädda att sprida smittan vidare.

It's not something (MRSA) you can forget about. I think about it all the time, like when you're going to do something. If I'm going to take care of my grandchildren and they're going to sleep over then I think of it right away...you don't want them sleeping in your bed because they do want to (Lindberg et al., 2009, s. 274)

I studier (Andersson et al., 2011; Criddle & Potter, 2009; Lindberg et al., 2009, Rohde & Ross-Gordon, 2009) beskrevs att personer med MRSA var extra noga med sin personliga hygien för att förhindra smittspridningen. Personerna tog sin MRSA på allvar och tog därför ansvar för sin egen sårvård samt fick förändrade attityder vad gäller handhygien och infektionskontroll. De hände ofta att de blev lite över noggranna med sin egen renlighet (Rohde & Ross-Gordon, 2009).

You sit away from people, you try not to touch stuff, you wash your hands so much they are wrinkled (Rohde & Ross-Gordon, 2009, s. 4)

Personer med MRSA oroade sig över hur det dagliga livet skulle påverkas. Detta på grund av andras attityder men också därför att hygien restriktioner tillkommit på grund av MRSA-smittan (Andersson et al., 2011; Lindberg et al., 2009; Rohde & Ross-Gordon, 2012).

Personer med MRSA ansåg att deras arbetssituation påverkades då de inte längre kunde söka vissa typer av jobb. Anställda inom sjukvården var rädda att förlora sin arbetsroll eftersom kollegor fick ta över vissa av deras arbetsuppgifter, exempelvis såromläggningar och hantering av katetrar (Lindberg et al., 2009).

Webber et al. (2012) menade på att personer belyste behovet av lämplig och fortlöpande utbildning till dem själva, personal, samt närstående vad gäller smittspridning. Personerna med MRSA ansåg att de ofta blev talespersoner för MRSA vilket hjälpte dem med sin egen situation, de fann det terapeutiskt för sitt eget läkande att berätta och varna andra för MRSA.

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att leva med MRSA. Analysen resulterade i fyra kategorier: *att leva i okunskap, att inte få vård på samma villkor som andra, att känna sig pestsmittad, att begränsa sitt liv för att inte smitta andra.*

Litteraturstudiens resultat visar att personer med MRSA levde i okunskap, det fanns en bristfällig kommunikation mellan dem och sjukvårdspersonalen. De fick dålig information om MRSA, sin status, hur deras behandling såg ut och varför de var i isolation. Goedhuys och Rethans (2001) studie visar att flertalet personer oavsett diagnos upplever att de får dåligt bemötande och bristfällig kommunikation, särskilt om mötena med vårdpersonal är dåligt planerade och för korta tidsmässigt för att hinna gå igenom situationen ordentligt. Cullberg (2006, s.169) berättar att innan en person informeras är det viktigt att ha en dialog för att inte upprepa information som personen redan har. Marcum (2004) ger förslaget för att förbättra kommunikationen att vårdpersonalen ska fråga hur personer upplever sin sjukdom och vad den betyder för individen, detta kan göras i samband med frågor angående personers övriga sjukdomshistoria.

I denna litteraturstudie framkom att personer med MRSA inte fick nog med tid avsatt för att samtala om sin situation. De upplevde oro och ångest över att känna att de inte visste något och även att ingen brydde sig om att informera dem. Enligt Tisinger (2008) är det viktigt att informationen om MRSA är individanpassad och berör själva smittan, hygien och sårvård men också att det följs upp för att säkerställa att patienten förstått informationen.

I denna litteratur studie framkom att få diagnosen MRSA var emotionellt svårt, de kände sig pestsmittade och upplevde ett utanförskap. För att kunna hantera situationer som uppstår i livet använder sig personer av motståndsresurser, till exempel kunskap eller socialt stöd. Om sjuksköterskan främjar personers motståndsresurser kan personerna lättare få en känsla av sammanhang och därmed få en meningsfullhet och uppleva ett välmående (Antonovsky, 2005, s. 57). För att känna meningsfullhet menar Antonovsky (2005, s. 45-46) att personen måste ha en motivation och något i livet som gör att de vill ta sig igenom sin situation. Något som höjer en persons motivation kan vara att ha ett hopp. Enligt Duggleby (2001) kan hopp stödjas genom att stärka personers autonomi, ha kortsiktiga realistiska mål och att använda sig av humor och glädje i den dagliga vården. Resultat i denna litteraturstudie visar på att

personerna upplevde mycket osäkerhet i sin vardag, de visste inte hur de hade blivit smittade och hur de skulle hantera sin situation. Därför är det enligt författarna särskilt viktigt att som sjuksköterska försöka inge hopp till personerna.

