



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

ISOLERA BAKTERIEN, INTE PATIENTEN

En litteraturstudie om MRSA-bärares upplevelser
av isolerings- och barriärvård.

ANETTE BARAKJI
SUZANNE JÖNSSON

ISOLERA BAKTERIEN, INTE PATIENTEN!

En litteraturstudie om MRSA – bärarens upplevelser av isolerings- och barriärvård.

Anette Barakji
Suzanne Jönsson

Barakji, A & Jönsson, S. Isolera bakterien, inte patienten. En litteraturstudie om MRSA – bärarens upplevelser av isolerings- och barriärvård. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2004.

Syftet med föreliggande litteraturstudie är att undersöka MRSA-bärarens upplevelser av isolerings- och barriärvård, samt beskriva omvårdnadsåtgärder som är relevanta för sjuksköterskan och annan vårdpersonal att utföra för att tillgodose dessa patienters omvårdnadsbehov. Orlando's (1990) teori är implicerad i studien då den lyfter fram interaktionen och samspelet mellan sjuksköterska och patient. Åtta vetenskapliga artiklar som ligger till grund för föreliggande studies resultat, har kvalitetsgranskats efter Polit et al (2001) riktlinjer. Goodmans modell (SBU, 1993) har använts som metodvägledning i litteratursökning, granskning och sammanställning av vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i teman som förekommer i de granskade artiklarna. Teman är patientens upplevelser av: *mental hälsa/ohälsa, information och kommunikation, fysiska begränsningar och barriärvård*. Resultatet av artikelgranskningen visar att MRSA-bärare som isoleringsvårdats löper risk att drabbas av depression och ångest. Även upplevelser som ensamhet och stigmatisering framträder. Information och kommunikation brister ofta till denna patientgrupp. En negativ aspekt för tillfrisknandet är begränsad rörelseförmåga och inaktivitet. Barriärvård skapar en barriär mellan sjuksköterska och patient. Omvårdnadsåtgärder som rekommenderas av artikelförfattarna är stöd, information och patientundervisning. Resultatet av studien bygger på ett begränsat vetenskapligt underlag.

Nyckelord: barriärvård, isolering, litteraturstudie, multiresistenta staphylococcus aureus, omvårdnad, upplevelser.

ISOLATE THE BACTERIA, NOT THE PATIENT!

A literature review of MRSA positive patients experiences of source isolation and barrier nursing.

Anette Barakji
Suzanne Jönsson

Barakji, A & Jönsson, S. Isolate the bacteria, not the patient. A literature review of MRSA positive patients experiences of source isolation and barrier nursing. *Examination paper, 10 credit points Nursing Programme*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2004.

The purpose of this literature review is to investigate MRSA-positive individual's perceptions of source isolation and barrier nursing to find evidence-based nursing inventions witch can provide these patients wellbeing. The nursing theory of Orlando (1990) is implicated in the study because of her focus on interaction and relation between nurse and patient. Eight scientific research reports have been examined by quality, using the guiding principles of Polit et al (2001) and used as foundation of the result in this study. The model of Goodman in evidence interpretation for assessing health care practise is involved. The result introduces in themes, which are the most occurring in the examined articles. These themes are patients' experiences of *mentally health/illness*, *information* and *communication*, *physical restrictions* and *barrier nursing*. The result of the obtained material indicates that isolated MRSA positive individuals run the risk of affecting depression, anxiety, experience of loneliness and stigma. The lack of information and communication are a huge problem. Lost of space and inactivity were found to be a negative aspect of the recovery. The barrier nursing creates a barrier between the patient and the nurse. Nursing inventions, recommended by the authors are support, information and patient education. The result of the study is based on limited science foundation.

Keywords: barrier nursing, care, experience, literature review, methicillin resistant staphylococcus aureus, source isolation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Patofysiologi	5
Behandling	5
Riskfaktorer	6
Omhändertagande av MRSA-bärare	6
Konsekvenser av antibiotikaresistens	7
Epidemiologi, Nationellt	7
Epidemiologi, Internationellt	7
Lagar och författningar	8
Definition på isoleringsvård	8
Definition på barriärvård	8
TEORETISK REFERENSRAM	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
Litteratursökning	10
Artikelgranskning	11
RESULTAT	11
Mental hälsa/ohälsa	12
Information och kommunikation	14
Fysiska begränsningar	15
Barriärvård	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Mental hälsa/ohälsa	18
Information och kommunikation	22
Fysiska begränsningar	23
Barriärvård	23
Slutsats	24
Förslag till fortsatt forskning	24
REFERENSER	25
BILAGOR	27

INLEDNING

*”Lyhördhet innebär erfarenhet och kunskap
integrerad med empati och medmänsklighet,
som genom intuition
och känsla för vad som krävs just i
ett speciellt ögonblick i en speciell situation
leder fram till en handling som får
positiva konsekvenser”*

Bodil Frisdal (2001 s 263)

Då båda författare till föreliggande studie har erfarenhet av förlossningsvård och av att möta MRSA-bärare, bärare av Multi Resistent Stafylococcus Aureus, på en sådan avdelning, fanns ett intresse av att undersöka hur dessa patienter upplever isolerings- och barriärvård. Med barriärvård avses åtgärder för att undvika smitta. Ambitionen var även att undersöka relevanta omvårdnadsåtgärder för denna patientgrupp.

Utifrån egna erfarenheter har upplevelsen varit att det finns en stor okunskap kring omhändertagandet av MRSA-bärare och därmed en osäkerhet kring bemötandet. Det är viktigt att kartlägga MRSA-bärares upplevelser av isolering för att riktlinjer ska kunna utarbetas för vårdpersonal, så att dessa patienter får en positiv upplevelse av sjukhusvistelsen. Att vara isolerad kan vara påfrestande för patienten då MRSA-smitta obehagligt innebär en vistelse i isoleringsrum utan kontakt med medpatienter. Att vara isolerad på grund av smittsam sjukdom kan av patienten upplevas som att han är ”pestsmittad”. Detta kan ge en upplevelse av att vara fängslad i sitt isoleringsrum, och en ständig påminnelse av smitta, då barriärvård vidtas.

Då Multi Resistent Staphylococcus Aureus avses i arbetet, används den vedertagna förkortningen MRSA. Sjuksköterskeyrket utövas av både män och kvinnor, men för enkelhetens skull definieras sjuksköterskan som kvinna i föreliggande studie. Studien riktar sig till sjuksköterskor och annan vårdpersonal som kommer i kontakt med MRSA-bärare då de vårdas i isoleringsrum.

BAKGRUND

Idag förekommer MRSA endemiskt på sjukhus i hela världen utom i Skandinavien och Holland. De allra flesta fall av MRSA är importerade utifrån till de svenska sjukhusen (Ekdahl, 2003).

Trots att Sverige är förskonade från den utbredning som idag finns av MRSA, anser vi det relevant att belysa denna patientgrupp då det från 1997 har setts en ökning av antalet fall i Sverige. Då globaliseringen ökat och gränserna mellan länderna öppnats innebär detta en ökad risk för spridning av MRSA till vårt land. Sedan den revolutionerande nyheten, penicillin erövrade världen för snart 60 år sedan, hotas nu mänskligheten av att bakterier i allt större omfattning utvecklar resistens mot antibiotika.

Redan i slutet av 1940-talet fanns det förekomst av penicillinresistenta stafylokokker. I Sverige har denna utveckling gått långsammare i jämförelse med övriga världen, men resistenta bakterier, exempelvis MRSA, sprider sig över nationsgränserna och har börjat innebära problem även för den svenska sjukvården. Idag förekommer resistens mot alla kända antibiotika och det blir därav allt svårare att utveckla nya medel för behandling av MRSA. Konsekvenserna blir en ökad sjuklighet och dödlighet. År 1994 bildades i Sverige en nationell strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, STRAMA (Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens). Denna grupp finns i alla landsting. Sedan dess start har användningen av antibiotika minskat med 20-25 procent i hela landet (Iwarson & Norrby, 2004).

Enligt Kirkland och Weinstein (1999) gick sjukvårdspersonal som vårdade isolerade MRSA-bärare frekvent mindre in till dessa patienter. Detta innebär att patienterna fick sämre omvårdnad, vilket orsakade dem psykiskt lidande.

Patofysiologi

Staphylococcus aureus, det gula varets bakterie, är en mycket patogen bakterie, som har en förmåga att producera olika toxiner och enzymer. MRSA särskiljer sig från andra gula stafylokokker på så vis att den är resistent mot de penicilliner som brukar användas vid stafylokockinfektioner (Almås, 2002).

Staphylococcus aureus trivs på hud och slemhinnor och kan orsaka allvarliga infektioner i blod och benvävnad. Ungefär 50 procent av alla friska människor är bärare av bakterien i näsöppningen. Bakterien orsakar ingen infektion hos dem som är bärare, utan koloniserar endast slemhinnan. Har man bakterierna i näsan är sannolikheten stor att man även har dem på händerna. Även axiller, perineum och hårbotten är vanliga lokaler för Staphylococcus aureus och ger oftast inga symtom alls. När bakterien orsakar sjukdom är det vanligast med sår- och hudinfektioner. Bakterien är koagulaspositiv och enzymet koagulas är bakteriens viktigaste virulensegenskap. Bakterierna blir svåra att fagocytera då bakterien frisläpper koagulas. Detta innebär en försämrad sårhäkning och risken ökar för att infektionen förvärras. 90 procent av alla Staphylococcus aureus producerar idag penicillin och är alltså resistent mot penicillin. Penicillin är ett betalaktamasenzym som har förmåga att bryta ner betalaktamringen vilket innebär att penicillinet blir overksam. Bakterierna har en ökad spridningsförmåga eftersom de är koagulaspositiva (Ericson & Ericson, 2002).

Behandling

De multiresistenta bakterierna är fortfarande oftast känsliga för Fucidin, Dalacin och Mupirocin. Vancomycin används som ett sistahandsmedel (Ericson & Ericson, 2002). Det rekommenderas daglig dusch och tvätt av håret var femte dag, med klorhexidin. Det finns dock ingen vetenskaplig dokumentation av denna behandling. Vid en positiv odling sker behandlingen efter var bakterien är lokaliserad. Det finns ännu ingen säker definition på smittfrihet. Så länge det finns sår, katetrar eller andra infarter kan inte smittfrihet uppnås. Det är viktigt att läka alla sår för att bäraren ska kunna bli negativ i odlingsprov. Smittfrihet innebär tre negativa odlingar för patienter och fem för sjukvårdspersonal (Åkesson 2003).

Riskfaktorer

I miljöer där många människor och eventuellt djur vistas samtidigt, ökar utbytet av bakterier. Om ytan dessutom är begränsad ökar utbytet ytterligare. Miljöer som är mer utsatta än andra är sjukhus, daghem och äldreboende. I dessa miljöer är bristande hygien en särskild riskfaktor (Ekdahl, 2003). Den dominerande smittvägen för MRSA i vården är direkt och indirekt kontaktsmitta, främst via händerna. Om man följer de basala hygienrutinerna och bedriver en god barriärvård är risken mycket liten att smittas som vårdpersonal (Iwarson & Norrby, 2004).

Personer med eksem och andra hudproblem blir lättare infekterade av *Staphylococcus aureus*. Vårdpersonal med sår och eksem ska därför inte vårda dessa patienter. Piercing av olika kroppsdelar är en ganska ny företeelse, men är på samma sätt olämplig i allt vårdarbete. Även kortisonbehandling, som sänker immunförsvaret, ökar risken för att smittas av MRSA. Astma och allergibehandling är också en trolig riskfaktor (Åkesson, 2003). En viktig riskfaktor för utveckling av antibiotikaresistens är bruk och missbruk av antibiotika. När antibiotikan togs i kliniskt bruk ökade mängden antibiotika i alla miljöer, och som ett resultat selekterades alltfler resistenta bakterier fram och spreds. I Europa använder ”högkonsumerande” länder (Frankrike och Spanien) fyra till fem gånger mer antibiotika per person och år, än ”lågkonsumerande” (Skandinavien och Holland). Det har inte kunnat påvisas några medicinska skäl för denna skillnad (Ekdahl, 2003).

