



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Informasjon og veiledning til pasienter med MRSA

(Information and guidance to patients
with MRSA)

Kandidatnummer: 10006

Antall ord: 7547

Sammendrag

Introduksjon

Å bli smittet av MRSA kommer ofte som et sjokk på pasientene. Som sykepleier er det viktig å sikre at pasientene får nok informasjon og veiledning om diagnosen slik at pasientene kan føle mestring og bidra til å hindre smittespredning.

Problemstilling

På hvilken måte kan sykepleier sikre informasjon og veiledning til pasienter med MRSA?

Hensikt

Å se på tiltak som sikrer at sykepleiere og pasienter har nok kunnskap til å bidra med å forhindre smittespredning.

Metode

I denne litteraturstudien er det brukt relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen.

Resultat

Funn viser at flere pasienter føler seg overlatt til seg selv. Mangelen på informasjon er merkbar. Flere av pasientene er usikre på behandlingen og veien videre. Noen sykepleiere føler seg ikke kompetente nok i møte med MRSA, mens andre har fått kursing og undervisning.

Konklusjon

Sykepleiere må skape et tillitsforhold til pasientene. Ved å gi informasjon muntlig og skriftlig sikrer man at pasientene får nødvendig informasjon. Tilpassing av språk er svært viktig for å sikre at all informasjon er forstått. Hvis pasientene har behov for veiledning er tid og kontinuitet viktige faktorer for at veiledningen skal være effektiv.

Nøkkelord

MRSA, informasjon, veiledning

Abstract

Introduction

Getting infected by MRSA often comes as a shock to patients. As a nurse, it is important to ensure that patients receive enough information and guidance on the diagnosis. This will give the patients a sense of achievement and help prevent the spread of infection.

Thesis question

In what way can the nurse provide information and guidance to patients with MRSA?

Purpose

To look at measures that ensure that nurses and patients have enough knowledge to help prevent the spread of the bacteria.

Method

In this literature study, relevant scientific and research literature has been used to answer the thesis question.

Result

Findings show that several patients feel left to themselves. The lack of information is noticeable. Several of the patients are uncertain about the treatment and the way forward. Some nurses do not feel competent enough to handle patients with MRSA, while others have received training and teaching.

Conclusion

Nurses must create a relationship of trust with the patients. Providing information orally and in writing ensures that the patients receive the necessary information. Language customization is very important to make sure that all the information given is understood. That the patients have enough time and continuity prove to be important for the guidance to be effective.

Keywords

MRSA, information, guidance

Innhold

Tabeller	vii
1. Innledning.....	8
1.1. Introduksjon av tema	8
1.2. Bakgrunn	8
1.3. Problemstillingens sentrale begrep	8
1.4. Presisering og avgrensning av problemstilling	8
1.5. Oppgavens kapitler.....	9
2. Metode	10
2.1. Valgt metode	10
2.2. Søkehistorikk.....	10
2.3. Søketabell	11
2.4. Valgt litteratur og kildekritikk.....	13
2.5. Etske aspekter	14
3. Empiri.....	15
3.1. Artikkel A	15
3.2. Artikkel B	16
3.3. Artikkel C	17
3.4. Artikkel D	18
3.5. Artikkel E	19
3.6. Artikkel F	20
3.7. Artikkel G.....	21
3.8. Artikkel H.....	22
3.9. Sammenfattet empiri	23
3.9.1. Pasientens opplevelser.....	23
3.9.2. Sykepleiers kunnskap og opplevelser.....	23
3.9.3. Informasjon og veiledning	24
4. Teori	25
4.1. Antibiotika og antibiotikaresistens	25
4.2. Meticillinresistent Staphylococcus aureus	25
4.3. Isolering av pasienter med MRSA	26
4.3.1. Reaksjoner på isolasjon	26
4.4. Menneske-til-menneske-forhold	26
4.5. Sykepleierens funksjon	27
4.5.1. De etiske prinsipper innenfor sykepleie	27
4.5.2. Helsefremming og forebygging	27

4.5.3. Informasjon og veiledning	28
4.6. Hygiene	28
5. Diskusjon	30
5.1. Informasjonens betydning	30
5.2. Veiledning	31
5.3. Riktig kompetanse.....	32
5.4. Metodediskusjon	33
6. Konklusjon	35
Referanser.....	36

Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	15

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

WHO (2018) har karakterisert antibiotikaresistens som en av verdens største helsetrusler. I en studie gjennomført av O`Neill (2016) blir det estimert at innen 2050 vil det være 10 millioner dødsfall knyttet til antibiotikaresistens på verdensbasis. Bare i Europa er det estimert at rundt 33 000 mennesker dør årlig på grunn av resistente bakterier (Cassini, et. al. 2018, s. 60). I Norge har vi rundt 70 årlige dødsfall (Antibiotika.no, 2018). Selv om forekomsten av antibiotikaresistens ikke er høy i Norge, er det likevel et aktuelt tema.

Pasienter har rett på informasjon som angår deres egen helsetilstand eller helsehjelp de mottar, jf Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2 (1999). Informasjon og veiledning er noe alle pasienter trenger, uavhengig av hvilken sykdom de har. Sykepleiere skal lære opp og veilede pasienter til å ta antibiotika på korrekt vis, og man må informere om antibiotikaresistens og faren ved å misbruke antibiotika. Pasientene må også få samtaler om hvordan de som person kan forhindre infeksjoner, ved hjelp av for eksempel vaksinasjon, korrekt håndvask, trygt samleie og å dekke til nese og munn ved nysing (WHO, 2018).

1.2. Bakgrunn

Jeg har valgt informasjon og veiledning om MRSA som tema fordi dette er noe MRSA-pasienter har behov for. I tillegg synes jeg temaet er viktig. Dessverre, på grunn av ulike grunner, har jeg erfart at noen pasienter sitter igjen med en følelse av at de har fått for lite informasjon eller veiledning. I forbindelse med MRSA blir de fleste pasienter plassert rett inn på isolasjonsrom uten forvarsel. MRSA er noe som kan ramme alle mennesker, og det blir stadig flere tilfeller. Det er flere som ikke vet at de bærer på bakterien og dermed opplever et sjokk når de får beskjeden. Formålet med denne oppgaven er å finne ulike måter pasienter og sykepleiere kan tilegne seg kunnskap på for å forhindre videre smittespredning. Informasjon og veiledning er svært viktig for å unngå misforståelser. På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til problemstillingen:

På hvilken måte kan sykepleier sikre informasjon og veiledning til pasienter med MRSA?

1.3. Problemstillingens sentrale begrep

Sentrale begrep i problemstillingen er *informasjon*, *veiledning* og *MRSA*. Informasjon er noe alle pasienter må ha. I denne sammenhengen vil informasjon være knyttet til informasjon om MRSA til smittede pasienter, og hva dette innebærer. Veiledningen er knyttet til hvordan pasientene kan lære seg å leve med MRSA og hvilke tiltak de kan gjøre. For å praktisere dette på riktig måte må pasientene få veiledning slik at de kan mestre hverdagen. MRSA står for *Meticillinresistente Staphylococcus aureus* og er en type gule stafylokokker som er resistente mot antibiotikaen Meticillin.

1.4. Presisering og avgrensning av problemstilling

Informasjon og veiledning er nødvendig for alle pasienter, men for å avgrense denne studien har jeg tatt for meg pasienter over 18 år der informasjon og veiledning ikke lenger

går via foresatte eller foreldre. Videre har jeg avgrenset oppgaven til å omhandle MRSA på sykehus, da bakterien kan føre til alvorlige konsekvenser på pasienter med allerede svekket immunforsvar. Det er dessuten på sykehus og andre helseforetak at sykepleiere kan gjøre en innsats for å forebygge MRSA.

1.5. Oppgavens kapitler

I denne oppgaven vil jeg først ta for meg metoden jeg har benyttet. Der vil jeg presentere hvordan jeg har kommet fram til ulike forskningsartiklene og annen faglitteratur. Deretter vil artiklene bli presentert i artikkelmatriser, der referanse, hensikt, metode, resultat og egne kommentarer vil bli vist. Videre vil det komme relevant teori som skal bidra til å besvare problemstillingen. Jeg skal diskutere ved hjelp av forsknings- og faglitteratur for til slutt å komme med en konklusjon.

2. Metode

2.1. Valgt metode

Metoden jeg har valgt for denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Dette innebærer at jeg skal se på teori, forskning og fagkunnskap som eksisterer fra før. Jeg skal kritisk vurdere og samle inn publiserte data og annen litteratur som besvarer min problemstilling. Det er primærkilder som hovedsakelig er brukt i dette litteraturstudiet. En primærkilde er den opprinnelige utgaven av en tekst, som for eksempel en forskningsartikkel (Dallan, 2017, s. 162).