Isolation beskrevs av personer med MRSA i denna litteraturstudie som en negativ faktor i deras sjukhusvistelse. De visste inte varför de var i isolation och funderade över hur viktigt det egentligen var när de såg inkonsekvent beteende hos sjukvårdspersonalen i avseende av följsamhet till isolationsrutinerna. Personer i denna litteraturstudie som fick information och förstod varför de var i isolation upplevde mindre problem med att vara ensam och accepterade därmed isolationen bättre. De kunde i och med informationen se isolationen i ett sammanhang och fick en mer positiv upplevelse. Detta kan förstås med Antonovskys (2005, s. 43-47) definition av känsla av sammanhang, KASAM. Begreppet är ett uttryck för hur väl en person har tillit för och förstår vad som händer med en. Att ha en känsla av sammanhang är att kunna förutsäga vad som ska hända en, kunna hantera och begripa detta och känna att det finns en mening med att gå igenom sin situation. Det kan enligt författarna vara en möjlighet att om personerna får mer information om sin smitta och isolationsperiod kunna nå en högre nivå av begriplighet.

Enligt litteraturstudiens resultat blir personer hämmade i deras sociala samspel om de är isolerade, de kan inte längre interagera fritt med anhöriga och även kontakten med sjukvårdspersonalen blir begränsad. Enligt Eriksson (1994) är det viktigt för alla människor att vara del i ett sammanhang och vara viktig för andra personer. Enligt författarna kan det därför vara viktigt att som vårdpersonal hjälpa personerna uppnå en hög delaktighet i sin vård och försöka tillgodose deras behov av information.

För att förbättra tiden i isolation kan sjukvårdspersonalen enligt Duff (2002) arbeta för att minska segregationen till samhället, risken för uttråkning och främja personers sociala kontakter. Detta kan göras genom att det finns aktiviteter under isolationen, såsom läsgrupper eller att personerna har tillgång till TV eller radio. Att ha kontakt med en kurator kan underlätta tiden i isolation. Duff (2002) beskrev även vikten av att ha tillgång till internet för att underlätta kommunikation med anhöriga och omvärlden.

Resultatet av denna litteraturstudie visade på att det finns brister i vårdpersonalens kunskaper om MRSA, dess smittvägar och lokala rutiner kring detta. Detta bekräftas av MacDonald (2008) studie då den berättar om att vårdpersonalens praktiska utförande av vissa rutiner och

kunskaper kring smittan var ett stort problem. Flertalet patienter blev dåligt bemötta och fick en bristfällig information, vilket resulterade i ångest och oro. Om vårdpersonal visar tecken på fördomar, brist på kunskap och oro leder det till att den som blir vårdad känner fruktan och osäkerhet (Klotz, 2010). Röndahl, Innala och Carlsson (2003) menar på att goda kunskaper hos vårdpersonal om patientens diagnos kan leda till att individen känner sig säkrare och väl omhändertagen vilket minskar lidandet.

Arman och Rehnsfeldt (2006) beskrev vårdlidandet som att patientens lidande ökat i stället för minskat på grund av upplevelser i kontakt med hälso- och sjukvård. Patienter upplever att de inte blir sedda som unika på grund av brist på intresse, tid och information av vårdaren och att relationen med vårdaren därför uteblir. Patienter som inte får någon relation till sin vårdare känner besvikelse, brist på tillit och otrygghet.

För att förbättra omvårdnaden kring denna patientgrupp och ge dem vård på samma villkor som andra personer behövs mer kunskap till personalen. I studien av Cromer et al. (2004) utfördes en interventionsstudie som innehöll informationsmöten med utbildning. Stöd gavs till vårdpersonalen från ett MRSA-team samt regelbunden feedback och återkoppling. Denna interventionsstudie gav personalen en ökad kunskap och följsamhet till rutinerna kring att vårda personer med MRSA. Något som enligt författarna gör att osäkerheten kring att vårda en person med smittsam sjukdom minskar, och därmed även kan främja att bemötandet till personerna förbättras.