Omhändertagande av MRSA-bärare

Då MRSA konstaterats ska patienten direkt läggas på isoleringsrum med sluss. Det är viktigt att barriärvård utövas vid omvårdnad av patienten. Det är inte någon risk för utomstående att hälsa på den smittade utan skyddskläder. Det görs en resistensbestämning av patienten som vägledning för eventuell behandlingsmetod. Patienten hålls isolerad tills ett flertal provsvar inte visar växt av MRSA. Vårdpersonal som arbetat i länder utanför Norden de senaste sex månaderna ska kontrolleras innan de får arbeta på svensk vårdinrättning. Även patient med misstänkt MRSA läggs på isoleringsrum med sluss. Det är viktigt att patienten får information om varför åtgärderna är nödvändiga. Sjuksköterskan och övrig personal ska tillämpa barriärvård. Provtagning sker på patienten, och varje landsting i Sverige har sina riktlinjer. Provtas från bland annat näshåla, perineum, sår och eventuella eksem (Almås, 2002).

Region Skåne har utarbetat gemensamma riktlinjer och rutiner för vad som gäller i regionen. Vid misstänkt smitta och i avvaktan på negativt svar, görs en riskbedömning i samråd med infektions/hygienvårdskonsult ifall patienten utgör en hög eller låg risk. Högriskpatienter ska vårdas i isoleringsrum, helst på infektionsklinik. Till högrisk räknas till exempel brännskador, IVA-patienter, trafikskada med öppna sår eller patienter med dränage eller inneliggande katetrar, från endemiskt område. Lågriskpatienter kan barriärvårdas på aktuell avdelning, dock ej på dialys, förlossning, brännskadeavdelning, postoperativ avdelning eller neonatalavdelning. Det är viktigt att observera att även om man gör indelningar i hög och låg risk kan en patient med en enkel hudskada vara en förödande spridare av MRSA (Metodik för kontroll av MRSA, 2002).

Konsekvenser av antibiotikaresistens

Den ökade antibiotikaresistensen får konsekvenser på individnivå, för sjukvårdens organisation och finansiering, samt för samhället i stort. De medicinska riskerna ligger i att behandlingen för den enskilda individen inte blir optimal. Antibiotikabehandling behöver ofta sättas in innan svaret från föregående bakterieodlingar är kända. Desto fler antibiotika som den infekterade bakterien är resistent mot, desto mindre är chansen att antibiotikan ska träffa rätt. Konsekvenserna av detta kan bli att effektiv behandling fördröjs vilket vid en lindrigare infektion kan fördröja läkning och sjukhusvistelse. En svårare infektion såsom sepsis, meningit eller endocardit kan förorsaka ökad mortalitet. MRSA äventyrar också ”främmandekroppskirurgi”, transplantationskirurgi eller intensiv cytostatikabehandling. Vid dessa behandlingar krävs att patienten skyddas av effektiva antibiotika. En uttalad antibiotikaresistens gör läkaren begränsad i sitt val av behandling, vilket kan innebära att antibiotika med onödigt brett spektra, eller med oönskade biverkningar behöver tillämpas. Resistensutveckling medför en dyrare och sämre vård. Sjukvårdens organisation drabbas av längre vårdtider, ökat behov av vårdplatser, enkelrum och särskilda avdelningar (Ekdahl, 2003).

”STRAMA” är ett nätverk av experter från olika organisationer och myndigheter som initierar och bevakar forskning och studier kring problemet antibiotikaanvändning och resistensutveckling inom human- och veterinärmedicin. De regionala ”STRAMA-grupperna” tillhandahåller rekommendationer och utbildningsmaterial för att öka allmänhetens och sjukvårdens kunskaper om infektionssjukdomar och attityder till deras behandling. De gör sammanställningar och för statistik över antibiotikaföreskrivning och förekomst av resistent bakterier (Swedres, 2002).

Epidemiologi, Nationellt

Från och med år 2000 är MRSA anmälningspliktigt. Tidigare övervakades läget via den frivilliga laboratorierapporten (1995-1999). Här av har man kunnat få en viss uppfattning om förekomsten av MRSA, emellertid är det svårt att värdera tillförlitligheten av dessa siffror. Under år 2002 anmäldes totalt 442 fall av MRSA i Sverige. Av dessa uppgavs 292 vara smittade inom landet och 109 utomlands. För övriga 41 personer som var smittade var smittlandet okänt. Av de inhemska fallen antogs 182 personer vara smittade av kontakter med sjukvården och 90 personer smittade i samhället. Under tiden som MRSA har varit en anmälningspliktig diagnos har antalet fall ökat från 323 år 2000, 425 år 2001 till 442 år 2002. Av antalen fall har storstadslandstingen (Stockholm, Västra Götaland och Skåne) stått för den största ökningen, 73 procent av den totala ökningen. Även om MRSA förekommer i alla åldrar, dominerar de äldsta patienterna. Under 2001 var 204 personer av de smittade 60 år eller äldre (Smittskyddsinstitutet, 2004).

Epidemiologi, Internationellt

Sedan början av 1980-talet har MRSA fått en alltmer ökad spridning i världen och är i ett flertal länder ett stort vårdhygieniskt problem. Nya antibiotika har utvecklats, men i samma takt har bakterierna utvecklat resistens mot dessa medel. EARSS- projektet, European Antimicrobial Resistance Surveillance System, har kartlagt förekomsten av MRSA i blododlingar under 2002. Odlingarna har tagits från individer infekterade av *Staphylococcus aureus*, och frekvensen av MRSA har kunnat kartläggas. Siffrorna visar att den lägsta frekvensen av MRSA, mindre än 3 procent, har Skandinavien och Nederländerna. Situationen är svår i länder som England, Frankrike, Italien, Spanien, Grekland, Cypern, USA och Japan.

Samtliga av dessa länder har en frekvens på över 30 procent. Nyligen har rapporter från Japan, USA och Frankrike visat fall av MRSA som är resistent mot Vancomycin (EARSS, Annual report, 2002).

Lagar och författningar

Infektioner som är orsakade av MRSA är enligt smittskyddslagen sedan 1 januari år 2000, en allmänpliktig sjukdom. Detta innebär att smittförebyggande åtgärder ska vidtas då en patient läggs in på sjukhus/vårdinrättning. Det är viktigt att den sjuksköterska som tar emot patienten är väl förtrogen med smittförebyggande åtgärder (Almås, 2002).

Smittskyddslagen (1988:1472) avser skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor. De smittsamma sjukdomarna indelas i samhällsfarliga respektive övriga smittsamma sjukdomar. Smittskyddslagen innefattar tre personer som har rättigheter och skyldigheter uppräknade i lagen. Dessa personer är patienten, den behandlande läkaren och smittskyddsläkaren. Patientens rättighet är att få ett empatiskt och fördomsfritt bemötande från all vårdpersonal och noggrann information om sjukdomen. Den som misstänker sig vara smittad av MRSA eller annan allmänfarlig sjukdom, är enligt lagen skyldig att uppsöka läkare. Läkaren i sin tur är skyldig att ställa diagnos och ska ge patienten förhållningsregler för att smittan inte ska överföras till andra. Varje landsting har en smittskyddsläkare som har ett antal personer knutna till sig. Läkaren har ett ansvar för den förebyggande verksamheten avseende smittsamma sjukdomar i sitt landsting.

Definition på isoleringsvård

Med isoleringsvård menas reducering av de fysiska möjligheterna för mikroorganismer att spridas, från en infekterad till en infektionsmottaglig person. Den främsta avsikten är att minska antalet personer som kommer i kontakt med den som är isolerad. Isoleringen kan genomföras av två anledningar:

- Om patienten är smittsam (för att skydda omgivningen)
- Om patienten är infektionskänslig (skyddas patienten från omgivningen)
(Ericson & Ericson, 2002)

Isoleringsrummen kan skilja sig åt något. Det finns enkelrum med separat toalett, och enkelrum med sluss. I slussen förvaras skyddsutrustning och här finns tvättställ. Onödig passage genom slussen bör undvikas i största möjliga mån, då denna är ventilerad, så att vådrummets luft inte passerar ut till avdelningen. Med isoleringsvård i föreliggande studie menas ett rum där patienten vårdas avskild från övriga patienter och där omvårdnaden bedrivs genom barriärvårdsteknik. (a a).

Definition på barriärvård

Med barriärvård avses åtgärder som vidtas för att undvika smitta vid kontakt med kroppsvätskor. Detta sker genom noga handhygien, skyddshandskar och skyddskläder. En god handhygien är den i särklass viktigaste åtgärden för att förhindra kontaktsmitta. Alkoholbaserat desinfektionsmedel bör och kan användas ofta (Ericson & Ericson, 2002).

Det är viktigt att både patient och närstående får information om hygieniska riktlinjer vid isolering.

TEORETISK REFERENSRAM

I föreliggande studie kommer Orlandos (1990) teori att tillämpas. Teorin beskriver omvårdnaden som en process, där de centrala faktorerna är interaktionen och samspelet mellan sjuksköterska och patient, vid en given tidpunkt.

Då omvårdnad av isoleringsvårdade MRSA-bärare oftast sker under en begränsad tid är Orlandos teori användbar då den fokuserar på det omedelbara mötet mellan sjuksköterska och patient här och nu. I mötet med patienten är det sjuksköterskans uppgift att försäkra sig om att hon uppfattat patienten på ett korrekt sätt. Detta genom att ställa raka och konkreta frågor till patienten. Då isolerings- och bariärvård innebär en stor påfrestning för patienten är det viktigt att det finns ett förtroende mellan patient och sjuksköterska.

Orlandos syn på omvårdnad präglas av hennes personliga erfarenheter som psykiatrisjuksköterska. Människosynen i teorin är humanistisk och dynamisk, samt framhåller det individuella och unika hos varje individ. Människan befinner sig i kontinuerlig utveckling och som patient är individen en aktiv och medansvarig person. Det är sjuksköterskans uppgift att fortlöpande försäkra sig om att hon uppfattar patienten på ett korrekt sätt. Orlando inriktar sig på människans behov av hjälp vid sjukdom och ohälsa. Behovet av omvårdnad kopplar hon till individens upplevelse av hjälplöshet i olika situationer. Vidare menar Orlando att omvårdnad är en självständig funktion. Sjuksköterskan möter patienten i en interaktionsprocess som följer ett speciellt mönster (a a).

Orlandos omvårdnadsprocess:

- *Patientens beteende* – sjuksköterskan uppmärksammar patientens beteende
- *Sjuksköterskans reaktion på patientens beteende* –interaktionen
- *Bekräftande av sjuksköterskans reaktion.* Sjuksköterskan kontrollerar om hon uppfattat patienten korrekt. Sjuksköterskan kan skilja mellan tankar, observationer och egna känslor.
- *Sjuksköterskans handlingar* - efter att ha fastställt patientens behov väljer hon sina handlingar

Omvårdnadens mål och syfte är att identifiera och möta patientens behov, där patienten upplever hjälplöshet:

”Behov definieras i detta sammanhang som ett krav från patienten som, om det tillmötesgås, lindrar eller reducerar hans omedelbara obehag eller befordrar hans omedelbara känsla av tillfredsställelse eller välbefinnande”
(Orlando, 1990 s 6, översatt av författarna).

Sjuksköterskans roll knyts specifikt till det omedelbara mötet med patienten, i korrekta situationer, där patientens behov av hjälp är det centrala. I mötet med patienten följer sjuksköterskan en speciell strategi med särskilda riktlinjer. Detta skiljer den professionella interaktionen från den som sker i mötet mellan två människor (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med föreliggande studie är att belysa vuxna MRSA-bärares upplevelser av isolerings- och barriärvård, samt att beskriva omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan utöva för att tillgodose dessa patienters behov.