2.2. Søkehistorikk

For å finne aktuelle artikler som er relevant for min problemstilling, har jeg søkt i ulike databaser for å få mest mulig bredde. Databasene jeg har søkt i er PubMed, Cinahl, SveMed+, psycINFO og Oria. Da jeg skulle velge artikler avgrenset jeg søket slik at resultatet på søket ble relevant. Hvis det var «gamle» forskningsartikler, gjorde jeg et arbeid med å finne nyere forskning på det aktuelle området.

Søkeordene jeg har brukt er antibiotikaresistens, sykepleier/sykepleie, multiresistente bakterier, MRSA, pasientopplevelser, mental helse og isolasjon. Søkeordene ble benyttet på engelsk. Grunnen til dette var for å få mer bredde på søket. Fra tidligere prøvesøk opplevde jeg at det var denne metoden som fungerte best. Ved bruk av engelske søkeord istedenfor norske søkeord, utvides søket til å bli globalt og ikke bare innad i Norge der forskningen på området kan være begrenset. I tillegg til søkeordene brukte jeg også kombinasjonsord som AND og OR, og dette kalles boolske operatører. Ved bruk av AND mellom to søkeord avgrenser jeg søket til at resultatet må omhandle *begge* søkeordene i referansen. Det var denne operatoren jeg benyttet mest da jeg var interessert i å finne forskning som omhandlet de to søkeordene jeg kombinerte. Når man benytter seg av OR mellom søkeord vil søket utvides til å omhandle artikler med ett av søkeordene eller begge søkeordene i referansen (Helsebiblioteket, 2016).

2.3.Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+	17.04.20	S1.	MRSA AND Nurse	0	6	0
		S2.	Antibiotic resistance AND Nurse	0	24	1 (A)
		S3.	Antibiotic resistance OR multiresistant bacteria	0	877	0
PubMed	17.04.20	S1.	Multiresistant bacteria AND nursing	Humans, free full text	22	0
		S2.	MRSA AND nursing	Humans	1387	0
	03.05.20	S3.	Nursing AND patients AND MRSA	Full text, 2010-2020, humans	328	1 (B)
Cinahl	21.04.20	S1.	Patients AND isolation AND MRSA	Full text, 2009-2019	87	1 (C)
		S2.	Isolation AND nurse	0	6	1 (D)
PsycINFO	24.04.20	S1.	Isolation AND MRSA	0	16	0
		S2.	Isolation AND mental health	0	2074	0
	03.05.20	S3.	Patient isolation AND mental health	0	7	1 (E)
Oria	25.04.20	S1.	Multiresistant bacteria AND nurse	Fagfelleurdert tidsskrift	489	0
		S2.	MRSA AND patients experiences	Fagfelleurdert tidsskrift, 2010-2020, humans	627	2 (F, G)
		S3.	Nurses AND information AND MRSA	Fagfelleurdert tidsskrift, 2005-2020	2810	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien Forskning*, Vol. 9(3), 260-270.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0144>
- B. Madeo, M. & Owen, E. (2002). Isolation – a patient satisfaction and compliance survey. *Journal of Infection Prevention*, Vol. 3(3), 18-21.
<https://doi.org/10.1177/175717740200300305>
- C. Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28(2), 53-59.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=60467068&site=ehost-live>
- D. Andersson, H., Gleissman, S.A., Lindholm, C. & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, Vol. 63(2), 233-241.
<https://doi.org/10.1111/inr.12245>
- E. Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 24(1), 101-107.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x>
- F. Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2010). MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, Vol. 58(1), 47-53. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x>
- G. Currie, K., Knussen, C., Price, L. & Reilly, J. (2013). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* screening as a patient safety initiative: using patients' experiences to improve the quality of screening practices. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 23(1-2), 221-231. <https://doi.org/10.1111/jocn.12366>
- H. Bellamy, E. (2008). An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. *British Journal of Infection Control*, Vol. 9(3), 6-10.
<https://doi.org/10.1177/1469044607088373>

Tabell 2.1 Søketabell

2.4. Valgt litteratur og kildekritikk

Da jeg skulle velge artikler som var aktuelle for mitt tema og min problemstilling, hadde jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved søk etter artikler så jeg etter artikler som benyttet IMRaD-strukturen - en struktur for oppbygging av forskningsartikler. Strukturen inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dallan, 2017, s. 163). Jeg forsøkte å ikke bruke artikler som var eldre enn 10 år gamle. Det var imidlertid nødvendig å utvide tidsperioden i enkelte av søkene, fordi utvalget av artikler var begrenset. Videre begrenset jeg søket til å bare omfatte artikler og fagfellevurderte tidsskrifter. Dette for å forsikre meg om at forskningen var godkjent og skrevet av fagfolk. På den måten var jeg sikker på at jeg benyttet relevante data.

Etter hvert som jeg søkte, la jeg merke til at det var flere av forskningsartiklene som bare hadde sammendrag tilgjengelig, eller at man måtte betale for å få tilgang til innholdet. Selv om sammendraget og innholdet virket interessant, gikk jeg ikke videre med disse artiklene. På grunn av dette er noen av søkene avgrenset til at det skal være fulltekst tilgjengelig. All forskning som ikke var på engelsk eller skandinavisk ble også utelukket. Videre har jeg kun brukt artikler fra land som kan sammenliknes med Norge der helsevesenet ikke er for ulikt.

Artiklene jeg har tatt for meg i litteraturstudien har brukt både kvantitative og kvalitative metoder i forbindelse med forskningen. Hovedforskjellen på de ulike metodene er hvordan dataene blir samlet inn på (Dallan, 2017, s. 54). Kvantitativ forskningsmetode baserer seg på å tolke og analysere kvantitative data. Kvantitative data er det samme som tall (Bjørnnes & Gjevjon, 2019). Den kvantitative metoden vil gi resultater i målbare enheter. Kvalitativ forskningsmetode forsøker å finne mening og opplevelse i forskningen. Dette kan ikke tallfestes eller måles (Dallan, 2017, s. 52).

Av annen litteratur har jeg benyttet meg av lærebøker, forskningsrapporter og fagleksika. Nasjonalbiblioteket har tilgjengelige bøker på nett som jeg har benyttet meg av. Av fagleksika har jeg brukt Store medisinske leksikon. Jeg fant både eldre og ny forskning, men oppdaget at det var utfordrende å finne litteratur som var direkte knyttet til min problemstilling.

En av artiklene jeg har benyttet meg av i denne litteraturstudien ble funnet ved hjelp av håndsøk. Denne artikkelen var aktuell fordi den var publisert på en troverdig side, samt at forfatterne hadde forsket innenfor temaet tidligere. Jeg fikk dessuten informasjon om hver forfatter, hvor de jobbet og hvilke land de kom fra. Jeg var derfor sikker på at artikkelen var sammenliknbar med norske forhold slik at den kunne nyttes i oppgaven.

I følge Dallan (2017, s. 152-155) er det to sider ved kildekritikk. Den første handler om å finne frem til den litteraturen som besvarer problemstillingen, mens den andre handler om å gjøre rede for den anvendte litteraturen. Under litteratursøket har jeg bare benyttet meg av databaser som er anbefalt av fakultetet. På den måten vet jeg at databasene er kvalitetsikret og godkjent. Videre, da jeg skulle velge ut artikler, sjekket jeg at de kom fra troverdige sider, og at jeg hadde tilgang til hele teksten. Noen av artiklene jeg har brukt er vitenskapelige tidsskrifter. Her er innholdet vurdert av uavhengige fagpersoner med tanke på vitenskapelig standard. I tillegg har vitenskapelige tidsskrifter redaksjoner som sikrer kvaliteten på det som blir publisert.

2.5. Etiske aspekter

Ifølge Regjeringen (2020) er det forskernes ansvar å forsikre seg om at forskningen har blitt utført i henhold til forskningsetiske normer. En studie skal følge disse normene gjennom hele forskningsprosessen. Det er REK, regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, som har ansvar for å vurdere forskning som involverer mennesker eller menneskelig materiale. I denne oppgaven har jeg imidlertid bare benyttet én artikkel som er norsk, og denne er sjekket opp mot Helseforskningsloven (2008). De resterende artiklene har jeg sjekket at de overholder taushetsplikt og at ingen informasjon kan gjenkjennes i studiene som er utført.