Phelan, Barlow och Iwersen (2006) menar på att diskussionsgrupper i ett arbetsteam kan vara till hjälp för att öka vårdpersonals kunskap. Funderingar, förslag och idéer tas upp. Nya infallsvinklar och perspektiv kan komma fram och ens eget vanemönster kan förändras om det ges plats för organiserade diskussioner med andra yrkesgrupper. Dessa typer av diskussionsmöten bidrar även till att eventuella brister kommer upp till ytan och får utrymme så att åtgärder kan tas.

Leone (2002) beskriver att patienter som behöver stöd och råd i sin sjukdom kan bli hjälpta då vårdpersonal tar sig tid till samtal eller rekommenderar stödgrupper där bäraren kan få prata om sina känslor. I en stödgrupp får personer en möjlighet att dela med sig av sina upplevelser och ta del av andra personers erfarenheter som är i en liknande situation. Stödgrupper kan upplevas som den bästa källan för information vilket annars kan vara svårt att få på annat håll.

Enligt författarna kan stödgrupper vara ett bra hjälpmedel för MRSA-bärare för att nå ökad hanterbarhet då de får en chans att ventilera sina känslor med andra.

Enligt ICN:s etiska kod (International Council of Nurses, 2000) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården alltid ske på lika villkor oavsett social bakgrund, kön eller hudfärg. Mot bakgrund av resultatet i litteraturstudien ses att detta inte efterföljs, vilket påverkar personerna negativt. De känner sig pestsmittade, orena, vågar inte röra andra människor och begränsar sitt liv för att inte smitta andra. Känslor som förstärkts av att inte ha kunskap om sitt tillstånd och att inte få vård på samma villkor som icke-smittade personer samt fått ett dåligt bemötande av vårdpersonal.

Metoddiskussion

Studien utgår från en kvalitativ metod vilket valdes av författarna för att få ett inifrån perspektiv på litteraturstudien. Enligt Graneheim och Lundman (2004) syftar kvalitativa studier till att analysera, beskriva och försöka förstå upplevelser samt erfarenheter hos människor. Graneheim och Lundman (2004); Holloway och Wheeler (2010, s.303) menar att bekräftbarhet, pålitlighet, tillförlitlighet och överförbarhet är begrepp som används för att beskriva en studies trovärdighet.

För att stärka pålitligheten i denna studie har tillvägagångssättet vad gäller metoden och analysprocessen redovisats på ett tydligt sätt. Studiens litteratursökning har redovisats i brödtext samt i tabell 1 och samtliga studier som sökningen resulterade i visas i tabell 2. Även kvalitetsgranskningen av de tio utvalda studierna i denna litteraturstudie har beskrivits. Detta medför att studien ska kunna upprepas av andra med liknade resultat som följd. För att styrka en studies pålitlighet ska resultatet kunna upprepas av andra forskare (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303).

I resultatet av denna studie stärks bekräftbarheten då resultatet presenterats i form av fyra tydliga slutkategorier som samtliga svarar mot syftet. Textenheterna kodades även så de kunde härledas till sin orginalkälla. En brist i denna studies bekräftbarhet kan vara att kategoriseringen inte skedde separat av författarna, utan utfördes gemensamt. Därför kunde eventuella tolkningar samt förförståelse inte jämföras. Den analysmetod som användes påverkar även bekräftbarheten då den gör det möjligt för läsaren att spåra data till dess ursprung samt är lämplig med tanke på att besvara studiens syfte. Bekräftbarhet handlar

mycket om forskarens förförståelse samt förmåga att förhålla sig objektiv. Insamlad data ska spegla deltagarnas upplevelser och inte forskarens. Bekräftbarhet nås då läsaren kan spåra samtlig data till dess ursprungliga källa och om studiens syfte besvarats av forskaren (jmf. Holloway & Wheeler 2010, s. 303)