Frågeställningar:

- *Hur upplever patienter som är MRSA-bärare isoleringsvård och barriärvård*
- *Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan och annan sjukvårdspersonal utöva för att tillgodose dessa patienters behov?*

METOD

Goodmans modell (SBU, 1993) har använts som vägledning i litteratursökningen, artikelgranskningen och sammanställningen av vetenskapliga artiklar. Modellen inriktar sig särskilt på forskning inom hälso- och sjukvård, och ger en vägledning i hur man systematiskt går till väga för att söka och sammanställa bästa tillgängliga evidens ur tidigare studier. Forskning enligt denna metod behöver genomgå sju viktiga steg vilka presenteras i bilaga 1.

Inledningsvis diskuterades en lämplig teoretisk referensram som skulle genomsyra arbetet. Efter genomläsning av olika teorier föll valet på Orlandos (1990) teori. Teorin är användbar då den fokuserar på interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Orlando framhåller att sjuksköterskan uppmärksammar patientens mående på ett korrekt sätt, och utefter detta gör en bedömning om vilka omvårdnadsåtgärder som är lämpliga.

Litteratursökning

Då avsikten var att utföra en systematisk litteratursökning, användes Willman & Stoltz (2002) som första litteraturkälla för att få en ökad kunskap och råd om ett systematiskt tillvägagångssätt för att finna evidensbaserade studier.

Föreliggande studie är en litteraturstudie som baseras på vetenskapliga artiklar med kvantitativ, kvalitativ och kvantitativ/kvalitativ ansats. Vetenskapliga artiklar har sökts via databaser som varit tillgängliga på Malmö högskola. Dessa är PubMed, SweMed+, Cinahl och Cochrane library och ELIN@ som innehåller flera olika databaser (Bilaga 2). Avgränsningar som gjorts vid artikelsökningen är att artiklarna ska ha varit publicerade på engelska, svenska, norska eller danska och endast artiklar med abstrakt har sökts. Urvalet har avgränsats till vuxna (>18 år) MRSA-bärare som isoleringsvårdats. Inga avgränsningar har gjorts avseende artiklarnas publiceringsår. Då sökning inledningsvis utfördes på Mesh-termerna methicillin resistance AND staphylococcus aureus, konstaterades att publicerade artiklar i ämnet var begränsat. Även fritextsökning på relevanta sökord har använts (Bilaga 2). Det bedömdes relevant att översiktligt gå igenom samtliga artiklars titel och abstrakt då detta anknöt till frågeställningarna.

Artikelgranskning

Den första bedömningen av relevanta artiklar gjordes efter abstrakt. De tolv artiklar som verkade överensstämma med frågeställningarna framtogs i fulltext och lästes av båda författarna. Artiklarna granskades därefter utifrån Polit et al (2001) riktlinjer för vad en vetenskaplig studie ska innehålla (Bilaga 3). Efter denna granskning återstod tre kvalitativa, fyra kvantitativa och en studie med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Dessa åtta artiklar presenteras i resultatredovisningen.

Utifrån Polit et al (2001) riktlinjer utformades bedömningsmallar, en för respektive kvantitativ och kvalitativ metod (Bilaga 4 och Bilaga 5). Bedömningsmallarna kom först att användas av författarna var för sig, för att sedan jämföras och sammanställas till en gemensam bedömning av artiklarna. Detta för att verifiera att båda författarna uppfattat artiklarnas kvalitet lika. Därefter sammanställdes artikelgranskningen och poängsattes gemensamt av båda författarna. Poängen räknades samman och omvandlades till ett procenttal för att möjliggöra en jämförelse av artiklarna. Som föreslås av Willman och Stoltz (2002) utfördes en kvalitetsgradering av artiklarna och graderades enligt nedanstående skala (Bilaga 6,7 och 8).

Grad I	80-100 %
Grad II	70-79 %
Grad III	60-69 %

(Källa: Willman & Stoltz, 2002)

I ett flertal av studierna förekommer validerade mätinstrument som forskarna använt, dels vid datainsamlingen för att finna ett representativt urval, och dels för att mäta olika tillstånd. De instrument som använts består av enkla frågeformulär som patienterna själva fyller i. En del av de instrument som använts i studierna och som bedömts som relevanta för resultatet, presenteras i bilaga 9.

RESULTAT

Resultatet från artiklarna redovisas och presenteras i de teman som har framträtt ur artiklarna.

Dessa teman är:

Isoleringsvårdade patienters upplevelser av:

- Mental hälsa/ohälsa
- Information och kommunikation
- Fysiska begränsningar
- Barriärvård

Flera av artiklarna förekommer under mer än ett tema och presenteras därför vid flera tillfällen.

Åtta granskade artiklar ingår i resultatredovisningen (Tabell 1), fyra kvantitativa, tre kvalitativa och en med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Samtliga artiklar är publicerade i engelska tidskrifter och baseras på engelska förhållanden (Bilaga 6-8).

Tabell 1. Översikt av artiklar som ingår i föreliggande studies resultatredovisning.

Författare	Urval(totalt)	Studiedesign	Kvalitet
Tarzi et al, 2001	n=42	Kvantitativ, tvärsnittstudie	I
Gammon, J, 1998	n=40	Kvantitativ, randomiserad, quasiexperimentell, retrospektiv	I
Rees & Davies, 2000	n=21	Kvantitativ, prospektiv	II
Rees et al, 2000	n=21	Kvantitativ, prospektiv	II
Kennedy & Hamilton, 1997	n=32	Kvantitativ och kvalitativ, tvärsnittstudie, prospektiv	I
Newton et al, 2001	n=19	Kvalitativ	I
Knowles, H, 1993	n=16	Kvalitativ	II
Oldman, T, 1998	n=10	Kvalitativ	III

Mental hälsa/ohälsa

I de nedan granskade artiklarna förekommer skiftande beskrivningar av hur isolerade patienter, främst MRSA-bärare upplever sin mentala hälsa/ohälsa.

I en kvantitativ, quasiexperimentell studie, undersökte Gammon (1998) om patienter som isoleringsvårdats på grund av infektion, upplevde fler psykologiska negativa *bieffekter* än patienter som vårdats på vanlig öppen avdelning. Genom randomisering valdes fyrtio deltagare ut till studien. Deltagarna var från två sjukhus och ett ålderdomshem i England. Patienterna delades upp i en kontrollgrupp (ej isolerade) och en experimentgrupp (isolerade). I experimentgruppen var 60 procent MRSA-bärare, övriga var salmonella- och clostridiuminfekterade. Kontrollgruppen var hjärt- lung- och cancersjuka patienter. Medelåldern för de isolerade var 61 år, och för de icke isolerade 52 år. För att mäta depression och ångest/oro användes HADS-skalan, en bedömningskala som visar humörsförändringar till följd av ångest och depression hos psykiskt friska personer, Self-Esteem Scale för att mäta självkänsla och Health- Illness Questionnaire för att mäta individens känsla över att av kontroll över hälsa/ohälsa (Bilaga 9). Resultatet visade att ångest och depression var signifikant högre och självkänslan och kontrollförmågan signifikant lägre i experimentgruppen än i kontrollgruppen.

I en engelsk tvärsnittsstudie av Tarzi et al (2001) hade forskarna för avsikt att jämföra upplevelser hos isolerade och icke isolerade, äldre MRSA-bärare, som var under rehabilitering för att undersöka psykologiska effekter av isoleringsvård. Deltagarna uppdelades i en experimentgrupp, bestående av tjugotvå isolerade MRSA-positiva, och en kontrollgrupp bestående av tjugo MRSA-negativa, ej isolerade patienter. Medelåldern på samtliga deltagare var åttio år. Experimentgruppen hade varit isoleringsvårdade minst 2 veckor och kontrollgruppen hade legat på sjukhus minst 4 veckor. Vid matchning av grupperna förekom ingen skillnad avseende kön, ålder, diagnos eller längd på sjukhusvistelse. Mätinstrument (Bilaga 9) som GDS (The Geriatric Depression Scale-Short form) och POMS (The Profile of Mood States) användes för att mäta depression, ångest och aggressivitet hos urvalet. Studien visade att äldre MRSA-bärare som isoleringsvårdats visade en signifikant högre grad av depression och ångest än de som inte var isolerade. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de båda grupperna avseende aggressivitet. Längd på sjukhusvistelse eller längd på isolering kunde inte relateras till depression, ångest eller aggressivitet (Tarzi et al, 2001).

I en matchad tvärsnittsstudie undersökte Kennedy och Hamilton (1997) en grupp på 19 ryggmärgsskadade MRSA-bärare (experimentgrupp) som isolerats på grund av sin smitta. Syftet med studien var att undersöka psykisk hälsa hos denna patientgrupp. Mätinstrument, ej redovisade i föreliggande studie då detta ej varit relevant, användes för att mäta tillstånd hos patienterna såsom depression, ångest och aggressivitet. Semistrukturerade intervjuer användes vid insamling av datamaterialet som komplement till studien för att forskarna skulle få information om patienternas upplevelse av MRSA inducerad isoleringsvård. Samtliga patienter i studien var män, hade en ryggmärgsskada och hade varit isolerade i minst två veckor. Medelåldern på deltagarna var 31,1 år. Kontrollgruppen matchade i ålder, kön, skada och tid vid skadetillfälle. Experimentgruppen skiljde inte signifikant från kontrollgruppen avseende ångest och depression, men tenderade att ligga högre vid samtliga mätningar jämfört med kontrollgruppen. Det enda signifikanta värdet som särskilde grupperna var att experimentgruppen i signifikant högre grad upplevde aggressivitet. Ur de semistrukturerade intervjuerna framkom att 50 procent av de isolerade påverkades i sin sinnesstämning till följd av isoleringen.

Syftet med första delen av en engelsk studie av Rees och Davies (2000) var att undersöka hur patienter som isoleringsvårdats på en akut och rehabiliteringsavdelning, påverkades i sin sinnesstämning. Detta för att finna relevanta omvårdnadsåtgärder som kan leda till en god omvårdnad av dessa patienter. Övervägande av patienterna var MRSA-bärare (76,2 %) och övriga hade Clostridiuminfektion eller Tuberkulos. Studien redovisas i två delar där studiernas urval och metod är identiska. Det som särskiljer studierna är författarantalet samt studiernas frågeställningar. Insamling av data skedde via intervjubaserade frågeformulär med 21 isolerade patienter. Med intervjubaserat frågeformulär avses där forskaren läser upp frågan för deltagaren, som själv fyller i formuläret. För att mäta depression och ångest användes HADS-skalan, The Hospital Anxiety and Depression Scale (se bilaga 9). Av patienterna hade 85,7 procent varit isolerade en till fyra veckor och övriga mer än fyra veckor. I den första delen av studien framkom att 57,1 procent (n=12) upplevde depression (n=3), ångest (n=5) eller både depression/ångest (n=4) genom mätningar på HADS-skalan. Av dessa patienter medicinerade 42,9 procent (n=9) med antidepressiva läkemedel. Resultatet visade att förändrad sinnesstämning är en konsekvens av isoleringsvård.

Newton et al (2001) undersökte i en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer hur MRSA-bärare upplevde isoleringsvård och hur de såg på sin infektion. 19 MRSA-bärare som varit isolerade 3 till 77 dagar, deltog i studien. Intervjuerna följde en förbestämd intervjuguide som kompletterades med följdfrågor. Detta för att få mer detaljerade beskrivningar av deltagarna om deras upplevelser. Orsaken till MRSA uttrycktes av patienterna som otur, att sjukvården var skuld till smittan eller att de inte visste varför de hade MRSA. Forskarna fann inga bevis för att isoleringsvård har skadliga effekter på den mentala hälsan. Patienterna uttryckte både positiva och negativa upplevelser av isolering. Positiva upplevelser uttrycktes som att patienterna kände sig fria från rutiner och det gavs möjlighet till att vara privat. Endast tre patienter upplevde att de var ensamma och fyra uttryckte att de fick liten uppmärksamhet av sjuksköterskorna.