3. Empiri

3.1. Artikkell A

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. <i>Sykepleien Forskning, Vol. 9(3)</i> , 260-270. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0144	Undersøke sykepleieres kunnskap om multiresistente bakterier og selvrapportert atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier i sykehus.	En kvantitativ tverrsnittstudie der materialet ble innsamlet via spørreskjema. 107 spørreskjemaer ble besvart. Spørreskjemaet ble sendt til infeksjonsposter og medisinske poster.	De fleste sykepleierne visste hvilket smittevernutstyr som skulle benyttes, men ikke alle kunne redegjøre for kunnskap som begrunner handlingen. Infeksjonsposten skåret høyere på kunnskap og følelsesmessig respons enn andre poster. Alle sykepleierne skåret høyt på egenrapportert atferd.	Studien viser sykepleiers kunnskap og forskjellene mellom ulike avdelinger i sykehus noe som gjør den aktuell. Studien understreker også hvor stor betydning kunnskapen har med tanke på hvordan sykepleiers holdninger og atferd er i møte med pasienter smittet av multiresistente bakterier.

3.2. Artikkel B

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Madeo, M. & Owen, E. (2002). Isolation – a patient satisfaction and compliance survey. <i>Journal of Infection Prevention, Vol. 3(3)</i>, 18-21. https://doi.org/10.1177/175717740200300305</p>	<p>Å få kunnskap om pasientenes følelser og opplevelser når de blir behandlet i isolasjon.</p>	<p>Studien brukte en spørreundersøkelse som inkluderte 14 spørsmål. Etter spørreundersøkelsen ble de intervjuet av en infeksjons-sykepleier. Det var 29 pasienter som deltok på undersøkelsen. Pasientene var smittet av enten Clostridium difficile eller MRSA, og hadde vært isolert i minst én uke.</p>	<p>De fleste pasientene følte de hadde blitt informert godt med tanke på isolasjon. 77 % av pasientene uttrykte også at de hadde fått tilstrekkelig med veiledning, men at noen fortsatt var bekymret over situasjonen. Et betydelig antall pasienter uttrykte at isolasjon var vanskelig, men at det hjalp med besøkende og personalet. Flere pasienter følte seg skitten/uren og at smitteskiltene utenfor døren forsterket disse følelsene. Noen pasienter følte at behandlingen ble påvirket av situasjonen, mens andre var fornøyd med behandlingen. Hovedsakelig handlet de negative følelsene om forsømmelse og ensomhet, og de positive om egentid uten noen forstyrrelser fra andre pasienter.</p>	<p>Studien ser på opplevelser og følelser fra pasientens perspektiv. Studien er aktuell siden den viser viktigheten av å ta vare på pasienter i isolasjon og hvordan det oppleves.</p>

3.3. Artikkel C

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). <i>Australian Journal of Advanced Nursing, Vol. 28(2)</i>, 53-59. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=60467068&site=ehost-live</p>	<p>Å undersøke opplevelsene til pasientene som sitter i isolasjon på grunn av MRSA.</p>	<p>En kvalitativ studie der ti voksne pasienter med MRSA-infeksjon ble intervjuet. Pasientene hadde vært i isolasjon i minst tre dager. Studien foregikk i et akuttmottak på et stort sykehus i New Zealand.</p>	<p>De fleste av pasientene kunne finne noen positive ting med å være isolert på et enerom, men alt i alt opplevde pasientene MRSA-isolasjonen som negativ. Pasientene følte at isolasjon var til hinder for egen identitet, mellommenneskelige forhold og at det påvirket kvaliteten på omsorgen de fikk.</p>	<p>Viser hvordan MRSA-pasienter opplever å være i isolasjon. Påpeker viktigheten av at sykepleier ivaretar pasientene på samme måte, uavhengig av isolasjon eller ikke.</p>

3.4. Artikkel D

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Andersson, H., Gleissman, S.A., Lindholm, C. & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. <i>International Nursing Review, Vol. 63(2)</i>, 233-241. https://doi.org/10.1111/inr.12245</p>	<p>Å beskrive sykepleieres opplevelser med tanke på omsorg for pasienter med MRSA.</p>	<p>En kvalitativ studie hvor 15 sykepleiere fra ulike omsorgsenheter i Sverige ble intervjuet. Alle sykepleierne hadde vært involvert i omsorgen av pasienter med påvist MRSA, men ikke på daglig basis.</p>	<p>Sykepleierne kunne føle seg uvitende, redd og usikker, kompetent nok og sikker på seg selv, og stresset og overarbeidet i møte med pasienter med MRSA. Flere nevner at retningslinjer, notater og adekvat informasjon til rett tid spiller en stor rolle på hvor trygg sykepleier føler seg.</p>	<p>Viser sykepleiers opplevelser i møte med MRSA og viktigheten med rett informasjon til rett tid. Aktuell da den ser situasjonen fra behandlers side.</p>

3.5. Artikkel E

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 24(1)</i>, 101-107.</p> <p>https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x</p>	<p>Å få kunnskap om hvordan det oppleves å bli isolert for pasienter med påvist MRSA.</p>	<p>En kvalitativ studie hvor seks pasienter ble intervjuet. Pasientene var i alderen 35-76 år. Alle hadde fått påvist MRSA og blitt isolert i minst 1 uke. Studien foregikk på en infeksjonspost.</p>	<p>Studien viste at pasientene følte seg krenket og at de opplevde det traumatisk å være i isolasjon, men at de godtok det da de ikke ville spre smitten. Pasientene opplevde mangel på rehabilitering og informasjon sammenlignet med andre pasienter. De påpekte også at de følte seg sårbare overfor pleiepersonalet, familiemedlemmer og andre pasienter på avdelingen.</p>	<p>Studien er aktuell da den viser pasienter opplevelser i isolasjon. Den påpeker også at pasientene følte mangel på informasjon sammenlignet med pasienter som ikke satt i isolasjon.</p>

3.6. Artikkel F

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2010). MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. <i>International Nursing Review, Vol. 58(1)</i>, 47-53. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x</p>	<p>Å fastslå og beskrive pasientenes kunnskap, oppfatninger og opplevelser når de har MRSA.</p>	<p>En kvalitativ studie der 15 personer ble intervjuet. Alle hadde blitt diagnostisert med MRSA 2-14 måneder før intervjuet.</p>	<p>Pasientene reagerte med sjokk-lignende reaksjon på MRSA-diagnosen. De uttrykte at de følte seg skitten og at de var en trussel for samfunnet. De følte også på frykt for å smitte andre og å bli avvist. Ulikheter i pasientenes og helsepersonalets kunnskaper om MRSA førte til unødvendige misforståelser, frykt, sosial isolasjon og lidelse.</p>	<p>Viser pasienters opplevelser i forbindelse med å leve med MRSA-bakterien. Viktig med tanke på informasjon og veiledning til pasienter som skal utenfor sykehus med bakterien.</p>

3.7. Artikkel G

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Currie, K., Knussen, C., Price, L. & Reilly, J. (2013). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus screening as a patient safety initiative: using patients' experiences to improve the quality of screening practices. <i>Journal of Clinical Nursing, Vol. 23(1-2)</i>, 221-231. https://doi.org/10.1111/jocn.12366</p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter opplever og aksepterer MRSA-screening når de blir lagt inn på en akuttavdeling.</p>	<p>Studien har brukt både kvantitativ og kvalitativ metode. Forskingen baserte seg på pasientundersøkelser etter at pasientene hadde blitt screenet, samt pasientintervjuer. Studien foregikk på seks ulike sykehus i tre skotske regioner.</p>	<p>De fleste pasientene opplevde screeningen som akseptabel. Pasientene uttrykte at screeningen ga trygghet og skapte tillit hos pleiepersonalet. Derimot var pasientene negative med tanke på informasjon, muligheten til å ikke foreta screening og konsekvensene av en positiv test. Pasientene ville bli fortalt resultatene av screeningen og de støttet screening av de ansatte</p>	<p>Aktuell til oppgaven da den viser hvordan pasientene opplevde å bli screenet for MRSA og hvilke tanker de hadde om situasjonen.</p>

3.8. Artikkel H

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Bellamy, E. (2008). An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. <i>British Journal of Infection Control, Vol. 9(3)</i>, 6-10. https://doi.org/10.1177/1469044607088373</p>	<p>Å vurdere effektiviteten på infeksjonsavdelingen med tanke på hvor raskt de besøkte pasientene etter at de hadde blitt satt i isolasjon, samt vurdere hvor fornøyde pasientene var med omsorgen og informasjonen de fikk.</p>	<p>En kvalitativ og kvantitativ studie der et spørreskjema med 12 spørsmål ble besvart av 46 pasienter. Pasientene deltok i undersøkelsen over 18 måneder. De hadde nylig blitt infisert eller kolonisert med MRSA.</p>	<p>Noen pasienter følte seg skitten etter at sykepleier hadde informert dem om MRSA. Kommunikasjon ble sikret best ved både verbalt og skriftlig. Noen følte at informasjonen de fikk var utgått og ikke veldig informativ. Studien fant at utdanning og kursing førte til bedre kvalitet på kommunikasjonen . 1/3 av pasientene følte et fall i omsorgen, og ca. ¼ følte at personalet ikke overholdt smitterutiner. Kun 61 % av pasientene følte de ble oppdatert om MRSA-behandlingen. Bellamy (2008) kunne se at helsepersonellet droppet å gå inn på rommet for å gi informasjon hvis det foregikk noe annet. Alt i alt var ca. 70 % fornøyde med informasjonen og omsorgen de fikk.</p>	<p>Viser hvor fornøyde pasientene er med pleien og informasjonen de fikk under et opphold på sykehus. Påpeker også viktigheten på hvordan sykepleier ordlegger seg i samtale med pasientene.</p>