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en studies tillförlitlighet kan stärkas om citat från originaltexten används i resultatet, vilket anammats i denna litteraturstudie. Författarna har också kontinuerligt försökt säkerställa att kärnan i originaltexten inte gått förlorad i analysprocessen genom att vid ett flertal tillfällen gått tillbaka till originaltexten, detta för att styrka både bekräftbarhet och tillförlitlighet. Holloway och Wheeler (2010, s. 303) beskriver att den viktigaste delen för att nå trovärdighet är att tillförlitligheten i studien stämmer, vilket innebär att de personer som studerats känner igen sig i texten som presenterats. Valet av metod (kvalitativ innehållsanalys) och presentationen av resultatet bör enligt författarna styrka tillförlitligheten.

För att undvika egna tolkningar i valet av textenheter och kondenseringsförfarandet har författarna till en början kondenserat samtliga textenheter enskilt. Sedan har dessa jämförts med varandra och sammanförts. Graneheim och Lundman (2004) menar dock att kvalitativt material innehåller flertalet underliggande betydelser och det är omöjligt att undgå att det nästan alltid blir någon sorts tolkning av texten. I denna studie är MRSA-bärares upplevelser beskrivna väl enligt författarna eftersom studiens urval av analyserade studier är tydligt framställt och resultatet av studiernas huvudfynd presenterats tydligt i tabell 2. Denna studies resultat antas till viss grad vara överförbart till andra situationer. De analyserade studierna i denna studie kom från Sverige och andra länder i västvärlden. Då sjukvården ser annorlunda ut runt om i världen och skiljer sig exempelvis mellan industriella- och utvecklings länder anser författarna att denna studie inte kan ses överförbar till alla länder. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en studies överförbarhet bestäms till vilken grad resultatet kan överföras på andra grupper eller till andra miljöer. Polit och Beck (2008, s. 539) menar på att kvalitativa studiers resultat ej kan generaliseras för alla som befinner sig i samma situation men att resultatet däremot kan ge en sorts uppfattning av hur människor i en liknande situation kan antas ha det. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks en studies överförbarhet då just urval och resultat beskrivits väl. Holloway och Wheeler (2010, s. 303) menar på att kunskap som är framtagen inom ett område ska gå att överföra till ett annat liknande område.

Slutsats

Att leva med MRSA påverkar hela människan och dennes livssituation. Bristen på kunskap bland drabbade, anhöriga och sjukvårdspersonal är något som är återkommande. För att ge personer som drabbats av MRSA bästa möjliga omvårdnad krävs att sjuksköterskan når förståelse och kunskap om vilka rutiner som gäller runt infektionssjukdomen men också anpassar sig till personens individuella behov. Bristfällig information samt ett dåligt bemötande är vanligt förekommande i vården av personer med MRSA. Personer med MRSA upplever att de inte får vård på samma villkor då till exempel smittan utestänger dem från vissa typer av behandling, vårdpersonal undviker dem och de tvingas till vård i isolation. De upplever sig som smutsiga, och undviker ofta andra på grund av rädslan för att bli avvisad men även för att inte riskera att smitta andra. Att få korrekt information och kunskap från sjukvården redan vid första mötet skulle enligt författarna möjliggöra en bättre vårdrelation och dämpa känslan av oro hos personer med MRSA. Mer forskning behövs inom området för att undersöka på vilket sätt vårdpersonal kan förbättra situationen för personer med MRSA och hjälpa dem att nå begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Referenser

*= Referenser som ingår i resultatet

Andersson, H., Kalin, M., Fossum, B., Lindholm, C., & Örtqvist, Å. (2009). Är MRSA-patienter olika smittsamma i olika län? *Läkartidningen* 7(106), 412-413.

*Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA – global threat and personal disaster: patient's experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53.

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

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber Ab.

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

Barrat, R.L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39, 180-193.

Brady, R.R.W., McDermott, C., Cameron, F., Graham, C., & Gibb, A.P. (2009). UK healthcare workers' knowledge of methicillin-resistant Staphylococcus aureus practice guidelines; a questionnaire study. *Journal of Hospital Infection*, 73(3), 264-270.