Åtta patienter som isoleringsvårdades i enkelrum intervjuades om sina upplevelser av isolering i en kvalitativ studie av Knowles (1993). Deltagarna i studien var patienter från sju olika avdelningar och deltagarna uppdelades i två åldersgrupper, med fyra deltagare i varje grupp.

I den yngre gruppen var deltagarna i åldern 21-29 år, hade samhällsförvärd infektion, och hade ingen eller liten erfarenhet sedan tidigare av sjukhusvård. I den andra gruppen var deltagarna äldre, 64-85 år, och isolerade på grund av sjukhusförvärd infektion. Denna grupp av patienter hade varit isolerade fem till tolv veckor. I studien uttryckte patienterna skiftande upplevelser av isoleringsvård. Några patienter uttryckte stigmatisering och ensamhet. Även upplevelser som att vara fängslad, instängd och övergiven framkom. Motsatsen uttrycktes då några patienter menade att isoleringen hade fördelar såsom frihet, att få vara ostörd och mer privat. Det sågs som en fördel att kunna umgås med anhöriga utan att ta hänsyn till medpatienter (Knowles, 1993).

Syftet med en studie av Oldman (1998) var att utforska MRSA-bärares upplevelser av isoleringsvård. Via semistrukturerade intervjuer genomfördes undersökningen på fem patienter som varit isolerade fem dagar till fyra veckor. Anledningen till isoleringsvården var MRSA. Samtliga intervjuer genomfördes under en dag på avdelningen. Resultatet visade att patienternas upplevelser av isolering skiftade. Det framkom att några patienter värdesatte isoleringen, en patient uppskattade friheten som isoleringen innebar. Samma patient kunde sova så länge han önskade utan att störa medpatienterna. En patient uttryckte att ensamheten gav honom tid att tänka, men angav samtidigt att hans livsstil och personlighet var sådan att han uppskattade den ensamhet som isolering innebar. Motsatsen uttalades av en patient som ansåg att han fick för mycket tid över till att tänka och oroa sig. Isoleringen och vetskapen om att kunna smitta andra, fick en patient att känna sig bortglömd av sjuksköterskorna. Patienten uttalade att andra medpatienter behövde sjuksköterskornas hjälp bättre, och ville inte störa i onödan då han visste att det var mycket att göra på avdelningen. En patient uttryckte att känslan av ensamhet förstärktes av att det saknades ett fönster i dörren ut mot avdelningen, vilket hade reducerat denna känsla. Motsatsen till upplevelsen av ensamhet, uttalades av en patient som inte upplevde ensamheten som besvärande. Denna patient var den enda av de fem som hade ett fönster i sitt rum och han uppskattade att sjuksköterskorna kunde vinka till honom.

Information och kommunikation

Det framgår brister i informationen och kommunikationen till de isolerade patienterna i de följande studierna.

I den andra delen av Rees et al (2000) identifierades vilka faktorer som var viktiga för att de 21 isolerade patienterna skulle känna sig tillfreds vid isoleringsvård. Patienterna fick rangordna de faktorer som de upplevde var av betydelse för deras välbefinnande. Resultatet av undersökningen visade att 90,5 procent av de tillfrågade värderade regelbunden kontakt med personalen som det viktigaste. Tillgång till radio och telefon värderades som positivt av hälften av de tillfrågade patienterna. En faktor som värdesattes av deltagarna för deras välmående var fortlöpande information om behandlingen av infektionen under den tid de var isolerade. Även patienternas upplevelser av hur information hade delgivits dem identifierades i studien. Av deltagarna uppgav 38,1 procent att de fått både skriftlig och muntlig information, 81 procent förstod den information som gavs. Av patienterna var det 61,9 procent som ansåg att de fått regelbunden information om behandlingen under den tid de varit isolerade.

I Knowles (1993) studie framkom att samtliga patienter kände sig frustrerade av att inte ha kontakt med medpatienter. Några patienter hade före isoleringen vårdats på öppen avdelning och saknade sällskapet med andra patienter.

En patient uttryckte:

”Det lugnar dig när du är i det stora rummet, du kan prata med andra./.../ När du är här inne har du ingen att prata med, bara om någon plötsligt dyker upp” (Knowles, 1993 s 54, översatt av författarna).

Då isoleringsrummen låg avskilda från avdelningen, förstärktes känslan av att vara avskärmd från de andra patienterna och det framkom att de patienter som isoleringsvårdades inte upplevde sig vara sedda av personalen. Rummens utförande skiljde sig något åt. Några rum hade fönster ut till avdelningen, medan andra saknade detta. För att få personalens uppmärksamhet var patienterna hänvisade till ringklockan. Två patienter hade ingen tillgång till ringsignal utan fick gå upp och kalla på personalen genom dörren. Detta skapade problem då personalen hade mycket att göra. Patienterna ville inte störa personalen i onödan och påkallade endast deras uppmärksamhet då det fanns en anledning. Samtliga patienter i studien uttryckte att de i högre utsträckning ville se, höra och vara mer med andra än vad som förekom (a a).

Fysiska begränsningar

Upplevelsen av att vara fysiskt begränsad visade sig vara högst individuell för patienterna i de nedan beskrivna artiklarna. Vissa patienter uppskattade den fysiska begränsningen och avskildheten, medan andra var besvärade av den.

I studien av Knowles (1993) framkom att patienterna kände sig begränsade, instängda och utan kontakt med den omgivande miljön. Detta kunde härledas till isoleringsrummens placering, avsides av avdelningen. Den yngre gruppen av patienter (21-29 år) upplevde sig uttråkade. Den äldre gruppen (64-85 år) uttryckte att de hade få meningsfulla aktiviteter att ägna dagarna åt. Dagarna ägnades åt att titta på TV och hålla ordning i rummet. Isoleringen upplevdes som att tiden stod still. En patient upplevde motsatsen och tyckte att hon hade mer tid och möjlighet att lyssna på radio, vilket värderades högt av denna patient. En annan patient upplevde sig mycket besvärad av den begränsade rörelseytan och ansåg att detta påverkade hans tillfrisknande på ett negativt sätt. Detta framkom även i studien av Kennedy och Hamilton (1997) ur de semistrukturerade intervjuerna, där de ryggmärgskadade upplevde att deras rehabilitering påverkades och fördröjdes avsevärt på grund av isoleringen (85 %).

I Oldmans studie (1998) uttryckte patienterna att de upplevde att isoleringen medförde att de blev uttråkade och att de inte hade något att sysselsätta sig med.

En patient uttryckte:

” Jag tittar på fyra tomma väggar 24 timmar om dygnet och känner att jag tappar tidsbegreppet. Den ena dagen är den andra lik. /.../” (a a, 1998 s 68, översatt av författarna).

Samma patient verkade ha tappat intresset för allt. Han uttryckte:

”Du tror att du är den enda patienten på avdelningen, men det är du inte. /.../ Jag känner att jag behöver uppmärksamhet, men samtidigt känner jag mig självisk” (a a s 68, översatt av författarna).

Barriärvård

I de artiklar som berör barriärvård framkommer negativa upplevelser. Framförallt skyddsmasken upplevdes som en barriär mellan patient och sjuksköterska.

I studien av Newton et al (2001) framkommer att få patienter förstår anledningen till barriärvård. De patienter som identifierades som MRSA-bärare och lagts på isoleringsrum, hade informerats både skriftligt och muntligt. Ändå kunde patienterna inte redogöra för syftet med barriärvården.

En patient uttryckte:

”Jag tycker det är absurt när de tar på sig munskydd. Jag kan förstå handskar om man lägger om sår, men jag förstår inte varför de tar på sig munskydd, då detta inte behövs då de vårdar mig. /.../ Det är endast slöseri med tid och pengar” (a a s 278, översatt av författarna).

En patient hade uppmärksammat att personalen inte var konsekvent vid utförandet av barriärvård. Hon uttryckte:

”De till och med glömmar att sätta på sig munskydd när de kommer in på rummet. Jag tror inte att det kan vara så allvarligt” (a a s 278, översatt av författarna).

I studien av Knowles (1993) framkom att somliga patienter upplevde munskydd som negativt då de inte kunde se sjuksköterskornas ansikte.

En patient uttryckte:

”Alla bär mask omkring dig och du vet inte varför de har det på sig. Du vet inte ens vad det är för fel på dig. /.../ Det gör mig orolig”. /.../ Det får mig verkligen att tänka att jag måste verkligen vara farlig för samhället” (a a s 56, översatt av författarna).

Samma patient oroade sig för att barriärvården skulle skrämja hans anhöriga. Han upplevde sig kränkt då hans anhöriga fått information om varför isolering var nödvändig och oroade sig för att detta kunde påverka deras relation. Liksom vad som framkom i studien av Newton et al (2001) hade patienterna uppmärksammat personalens inkonsekvens avseende munskydd (Knowles, 1993).

DISKUSSION

Diskussionen i föreliggande studie är uppdelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion. Resultatdiskussionen diskuteras utefter de teman som framkom ur de granskade artiklarnas resultat.

Metoddiskussion

Det bestämdes tidigt i arbetes gång att Goodmans modell skulle tillämpas som metodvägledning. Ambitionen var att förvärva kunskaper om hur man på ett systematiskt tillvägagångssätt söker, granskar och redovisar vetenskapliga artiklar.

En svaghet i arbetet är att studiedesign i de granskade artiklarna inte har bedömts, vilket kan ha påverkat resultatet.

Artikelsökningen inleddes med sökning i databasen Cinahls thesaurus för att finna MeSH-termen för MRSA. Denna visade sig var uppdelad i två MeSH-termer, methicillin resistance AND staphylococcus aureus. MeSH-termerna kombinerades med fritextsökning, se bilaga 2, för att finna relevanta artiklar som skulle svara till frågeställningarna. Det framkom dock begränsat antal träffar vid denna sökning i samtliga redovisade databaser. Sökning på MRSA gav större andel träffar och detta i kombination med andra sökord framkom relevanta artiklar. Sökningen i databaserna utfördes under de två veckor som var avsatta för artikelsökning, men kom att kontrolleras under arbetes gång vid flertalet tillfällen. Därefter avsattes två veckor till artikelgranskning. Om inte relevant artikel var tillgänglig i fulltext i databasen, söktes den publicerade tidskriften på Medicinska biblioteket, UMAS eller på Malmö högskolas bibliotek. Relevanta artiklar söktes även via publicerade artiklars referenslistor, vilka kom att ge nya uppslag.

Då endast artiklar med tillgängligt abstrakt har sökts är detta en begränsning i arbetet eftersom andra relevanta artiklar kan ha fallit bort och inte redovisats i studien.

Bedömningsmallarna som konstruerades för artikelgranskningen underlättade granskningen av artiklarna och gjorde dem mer överskådliga och jämförbara. Vi är medvetna om risken för att studierna övervärderats eller undervärderats då bedömningsmallarna baseras på subjektiv bedömning av författarna.

Orlandos (1990) interaktionsteori har varit tillämpbar i denna studie och är användbar i det professionella mötet mellan sjuksköterska och patient. Teorin fokuserar på samspelet, vilket är grundläggande i all omvårdnad. Den patientgrupp som belysts i denna studie har ett stort behov av en god omvårdnad, som tillämpas på vetenskapliga grunder, av en professionell, empatisk och lyhörd sjukvårdspersonal. Teorin har svagheter då den är begränsad eftersom den saknar perspektiv på familj, anhöriga och samhället i stort.

För att få förståelse för upplevelserna av isoleringsvård gjordes ett studiebesök på infektionskliniken UMAS där vi fick bekräftat en del av de tankegångar vi haft under arbetets gång. Vid besöket gavs möjlighet att se ett isoleringsrum, vilket gav insikt i hur patienter kan uppleva instängdheten och ensamheten av att vara isoleringsvårdad. Dilemmat med att vårda dessa patienter är att hålla en god hygien och ett gott smittskydd samtidigt som det ska ges en god omvårdnad.

De artiklar som svarat på frågeställningarna är relativt nypublicerade (1993-2001). Detta kan tyda på att forskningen kring MRSA-bärares upplevelser av isolering- och barriärvård inte varit prioriterat där av ett litet antal artiklar som svarat på frågeställningarna till föreliggande studie.

Artikeln av Oldman (1998) uppfyllde inte till fullo de krav som Polit et al (2001) ställer på vetenskaplig artikel och graderades enligt kvalitetsgranskningen till grad III (låg kvalitet). Studien fick avdrag då den saknade inledande abstrakt. Då författare i de artiklar som presenteras i resultatredovisningen hänvisar till denna studie, har den bedömts relevant för arbetet. Denna explorativa studie lyfter fram och belyser MRSA-bärares upplevelser av isoleringsvård.

Ur studien av Knowles (1993) framkom inte utifrån beskrivningen av urvalet, vilken infektion som deltagarna i studien isolerats för. Författaren till studien presenterar bakomliggande orsak till isoleringsvård som samhällsförvärd- och sjukhusförvärd infektion, där patienterna isolerats på grund av smittorisk till andra. Detta är en svaghet i föreliggande studie då detta inte till fullo svarar på frågeställningen om MRSA-bärares upplevelser av isolering och barriärvård. Studien har dock ansetts relevant, då den speglar patienters upplevelser av isolering och barriärvård och där patienten isolerats för att förhindra smitta till omgivningen.

Då samtliga studier är publicerade i England och baseras på engelska förhållanden, är de inte helt jämförbara med svenska förhållande. Som beskrivits tidigare är MRSA-spridningen endemisk på engelska sjukhus, vilket inte är fallet i Sverige. Eftersom föreliggande studie belyser upplevelser av att vara isolerad MRSA-bärare anser vi att resultaten ur artiklarna ändå är relevanta för svenska förhållanden med tyngdpunkt på upplevelser.

Vi har reflekterat över att författarna till de granskade artiklarna inte särskiljer kvinnor och mäns olika upplevelser av isolerings- och barriärvård. Då författarna inte redovisat detta har vi inte granskat artiklarna ur ett genusperspektiv.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att utifrån vetenskapliga artiklar belysa hur MRSA-bärare upplever isoleringsvård och barriärvård, samt beskriva relevanta omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal kan utföra för att tillgodose dessa patienters behov. Då urvalet till flertalet av de granskade artiklarna som ingår i resultatredovisningen är litet och upplevelserna som uttrycks är mångskiftande, kan inga generella slutsatser dras utifrån resultatet om hur MRSA-bärare upplever isolerings- och barriärvård. I de granskade artiklarna framkom begränsade bevis för att det är MRSA-infektion i kombination med isoleringsvård som orsakar de negativa upplevelser som patienterna uttrycker. Däremot visar ett flertal av studierna att isoleringsvård i allmänhet kan ha negativa *bieffekter* för patienter såsom depression och ångest.

Evidens för relevanta omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal kan utföra gick ej att finna, utan endast de rekommendationer som forskarna i de granskade artiklarna anser vara relevanta, presenteras i resultatet. Egna tankar om relevanta, omvårdnadsåtgärder för sjuksköterskor kommer att diskuteras i det följande, utifrån artiklarna och Orlandos (1990) teori, samt utifrån egna förvärvade kunskaper och erfarenheter.

Mental hälsa/ohälsa

I flertalet av de granskade studierna belyses psykologiska *bieffekter* som depression, ångest, aggression och ensamhet. Ångest är en av människans viktigaste skyddsfunktioner i tillvaron och är avgörande för överlevnaden. Ångest är inte sjukligt men kan upplevas som obehagligt när den är lättväckt (Cullberg, 2003). Att hamna i en livssituation då man känner sig kränkt eller förtryckt, skapar aggressioner som kan vara svåra för individen att hantera. När en patient tvingas till isolering kan känslan av ensamhet och utsatthet bli svår. Ju längre tid patienten behöver vistas i isoleringsvård desto mer beroende blir hon av att det finns kunnig och empatisk personal att tillgå.

Om patienten lämnas ensam med sin ångest och sina aggressioner kan depressiva symtom framträda. Depressiva symtom kan förekomma i skiftande svårighetsgrad från lättare former som dystomi till svårare former som melankoli med inslag av suicid tankar. Dessa tillstånd kan utlösas av yttre händelser som förlust eller kränkning och orsaka patienten förändrad dygnsrytm som tidigt uppvaknande och morgonångest (Cullberg, 2003).

I studien av Gammon (1998) framkom att infekterade patienter som vårdades i isolering, i högre grad upplevde depression och ångest, samt hade lägre självkänsla och känsla av kontroll än de patienter som vårdades på öppen avdelning. Utifrån resultatet anser forskarna att deras studie bekräftar tidigare forskning som visar att sjukhusvistelse påverkar patienter negativt. För dem som är infekterade och isolerade förstärks de negativa effekterna ytterligare. Forskarna belyser bristen på utarbetade interventioner för att minimera *stressorer* som sjukhusvistelse och isolering utgör för patienterna. Interventioner som föreslås är psykologiskt stöd och patientundervisning.

Depression, ångest, dålig självkänsla och känsla av att inte ha kontroll, är symtom på att patientens psykiska välbefinnande och hanteringsförmåga har rubbats. Sjuksköterskan har en viktig roll att fylla genom att utföra omvårdnadsåtgärder för att de negativa upplevelserna av isolering ska minimeras. Sjuksköterskan bör genom sin yrkeskompetens kunna stödja patienten och sätta sig in i den situation som isolering innebär. Det krävs av sjuksköterskan att hon är lyhörd (Frisdal, 2001) för patientens behov, och innehar förmågan att uppfatta patientens mentala hälsa eller ohälsa. I likhet med det resultat som framkom ur studien av Gammon (1998), uppvisade isoleringsvårdade MRSA-bärare i studien av Tarzi et al (2001) högre grad av depression och ångest, än de patienter som inte var isolerade. Samtliga patienter ur både kontrollgruppen och experimentgruppen, uppvisade en signifikant högre grad av aggressivitet än äldre individer i allmänhet. Studien belyser att sjukhusvistelse i sig påverkar äldre patienter negativt, men om patienten vårdas i isolering och dessutom har MRSA, förstärks de negativa effekterna så som depression, ångest och aggressivitet, ytterligare. Utifrån resultatet att äldre människor påverkas negativt av isolering, vill forskarna belysa alternativa sätt att vårda MRSA-bärare. Om patienten bedöms som lågrisk bör det tas i beaktning om det är nödvändigt med isolering. Detta förutsätter en god handhygien vid patientkontakt och stöd till patienten. Om inte isolering kan undvikas måste effektivare omvårdnadsåtgärder, såsom stöd och god kommunikation eftersträvas för att negativa effekter ska minimeras. De som vårdar äldre isolerade MRSA-bärare bör vara medvetna om dessa patienters reaktion och upplevelser av isoleringen (a a).

Cullberg (2003) skriver att isolering innebär ensamhet. Ensamhet kan vara självvalt, men när man isoleras har man inte gjort något eget val. De grupper som påverkas mest av ensamhet är framförallt äldre människor. De är mycket beroende av stimulans och trygghet.

Som sjuksköterska är det viktigt att ha en medvetenhet om att äldre människor påverkas av ensamheten i större omfattning än yngre.

Äldre individer kan ha mist delar av det sociala nätverk de en gång haft, vilket reducerar möjligheten till besök. Besök innebär stimulans och ett avbrott i ensamheten. Det är då av ännu större betydelse att sjuksköterskan finns där som ett stöd. Med denna insikt om äldre kan sjuksköterskan tillgodose dessa patienters behov.

I studien av Kennedy och Hamilton (1997) framkom att det enda signifikanta värdet vid isoleringsvård var aggression. Det framkom ingen signifikant skillnad mellan experimentgruppen och kontrollgruppen avseende upplevelsen av depression eller ångest, men experimentgruppen tenderade att ligga något högre i samtliga mätningar av dessa variabler. Forskarna drar utifrån sitt resultat slutsatsen att ryggmärgsskadade MRSA-bärare inte upplever depression och ångest på grund av isolering utan att det är ryggmärgskadan i sig som påverkar deras psykiska hälsa. Varför aggressivitet var signifikant högre i experimentgruppen framkom inte ur resultatet. Ur de semistrukturerade intervjuerna framkom att patienterna upplevde att rehabiliteringen påverkades negativt av isoleringen. Forskarna påpekar att denna studie kanske inte är helt representativ för isolerade MRSA-bärare då deltagarna är en speciell patientgrupp i bemärkelsen att de är yngre och ryggmärgsskadade. Som ryggmärgsskadad, ung och isolerad MRSA-bärare, kan det förväntas att patienten visar aggressioner och symtom på depression och ångest. Det är en psykisk belastning i sig att ha en svår skada med en eventuellt lång rehabilitering. Att dessutom tvingas ligga på isoleringsrum under en stor del av denna tid, medför påfrestningar för patienten. Som Kennedy och Hamilton (a a) påpekar, kan inga generella slutsatser dras utifrån resultatet om hur MRSA-bärare upplever isolering och vilken påverkan detta har för patienten.

I studien av Rees och Davies (2000) identifierades att mer än hälften av de isolerade patienterna upplevde sig deprimerade eller ångestfulla eller en kombination av båda tillstånden till följd av isolering. Av de patienter som hade dessa symtom medicinerades 42,9 procent med antidepressiva läkemedel. Forskarna, Rees och Davies (a a) ifrågasätter varför inte samtliga patienter med symtom på ångest och depression får behandling med antidepressiva läkemedel och de ifrågasätter även varför patienter med dessa symtom inte är diagnostiserade av en psykiatriker. Resultatet tolkas som att det kan finnas brister hos personalen och att patienter med dessa symtom inte uppmärksammas. Forskarna (a a) framhäver en empatisk och lyhörd personal för att patienter med dessa symtom ska upptäckas och eventuellt behandlas om behov finns. Studien belyser vikten av att personal får riktlinjer att arbeta efter för att kunna identifiera de patienter som är deprimerade eller har ångest. Forskarna till denna studie förespråkar psykofarmaka utan att ge några alternativa omvårdnadsåtgärder för att förebygga depression och ångest. Med tanke på en relativt kort tid av isolering, en till fyra veckor, bör inte förstahandsvalet vara antidepressiva läkemedel. Det framgår inte av studien om de infekterade patienterna haft depression, ångest eller medicinerat med antidepressiva läkemedel före isoleringen.

Studien av Newton et al (2001) speglade MRSA-bärares olika upplevelser av isoleringsvård. Fördelar som patienterna uttryckte var, att isoleringen gav dem möjlighet av att få vara privata och fria från rutiner. Nackdelar som framkom var ensamhet och brist på kontakt med vårdpersonal. Forskarna drar slutsatsen utifrån dessa resultat att isolering inte nödvändigtvis behöver vara en negativ upplevelse. Då studien även hade som syfte att framhäva patienternas syn på MRSA, framkom det ur intervjuerna patienternas olika uppfattningar om orsaken till varför de hade MRSA. Grundat på tidigare studier menar forskarna att om patienten lägger skulden på andra för sin sjukdom, speciellt på vårdpersonal, kan detta associeras med sämre psykologisk anpassning och ilska. Interventioner så som tydligare information för att tydliggöra för patienterna varför de har MRSA, måste förbättras. Detta för att patienten ska ta en aktivare roll mot infektionen och att negativa upplevelser vid isoleringsvård ska minimeras (a a).

Utifrån resultatet av Newton et al (2001) studie kan inte slutsatsen dras att isoleringsvård endast är en negativ upplevelse. Då tiden för patienternas isolering varierade, hade det varit av intresse att veta vilka patienter som uttryckte vad, vilket inte framkom ur resultatet. Det är rimligt att påstå att en isolering på tre dagar inte kan jämföras med sjuttiosju dagar. Härav kan man förvänta sig ett resultat med stor spännvidd.

I studien av Knowles (1993) skiftade upplevelserna av isoleringsvård. Det fanns patienter som uppskattade friheten av att disponera sin egen tid på isoleringsrummet, och det fanns de som kände sig stigmatiserade, ensamma och övergivna. I denna studie hade deltagarna olika erfarenhet av sjukhus och den äldre gruppen hade varit isolerade fem till tolv veckor. I denna kvalitativa studie framkommer varje individs olika upplevelse av isolering. Då varje människa är unik och har olika förmåga att hantera ensamhet och stigmatisering som isolering och smittsam sjukdom kan innebära, kan inga slutsatser dras utifrån resultatet utan studien speglar endast hur komplex upplevelsen av isoleringsvård är för infekterade patienter. Det framkommer inte ur studien vilka deltagare som uttrycker vad, om den yngre gruppen särskiljer sig från de äldre avseende upplevelserna av isolering. Då åldern varierar och erfarenheten av sjukhusvård är skiftande hos deltagarna, kan ett mångskiftande resultat förväntas. Författaren till studien beskriver inte hur länge de yngre deltagarna varit isolerade, vilket borde ha framgått för att helt kunna göra jämförelser av patienternas upplevelser av isoleringsvård.

I studien av Oldman (1998) yttrades negativa upplevelser lika frekvent som positiva upplevelser av isoleringen. Trots att flera patienter lyfte fram några av isoleringens fördelar, så var det genomgående i studien att patienterna kände sig ensamma. Även sjuksköterskor intervjuades om sina upplevelser av att vårda isolerade MRSA-bärare. Resultatet av dessa intervjuer jämfördes sedan med patienternas upplevelser. Det framkom att sjuksköterskorna var väl medvetna om hur patienterna mådde, men att de på grund av tidsbrist inte kunde ägna sig tillräckligt åt de isolerade patienterna. Utifrån resultatet betonar Oldman (a a) vikten av att sjuksköterskor får tid för reflektion över sina arbetsuppgifter så att de kan ge patienterna en god omvårdnad ur ett holistiskt perspektiv. Sjuksköterskorna i studien hade en god insikt i hur deras patienter upplevde isoleringen vilket antyder att de har en god observationsförmåga. Studien speglar väl hur individuell upplevelsen är av isoleringsvård. Det framkom att sjuksköterskor är medvetna om deras patients mående, men då inte tid och utrymme finns för att ge den omvårdnad som eftersträvas, innebär det konsekvenser för patienten. Upplevelsen av ensamhet och bortglömdhet förstärks.

I ett flertal av studierna belyser författarna sjuksköterskornas behov av kunskap, lyhördhet och en god observationsförmåga. Detta för att identifiera de patienter som far psykiskt illa av att vårdas i isolering. I Oldmans studie (a a) framhåller forskaren vikten av att sjuksköterskan får tid att reflektera över sina arbetsuppgifter, detta för att kunna disponera sin tid på bästa möjliga sätt. För många sjuksköterskor är tidsbristen ett problem. Den dagliga vården av isolerade tar mycket tid i anspråk. Sjuksköterskan som ansvarar för den isolerade har även ansvar för ett antal andra patienter. Att gå in till en isolerad patient innebär att sjuksköterskan för en stund blir låst på rummet och avskuren från avdelningen.

Orlando (1990) framhåller att en viktig del av sjuksköterskans profession är förmågan att delegera samt konsultera andra yrkesgrupper. Ansvarig sjuksköterska svarar för att patientens omvårdnadsbehov blir tillgodosedda. Därmed inte sagt att sjuksköterskan själv måste befinna sig hos patienten. Om sjuksköterskan observerar patientens behov och anser att patienten är i behov av mänsklig kontakt och närhet, är det möjligt för all vårdpersonal att tillgodose detta. Orlando poängterar också vikten av att sjuksköterskan och övrig vårdpersonal har en god kommunikation då de noterar olika sinnesstämningar hos patienten. Samtliga observationer är viktiga då dessa görs utefter olika yrkeskategoriers erfarenheter. Detta gynnar patientens tillfrisknande.

Information och kommunikation

Orlandos (a a) omvårdnadsprocess, som tidigare beskrivits, lägger stor vikt vid interaktionen mellan patient och sjuksköterska. I själva interaktionen eller mötet, får sjuksköterskan en uppfattning om patientens behov. Detta möte utgör grunden för en god kommunikation.

Ur studien av Rees et al (2000) framkom att det som patienterna värderade allra högst var en bra kontakt och kommunikation med personalen. Patienterna uppgav även att tillgång till telefon och radio var viktiga faktorer som bidrog till att de kände sig tillfreds med vistelsen på isoleringsrum. Det framkom i studien att det fanns brister i den information som delgivits patienterna angående deras MRSA-infektion och om varför de skulle vårdas på isoleringsrum. Studien visar vikten av att isolerade patienters behov av information och kommunikation tillgodoses då detta har betydelse för hur patienterna upplever sjukhusvistelsen. Forskarna till denna studie anser utifrån sitt resultat att personal bör tränas i att ge muntlig och skriftlig information för att dessa behov ska uppfyllas. De menar vidare att telefon och television ska prioriteras för dessa patienter. En god kommunikation mellan patient och sjuksköterska är en förutsättning för att patienten ska kunna tillgodogöra sig den information han får och utifrån detta finna strategier för att hantera den stress som isolering innebär samt involvera honom i omvårdnadsprocessen. Som Klang, Söderkvist (2001) skriver bör sjuksköterskan eller annan vårdpersonal, som ger information, tala med enkla ord som patienten förstår. Som sjuksköterska är det viktigt att vara lyhörd för när patienten är mottaglig för informationen och förvissa sig om att patienten förstått det som sagts.

Det framkom i studien av Knowles (1993) att de isolerade patienterna upplevde sig avskärmade både från medpatienter, från personal och avdelningen i stort. Studien identifierade flera hinder för en god kommunikation mellan patient och personal och även hinder för en bra omvårdnad av dessa patienter. Det framkom stora omvårdnadsbrister då två patienter saknade ringsignal och var hänvisade till att ropa ut i korridoren. Det framstår tydligt att kommunikationen mellan personal och patient brister då patienterna inte anser sig kunna kalla på personalen utan särskild anledning av hänsyn till att de har mycket att göra på avdelningen. Forskaren (a a) anser utifrån sitt resultat att sjuksköterskor har en viktig roll för att upplevelsen av isolering ska bli så positiv som möjligt för isolerade patienter. För att detta ska ske måste hinder för kommunikation identifieras.

Orlando (1990) beskriver flera faktorer som kan utgöra hinder för patienten att uttrycka sina behov. En sådan faktor är ovisshet. Om patienten saknar insikt i varför han vårdas i isolering, saknar han också förståelse för den behandling och omvårdnad som ges.

Patientens ovisshet skapar fantasier och föreställningar om sjukdomen, och han utsätts därmed för en onödig stress. Det är därför viktigt att sjuksköterskan försäkrar sig om att hon uppfattat patienten på ett korrekt sätt och, såsom omvårdningsprocessen beskriver, får detta bekräftat av patienten. Orlando (1990) betonar att det är viktigt att sjuksköterskan inte tar för givet att patienten har kunskaper sedan tidigare. Den som informerar ska också försäkra sig om att informationen nått fram.

Fysiska begränsningar

Aktivitet kan beskrivas som både en förmåga och ett tillstånd. Förmågan att röra sig fritt, men också ett tillstånd där man kan röra sig såväl psykiskt, fysiskt, socialt och andligt. Vardagens aktiviteter är handlingar med ett särskilt innehåll och syfte. Alla dessa göromål är av avgörande betydelse för människan trivsel, utveckling och hälsa. Den enskildes hälsa är av stor betydelse för hur hon ska hantera motgångar och påfrestningar som hon utsätts för. När vardagen förändras och begränsas på ett sådant sätt som infektion och isoleringsvård innebär kan följden bli hjälplöshet. Det är sjuksköterskans uppgift och ansvar att stimulera patienter till att upprätthålla ett gott välbefinnande och en god livskvalitet trots sjukdom och sjukvård (Jahren Kristoffersen, 2001). Både studien av Oldman (1998) och Knowles (1993) belyser hur patienter påverkas på ett negativt sätt av de begränsningar som isoleringsvård innebär. Förutom brist på meningsfull sysselsättning framkommer liten rörelseyta, förlorad tidsuppfattning och långtråkighet. De ryggmärgsskadade MRSA-bärarna i studien av Kennedy och Hamilton (1997) upplevde att deras rehabilitering påverkades negativt och fördröjdes till följd av isolering. De uppgav att situationen kunnat vara annorlunda om det funnits mer utrymme i isoleringsrummet för fysioterapi. Patientens behov av omvårdnad är kopplat till individens upplevelse av hjälplöshet i olika situationer. En faktor som kan orsaka upplevelsen av hjälplöshet är begränsningar eller restriktioner rörande fysisk aktivitet och rörlighet. Patienter som isoleras kan tillbringa lång tid i ensamhet. När sjuksköterskan identifierat patientens behov väljer hon omvårdningshandlingar därefter. Dessa kan bestå i att mobilisera resurser såsom sjukgymnast, arbetsterapeut och sjukhusbibliotek (Orlando, 1990).

Barriärvård

Ordet omsorg kan definieras som omtänksamhet om någon annan, och är ett grundläggande begrepp i all sjukvård. En miljö som präglas av omsorg kommer att ge möjlighet till att skapa kontakt och förtroende. Omvårdnad kan inte beskrivas som god om man förbiser detta (Jahren Kristoffersen, 2001). Dilemmat med att vårda isolerade patienter är att hålla ett högt smittskydd och samtidigt ge en god omvårdnad, som ska ligga till grund för ett förtroende mellan sjuksköterska och patient. Patienterna har i flera av de granskade studierna negativa upplevelser av personalens skyddskläder och upplevt inkonsekvens vid utförandet av barriärvård. MRSA-bärares okunskap om infektionen, och om isoleringsvård och barriärvård, tydliggörs i de båda studierna av Knowles (1993) och Newton et al (2001). Patienterna förstod inte innebörden och nödvändigheten av barriärvård och isolering. Då några av personalen inte var konsekventa vid användandet av skyddskläder tolkade patienterna detta som att MRSA inte var något allvarligt. Inkonsekvens vid vårdandet av isolerade patienter bidrar till att patienterna tappar tilltron till behandlingen. Sjuksköterskor har ett ansvar att följa de riktlinjer som finns angivna för hennes profession. En kombination av kunskap och förtroende kan få patienten att ta ett större ansvar för sin sjukdom och bli delaktig i den vård som krävs. Sjuksköterskan besitter kunskaper om smittskydd och barriärvård.

Att patienten får ta del av dessa kunskaper är en förutsättning för att patienten ska kunna känna sig delaktig och därmed ta ett större ansvar i smittskyddet (Klang Söderkvist, 2001). Orlando (1990) betonar vikten av att sjuksköterskan bemöter patienten med respekt och ärlighet. När sjuksköterskan tar på sig munskydd och skyddskläder är det bakterien som är fiende, inte patienten. Det är viktigt att patienten är väl insatt i barriärvårdens funktion och varför den är nödvändig. Orlando belyser att många patienter inte vill, vågar eller kan fråga när något är oklart. Det finns patienter som inte vill besvara personalen med att fråga. Det kan också vara så att individen tycker att hans frågor är dumma eller verkar vara självklara för andra. Det är då sjuksköterskans uppgift att formulera ärliga, raka och enkla frågor. Utifrån patientens svar och sin egen bedömning väljer hon sina handlingar.

Slutsats

Resultatet av föreliggande studie har visat att MRSA-bärare kan påverkas på ett negativt sätt av isolering och barriärvård. I studierna framkom att god kommunikation med personalen, information, meningsfull sysselsättning samt empatisk och lyhörd personal var omvårdnadsåtgärder som patienterna värderade högt. Även positiva upplevelser framkom ur studiernas resultat. Av detta drar vi slutsatsen att upplevelsen av isoleringsvård är högst individuell. Åldern, hur lång tid man vistats i isoleringsrum samt bakomliggande primärsjukdom har en betydelse för hur man hanterar situationen. Då forskarna till de granskade artiklarna är otydliga i sina resultatbeskrivningar om vilka patienter som uttalar vad om sina upplevelser, kan inga slutsatser dras angående evidens för hur MRSA-bärare upplever isolerings- och barriärvård.

Förslag till fortsatt forskning

En empirisk studie av kvalitativ natur skulle kunna ge en inblick i vilka erfarenheter MRSA-bärare har av den svenska isoleringsvården och identifiera interventioner för denna patientgrupp. Vi efterlyser forskning ur ett genusperspektiv då detta saknas i de granskade artiklarna. Författarna till föreliggande studie uppmuntrar även till vidare forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att vårda isolerade MRSA-bärare.

REFERENSER

- Almås, H (2002) (red.) *Klinisk omvårdnad*. del 2. Stockholm: Liber AB.
- Cullberg, J (2003) *Dynamisk psykiatri, i teori och praktik*. Finland: WS Bookwell.
- Dahlberg, K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- EARSS (2002) Annual report 2002. ><http://www.earss.rivm.nl><2004-05-17
- Ekdahl, K (2003) *Smittskyddsboken*, Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Klinisk mikrobiologi, infektioner, immunologi, sjukvårdshygien*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.
- Frisdal, B (2001) *Lyhördhet. Studenters uppfattningar av lyhördhet i omvårdnad och utbildning*. Doktorsavhandling. Lunds universitet: Pedagogiska institutionen.
- Gammon, J (1998) Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 84-96.
- Gottfries m fl (1997) Kvalitetssäkringsinstrument på vårdcentral. Skala identifierar depression bland äldre. *Läkartidningen*, 94 (12), 1099-1102.
- Iwarson, S & Norrby, R (2004) (red.) *Infektionsmedicin, epidemiologi, klinik, terapi*. Uppsala: Säve förlag.
- Jahren Kristoffersen, N (2001) *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Kennedy, P & Hamilton, L R (1997) Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35, 617-619.
- Kirkland, K B & Weinstein, J (1999) Adverse effects of contact isolation. *Lancet*, 354, 1177-1179.
- Klang Söderkvist, B (2001) (red) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Knowles, H E (1993) The experience of infectious patients in isolation. *Nursing-Times*, 89, 53-56.
- Metodik för kontroll av MRSA (2002) Vårdhygien, smittskydd och infektionsklinikerna i Skåne > www.labmedicin.org/vardhygien/skane/skane_html/MRSAmeto.pdf <2004-04-03
- Newton, J T, et al (2001) Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, 48, 275-280.

- Oldman, T (1998) Isolated cases. *Nursing-Times*, 94, 68-69.
- Orlando I, J (1990) *The Dynamic nurse-patient relationship, Function, process, and principles*. United States of America: National League for Nursing.
- Polit et al (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Rees, J & Davies H (2000) Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14(28), 35-38.
- Rees, J et al (2000) Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nursing Standard*, 14(29), 32-36.
- SBU (1993) *Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, rapport 119E.
- SOSFS 1988:1472. *Smittskyddslagen*.
- Smittskyddsinstitutet
>http://www.smittskyddsinstitutet.se/SMItemplates/Article____2845.aspx<
2004-03-24
- Sociology at University of Maryland, The Rosenberg Self-Esteem Scale
>http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.html
<2004-04-28
- Swedres (2002) A Report on Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine. ><http://www.strama.org><2004-05-11
- Tarzi, et al (2001) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49, 250-254.
- Willman, A & Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Zigmond, A S & Snaith, A P (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale *Acta psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.
- Åkesson, A (2003). MRSA, En studie av problem vid omhändertagande av bärare med MRSA i Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt. *Sjukskötersketidningen*, Nr 6, 412-423.

BILAGOR

Bilaga 1: Goodmans modell (SBU, 1993)

Bilaga 2: Artikelsökning

Bilaga 3: Mall för artikelgranskning, Polit et al (2001)

Bilaga 4: Bedömningsmall för granskning av kvantitativ studie

Bilaga 5: Bedömningsmall för granskning av kvalitativ studie

Bilaga 6: Översikt över granskade artiklar med kvantitativ forskningsmetod

Bilaga 7: Översikt över granskade artiklar med kvalitativ forskningsmetod

Bilaga 8: Översikt över granskade artiklar med kvantitativ och kvalitativ forskningsmetod.

Bilaga 9: Mätinstrument

Bilaga 1: Clifford Goodmans modell (SBU, 1993).

Steg 1. Specificera forskningsproblemet.

Forskningsområdet ska tydligt specificeras och fastställas. Syftet tydliggörs och forskaren specificerar vilka element som ska ingå i problemställningen, så som: hälsoproblem, målgrupp, intervention, undersökningsgrupp och effekt.

Steg 2. Specificera inklusionskriterier.

En omfattande litteratursökning kan innebära att man får med studier som inte är relevanta för som avses undersökas, eller studier av låg kvalitet. Inklusionskriterierna ska överensstämma med det som ska undersökas till exempel: målgrupp, intervention, effekt, hälsoproblem, studiedesign. Detta ska specificeras innan litteratursökningen påbörjas, annars kan validiteten påverkas.

Steg 3. Formulera en plan för litteratursökning.

Det ska finnas en plan för litteratursökningen. Planen ska styras av forskningsproblemet och inklusionskriterierna.

Grundläggande delar för litteratursökning är:

- Tillgängliga resurser (kostnader, tid för sökning)
- Identifiering av relevanta litteraturkällor.
- Fastställa de viktigaste momenten i sökningen.
- Utveckla sökstrategier för varje söksystem.

En viktig del av litteraturstudien är dokumentation. En tydlig beskrivning av hur man gått tillväga underlättar för läsaren att tillgodogöra sig och eventuellt fortsätta undersökningen

Steg 4. Genomföra litteratursökning.

Man kan använda sig av olika databaser. För att effektivt kunna använda sig av alla databaserna bör forskaren göra sig bekant med hur de olika databaserna indexerar artiklarna. Ett tillvägagångssätt är att göra en omvänd sökning. Detta innebär att en relevant artikel används för att finna hur studien är indexerad i databasen. På så sett kan forskaren upptäcka hur relevanta artiklar är indexerade och kan därmed använda detta sökord för att hitta fler relevanta artiklar.

Steg 5. Tolkning av evidens.

Det är viktigt att gå systematiskt tillväga för att kritiskt kunna granska de artiklar som ansetts som relevanta för studien. För att möjliggöra en värdering av evidens tolkas det granskade materialet.

Steg 6. Sammanställning av evidens.

Det finns ett flertal mallar för bedömning av evidens. Utifrån resultatet rangordnas det granskade materialet.

Steg 7. Formulera rekommendationer baserade på evidensens kvalitet.

Rekommendationerna ska vara relaterade till kvaliteten på evidensen. Forskarnas rekommendationer gällande interventioner, ska vara trovärdiga och relateras

Bilaga 2: Artikelsökning

Sökväg/sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Använda ¹
ELIN@			
MeSH-term, Methicillin resistance and staphylococcus aureus			
And isolation	13	2	0
And experience*	0	0	0
MRSA			
And isolation	74	14	2
And experience	7	2	0
And nurs*	62	11	0
Source isolation	14	5	1
Cinahl			
MeSH-term, Methicillin resistance and staphylococcus aureus			
And isolation	167	32	0
And experience*	86	14	0
MRSA			
And isolation	226	23	0
And experience	130	17	2
And nurs*	453	0	0
Nursing and qualitative	20	4	1
And nursing care	45	11	0
Pubmed			
MeSH-term, Methicillin resistance and staphylococcus aureus			
And isolation	265	24	0
And experience*	37	14	0
MRSA			
And isolation	248	21	1
And experience*	25	6	0
And nurs*	79	5	0
SweMed+			
MeSH-term, Methicillin resistance and staphylococcus aureus	1	0	0
Cochrane library			
MeSH-term, Methicillin resistance and staphylococcus aureus	1	0	0
MRSA			
And experience	4	0	0
And isolation	25	2	0
Manuell sökning²	1	1	1
Summa	1982	208	8

¹ Vetenskapliga artiklar som ingår i studiens resultatredovisningen.

² Med manuell sökning avses artikelsökning via publicerad artikels referenslista.

Bilaga 3: Mall för artikelgranskning (Polit et al, 2001).

Titel

Titeln ska innehålla femton ord eller färre och ska spegla artikelns innehåll.

Abstrakt

Abstract är en kort sammanfattning av studien på mellan 100-200 ord. Abstract ska innehålla studiens syfte, metod och resultat. Resultatet av studien ska beskrivas kortfattat och ge en beskrivning på hur detta kan tillämpas ute i den kliniska verksamheten. Genom abstract ska läsaren kunna avgöra om artikeln är av intresse eller inte.

Introduktion

Här bekantas läsaren med forskningsproblemet genom att det redogörs för det centrala fenomenet eller de variabler som studerats. Syftet med studien, forskningsfrågor och hypoteser ska beskrivas här. En sammanfattning av besläktad litteratur som forskarna tagit del av redovisas här för att visa vad den aktuella studien kan bidra med. Om teoretisk referensram används i studien ska denna anges här. En förklaring till studiens betydelse bör framkomma här.

Metod

Här beskriver forskaren vilken forskningsmetod som använts för att besvara studiens frågeställningar. I kvantitativa studier beskrivs urvalet, inklusionskriterier och hur urvalet skett. En beskrivning av vilken studiedesign man använt sig av, form av datainsamlingen och hur analys har gått till. Mätinstrument och datainsamlingen beskrivs och information ges om de olika mätinstrumentens kvalitet. De kvalitativa studierna följer i stort samma riktlinjer, men här beskrivs forskningsprocessen mer ingående. Mindre information om metod för datainsamlingen, men desto mer kring proceduren vid datainsamlingen.

Resultat

Resultatet från den analyserade datan presenteras, ofta i tabeller eller figurer. I kvantitativa studier beskrivs de statistiska test som använts i studien för att testa hypotesen. Här presenteras om resultaten är signifikanta utifrån de statistiska testerna. I kvalitativa studier presenteras ofta resultatet i de teman som framkommit ur studien. Resultatet ska styrka de fenomen som forskaren velat beskriva.

Diskussion

Tolkning av studiens resultat och hur resultatet kan användas inom omvårdnadsområdet. Forskaren diskuterar studiens styrka och svagheter och varför man fick ett visst resultat.

Referenser

En förteckning över de artiklar, rapporter och den litteratur som använts i studien anges här.

Vid artikelgranskningen har hänsyn även tagits till studiedesign, etiska principer, läsbarhet och trovärdighet.

Bilaga 4: Bedömningsmall för granskning av kvantitativ studie (Barakji & Jönsson, 2004)

Författare: _____

Titel: _____

Poäng	0	1	2	3
Abstrakt / Syfte, metod , resultat	Saknas	1/3 ofullständigt	2/3 Medel	3/3 Fullständigt
Introduktion	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Syfte	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodbeskrivning	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Analys av data	Ej redovisat	Ofullständigt	Medel	Fullständigt
Mätinstrument	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Urval (n)	Litet antal	Under medel	Medel	Högt antal
Inklusionskriterier	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Exklusionskriterier	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Etiska ställningstaganden	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	-	-	Ja
Redovisning av resultat	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Diskussion				
Tolkning av resultatet	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Egenkritik och bias	Saknas	Otydligt	Medel	Redovisat
Förslag till hur resultatet kan användas	Saknas	-	-	Redovisat
Slutsatser				
Trovärdighet	Låg	-	-	Hög

Max poäng: 48

Totalt: _____

Bilaga 5: Bedömningsmall för granskning av kvalitativ studie (Barakji & Jönsson, 2004)

Författare: _____

Titel: _____

Poäng	0	1	2	3
Abstrakt / Syfte, metod , resultat	Saknas	1/3 ofullständigt	2/3 Medel	3/3 Fullständigt
Introduktion	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Syfte	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodbeskrivning	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Redovisad analysmetod	Saknas	Ofullständig	Medel	Fullständig
Inklusionskriterier	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Exklusionskriterier	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Etiska ställningstaganden	Ej redovisat	-	-	Redovisat
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	-	-	Ja
Redovisning av resultat	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Diskussion				
Tolkning av resultatet	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Egenkritik och bias	Saknas	Otydligt	Medel	God
Förslag till hur resultatet kan användas	Saknas	-	-	Redovisat
Slutsatser				
Trovärdighet	Låg	-	-	Hög

Max poäng: 42

Totalt _____

Bilaga 6: Översikt över granskade artiklar med kvantitativ forskningsmetod

Artikel, författare, år och land	Syfte	Urval	Studiedesign/ Analys	Resultat	Kvalitet
Tarzi et al 2001, England	Jämföra upplevelser hos isolerade och icke isolerade äldre vuxna MRSA-bärare, som är under rehabilitering för att undersöka psykologiska effekter av isolering.	n=20, Kontrollgrupp (ej isolerade) MRSA-negativa, 15 kvinnor, 5 män. Sjukhusvistelse > 4 v. Ålder 65-97 år n=22, Experimentgrupp (isolerade)MRSA-bärare, 16 kvinnor, 6 män Isolerade > 2 v. Samtliga deltagare var patienter från fyra rehabavdelningar och två sjukhus, diagnos: CVI, nack eller lårbensfraktur. Matchade för kön, ålder, diagnos	Kvantitativ, Tvärsnittstudie Matchad kontrollstudie Mätinstrument (Bilaga 9): GDS (The geriatric Depression Scale-short form) POMS (The Profile of Mood State) Analys: Chi-Squared test, Independent t-test	Signifikant högre grad av depression och ångest i experimentgruppen än i kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad i de båda grupperna avseende aggressivitet. Varken längd på isolering eller sjukhusvistelse kunde relateras till depression, ångest eller ilska.	I (94%)
Gammon, J 1998, England	Undersöka om isoleringsvård av en individ med infektion utgjorde en större psykisk påfrestning och orsakade fler negativa effekter än vanlig sjukhusvistelse.	n=20, Kontrollgrupp- vårdade på vårdavdelning >7 dygn., 11 män, 9 kvinnor Hjärt-lung, cancersjuka N=20, Experimentgrupp –Isoleringsvårdats > 7 dygn, 13 män, 7 kvinnor 60 % MRSA-bärare, övriga clostridium-salmonella infekterade För samtliga deltagare var medelåldern 56 år (33-87 år), från två sjukhus och ett äldreboende i England.	Kvantitativ, retrospektiv, Randomiserad Quasi-experimentell Mätinstrument (Bilaga 9) HADS-scale, Self- Esteem scale, Health Illness Questionnaire Analys- transfererad från rådata och bearbetats i en dator – statistiska test som Student's t-test, deskriptiv analys.	Experimentgruppen – högre grad av depression och ångest ($p < 0,001$), lägre självkänsla ($p < 0,005$) och känsla av att ha kontroll ($p = 0,001$), än kontrollgruppen.	I (85%)

Bilaga 6: (fortsättning). Översikt över granskade artiklar med kvantitativ forskningsmetod

Artikel, författare, år, och land	Syfte	Urval	Studiedesign/Analys	Resultat	Kvalitet
Rees & Davies 2000, England	Syftet med den första delen av studien var att undersöka hur infekterade patienter som isoleringsvårdats på en akut och rehabiliteringsavdelning, påverkades i sitt sinnesstämning/humör samt finna relevanta omvårdnadsåtgärder	n=21 patienter från akut och rehabavdelning, därav 76 % MRSA-bärare, övriga clostridium och TBC 61,9 % män, 38,1 % kvinnor 85,7 % av deltagarna isolerade 1-4 veckor, övriga > 4 veckor Åldersgrupp: 31-50 år, 9,5 % 51-70år, 38,1 % 71+, 52,4 %	Kvantitativ prospektiv studie Intervjubarade frågeformulär HADS-scale (Bilaga 9) Ej redovisad analys	57,1 % (n=12) av de isolerade patienterna upplevde ångest (n=5), depression (n=3) eller både ångest/depression (n=4). Resultatet visade att förändrad sinnesstämning är en konsekvens av isoleringsvård. Omvårdnadsåtgärder som föreslås är riktlinjer för personal för att kunna identifiera patienter med symtom på depression och ångest.	II (79%)
Rees et al 2000, England	Identifiera faktorer som var viktiga för att isolerade patienter skulle känna sig tillfreds med isoleringsvården	Se ovanstående studie, Rees & Davies, 2000	Kvantitativ, prospektiv studie Intervjubarade frågeformulär HADS-scale (Bilaga 9) Ej redovisad analys	Faktorer som förknippades med trivsel i isoleringsrum var information, god kommunikation mellan personal och patient 90,5 % värderade regelbunden kommunikation med personalen som det viktigaste för trivseln. (p=0,02). Tillgång till radio och telefon värderades som positivt för hälften av de isolerade patienterna (p=0,02). 61,9 % fått information om behandling (P=0,05). 38,1 % hade fått skriftlig och muntlig information, 81 % förstod informationen som gavs (p=0,05).	II (79%)

Bilaga 7: Översikt över granskade artiklar med kvalitativ forskningsmetod

Artikel, författare, år och land	Syfte	Urval	Studiedesign/Analys	Resultat	Kvalitet
Newton et al 2001, England	Undersöka MRSA –bärares syn på MRSA och deras upplevelser av isoleringsvård.	19 isolerade MRSA-bärare, 12 kvinnor, 7 män Ålder 44-87 år (medelålder 67 år) Isolerade 3-77 dagar Diagnos: CVI, neurologisk sjukdom, cancer, akuta infektioner	Kvalitativ, deskriptiv studie. Semistrukturerade intervjuer Bandinspelade och transkriberade Förbestämd intervjumall Analys: data från intervjuer kodades i kategorier.	Ingen evidens för negativa psykologiska effekter av isolering Positiva upplevelser av isoleringsvård som framkom var frihet, möjlighet till att vara privat. Negativa upplevelser var ensamhet och liten uppmärksamhet från sjuksköterskorna. Liten kunskap hos MRSA-bärare om MRSA, barriärvård och isolering. Personalens Inkonsekvens av barriärvård hade uppmärksamats.	I (92%)
Knowles, H 1993, England	Utforska hur patienter som vårdas på isoleringsrum på grund av infektion, upplever isolering	Totalt 8 isolerade patienter från 7 avdelningar (4 pat. i vardera grupp) 4 patienter med samhällsförvärd infektion, Åldersgrupp 21-29 år 4 patienter med sjukhusförvärd infektion, 64-85 år. 8 sjuksköterskor	Kvalitativ, explorativ studie Djup- intervjuer Bandinspelade och transkriberade. Kontexten av individuella upplevelser utmynnade i teman Transkriberade intervjuerna presenterade för oberoende forskare som analyserade och verifierade de teman som identifierats.	Isolerade patienter upplevde ensamhet, stigmatisering. Upplevelser som fängslade, instängda och övergivna. Positiva upplevelser så som frihet, möjlighet till att vara privat. Negativa upplevelser av barriärvård, brist på kommunikation, information, fysiska begränsningar. Sjuksköterskor var medvetna om hur patienterna upplevde isoleringen, kunde ej tillgodose patienternas behov på grund av tidsbrist, miljön	II (73%)
Oldman, T 1998, England	Utforska MRSA-bärares och sjuksköterskors upplevelser av isoleringsvård	5 MRSA-bärare, isolerade 5 dagar till 4 veckor 5 sjuksköterskor	Kvalitativ, explorativ studie Semistrukturerade intervjuer, öppna/slutna frågor Analys av intervjuerna, utföll i teman	Patienter upplevde ensamhet, stigmatisering, sysslolöshet. Positiva upplevelser framkom så som frihet, uppskattade ensamhet. Sjuksköterskorna upplevde otillfredsställelse av att inte kunna tillgodose patienternas behov på grund av tidsbrist.	III (62%)

Bilaga 8: Översikt över granskade artiklar med kvantitativ och kvalitativ forskningsmetod.

Artikel, författare, år och land	Syfte	Urval	Studiedesign/Analys	Resultat	
Kennedy & Hamilton, 1997, England	Undersöka psykisk hälsa hos ryggmärgsskadade MRSA-bärare som isoleringsvårdats på grund av MRSA	n=16, Experimentgrupp – manliga MRSA-bärare, samtliga ryggmärgsskadade, isolerade > 2 veckor, Ålder 18-65 år n=16, Kontrollgrupp – randomiserad och matchad för ålder, kön, skadenivå och tid vid skadetillfälle, ej isolerade	Kvantitativ, prospektiv tvärsnittstudie, Maj 1994 till november 1996, Pilotstudie Semistrukturerade intervjuer med intervjuguide användes på experimentgruppen. Mätinstrument: sju olika, ej redovisade i föreliggande studie. Analys: Student´s t-test, independent t-test	Resultat av mätinstrument: Experimentgruppen endast signifikant högre grad av aggressivitet än kontrollgruppen (p=0,037) Experimentgruppen tenderade att ligga högre avseende depression och ångest än kontrollgruppen, ej signifikant. Resultat av intervjuer: 85 % av experimentgruppen ansåg att rehabilitering påverkades negativt av isolering och 50 % ansåg att humöret påverkades negativt av isolering.	I (81%)

Bilaga 9: Mätinstrument

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Med HADS skalan kan man studera ångest och depression samtidigt, och samtidigt få separata svar för varje område. Det visar var en patient befinner sig i sjukdomsförloppet – normalt, mildt, moderat eller svårt tillstånd. Formuläret ligger sedan till grund för diskussion och diagnos. Man kan även följa ett sjukdomsförlopp (Zigmond & Snaith, 1983).

Self Esteem scale

Detta instrument mäter självkänsla. Instrumentet består av tio påståenden som patienten svarar på. Patienten kan välja mellan fyra givna svar och ett poängsystem används som mall för bedömning av resultatet (Sociology at University of Maryland, 2004-04-28).

The Profile of Mood States (POMS)

Två sammanhängande frågeformulär, nio frågor för att identifiera oro och spänning, och tolv frågor för att identifiera aggressivitet (Tarzi et al, 2001).

The Geriatric Depression Scale-short form (GDS)

En geriatrisk depressionsskala som mäter depression hos äldre. Frågeformulär med femton frågor som besvaras med ja/nej (Gottfries m fl, 1997).

The Health-Illness (Powerlessness) Questionnaire

Mätinstrument som mäter individens känsla av kontroll och makt över sin hälsa/ohälsa. Patienten fyller själv i formuläret som består av 8 frågor med svarsalternativ (Gammon, 1998).