3.9. Sammenfattet empiri

3.9.1. Pasientens opplevelser

Det å bli satt i isolasjon kan være svært krevende for noen pasienter. Skyman, et. al. (2010) viste at flere pasienter følte seg krenket og glemt under sin tid i isolasjon. De godtok isolasjonen i fare for å smitte andre, men at de opplevde isolasjonen som traumatisk. Pasientene følte at de ikke ble behandlet på samme måte som andre pasienter og at de så mindre til personalet. De følte seg sårbare, engstelige og urene overfor personalet, pårørende og de andre pasientene.

Currie, et. al. (2013) undersøkte hvilke opplevelser pasienter hadde etter å ha blitt screenet for MRSA. De fleste pasientene aksepterte screeningen og de følte seg godt ivaretatt. Screeningene gjorde at de følte en trygghet og at de fikk tillit til personalet. Frykten for en positiv test og hva som ville skje var noe som bekymret pasientene. Samtidig følte de at de ikke hadde noe valg når det kom til å gjennomføre screeningen.

I Madeo & Owen (2002) sin studie uttrykte pasientene at de hadde negative følelser om seg selv, som blant annet handlet om å føle seg skitne og urene og at smittetiltakene forsterket disse følelsene. Forsømmelse og ensomhet var følelser som ble gjentatt ofte, mens positive følelser, som å ha mer tid for seg selv uten forstyrrelser, ble fremhevet. Pasientene synes alt i alt at isolasjonen var vanskelig, men at tiden i isolasjon ble lettere med besøk fra pårørende og personalet.

Å bli diagnostisert med en ny diagnose kan være belastende. Pasienter forteller at de reagerte med sjokk da de fikk vite at de var positive for MRSA. De følte at de automatisk ble en trussel for samfunnet og at de med en gang følte seg skitne og urene. Frykten for å smitte andre var stor, og de ble redde for å bli avvist. Pasientene påpekte at det kunne oppstå misforståelser mellom pleier og pasient på grunn av ulike kunnskaper om diagnosen. Frykt, sosial isolasjon og lidelse var også følelser som kunne oppstå på grunn av ulik kompetanse mellom pasient og pleier (Andersson, et. al., 2010).

Pasienter som får påvist MRSA må ofte være isolert over lengre tid. I Barratt, et. al. (2010) sin studie hadde pasientene som deltok vært isolert i tre dager eller mer. Noen av pasientene syntes der var greit å være isolert, da de fikk et enerom, men de aller fleste opplevde isolasjon som en negativ opplevelse. Flere følte at det å være i isolasjon var til hinder for å uttrykke sin egen identitet og å skape mellommenneskelige forhold. Pasientene uttrykte også at de følte isolasjonen som et hinder med tanke på omsorgen og kvaliteten på omsorgen de fikk.

3.9.2. Sykepleiers kunnskap og opplevelser

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om det man jobber med. Lunde & Moen (2014) gjennomførte en studie på noen infeksjonsposter og medisinske poster på et sykehus. I studien kom det fram at de fleste sykepleierne hadde kontroll på hvilket smittevernsutstyr som skulle benyttes, men at ikke alle kunne forklare hensikten med alt utstyret. Alle sykepleierne skåret høyt på selvrappertert atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier. Derimot skåret sykepleierne på infeksjonspostene høyere på kunnskap om

multiresistente bakterier samt følelsesmessig respons enn sykepleierne på de medisinske postene.

Andersson, et. al. (2016) gjennomførte en studie for å finne ut hvilke opplevelser sykepleierne hadde i forbindelse med behandling og omsorg for pasienter med MRSA. Det var tre hovedelementer som kom fram i studien. Noen sykepleiere følte seg uvitende, redde og usikre i møte med pasienter med MRSA. Andre sykepleiere følte seg sikre og kompetente i de handlingene de utførte. Siste kategori var at sykepleierne følte seg stresset og overarbeidet i møte med MRSA-pasienter. Studien kom fram til at gode og oppdaterte retningslinjer, gode notater og adekvat informasjon til rett tid, spilte en stor rolle i hvor trygge sykepleierne følte seg i møte med pasienter med MRSA.

I studien gjennomført av Andersson, et. al. (2010) kom det fram at pasienter syntes det kunne oppstå misforståelser på grunn av pasientenes og sykepleiers kunnskap. Sykepleieren hadde da ikke tilpasset informasjonen, og pasientene kunne dermed ikke forstå alt som ble sagt.

3.9.3. Informasjon og veiledning

Pasienter må ha informasjon om sin sykdom og eventuelt veiledning for å mestre den. Flere av studiene viste varierende resultater med tanke på hvor fornøyde pasientene var med informasjonen og veiledningen de fikk. I studien til Skyman, et. al. (2010) kommer det fram at pasientene følte at mangelen på informasjon og rehabilitering var større etter de ble satt i isolasjon, samt at informasjonen de fikk ikke var tilstrekkelig.

I Currie, et. al. (2013) sin studie fortalte pasientene at de ikke var fornøyde med informasjonen de fikk. Dette blir også påpekt i studien til Bellamy (2008) der noen pasienter følte at informasjonen de fikk var utgått. I studien kommer det også fram at kun 60% av deltakerne ble oppdatert på ulike MRSA-behandlinger. Bellamy (2008) oppdaget også at sykepleierne unngikk å gå inn til pasientene hvis det pågikk noe annet på rommet, og på den måten ble informasjonen ikke formidlet. Noen av pasientene følte seg skitne etter å ha blitt informert om MRSA-diagnosen.

Bellamy (2008) fant også at det var mange pasienter som var fornøyde med informasjonen som ble gitt, nesten 70 % av deltakerne. Informasjonen til pasientene ble best sikret hvis de fikk den både verbalt og skriftlig. I studien til Madeo & Owen (2002) kom det fram at av 29 deltakere, var de fleste fornøyde med informasjonen under isolasjonstiden. 77 % følte de fikk tilstrekkelig med veiledning, men noen var fortsatt usikre på veien videre etter endt behandling.

4. Teori

4.1. Antibiotika og antibiotikaresistens

I 1928 oppdaget Alexander Flemming det første antibiotikum. Antibiotikaen stammet fra soppen *Penicillium notatum* og ble hetende Penicillin (Henriksen, Bøvre & Smebye, 2019). For allment bruk ble ikke antibiotika tilgjengelig før på 1950-tallet, og ikke lenge etter ble det oppdaget penicillinresistente bakteriestammer. I senere tid har det blitt utviklet mange antibiotikum (Tønjum & Otterholt, 2020). Det finnes antibiotikum som er bredspektret og antibiotikum som er smalspektret. Bredspektret antibiotika angriper både grampositive bakterier og gramnegative bakterier, og angriper de mer likt enn smalspektret antibiotika. Bredspektret antibiotika er derfor effektive mot mange forskjellige bakterier. Smalspektret antibiotika derimot, er mest effektive på grampositive bakterier og virker derfor bare på et begrenset utvalg av bakterier (Henriksen, et. al., 2019).

Resistens mot ulike typer antibiotikum finnes naturlig hos bakteriene fordi bakterien mangler angrepsområdet til den eksakte antibiotikaen. Man kan likevel se en stabil økning av resistente bakterier etter 1980-tallet som har skjedd raskere enn normalt (Tønjum & Otterholt, 2020). Mutasjoner i DNA til bakterien er i utgangspunktet ikke en fordel, og bakterien vil som oftest dø eller ikke klare å formere seg. Men av og til skjer det en mutasjon som gir bakterien en fordelaktig egenskap. Den fordelaktige egenskapen vil bli videreført til bakteriens datterceller og deretter videre til de neste generasjonene. Bakterier som ikke har denne egenskapen vil over tid bli utkonkurrert. Mutasjoner kan gjøre at bakterien blir resistent mot bestemte typer antibiotikum (Wyller, 2016, s. 92).