*Burnett, E., Lee, K., Rushmer, R., Ellis, M., Noble, M., & Davey, P. (2009). Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews. *Journal of Hospital Infection*, 74, 42-47.

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

Cromer, A., Hutsell, S., Latham, S., Bryant, K., Wacker, B., Smith, S., Bendyk, H., Valanis, G., & Carney, M. (2004). Impact of implementing a method of feedback and accountability related to contact precautions compliance. *American Journal of Infection Control*, 32, 451-455.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

- Downe-Wamboldt, B. (1991). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.
- Duff, A.J.A. (2002). Psychological consequences of segregation resulting from chronic Burkholderia cepacia infection in adults with CF. *Thorax*, 57(7), 756-758.
- Duggleby, W. (2001). Hope at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3, 51-64.
- Easton, P.M., Sarm, A., Williams, F.L., Marwick, C.A., Phillip, G., & Nathwani, D. (2007). Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *The Journal of Hospital Infection*, 66(1), 23-33.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Goedhuys, J., & Rethans, J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, 18(6), 592-596.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Hughes, C., Smith, M., Tunney, M., & Bradley, M.C. (2011). Infection control strategies for preventing the transmission of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people. . *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art.No.: CD006354.
- International Council of Nurses (2000). *Code of ethics for nurses*. Geneva: ICN.
- Klotz, L.K. (2010). Hope in relation to nursing interventions for HIV-infected patients and their significant others. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 21(4), 345-355.
- Leone, N.E. (2002). The role of nursing in managing treatment-associated adverse effects in patients with hepatitis C. *Gastroenterology Nursing*, 25(5), 201-203.

Lert, F., Sitta, R., Bouhnik, A., Dray-Spira, R., & Spire, B. (2010). HIV-positive men who have sex with men: biography, diversity in lifestyles, common experience of living with HIV. *AIDS Care*, 22(1), 71-80.

*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), 271-7.

Loeb, M.B., Main, C., Eady, A., & Walkers-Dilks, C. (2008). Antimicrobial drugs for treating methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003:4. CD003340.

*Madeo, M. (2001). Understanding the MRSA experience. *Nursing Times*, 97(30), 36:37.

Marcum, J.A. (2004). Biomechanical and phenomenological models of the body, the meaning of illness and quality of care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 311-320.

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

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

Phelan, A.M., Barlow, C.A., & Iwersen, S. (2006). Occasioning learning in the workplace: The case of interprofessional peer collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 20(4), 415-424.

Pittet, D., Allegranci, B., Sax, H., Dahrn, S., Pessoa-Silva, C-L., Donaldson, L., & Boyce, J.M. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases* 6(10), 641-52.

*Rohde, R.E., & Ross-Gordon, J. (2012). MRSA model of learning and adaption: a qualitative study among the general public. *BMC Health Services Research*, 12(88), 1-9.

Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 454-461.

SBU:S granskningsmall för patientupplevelse – kvalitativmetod. (2011). SBU version 2011:1.

SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

*Skyman, E., Thunberg Sjötröm, H., & Hellström, L. (2010). Patient's experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 101-7.

Smittskyddsinstitutet. *Sjukdomsinformation om meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)* (senast uppdaterad: 2010-07-29) Hämtad den 2012-09-10 från:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/meticillinresistenta-gula-stafylokocker/>

Smittskyddsinstitutet. *Kraftig ökning av MRSA under 2011* (senast uppdaterad: 2012-05-07) Hämtad den 2012-09-09 från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/nyhetsarkiv/2012/kraftig-okning-av-mrsa-under-2011/>

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska Socialstyrelsen. Hämtad den: 2012-09-10 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/sjukdomar/smittsammasjukdomarochsmittamnen/mrsa>

Söderberg, S. (2009). När livet inte längre kan tas för givet. I S. Söderberg (Red.), *Att leva med sjukdom* (s.17-26). Stockholm: Nordstedts Akademiska förlag.

Thorstad, M., Sie, I., & Andersen, B.M. (2011). MRSA: A challenge to Norwegian nursing home personnel. *Interdisciplinary Perspective on Infectious Diseases*. 2011, 1-6.

Tisinger, C.K. (2008). "Empowering your patients in the fight against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 204-211.

*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.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13, 528-542.