Som sykepleier må man sikre at hender, utstyr og arbeidsområdet er rent. Man skal kun gi antibiotika til pasienter som trenger det, og det er svært viktig å rapportere dersom det oppstår en antibiotikaresistent infeksjon. Sykepleiere skal lære opp og veilede pasienter til å ta antibiotika på korrekt vis, og man må informere om antibiotikaresistens og faren ved å misbruke antibiotika (WHO, 2018).

4.2. Meticillinresistent *Staphylococcus aureus*

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* tilhører bakteriegruppen gram-positive kokker, og forkortes MRSA. MRSA er en resistent bakterie og er en spesiell stafylokokkvariant fordi den er motstandsdyktig mot alle typer Penicilliner. Bakterien kan også være resistent mot andre typer antibiotika. Dette er grunnen til at MRSA kan gi opphav til alvorlige og livstruende sykdomsbilder (Wyller, 2016, s. 94). *Staphylococcus aureus* er det samme som gule stafylokokker. Disse bakteriene finner man ofte på huden og i nesen til oss mennesker. Som oftest er de ikke merkbare, men av og til kan man få infeksjoner, og dersom infeksjonen skyldes MRSA, kan det oppstå utfordringer. Infeksjonen oppstår som oftest i hud eller sår (FHI, 2014).

I følge Otterholt (2020) er 20-40 % av befolkningen bærere av gule stafylokokker. Personer med innlagt kateter, dren eller annet medisinsk utstyr er ekstra utsatte med

tanke på infeksjoner forårsaket av bakterien. Selv om MRSA er en type gule stafylokokker, er ikke nødvendigvis bakterien i seg selv mer sykdomsfremkallende enn vanlige gule stafylokokker. Infeksjoner forårsaket av MRSA behandles med en antibiotika som heter Vancomycin. Dessverre har det i de siste årene vært en økning i Vancomycinresistente stafylokokker. På grunn av dette blir behandlingen mindre effektiv, kostnadene øker, og behandlingen i seg selv kan føre til ytterligere resistens. MRSA er derfor en alvorlig helsetrussel.

4.3. Isolering av pasienter med MRSA

Pasienter med smittsom sykdom skal isoleres. Dette gjelder også hvis det er *mistanke* om smittsom sykdom. Sykepleieren må i disse situasjonene ha god kunnskap om hvordan sykdommen smitter, og om hvilket isolasjonsregime som må tas i bruk. Man må som sykepleier opptre på en trygg måte, både overfor pasientene og på sin egen rolle. På denne måten får pasientene den oppfølgingen de har krav på. Det er svært viktig at pasientene blir informert om hvordan isoleringsregimet fungerer, og hva det vil si å være isolert. Alle pasienter som har fått påvist MRSA bør legges rett inn på avdelingen uten å være innom mottaket først. Når pasientene er isolert regnes smitten som dråpe- og kontaktsmitte, og prosedyren forbundet med disse to skal følges (Rygh, Andreassen, Fjellet, et. al., 2016, s. 75 & 85).

4.3.1. Reaksjoner på isolasjon

Det å bli isolert er en stor påkjenning for kroppen. De aller fleste pasienter opplever ett eller flere problemer ved å være isolert. Disse kan være, angst, kvalme/appetittløshet, forvirring/uvirkelighetsfølelse, følelsesmessig avstand fra mennesker, skyldfølelse, irritasjon/sinne overfor personalet, venner og familie, rastløshet, opplevelse av frihetsberøvelse og manglende privatliv og inaktivitet. Under isolasjonstiden vil pasientene bli påminnet om at de har en smittsom bakterie. Alt av personell som kommer inn i rommet har på seg beskyttelsesutstyr, og pasientene kan dermed føle seg sykere enn det de egentlig er. Her er det viktig at sykepleier opptre empatisk overfor pasientene. Som sykepleier har man et ansvar overfor pasientene med tanke på hvordan de takler å være i isolasjon. Tiltak som kan hjelpe pasientene kan være at sykepleier ofte går innom rommet deres, selv om pasientene ikke har tilkalt hjelp. Det er også viktig å bruke tid hos pasientene når man først er inne på rommet, samt gjenta informasjon som tidligere er blitt gitt. Det er vist at det kan hjelpe pasienter å mestre isolasjon hvis de selv har god innsikt i sin egen sykdom og kan planlegge hvordan dagen skal se ut (Rygh, et. al., 2016, s. 80).

4.4. Menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee (1926-1971) var en sykepleieteoretiker som hadde fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Teorien bygger på at mennesket er et unikt individ der vi gjennom hele livet er i vekst, endring og utvikling. Travelbee mente at sykepleie ikke skulle ha handlinger som et mål, men at sykepleie skulle være et hjelpemiddel til å hjelpe et annet menneske. Det er sykepleieren sitt ansvar å skape et forhold til pasienten, et menneske-til-menneske-forhold. Forholdet skal ikke basere seg på sykepleier og pasient, men at disse to er unike menneskelige individer. For å klare dette må fasadene «sykepleier» og «pasient» hvikes ut. Travelbee mente at reell kontakt oppstår først når det enkelte individet opplever den andre som et menneske (Travelbee, 1999, s.171).

Menneske-til-menneske-forholdet er unikt i forhold til sykepleier-pasient-forholdet fordi den ivaretar den sykes behov konsekvent og uten betingelser. Selv om det er sykepleieren som har ansvar for å skape et forhold til pasienten, skapes ikke et menneske-til-menneske-forhold uten at pasienten selv bidrar (Travelbee, 1999, s. 173).

4.5. Sykepleierens funksjon

Sykepleierens funksjon er i praksis en integrert helhet. Ulike faktorer vil påvirke hvilke deler av sykepleiefunksjonen som er mest framtrædende. Faktorer som har betydning for sykepleiefunksjonen er *tid*, *sted* og *situasjon*. Sykepleieren iverksetter konkrete tiltak, der det i en situasjon dreier seg om forebygging, en annen situasjon om behandling og en tredje situasjon om lindring. De samme handlingene kan ha ulike hensikter. I én situasjon kan tiltakene som sykepleieren iverksetter virke helsefremmende og forebyggende, mens samme tiltak i en annen situasjon kan virke behandlende eller lindrende (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 27).

4.5.1. De etiske prinsipper innenfor sykepleie

Som sykepleier er det viktig å ta hensyn til pasientene. Sykepleiere skal opptre faglig forsvarlig overfor pasientene, og det er sykepleierens ansvar å være oppdatert og utøve best mulig sykepleie til enhver tid. Man må jobbe ut ifra de etiske prinsipper som omfattes av det moralske aspektet ved klinisk sykepleie. Disse etiske prinsippene innebærer velgjørenhet og ikke skade-prinsippet, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Velgjørenhet og ikke skade-prinsippet innebærer å fremme den sykes helse på best mulig måte. Sykepleieren må ville behandle og hjelpe pasientene ut fra sin faglige forståelse og omsette denne kunnskapen til en handling. Samtidig som at sykepleieren skal gjøre det beste for pasientene, skal man også minimalisere smerte og ubehag. Handlinger som urettmessig påfører pasientene skade eller unødvendige belastninger skal unngås (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

Autonomi handler om at pasientene har rett til å velge eller nekte helsehjelp. Dette inkluderer også at pasientene har rett til å nekte sykepleie. Som sykepleier må man være bevisst på pasienters rettigheter og behov, og respektere deres autonomi. Rettferdighetsprinsippet omhandler at like tilfeller skal behandles likt. Man må derfor sikre at omsorgen er rettferdig fordelt mellom pasientene, samt ta hensyn til hvordan ressursene totalt sett blir brukt. Det siste prinsippet omhandler barmhjertighet. Her må sykepleieren ta hensyn til pasientens ulike plager. Plagene til pasientene er standarden for hvordan de skal ivaretas. Sykepleierens håndlag samt varsomhet blir påvirket spontant og intuitivt av smertene til pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18-19).

4.5.2. Helsefremming

Helsefremming innenfor sykepleie handler om å ta vare på og styrke de ressursene pasienten har, samt styrke potensialet deres til å fremme helse og velvære. Helsefremming er aktuelt, uavhengig av mottakerens helse eller sykdomssituasjon. Helsefremmende arbeid er prosesser som setter pasientene i stand til å utvikle personlig kompetanse og ferdigheter. Pasientene skal få økt kontroll over helsa og å være i stand til å forbedre den (Kristoffersen, et.al., 2016, s. 18). Kommunikasjon er svært viktig med tanke på helsefremmende sykepleie. Helsefremmende kommunikasjon innebærer at sykepleieren må se og anerkjenne en annen persons ressurser og muligheter til mestring og utvikling, og ikke bare se på sykdommen til pasientene. En god sykepleier ser på pasientene som et

helt menneske med evner, muligheter, relasjoner og egne verdier og prioriteringer (Eide & Eide, 2017, s. 18).

4.5.3. Informasjon og veiledning

De færreste pasienter er forberedt på å bli smittet av MRSA. På grunn av dette er informasjon og veiledning spesielt viktig (Elstrøm, 2016, s. 207). Ifølge Eide & Eide (2017, s. 218) har pasienten et stort behov for å få informasjon om forhold som kan påvirke situasjonen når man plutselig blir hjelpetrengende. På grunn av dette er informasjon og veiledning en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. Informasjonen man som sykepleier gir, må bidra til at pasientene opplever situasjonen som forutsigbar, samtidig må informasjonen være fullstendig. Kristoffersen (2016, s. 370) påpeker at det ikke er noen garanti for at informasjonen som sykepleieren gir, er mottatt og forstått av pasienten. For mye informasjon på en gang kan virke belastende og kan føre til at pasienten ikke får med seg alt. Det er også vist at det er lettere for pasienten å huske det som blir sagt dersom de har noen knagger å henge informasjonen på. Sykepleieren bør unngå å gi viktig informasjon når det foregår andre ting på rommet, da oppmerksomheten til pasienten kan være rettet mot dette (Eide & Eide, 2016, s. 219).

Kristoffersen (2016, s. 382-384) forteller at hensikten med veiledning er å fremme læring, slik at pasienten får en personlig utvikling og vekst. Målet er at pasienten skal foreta valg og handlinger som fører til at de mestrer livet på en bedre måte. Veiledning innebærer å stille seg til rådighet for pasienten, som for eksempel å være en samtalepartner. Relasjon, veiledningsprosessen og veiledningsferdigheter er alle viktige faktorer som er knyttet til god veiledning. Sykepleieren må bruke tid på å skape en god relasjon til pasienten slik at pasienten føler seg trygg før veiledningen starter.

Veiledningsprosessen består av ulike faser. Den første fasen handler om å klargjøre for pasientene hvordan de opplever situasjonen nå. Det er viktig å bruke tid i denne fasen slik at pasientene får klargjort hva de tenker. Neste fase omhandler å hjelpe pasientene til å finne et mål. Her kan man for eksempel spørre pasientene om hvordan situasjonen har forandret seg, hva de synes er viktig i deres liv, eller hvilke prioriteringer pasientene ønsker å gjøre framover. Den siste fasen handler om finne ut hvordan pasientene kan nå målet de har satt seg. Her er det viktig å hjelpe pasientene med å se på ulike alternativ, se på konsekvensene og deretter hjelpe pasientene til å foreta et valg (Kristoffersen, 2016, s. 384-385).

Det siste begrepet Kristoffersen (2016, s. 385-386) nevner er veiledningsferdigheter. Her settes det fokus på ferdigheter i både kommunikasjon og samhandling. Veiledning handler rett og slett om å ha utviklet selvinnsikt og ha gode ferdigheter innenfor kommunikasjon. Målet med veiledningen er at pasientene ikke skal bli fortalt hvordan de skal håndtere ulike utfordringer, eller å gi dem svarene. Pasientene skal bli selvstendig og ansvarlig slik at de klarer å håndtere ulike utfordringer videre i livet.

4.6. Hygiene

Som sykepleier er man nødt til å ha kunnskap om god hygiene og forstå hvorfor man gjør ulike tiltak. Målet er å bryte ett eller flere ledd i smittetekjeden, slik at overføring av smittestoff ikke skjer. Smittetekjeden består av et smittestoff, en smittetilførsel, en utgangsport, en smittevei, en inngangsport og deretter en smittemottaker. MRSA overføres

via kontaktsmitte. Det betyr at man blir smittet eller kolonisert ved å ha direkte kontakt med en annen person som har MRSA, eller indirekte kontakt som for eksempel med en gjenstand som har bakterien på seg. Det er derfor viktig å etablere gode arbeidsvaner og følge hygieniske prinsipper i møtet med MRSA (Elstrøm, 2016, s. 34 & 37).

Elstrøm (2016, s. 64 & 75) påpeker at håndhygiene er et av de viktigste enkelttiltakene man kan gjennomføre for å hindre smitte. Som sykepleier er man nødt til å formidle viktigheten av god hygiene til MRSA-pasienter, og da spesielt god håndhygiene. Dessverre blir informasjon om god håndhygiene ofte glemt til pasienter og pårørende. Det er pasienter med pågående infeksjoner og pasienter som er bærere av bakterien som utgjør den største smitterisikoen. Sykepleieren har derfor et ansvar om å informere pasientene om viktigheten av god håndhygiene og instruere i når og hvordan korrekt håndhygiene utføres.

5. Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere funnene som er gjort med utgangspunkt i problemstillingen for oppgaven. For ordens skyld er problemstillingen

På hvilken måte kan sykepleier sikre informasjon og veiledning til pasienter med MRSA?

Jeg vil benytte meg av funnene som er gjort i forskningsartiklene samt annen faglitteratur. Først vil jeg diskutere ut i fra informasjonens betydning. Videre skal jeg ta utgangspunkt i veiledningen, for så å se på betydningen av sykepleieres kompetanse. Til slutt vil jeg drøfte metoden jeg har benyttet.

5.1. Informasjonens betydning

Pasienter reagerer forskjellig i forbindelse med sykdom. Når en sykdom oppstår blir pasientene mer sårbar og kan oppfatte ting på ulike måter. Alle pasientene som ble intervjuet i studiene hadde vært i isolasjon over lengre tid, og som Rygh, et. al. (2016, s. 80) nevner, er det å være i isolasjon i seg selv en stor påkjenning for kroppen. Blant annet kan pasientene oppleve angst, forvirring, og irritasjon på personalet. I Skyman, et. al. (2010) sin studie forteller pasienter at de følte seg krenket av personalet og at de følte seg urene. Pasienter som er på isolat på grunn av MRSA vil se personalet i fullt smitteutstyr, og utstyret i seg selv skaper en avstand mellom sykepleier og pasient (Rygh, et. al., 2016, s. 80). Madeo & Owen (2002) viste i sin studie at følelsen av å være uren og skitten ble forsterket av smittetiltakene som ble praktisert. På en annen side er det viktig å huske at tiltakene som blir satt inn når man får påvist MRSA-smitte, er for å beskytte både pasientene og sykepleierne. MRSA kan gi opphav til alvorlig infeksjon, og hvis bakterien spres rundt på sykehusavdelingene der pasienter allerede har svekket immunforsvar, kan man snakke om livstruende sykdomsbilder (Wyller, 2016, s. 94). Disse tiltakene er viktig å formidle til pasientene og samtidig forklare hvorfor man praktiserer tiltakene.

Selv om man er smittet av MRSA skal det ikke ha noen betydning for omsorgen pasientene får. Pasientene som deltok i studien til Barratt, et. al. (2010) følte at de fikk mindre omsorg etter at de ble satt i isolasjon, samt at omsorgen de fikk ikke var av like høy kvalitet. Som sykepleier er det svært viktig å se mennesket før sykdommen, og ikke omvendt. Man har et ansvar for at omsorgen blir rettferdig fordelt og at pasientene får kontakt med sykepleieren. Sykepleieren har et ansvar overfor pasientene og skal opptre faglig forsvarlig og gi omsorgen pasientene trenger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Rygh, et. al. (2016, s. 80) påpeker også at det er viktig å ofte tilse pasientene i isolasjon, og at dette kan bidra til å lette på de negative følelsene. Derimot er det erfart at sykepleiere synes isolasjonsrom kan være tungvint på grunn av alle smittetiltakene, og unngår derfor disse rommene i den grad det er mulig. De velger heller å «samle opp» alle gjøremål når man først er inne på rommet. På den måten opplever pasienten å se mindre til sykepleieren. En slik holdning fra sykepleiere kan medføre glemte arbeidsoppgaver.

Travelbee (1999, s. 171) påpeker at menneske-til-menneske-forhold er svært viktig i møte med pasienter. Sykepleieren er nødt til å se pasientene som et unikt individ, et menneske, og deretter bygge opp relasjonen. Problemer med avstand og relasjon kan oppstå hvis sykepleierne opptrer forskjellig. Hvis en sykepleier kommer inn med munnbind og en annen uten, kan pasientene bli forvirret. Pasientene vil føle seg mer smittsom for

sykepleieren med munnbind enn for sykepleieren uten. Her er det svært viktig at sykepleiere opptrer likt. Dette er viktig med tanke på den videre informasjonen og veiledningen pasientene skal få. I noen tilfeller kan pasientene være mindre mottakelig for informasjon og veiledning hvis relasjonen mellom sykepleier og pasient er dårlig. På en annen side skal en god sykepleier klare å bygge en relasjon selv med munnbind på. Eide & Eide (2017, s. 218) påpeker at informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. Det er derfor viktig at sykepleieren bruker tid inne på rommet og utviser faglig trygghet (Rygh, et. al., 2016, s. 80).

Både Skyman, et. al. (2010) og Currie, et. al. (2013) fant at pasientene ikke var fornøyd med informasjonen de fikk, samt at den ikke var tilstrekkelig. Selv om sykepleierne hadde vært inne på rommet og informert, var det denne følelsen pasientene satt igjen med. Kristoffersen (2016, s. 370) påpeker at det ikke er en selvfølge at informasjonen som er gitt er mottatt og forstått. Dette er viktig at sykepleier er oppmerksom på. Rygh, et. al. (2016, s. 80) nevner at sykepleier er nødt til å gå ofte inn på rom der pasienter er isolert, samtidig at allerede gitt informasjon gjentas. Dette er for å sikre at pasientene har fått med seg hva som er blitt sagt. På en annen side er det også svært viktig at sykepleieren ser på tilstanden til pasientene. Det er lite gunstig å gi viktig informasjon hvis man ser at pasientene er opprørte eller langt nede. Nortvedt & Grønseth (2016, s. 19) skriver at man som sykepleier må ta hensyn til pasientenes ulike plager som en del av barmhjertighetsprinsippet. Som en god sykepleier skal man da ikke fylle på med informasjon når man ser at pasientene ikke er klar for å motta det man skal si.

I studien utført av Andersson, et. Al (2010) kommer det fram at pasientene fikk informasjon, men at den ikke ble oppfattet på grunn av ulike kunnskapsgrunnlag mellom pleier og pasient. Selv om det er svært viktig med informasjon og veiledning til MRSA-smittede pasienter, er det enda viktigere at pasientene forstår innholdet i det sykepleieren sier (Elstrøm, 2016, s. 207). Informasjon er lite verdt hvis ikke mottakeren i andre enden ikke oppfatter det som blir sagt. Sykepleiere er nødt til å tilpasse informasjonen de gir. Det er ikke selvsagt at pasienter som blir smittet av MRSA vet hva MRSA egentlig er. Det er derfor viktig å kartlegge hva pasientene har behov for å vite og hva de eventuelt vet fra før. På en annen side er det ikke alltid pasientene er mottakelige for informasjon. Som sykepleier er det viktig å forsikre seg om at pasientene lytter. Først og fremst kan pasientene ha smerter. Hvis man da gir informasjon om noe annet, vil det være uinteressant for vedkommende. Ulike plager bør lindres før eventuell informasjon skal gis. Videre må man se an hvilken informasjon som må gis, og hvilken informasjon som kan vente. Hvis en pasient for eksempel er alvorlig syk og er sengeliggende, er det kanskje ikke rette tidspunktet å fokusere på korrekt håndhygiene. Det er heller ikke sikkert tidspunktet er riktig for å informere om MRSA-diagnosen, da pasientens fokus i disse tilfellene antakelig vil være et annet sted. Som behandler må man prioritere hva som er viktig. Er pasientene i god fysisk og psykisk form, takler de fleste mer informasjon sammenlignet med pasienter som ikke er det.

5.2. Veiledning

Travelbee (1999, s. 171) konkluderte med at relasjon skapes når titlene sykepleier og pasient hviskes ut. Det er først da et menneske-til-menneske-forhold oppstår. Relasjonens betydning blir også påpekt av Kristoffersen (2016, s. 382), som mener relasjon er et av tre viktige faktorer når det kommer til god veiledning. Å skape et tillitbasert forhold og å bygge en god relasjon tar tid. Dessverre er det ikke alltid sykepleieren har kapasitet til dette. Ikke alle pasienter er innlagt over lengre tid, og det blir dermed vanskeligere å skape

et godt forhold. Med bakgrunn i dette er sykepleier nødt til å utnytte tiden en har med pasientene. Flere pasienter har behov for veiledning i forbindelse med en MRSA-diagnose. I studien til Madeo & Owen (2002) kom det fram at 77 % av pasientene hadde fått veiledning, men at de fortsatt var usikre på veien videre. Behovene til pasientene må i disse situasjonene bli kartlagt bedre slik at sykepleier har mulighet til å gi den veiledningen pasientene trenger.

Pasienter som får påvist MRSA er som oftest ikke forberedt på diagnosen. Det er mye de trenger av informasjon, og de må vite hvordan videre smitte kan unngås. Her er det spesielt viktig at sykepleier veileder pasientene slik at de til slutt mestrer tiltak som hindrer smittespredning. Elstrøm (2016, s. 64) påpeker at korrekt håndhygiene er ett av de viktigste enkelttiltakene. Dessuten er det pasienter med pågående MRSA-infeksjoner og bærere av bakterien som utgjør den største smitterisikoen. Man kan imidlertid ikke forvente at pasientene har kunnskap om dette. Ved å være ofte inne til pasientene og å veilede dem gjennom de aktuelle prosedyrene, kan man forhindre flere potensielle smittetilfeller. Samtidig vil pasientene kunne føle mestring ved å utføre prosedyrene på en tilfredsstillende måte.

Å få tid til veiledning kan være en utfordring. Veiledning er ikke gjort på kort tid, og som nevnt tidligere må man bygge en relasjon før i det hele tatt veiledningen kan starte. Fra pasientens side er det mest gunstig å ha få personer å forholde seg til. I tillegg er det enklere å skape et tillitsforhold og en relasjon med få sykepleiere sammenlignet med mange. På en annen side har sykepleiere en hverdag der turnus er en realitet. På grunn av dette er det ikke mulig å tilrettelegge for at pasienten kun kan forholde seg til én sykepleier. En løsning kan være at pasientene får en primærsykepleier, det vil si en sykepleier med hovedansvar, men med flere «under-sykepleiere» som hjelper til. Primærsykepleieren vil da ha en oversikt over hva som har blitt sagt og gjort, og på den måten kan veiledningen bli så fullstendig som mulig.

5.3. Riktig kompetanse

Lunde & Moen (2014) viste i sin studie at sykepleiere på infeksjonsposten hadde mer kunnskap om multiresistente bakterier enn sykepleiere på medisinske poster. Pasienter med MRSA tilhører nødvendigvis ikke en bestemt avdeling fordi de kan ha blitt innlagt for andre sykdomstilstander. Det er derfor viktig at sykepleiere på *alle* poster har kunnskap om hva MRSA er og hva dette innebærer. Sykepleiere skal være oppdaterte på fagstoff og bruke kunnskapen til å utøve best mulig sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). På en annen side er det erfart at dersom man får pasienter utenfor sitt daglige fagfelt, kan kunnskapen være mangelfull. Dette er uheldig, da sykepleieren sitter med mindre kunnskap hvis det plutselig skulle komme en pasient med andre tilleggsplager. Bellamy (2008) konkluderte med i sin studie at utdanning og kursing kunne være et bidrag til å øke kompetansen om MRSA til sykepleierne. Ved å tilby kurs og utdanning kan sykepleieren omsette kompetansen til handlinger. Dermed kan både sykepleier og pasient føle seg trygge. Andersson, et. al. (2016) påpeker at gode og oppdaterte retningslinjer, gode notater og adekvat informasjon til rett tid var avgjørende for sykepleierne med tanke på hvor kompetente de følte seg. Uten nok kompetanse er det større sjanse for feilinformasjon. Sykepleier skal gjøre det beste for pasientene. Dette inkluderer å ha kunnskap nok til å gi rett informasjon og veiledning til rett tid og rett sted (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

Sykepleiere som hadde omsorg for pasienter med MRSA følte seg redde, usikre og ikke kompetente nok. Sykepleiere uten tilstrekkelig kompetanse, kan føre til at pasientene føler

de ikke får riktig behandling (Andersson, et. al., 2016). Hvis dette problemet oppstår, er det svært viktig at sykepleieren tar ansvar og tilegner seg manglende kunnskap og kompetanse slik at pasienten får den informasjon og veiledning som trengs. Imidlertid er det ikke alltid sykepleieren har tid til å sette seg ned for å lete fram informasjon. Et annet alternativ er at sykepleieren finner en annen kollega som kan hjelpe. Det viktigste er at pasientene blir informert. Avhengig av hvilken avdeling man jobber på kan det være hektiske dager. Dette ble også påpekt i Andersson, et. al. (2016) sin studie. Sykepleierne følte seg stresset og overarbeidet, og dette gikk utover pasientene med MRSA. Det er erfart at informasjon til pasienter blir satt på vent på grunn av andre ting som må prioriteres. Det er viktig at informasjonen som blir gitt bidrar til at pasientene opplever situasjonen de er i som forutsigbar, samt at informasjonen skal være fullstendig (Eide & Eide, 2016, s. 218). Sykepleieren må derfor prioritere å sette av tid til å informere pasientene. Det er vist at pasienter er i bedre stand til å huske informasjon hvis de har knagger å feste den på (Kristoffersen, 2016, s. 370). Et alternativ er å gi informasjonen både verbalt og skriftlig (Bellamy, 2008). På denne måten får pasientene informasjonen dobbelt opp og det kan være lettere for pasientene i ettertid å finne ut hva de lurer på siden de har informasjonen foran seg.

5.4. Metodediskusjon

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Ved å benytte meg av allerede publisert forskning og annen faglitteratur får jeg faglig stoff som er laget og skrevet av andre. Når jeg har søkt etter forskningsartikler har jeg søkt i flere databaser. Ved å gjøre dette utvider jeg søket til at jeg kan finne flere artikler. En ulempe med dette er at resultatet kan bli veldig stort og på den måten gjøre det vanskelig å finne de beste artiklene. Jeg har derimot avgrenset søket i noen av databasene og deretter benyttet meg av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde jeg for å filtrere søket for å få opp artiklene som var mest aktuelle for meg. Noen av artiklene er likevel eldre enn det jeg ønsket. Disse er inkludert da jeg mener at de fortsatt er aktuelle for resultatet.

Det er viktig å påpeke at alle artiklene bortsett fra én er skrevet på engelsk. Jeg har derfor benyttet meg av oversettelsesprogram hvis det har dukket opp ord jeg ikke har forstått. Ved å gjøre dette er det en risiko for at det har oppstått feilkilder. Det er derfor viktig at resultatene tolkes med forsiktighet.

Forskningsartiklene er utført i andre land enn Norge, bortsett fra én artikkel. Det kan derfor ha vært ulike utgangspunkt for studien. Alle artiklene er fra land som er industrialisert og har likheter med Norge, men det kan likevel være forskjeller som jeg ikke har oppfattet. Jeg har antatt at utdanningen til sykepleierne har vært homogen og at sykepleiepraksisen noen lunde er lik og det er derfor viktig å tolke resultatet med forsiktighet også her.

Norge er ikke et land med høy forekomst av MRSA sammenlignet med andre land i Europa. Det har derfor vært relativt lite forskning på dette her sammenlignet med land med høy forekomst. Resultatet på denne oppgaven hadde blitt forsterket hvis flere norske artikler hadde vært benyttet. På en annen side har forskningen på MRSA kommet lengre i land der forekomsten er høy. Det er derfor jeg har benyttet meg av de valgte artiklene.

Artiklene i denne litteraturstudien har vært både kvalitative og kvantitative. Ved å benytte meg av begge typer har jeg følt at jeg har fått et bredere perspektiv. På en side er kvalitative forskningsartikler mest aktuelt for denne studien, men på en annen side er det greit å få tall fra kvantitative studier også. Kvalitative studier har en tendens til å inkludere

færre deltakere enn kvantitative studier og på grunn av dette er det en fordel å benytte seg av begge for et bredere perspektiv.

6. Konklusjon

Sykepleiere som har ansvar for pasienter smittet med MRSA, må være sikre på de formidler korrekt og oppdatert informasjon. Oppdatert informasjon kan tilegnes ved hjelp av undervisning og kursing, samt samtaler med kollegaer. Sykepleierne må selv ta ansvar og vise interesse slik at kompetansen økes. Kurs og undervisning bør tilbys med jevne mellomrom slik at flest mulig kan delta.

Det er vist at pasienter er mer mottakelig for informasjon dersom informasjonen gis både muntlig og skriftlig. Ved å gi informasjon i begge former er det lettere for pasientene å stille spørsmål hvis det er noe de lurer på, også i ettetid. Det er viktig at sykepleieren legger til rette for at pasienten kan stille spørsmål når som helst.

Når sykepleiere kommuniserer med pasienter må de huske at det ikke er sikkert pasientene forstår alle begrep og faguttrykk. Det er viktig at sykepleier tilrettelegger informasjonen og sørger for en god pedagogisk formidling. Underveis må sykepleier forsikre seg om at pasientene forstår det som blir sagt. Dessuten må sykepleieren forsikre seg om at pasientene er mottakelig for informasjon, noe som innebærer at man ikke skal gi viktig informasjon hvis for eksempel pasientene ligger med smerter. Oppmerksomheten til pasienten vil i slike tilfeller være rettet mot smertene, og ikke informasjonen som gis av sykepleieren.

Når pasienter skal veiledes er det viktig med kontinuitet. Ved å tildele pasienter primærsykepleiere og en begrenset gruppe ansatte, kan man forhindre at pasientene må bygge et tillitsforhold til nye sykepleiere hver gang. Primærsykepleieren og de andre ansatte kan deretter lage en plan og kommunisere med hverandre internt. Pasientene slipper da å få gjentakende informasjon og veiledning. Pasienter vil samtidig være mer mottakelig for veiledning fra sykepleiere de har et godt tillitsforhold til.

Sykepleiere må bruke god tid med pasientene når de skal veiledes gjennom prosedyrer som er viktige i forbindelse med MRSA. På den måten får pasientenes økt kunnskap når de blir skrevet ut fra sykehus. Noen pasienter er usikre på veien videre, og denne usikkerheten kan erstattes med strukturert og tilrettelagt veiledning.

Forskningen og faglitteraturen som er brukt i denne litteraturstudien har, som nevnt i innledningen, tatt utgangspunkt i pasienter på sykehus. Pasientene er da isolert, noe som er en stor påkjenning på kroppen. Derfor kunne det vært interessant med videre forskning om hvordan pasienter opplever å leve med MRSA utenfor sykehusets fire vegger.

Referanser

- Andersson, H., Gleissman, S.A., Lindholm, C. & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, Vol. 63(2), 233-241. <https://doi.org/10.1111/inr.12245>
- Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2010). MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, Vol. 58(1), 47-53. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x>
- Antibiotika.no. (2018, 9. november). 33 000 mennesker dør av antibiotikaresistens i Europa årlig. Hentet fra <https://www.antibiotika.no/2018/11/09/33-000-mennesker-dor-av-antibiotikaresistens-i-europa-arlig/>
- Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28(2), 53-59. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=60467068&site=ehost-live>
- Bellamy, E. (2008). An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. *British Journal of Infection Control*, Vol. 9(3), 6-10. <https://doi.org/10.1177/1469044607088373>
- Bjørnnes, A.K. & Gjevjon, E.R. (2019, 31. oktober). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien Forskning*, Vol. 14(78806). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>
- Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G.S., ... Monnet, D.L. (2018). Attributable deaths and disability-adjusted life years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 19(1), 56-66. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4)
- Currie, K., Knussen, C., Price, L. & Reilly, J. (2013). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* screening as a patient safety initiative: using patients' experiences to improve the quality of screening practices. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 23(1-2), 221-231. <https://doi.org/10.1111/jocn.12366>
- Dallan, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon I relasjoner – pasientorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Elstrøm, P. (Red.). (2016). *Smittevern i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- FHI. (2014, 15. april). Generelt om MRSA. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/antibiotikaresistens/generelt-om-mrsa/>

- Helsebiblioteket. (2016, 6. juni). Søketeknikker. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Henriksen, S.D., Bøvre, K. & Smebye, M.L. (2019, 31. juli). Antibiotika. Hentet fra <https://sml.snl.no/antibiotika>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, bind 3, s. 370, 382-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 18 & 27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien Forskning, Vol. 9(3)*, 260-270. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0144>
- Madeo, M. & Owen, E. (2002). Isolation – a patient satisfaction and compliance survey. *Journal of Infection Prevention, Vol. 3(3)*, 18-21. <https://doi.org/10.1177/175717740200300305>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 18-19). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- O`Neill, J. (2016). Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. Hentet fra https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
- Otterholt, E. (2020, 5. mai). MRSA. Hentet fra <https://sml.snl.no/MRSA>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2020, 24. mars). Etikk i forskningen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Rygh, M., Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I.L. & Stubberud, D. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 75, 80 & 85). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 24(1)*, 101-107. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x>
- Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie (s. 171, 173). Oslo: Universitetsforlaget

Tønjum, T. & Otterholt, E. (2020, 16. januar). Antibiotikaresistens. Hentet fra <https://sml.snl.no/antibiotikaresistens>

WHO. (2018, 5. februar). Antibiotic resistance. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

Wyller, V.B. (2016). *SYK 1 – mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS