

BACHELOROPPGAVE - SPL 3903:

Sykepleie til pasienter smittet med
antibiotikaresistente bakterier:
MRSA og isolering

NTNU Gjøvik

Avdeling helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

FORFATTERE:

Eila Røsbjørgen, 458480

Reidun Aksetøy, 140893

DATO: 18.05.2018

SAMMENDRAG

Tittel: Sykepleie til pasienter smittet med antibiotikaresistente bakterier: MRSA og isolering	Dato: 18.05.2018	
Deltakere: Eila Røsbjørgen og Reidun Aksetøy		
Veileder: Anne Vifladt		
Nøkkelord: Antibiotikaresistente bakterier, MRSA, isolering, psykososial helse, sykepleie		
Antall sider/ord: 43/9258	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Bakgrunn: Antibiotikaresistens er i følge Verdens Helseorganisasjon en av de største helsetruslene vi står overfor. Forekomsten av MRSA i Norge er relativt liten, men sprer seg i økende grad i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Isolering som smitteverntiltak vil være nødvendig ved kontakt med helsetjenesten for å hindre smittespredning. Isolering kan oppleves som vanskelig for pasienten og gi negative konsekvenser psykososialt.		
Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse utfordringer som påvirker isolerte MRSA-smittede pasienter og hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta pasientens psykososiale helse.		
Metode: Litteraturstudie med strukturerte søk i databasene Cinahl, PubMed og SweMed+. Det er i tillegg gjort manuelle søk. 6 artikler av kvalitativ og kvantitativ metode er inkludert.		
Resultat: Funnene fra de 6 artiklene viser at sykepleiere må være bevisst på at MRSA-ervervelse og isolasjon kan oppleves som en livskrise for pasienten. Funnene er kategorisert i tre temaer: <i>psykososiale utfordringer, kompetansens betydning og relasjonens betydning.</i>		
Konklusjon: Ved å skape gode relasjoner til pasienten og tilegne seg og videreformidle kunnskap om MRSA og smitteforebygging, kan sykepleiere bidra til å ivareta pasientens psykososiale helse.		

ABSTRACT

Title: Nursing patients infected with antibiotic-resistant bacteria: MRSA and isolation.	Date: 18.05.2018	
Participants: Eila Røsbjørgen og Reidun Aksetøy		
Supervisor: Anne Vifladt		
Keywords: Antibiotic resistant bacteria, MRSA, isolation, psychosocial health, nursing		
Number of pages/words: 43/9258	Number of appendix: 0	Availability: open
Background: According to the World Health Organization, Antibiotic Resistance is one of the biggest health threats to mankind. The prevalence of MRSA in Norway is relatively small, but increasingly spreading in both the primary and specialist health services. Insulation as a contraceptive measure will be necessary upon contact with the health service to prevent spread of infection. Isolation may be experienced as difficult for the patient and give negative effects psychosocially.		
Aim: To elucidate challenges affecting isolated MRSA-infected patients and how nurses can help maintain the patient's psychosocial health.		
Method: Literature study with structured searches in the databases Cinahl, PubMed and SweMed +. In addition, manual searches have been made. 6 articles of qualitative and quantitative method are included.		
Results: The findings from the 6 articles show that nurses must be aware that MRSA acquisition and isolation can be perceived as a life crisis for the patient. The findings are categorized into three themes: <i>psychosocial challenges</i> , <i>the importance of competence</i> and <i>the importance of the relationship</i> .		
Conclusion: By creating good relationships with the patient and acquiring and disseminating knowledge about MRSA and infection prevention, nurses can help to protect the patient's psychosocial health.		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	1
ABSTRACT.....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Introduksjon	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans	5
2.0 Bakgrunn.....	7
2.1 Meticillinresistente Staphylococcus aureus	7
2.2 Isolasjon	8
2.3 Den psykososiale helsen	9
2.3.1 Krise og mestring	9
2.3.2 Ensomhet	10
2.3.3 Angst og depresjon	10
2.4 Menneske-til-menneske-forholdet	10
2.5 Kompetanse og etisk bevissthet	11
2.6 Hensikt	12
2.7 Problemstilling	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Tverrsnittstudie, kvantitativ og kvalitativ forskning	13
3.3 Metode for innhenting av relevant litteratur	14
3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	14
3.5 Søkematrise	16
3.6 Analyse og kildekritikk	17
3.7 Forskningsetikk	17
4.0 Resultat.....	19
4.1 Fremstilling av artiklene i matrise	19
4.1.1 Artikkel 1	19
4.1.2 Artikkel 2	20
4.1.3 Artikkel 3	21
4.1.4 Artikkel 4	22
4.1.5 Artikkel 5	23
4.1.6 Artikkel 6	24
4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat	25
4.2.1 Psykososiale utfordringer	25
4.2.2 Kompetansens betydning	26
4.2.3 Relasjonens betydning	27

5.0 Diskusjon.....	28
5.1 Psykososiale utfordringer	28
5.2 Kompetansens betydning	30
5.3 Relasjonens betydning	32
5.3 Metodiske overveielser	35
6.0 Konklusjon.....	37
Litteraturliste.....	38

Antall ord: 9258

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Ukritisk og feil bruk av antibiotika har ført til at enkelte bakteriestammer har utviklet resistens, altså blitt motstandsdyktige mot antibiotika. Antibiotikaresistens innebærer at bakterier ikke blir svekket eller utryddet når man trenger antibiotika for å behandle infeksjoner. Bakteriene kan leve videre, formere seg og fremkalle eller forverre sykdom (Folkehelseinstituttet, 2015). Verdens Helseorganisasjon (WHO) karakteriserer antibiotikaresistens som den største helsetrusselen vi står overfor, og har innledet en kampanje for å anerkjenne dette som et globalt helseproblem (Berntsen, 2016). Årlig dør mennesker i Norge som følge av infeksjoner som ikke lar seg behandle. Totalt i Europa dør det rundt 25 000 mennesker årlig. Om noe ikke gjøres, kan tallet i år 2050 nå 10 millioner mennesker årlig, på verdensbasis (antibiotika.no, 2018).

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er stammer av gule stafylokokker som har utviklet resistens mot Meticillin; en type antibiotika som ble utviklet da noen utviklet resistens mot vanlig Penicillin (Norsk Helseinformatikk, 2014). I følge Folkehelseinstituttet (2015) smittes MRSA via kontaktsmitte og luftsmitte og vil derfor kreve smitteverntiltak ved kontakt med helsevesenet. Å bli smittet med antibiotikaresistente bakterier kan oppleves som traumatisk for pasienten. Noen ganger er isolering nødvendig og dette kan være en stor belastning for pasienten. Enhver form for isolasjon er en psykisk belastning både for pasient og besøkende, og som sykepleiere må vi tenke over hvordan dette påvirker pasientens psykososiale tilstand (Stordalen, 2009).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har både en delegert og en samarbeidende funksjon som er rettet mot helsefremmende arbeid. Pleie- og omsorg, behandling, forebygging, rehabilitering og miljøterapi er blant de mange oppgavene sykepleiere har (Hellesø, 2011). Sykepleiere har nær pasientkontakt og har derfor et stort ansvar for behandlingen som blir gitt, og en viktig

rolle i bekjempelsen mot smitte og å redusere bruken av antibiotika. Tiltakene er blant annet å spore opp smitte, bryte smitteveiene/smittekjeden og gjøre smittemottakere mer motstandsdyktig (Hovig og Lystad, 2001). Sykepleiere skal også være i stand til å yte emosjonell støtte og formidle informasjon (Mathisen, 2011). Forskning viser at helsepersonells kunnskap om MRSA og smittevernrutiner påvirker pasientens opplevelse av helsepersonellens atferd (Lindberg m.fl., 2013). En travel arbeidsdag kan hindre sykepleiere i å gi pasienten den støtten man ofte trenger når man er isolert. Isolasjon kan påvirke pasientens psykososiale tilstand og gir begrensninger i forhold til pasientens behov for kontakt med andre. Det kan også påvirke pasientens kulturelle og religiøse behov. At sykepleiere formidler informasjon og veiledning, både til pasient og besøkende, blir derfor svært viktig (Stordalen, 2009).

2.0 Bakgrunn

2.1 Meticillinresistente *Staphylococcus aureus*

Det er relativt få tilfeller av MRSA-smittede pasienter i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Likevel har økt reisevirksomhet og mer kontakt med helsevesenet i utlandet økt smittefaren. I Norge er andelen MRSA av blodkulturisolater med gule stafylokokker på under 1%, mens i Europa ligger den over 20%. I enkelte andre verdensdeler er den over 50%. Forekomst av MRSA i Norge blir registrert inn i et system; Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Forekomsten av MRSA som er meldt inn til MSIS i tidsrommet 2010-2017 viser at antall MRSA-smittede er økende i dette tidsrommet (Folkehelseinstituttet, 2015).

MRSA-infeksjoner opptrer oftest på sykehus, men sprer seg også i økende grad i primærhelsetjenesten. Friske personer med påvist MRSA på huden kalles *bærere* av MRSA. Når MRSA kommer over i sår eller hos mennesker med svekket immunforsvar kan bakteriene forårsake alvorlige infeksjoner som igjen kan føre til livstruende tilstander som sepsis. Selv om det fortsatt finnes effektive medisiner, må disse som oftest gis intravenøst. Behandlingen er kostbar og ofte vil det være nødvendig å sjekke og behandle personalet ved avdelingen. Oppdages MRSA-utbrudd på sykehus/institusjoner er det nødvendig med isolering (Norsk Helseinformatikk, 2014).

I 2004 kom Nasjonalt Folkehelseinstitutt ut med MRSA-veilederen, grunnet en økning av MRSA-tilfeller ved norske sykehus. I ettertid har man sett en økning av MRSA-tilfeller utenfor sykehus, og allerede i 2008 kom en ny veileder. Den nye utgaven gir konkrete råd og anbefalinger om hvordan primærhelsetjenesten skal håndtere MRSA-smittede pasienter ved sykehjem, hjemmesykepleien, på legekantor og andre undersøkelses- og behandlingssteder. Veilederen har som mål at MRSA ikke skal få fotfeste ved sykehus og sykehjem i Norge ved at alle helsetjenester følger basale smittevernrutiner (Folkehelseinstituttet, 2009). Basale smittevernrutiner handler om blant annet håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, beskyttelsesutstyr, renhold og desinfeksjon (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette skal sørge for at nødvendig undersøkelse, pleie og behandling ikke forsinkes, at tiltakene skjer i samtykke

med pasienten og at tiltaket ikke begrenser pasientens liv utover smitteverntiltak ved kontakt med helsetjenesten (Stordalen, 2009).

2.2 Isolasjon

Smitteforebyggende tiltak er svært viktig når en har med antibiotikaresistente bakterier å gjøre da dette kan føre til behandlingssvikt og utgjøre en trussel mot pasientens liv (Sørensen, 2011). Flere lover og forskrifter omhandler smittevern i helseinstitusjoner, det er også utarbeidet flere retningslinjer og veiledere av sentrale myndigheter. Folkehelseinstituttet står sentralt i dette arbeidet. Blant annet finnes *Smittevernloven* og *Forskrift om smittevern i helsetjenesten* (Stordalen 2009). Formålet med smittevernloven er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, samt forebygge smittespredning av overførbare sykdommer. Formålet er også å hindre at smittsomme sykdommer kommer inn til Norge eller ut fra Norge til andre land (Helsedirektoratet, 2017).

Isolasjon er et viktig tiltak for å forebygge spredning av MRSA. Isolasjonsregime bestemmes ut fra smittestoff og smittemåte (Sørensen, 2011). Ved innleggelse av MRSA-bærende pasienter gjelder kontaktsmitteregime, i tillegg til kirurgisk munnbind og enerom. Ved MRSA-relaterte luftveisinfeksjoner gjelder luftsmitteisolering. Kontaktsmitteregime med kirurgisk munnbind kan vurderes ved infiserte sår og urinveisinfeksjoner (von der Lippe, 2012). Isolering er ressurskrevende med tanke på personell, tidsbruk og utstyr. Også for pasienten er dette krevende. Statens Helsetilsyn har utarbeidet *Isoleringsveilederen*. Denne er ment for å sikre kvalitet og forbedring ved helseinstitusjoners arbeid for å hindre smittespredning. Veilederen retter oppmerksomheten mot tekniske forhold ved isolering, men også på omsorg for pasientene som må isoleres. Å ha en infeksjon som nødvendiggjør isolering kan for noen være traumatisk, og derfor oppleves som en livskrise. Det er viktig at helsetjenestens tilbud er helhetlig, at pasientens verdighet ivaretas og at det gis støtte til pasientens egen mestring (Folkehelseinstituttet, 2004).

2.3 Den psykososiale helsen

Psykososial er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering (Svartdal, 2017). WHO definerer helse som *en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte* (Braut, 2018). Sykepleiere har ansvar for å bidra til at pasientens psykososiale helse blir ivaretatt. Man må forsøke å tilstrebe at pasienten ikke blir utsatt for stress, uro og mangel på stimuli (Sørensen, 2011). Forskning viser at isolering kan påvirke pasientsikkerheten grunnet økt risiko for medisinske feil og nedsatt kvalitet på pleie og behandling (Barratt m.fl., 2011). Sykepleiere som føler seg utrygg i arbeidet med MRSA-positive pasienter, kan gi pasienten en følelse av å bli stigmatisert. Stigmatisering er definert som en oppfatning som diskrediterer og ødelegger identiteten til de berørte (Jones, 2010).

Mennesker har behov for å kunne oppleve sammenheng mellom ting, at det oppleves som begripelig, håndterbart og meningsfullt. Å kunne se sammenheng påvirker pasientens mestring av påkjenninger på en positiv måte (Sørensen, 2011). God informasjon om *hvorfor* man er isolert er viktig. Spesielt må man være oppmerksom overfor pasienter som er forespeilet langvarig isolasjon. Langvarig isolerte pasienter er mer sårbare for negative effekter som ensomhet, kjedsomhet, angst og depresjon. Sykepleiere bør oppmuntre og legge til rette for besøk (Jones, 2010). Depresjon og forvirring kan oppstå fordi pasienten har mangel på stimuli. Dette kan lede til økt grad av sykdomsfølelse (Sørensen, 2011). Pasientenes depresjon forverres ofte av at sykepleiere ikke føler de er kompetente til å møte pasientens psykiske utfordringer og dermed bruker lite tid på isolatet (Barratt m.fl., 2011).

2.3.1 Krise og mestring

Alvorlige livshendelser som sykdom og traumer kan gjøre verden mindre trygg og forutsigbar og pasienten kan gå inn i en krise (Eide og Eide, 2007). Kriser kjennetegnes ved at man ikke lenger kan finne løsning på ulike situasjoner med vanlige mestringsstrategier (Kåss, 2018). Misforhold mellom et individs ressurser og krav som stilles i den aktuelle situasjonen, kan skape emosjonelle reaksjoner som oppgitthet, depresjon, angst og usikkerhet (Håkonsen, 2014). God kommunikasjon kan hjelpe pasienten i å bearbeide og mestre sykdom og krise. Mestring kan defineres som mentale og handlingsorienterte forsøk på beherske, tolerere og

og redusere belastningene man er utsatt for (Eide og Eide, 2007). Dersom sykepleiere har en positiv holdning og viser forståelse, vil dette smitte over på pasienten (Harris og Ursin, 2012).

2.3.2 Ensomhet

Mennesker er sosiale vesener. Å være med andre gir oss mening i det vi gjør (Håkonsen, 2014). Isolering utfordrer pasientens sosiale behov og kan lede til ensomhet. Ensomhet innebærer å savne kontakt med andre mennesker og kan oppleves som smertefullt og vanskelig. Følelsen kan være svak eller intens, midlertidig eller langvarig (Skårderud m.fl., 2010). Isolasjon grunnet MRSA-infeksjon- eller kolonisering, resulterer i uunngåelig segregering fra andre pasienter og begrenser dermed pasientens sosialisering. Få besøk og lite kontakt med andre pasienter og personell kan bidra til ensomhet og sosial isolasjon (Barratt m.fl., 2011).

2.3.3 Angst og depresjon

Angst er en diffus form for redsel og kan sammenlignes med fysisk smerte. Angsten er et varsel om fare og er derfor nyttig fordi den beskytter oss mot potensielle farlige situasjoner. Noen ganger kan angst øke i styrke og gi ulogisk fryktfølelse (Skårderud m.fl., 2010). Angst kjennetegnes ved hjertebank, skjelvinger, pustevansker, svimmelhet og kvalme (Rådet for psykisk helse, u.d.). Psykisk belastende og stressende situasjoner, for eksempel isolasjon, kan føre til depresjon. Alle kan oppleve å være trist og nedstemt fra tid til annen, men ved depresjon er stemningsleiet langvarig nedstemt og kan være vanskelig å komme seg ut av. Ofte må man ha profesjonell hjelp. Symptomer på depresjon er tristhet, nedsatt interesse for ting man vanligvis interesserer seg i, søvnvansker, nedsatt matlyst, manglende energi, rastløshet, skyldfølelse, konsentrasjonsvansker og tanker om selvmord (Helsebiblioteket, 2018).

2.4 Menneske-til-menneske-forholdet

Gode relasjoner er viktig i alle sykepleier - pasientforhold. Empati, respekt, engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme danner grunnlaget for en god relasjon

(Helsedirektoratet, 2018). Nyere forskning viser at relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet (Eide og Eide, 2007).

Joyce Travelbee har en grunntanke om at sykepleiere har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Med dette mener Travelbee at den som er pasient og sykepleier oppfatter hverandre som unike menneskelige individer og ikke som pasient og sykepleier (Travelbee, 2001). Hun sier videre *at sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk* (Travelbee, 2001, s. 41). Det som kjennetegner Travelbee`s menneske-til-menneske-forholdet er at opplevelsene og erfaringene til pasientene, pårørende og samfunnets behov for sykepleie blir ivaretatt. Hun mener det er sykepleierens ansvar at behovene blir ivaretatt da profesjonen skal inneha kunnskapen som trengs, i tillegg skal sykepleierne ha evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001).

Joyce Travelbee sin definisjon av hva sykepleie er:

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2001, s. 29).

Det Travelbee (2001) sier, er at sykepleie handler alltid om den syke (pasienten) og den friske (pårørende), samt sykepleieres forhold til hverandre og hvordan disse skal jobbe framover mot et mål.

2.5 Kompetanse og etisk bevissthet

Kunnskap er en forutsetning for at sykepleiere skal kunne gi god helhetlig pleie (Mathisen, 2011). En isolert pasient smittet med MRSA har krav på å lik helsehjelp som ikke-isolerte. Helsepersonell plikter å gi omsorgsfull helsehjelp ut i fra sine egne kvalifikasjoner og etter faglig forsvarlighet. Innehar ikke det behandlende helsepersonellet den riktige kunnskapen, plikter man å innhente bistand fra andre eller henvise pasienten videre til mer kompetent helsepersonell (Helsepersonelloven, 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) har som

formål å sikre at alle pasienter og brukere av helsevesenet skal ha lik tilgang til god og sikker kvalitet på behandling uansett hvorfor man oppsøker helsevesenet.

En forutsetning for å yte god omsorg er å være etisk bevisst. Etisk bevissthet er hvordan vi evner å oppfatte og forstå hva som står på spill moralsk sett. Som sykepleiere må man reflektere over hvordan man bør forholde seg i den aktuelle situasjonen (Eide og Eide, 2007). Norsk Sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet etiske retningslinjer og sier blant annet at;

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (NSF, 2016).

Økonomi og ressursmangel gjør at mange sykepleiere opplever vansker med å jobbe i tråd med kunnskap og etiske retningslinjer. Veien er derfor kort til at man tillater seg å se bort fra behovet for kunnskap og gode verdier og holdninger, noe som derfor kan påføre pasienten lidelse (Sørensen, 2011).

2.6 Hensikt

Smitteverntiltak for å redusere smittefare ved MRSA-smitte iverksettes i alle deler av helsetjenesten. Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse utfordringer ved isolering av MRSA-positive pasienter, både fra pasientenes og sykepleiernes perspektiv. Studien belyser også hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre for å fremme pasienters psykososiale helse når de er blitt smittet med MRSA og blir utsatt for isolering.

2.7 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta den psykososiale helsen til MRSA-positive pasienter som blir isolert for å forebygge smitte?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en systematisering av informasjon. Systematisering av litteratur vil si at man strukturert samler inn litteratur aktuell for studien, for så å utføre en kritisk gjennomgang og til slutt skriver en sammenfatning av den aktuelle litteraturen (Thidemann, 2015). I en litteraturstudie studerer man litteraturen, det vil si det som er undersøkt og skrevet om i virkeligheten av artikkelforfatterne (Støren 2013, s.16). I denne studien er det i hovedsak blitt brukt primærkilder. Primærkilde er førstehåndskilde, eksempel på det kan være forskningsartikler (Bjørk og Solhaug, 2008).

3.2 Tverrsnittstudie, kvantitativ og kvalitativ forskning

Tverrsnittstudie er en enkel form for kvantitativ studie (Forsberg og Wengström, 2013). Ved tverrsnittstudier samles informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon (utvalg) på et gitt tidspunkt. Metoden brukes mest for å beskrive prevalens (forekomst) og kan også benyttes for å utforske sammenhenger (Helsebiblioteket, 2016). Kvantitativ forskningsmetode undersøker og analyserer større grupper og dataene som analyseres vil være i tallform (Dahlum, 2017). En kvantitativ metode brukes eksempelvis når man ønsker svar på spørsmål som; Hvor mye..?, Hvor ofte..? (Thidemann, 2015). Kvantitativ forskning brukes også for å presisere, vise bredde og få fram det som er felles for de som det forskes på (Dalland, 2007).

Kvalitativ forskningsmetode benyttes når man skal undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer. Metoden er fleksibel og det finnes flere måter å innhente informasjonen på. Oftest skjer dette via intervju og observasjoner, men andre metoder benyttes også (Helsebiblioteket, 2016). I kvalitativ metode står etiske overveielser sentralt og det fokuseres mer på innholdets mening, enn bredde og omfang. Kvalitative studier kan også være et forstudium, et såkalt *pilotstudie*, for større kvantitative studier (Fangen, 2015).

3.3 Metode for innhenting av relevant litteratur

For å komme fram til valgte artikler i denne litteraturstudien er det blitt brukt systematisk litteratursøk. Et systematisk litteratursøk dreier seg om å komme fram til relevante søkeord og kombinere disse til at man sitter igjen med et håndterbart antall studier (Bjørk og Solhaug, 2008). Søkeordene og søketermene som ble benyttet er nøkkelord som knyttes til problemstillingen: *community nurses, mrsa isolation, psychological effects, patient experiences, sykepleie, multiresistente bakterier og mrsa*. For å snevre inn søkene ble det brukt logiske operatører som AND og OR. Når man kombinerer søketermene med AND snevrer man inn søket, mens OR bidrar til bredde i søket (Bjørk og Solhaug, 2008). Databasene som ble brukt i denne studien er Cinahl, PubMed og SveMed+. Disse databasene er databaser innen sykepleie, helse og medisin (Thidemann, 2015). I avsnitt 3.5 kommer søkene fram i en matrise som viser hvordan det strukturerte søket er blitt gjort med søkeordene og søketermene. Matrisen viser også antall treff, leste abstrakt, leste artikler og antall inkluderte artikler.

I oppgaven er det inkludert to artikler av Ruth Barratt. Barratt m.fl. (2011) er en systematisk oversiktsartikkel og funn fra denne er brukt i oppgavens del 2.3, som er bakgrunnsstoff til diskusjonen. Den andre av Barratt, Shaban og Moyle (2011) er en kvalitativ studie og er inkludert i del 4.0.

Eva Skyman er involvert i to forskningsartikler i del 4.0. For å skille mellom de to artiklene henvises det til Skyman m.fl. (2010) og Skyman og Lindahl m.fl. (2016).

3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Artiklene som er inkludert i denne studien har IMRaD-struktur. Dette fordi IMRaD-strukturen samsvarer med forskningsprosessen, og fordi *tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegger forskere å bruke IMRaD-struktur* (Thidemann, 2015, s 68). Ved at artikkelen har IMRaD-struktur kan leseren lett se hva artikkelen omhandler, og få oversikt over artikkelens resultater. IMRaD står for; ***Introduction, Methods, Result and Discussion*** (Thidemann, 2015).

For å komme frem til de aktuelle søkeordene, ble det gjort en vurdering av hva som var relevant for problemstillingen. Det ble valgt artikler som kunne relateres til MRSA kombinert med isolering, pasienters opplevelser av isolering, sykepleierens kunnskap om multiresistente bakterier og isolering. Søket ble begrenset med artikler fra tidsrommet 2004-2018 og bare fagfellevurderte artikler som kunne leses i “full text” ble vurdert. Dette for å få en oppdatert og kvalitetssikret forskning på temaet problemstillingen tar for seg. Artikkel 1 fra 2001 ble inkludert i studien på grunn av artikkelens relevans.

Det finnes lite forskning i Norge som omhandler dette temaet, kun én norsk artikkel er benyttet. Artikler fra Sverige, England og Australia ble inkludert, da disse kan relateres til norske forhold. Mange artikler i databasene omhandlet MRSA, derfor ble artikler som ikke kunne relateres til problemstillingen og til norske forhold ekskludert. Artikler som ikke inneholdt de kriteriene en vitenskapelig artikkel skal inneholde, for eksempel IMRaD-struktur, ble også ekskludert. Videre ble artikler rettet mot spesifikke sykdommer og tannhelsetjenesten ekskludert. Dette fordi det var ønskelig med funn som kan generaliseres til pasienter i alle deler av helsetjenesten og til nedslagsfeltet hvor sykepleiere jobber.

Det ble undersøkt om tidsskriftene var publisert i vitenskapelige publiseringskanaler til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette for å være sikre på at forskningsartiklene i denne studien var av høy kvalitet. Publiseringskanalene er delt inn i nivå 1 og 2, hvor nivå 2 har høyeste rangering. NSD har fått dette oppdraget av kunnskapsdepartementet (NSD, 2018).

3.5 Søkematrise

De ulike søkeordene og kombinasjonene ble benyttet i alle tre databasene. Matrisen viser kun søk med relevante treff.

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
CINAHL	1 - community nurses	2	39	6	3	-
	2- mrsa isolation	1 AND 2	9	2	2	2: Art. 1 Art. 4
SveMed+	1 - sykepleie	1	11	4	2	-
	2 - multiresistente bakterier	1 AND 2	1	1	1	1: Art. 3
CINAHL	1- mrsa	1	609	-	-	-
	2 - psychological effects	1 AND 2	87	4	3	2: Art. 2 Art. 5
PubMed	1 - mrsa	1	4633	-	-	-
	2 - patient experiences	1 AND 2	35	4	3	1: Art. 6

3.6 Analyse og kildekritikk

Analyse er i følge Dalland (2007) et granskningsarbeid hvor man prøver å finne ut om materialet/inholdet har noe å fortelle. I denne studien har det blitt benyttet innholdsanalyse. Ved denne type analyse brytes teksten opp i flere mindre deler. Det vil si at man analyserer artiklene og identifiserer temaer og nøkkelord som anvendes i studien. Under denne prosessen blir funn og resultat fra artiklene vurdert opp mot problemstillingen for denne litteraturstudien (Forsberg og Wengström, 2013). I følge Thidemann (2015) er det viktig å lese artiklene flere ganger. Slik kan man bedre oppfatte kontekst og detaljer og forstå tekstens innhold. De inkluderte artiklene ble bearbeidet og ført inn i matriser som viser artiklenes *hensikt, metode, resultat, relevans for litteraturstudien, etiske overveielser og kvalitetsvurdering*.

For å vite gyldigheten av artiklene og om de er riktig for denne studien, ble artiklene kvalitetssikret opp i mot vurderingsverktøy og sjekklister. De valgte artiklene ble vurdert i forhold til design, metode, etiske overveielser og relevans for denne studiens problemstilling (Helsebiblioteket, 2016).

For å sikre at anvendt litteratur er av god kvalitet, peker Aveyard (2014) på viktigheten av å utføre en kritisk gjennomgang av litteraturen man benytter seg av. I følge henne er det viktig å analysere litteraturens relevans for oppgave og problemstilling, validitet og styrker og svakheter. Bruk av sekundærkilder kan føre til feiltolkning av informasjon, siden informasjonen går gjennom flere ledd (Dalland, 2007).

3.7 Forskningsetikk

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2014) sier at forskning bør foregå på måter som er etisk forsvarlig og at forskning bør bygge på prinsipper om respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. I følge Helseforskningsloven (2008) skal all forskning innen helse og medisin være basert på respekt for deltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold, eksempelvis taushetsplikt

(Helseforskningsloven, 2018). For å sikre at retningslinjene for forskning blir fulgt, har Norge opprettet regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Denne skal ivareta at at forskningen er etisk forsvarlig i medisinsk og helsefaglig forskning (Bjørk og Solhaug, 2008). *REK holder seg innenfor Helsinkideklarasjonens retningslinjer når prosjekter skal vurderes* (Bjørk og Solhaug, 2008 s. 122). Alle artikler som er tatt med i denne studien, er artikler som er blitt vurdert under de kriterier og retningslinjer som er i tråd med Helseforskningsloven og Helsinkideklarasjonen.

4.0 Resultat

4.1 Fremstilling av artiklene i matrise

4.1.1 Artikkel 1

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S. og Evans, M. (2001) Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older population. <i>Journal of Hospital Infection</i>, 49:4 s. 250-254. DOI: 10.1053/jhin.2001.1098. UK.
Hensikt	Å undersøke hvordan MRSA-isolasjon under sykehusinnleggelse påvirker eldres psykiske helse og rehabilitering.
Metode	Tverrsnittstudie med deltakere (pasienter) fra fire rehabiliteringsavdelinger for eldre. Alle pasientene var over 65 år og hadde av ulike årsaker behov for rehabilitering. Demente og alvorlige syke ble ekskludert. 35 isolerte og 39 ikke-isolerte pasienter som oppfylte kriteriene i studien ble valgt ut fra medisinske notater. 22 isolerte (63%) og 20 ikke-isolerte (51%) pasienter samtykket i å svare gjennom standardiserte spørreskjema om depresjon, angst og sinne. Totalt svarte 57 % av pasientene.
Resultat	Resultatene viser at isolasjon har en negativ påvirkning hos eldre, i tillegg til det som følger en sykehusinnleggelse. Man ser en signifikant høyere forekomst av angst og depresjon hos den isolerte gruppen.
Relevans for litteraturstudien	Studien viser at man som sykepleier må være klar over hvordan isolasjon kan føre til psykisk stress hos eldre.
Etiske overveielser	Etisk godkjenning ble mottatt før studiet startet.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1.

4.1.2 Artikkel 2

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. (2011) Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>, 28:2, s. 53-59. URL: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&sid=ae1c9c36-a06e-4541-b9c3-f813ca31110f%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104896200&db=ccm Australia.
Hensikt	Å undersøke hvordan pasienter med behov for akutt pleie på et stort sykehus i New Zealand erfarer å være isolert grunnet MRSA.
Metode	Kvalitativ studie med 10 deltakere (pasienter) med MRSA-infeksjon som har vært på isolat i mer enn tre dager. Avdelingssykepleiere identifiserte og rekrutterte potensielle pasienter som ble individuelt intervjuet i ca 30 minutter; i et såkalt semistrukturert intervju. Åpne spørsmål om hvordan pasientene opplevde situasjonen ble etterfulgt av mer lukkede spørsmål for å holde fokus i intervjuet og for å lokke fram mer informasjon fra pasientene.
Resultat	Studien viser at selv om størsteparten av pasientene så positive sider ved å måtte ligge på enerom, opplevde de det som en negativ erfaring. De negative erfaringene handlet om det å være MRSA-smittet, følelsen av å være isolert, endret selvbilde og sosiale forhold. Pasientene opplevde også at situasjonen påvirket kvaliteten på pleien de mottok.
Relevans for litteraturstudien	Studien forteller om psykososiale forhold hos pasienten som er innlagt på isolat og hvordan dette påvirker pleien de mottar. Dette forteller noe om hva sykepleiere bør være oppmerksom på for å kunne bidra til bedre psykososial helse for pasientene.
Etiske overveielser	Studien har fått etisk godkjenning av <i>Griffith University</i> og det respektive sykehuset.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1.

4.1.3 Artikkel 3

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Lunde, L. og Moen, A. (2014) Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. <i>Sykepleien Forskning</i> 9:3, s. 260-269. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0144. Norge.
Hensikt	Hensikten med studiet er å undersøke sykepleiere på infeksjonspost og sykepleiere på andre medisinske sengeposter sin egenrapporterte kunnskap og atferd i møte med pasienter som har multiresistente bakterier, og følelsesmessige respons til å yte sykepleie til denne pasientgruppen.
Metode	Beskrivende tverrsnittsstudie basert på spørreskjemaet The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ). 237 spørreskjema ble distribuert ved sju medisinske poster ved to norske sykehus, 107 returnerte spørreskjema (45,1%). Svar fra sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter ble sammenliknet med svar fra sykepleiere som arbeider på andre medisinske poster.
Resultat	Sykepleiere som jobber på infeksjonsposter skårer signifikant høyere på kunnskapsspørsmål om multiresistente bakterier og rapporterte signifikant høyere følelsesmessig respons enn sykepleiere fra andre sengeposter. Alle sykepleiere skåret høyt på egenrapportert atferd.
Relevans for litteraturstudien	Hvordan kunnskap eller mangel på kunnskap kan påvirke sykepleiernes atferd og holdning overfor MRSA-smittede pasienter.
Etiske overveielser	Studien har fått etiske godkjenninger fra <i>Personvernombudet</i> og forskningssjefer og avdelingsledere fra de respektive sykehus.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1. Deltakerne er ikke tilfeldig utvalgt og funnene kan derfor ikke umiddelbart generaliseres.

4.1.4 Artikkel 4

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Skyman, Eva; Lindahl, Berit; Bergbom, Ingegerd; Sjöström, Harrieth Thunberg; Åhrén, Christina (2016) Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30:4 s. 813-820. DOI: 10.1111/scs.12309. Sverige.
Hensikt	Å avdekke og tolke ellers friske pasienters erfaringer med å motta omsorg, og hvordan hverdagen er etter å ha fått samfunnservrevet MRSA.
Metode	Kvalitativ studie hvor fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt. Intervju med tolv pasienter ble gjengitt ordrett og gjort om til en tekst. Teksten ble analysert i tre faser: naiv forståelse, strukturanalyse og som en mer omfattende forståelse av hvordan det er å være smittet av MRSA.
Resultat	Funnene indikerer at pasienter med ervervet MRSA opplever et endret kroppsbilde. De lider også av at helsearbeidere og sosial omgangskrets mangler kunnskap og utstråler redsel. I tillegg opplever man å bli trakassert av kolleger. På tross av dette føler pasientene at de har et stort ansvar for å beskytte andre mot smitte. Derimot kan kompetent helsepersonell skape ro og trygghet.
Relevans for litteraturstudien	Funnene i artikkelen viser at sykepleieres kunnskapsnivå og opptreden har betydning for pasientenes trygghet og velvære. Selv om studien ikke handler om isolering, ansees den som relevant fordi funnene viser at å være smittet med MRSA påvirker pasienten både mentalt og sosialt.
Etiske overveielser	Denne studien ble støttet av tilskudd fra <i>Helse- og Medisinske Direktoratet</i> i regionen Västra Götaland, Sverige. Det finnes ingen interessekonflikter.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1.

4.1.5 Artikkel 5

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Skyman, E., Thunberg Sjøström, H. og Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> nr 24/2010, s. 101-107. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x. Sverige.
Hensikt	Å få kunnskap om pasienters opplevelser etter å ha ervervet MRSA på sykehus og senere lagt på isolat ved infeksjonsavdeling.
Metode	Forskning med en kvalitativ tilnærming. 6 MRSA-smittede pasienter i alderen 35-76 innlagt på isolat i minimum én uke ved Sahlgrenska sykehus, ble intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere analysert.
Resultat	Studien fant at pasienter følte seg krenket over å ha blitt smittet av MRSA ved sykehuset og at å bli lagt på isolat opplevdes som traumatisk. Likevel aksepterte pasientene å bli lagt på isolat da de følte ansvar for å forhindre spredning av MRSA. Pasientene følte seg sårbare på grunn av negative reaksjoner fra pleiepersonale, familie og medpasienter.
Relevans for litteraturstudien	Studiens funn viser at å være smittet med MRSA og isolert, påvirker pasienters psykososiale helse.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av <i>Den Etiske komité</i> ved Universitetet i Gøteborg.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1.

4.1.6 Artikkell 6

Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land)	Andersson, H., Andereassen Gleissman, S., Lindhom, C. og Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. <i>International Council of Nurses</i> 63:2, s. 233-241. DOI: doi.org/10.1111/inr.12245. Sverige.
Hensikt	Å undersøke pleiepersonells erfaringer med yte pleie og omsorg til pasienter smittet med MRSA i Sverige.
Metode	Kvalitativ studie hvor 15 sykepleiere fra forskjellige sykehus- og pleieavdelinger ble intervjuet. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Alle sykepleierne hadde hatt ansvar for pasienter med MRSA, selv om dette var ikke noe de opplevde daglig.
Resultat	Funnene i studien utformet tre tema: <i>-å føle seg uvitende, redd og usikker, -å føle seg kompetent og sikker og -å føle seg stresset og overarbeidet</i> . Desto mer kunnskap om MRSA , desto mer positiv ble sykepleiernes holdninger til å yte pleie hos denne pasientgruppen.
Relevans for litteraturstudien	Studien viser at sykepleiernes holdninger til å yte pleie hos pasienter med MRSA blir påvirket av deres kunnskapsnivå om MRSA.
Etiske overveielser	Studien er støttet av Sophiahemmet Foundation i Stockholm, Sverige og er godkjent av <i>Den Regionale Etiske komité</i> i Stockholm, Sverige.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert forskning med IMRaD-struktur. Publisert i vitenskapelig publiseringskanal nivå 1. Deltakerne er ikke tilfeldig utvalgt og funnene kan derfor ikke umiddelbart generaliseres.

4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat

4.2.1 Psykososiale utfordringer

For mange er det et sjokk å bli smittet med MRSA og dermed være smittebærer. Skyman m.fl. (2010) har undersøkt pasienters opplevelser av å bli smittet med MRSA på sykehus og senere lagt på isolat ved infeksjonsavdeling. Å bli lagt på isolat var for noen traumatisk, selv om de forsto behovet for isolering. Noe som gjentok seg ofte i studien var at pasientene følte seg krenket, uren og redd. Skyld og skam var også følelser som ble beskrevet.

Langvarig isolasjon kan være en psykisk belastning og kan lede til avvikende tanker og handlinger. Tarzi m.fl. (2001) forsket på hvordan MRSA-smittede pasienters helse påvirkes av isolasjon under sykehusoppholdet. Gruppen med isolerte pasienter ble sammenlignet med en gruppe ikke-isolerte. Studien viser at det er en signifikant høyere score på depresjon og angst hos den isolerte gruppen.

Å være smittet med MRSA kan oppleves som stigmatiserende. Barratt, Shaban og Moyle (2011) undersøkte hvordan pasienter med MRSA opplevde å være isolert på et sykehus. Flere pasienter beskrev at de hadde følelsen av å være spedalsk på grunn av bruken av smittevernutstyr. Redsel, sinne, frustrasjon og skyldfølelse var følelser som ble beskrevet.

Å være MRSA-positiv gjorde pasientene sårbare, og det endret kroppsbildet deres. Skyman og Lindahl m.fl. (2016) har undersøkt hvordan ellers friske pasienter opplevde hverdagen etter å ha blitt smittet av MRSA. Flere beskrev følelsen av å være skitten. Smittevernutstyret opplevdes som skremmende og ga deltakerne en følelse av å være farlig. Samtidig var det skremmende for de som var klar over smittevernrutinene å se pleiere som ikke fulgte smitteverntiltakene. Uvitende og usikre familiemedlemmer og venner ga pasientene opplevelse av å bli krenket. Pasientene opplevde også at helsepersonell fremsto som usikre og uvitende. Pasientene i denne studien nevnte humor som et godt verktøy. Bruk av humor lettet på pasientenes tungsinn og ga dem en følelse av velvære.

Isolering opplevdes som begrensende i forhold til sosialisering og interaksjon med andre pasienter. Likevel var det en trøst i at enerom ga rom for privatliv. Besøk fra familie og venner var svært viktig for deltakerne. I de tilfellene hvor familie og venner ikke turte å besøke pasienten i redsel for å bli smittet med MRSA, beskrev pasientene at de følte seg såret og forlatt. De fleste deltakerne forsto at isolering er nødvendig for å beskytte andre og mange uttrykte bekymring for å smitte familie og venner (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

De fysiske omgivelsene påvirket opplevelsen av å være isolert. For deltakerne i denne studien var de fysiske omgivelsene et viktig element. Mange kjente på følelsen av å være innestengt. Å ha et vindu med utsikt eller å kunne høre støy fra avdelingen er nevnt som trivselsskapende faktorer som lindrer den innestengte følelsen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

4.2.2 Kompetansens betydning

Pasientene hadde et behov for informasjon om hvordan man hindrer videre smittespredning. Å møte uvitende helsepersonell opplevdes som vanskelig da de måtte forholde seg til usikre pleiere, feilinformasjon eller mangel på informasjon. Funnene til Skyman og Lindahl m.fl. (2016) viser at personell fra infeksjonsavdelingen hadde mer kunnskap og var mer forståelsesfull overfor pasienter med resistente bakterier.

Pasientene mente at det var for dårlig informasjon fra helsepersonellet, eller at de ikke hadde fått informasjon i det hele tatt. Noen følte at sykepleierne ignorerte det faktum at de var infisert med resistente bakterier (Skyman m.fl., 2010).

Sykepleiere på infeksjonspost og sykepleiere ved andre medisinske sengeposter sin egenrapporterte kunnskap og egenrapporterte følelsesmessige respons til å yte sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier, ble belyst i studien til Lunde og Moen (2014). Sykepleiere fra infeksjonspost hadde signifikant mer kunnskap om MRSA enn sykepleiere fra de andre avdelingene og følte seg tryggere i å yte pleie. Likevel svarte over halvparten av respondentene at de følte seg utrygg når de skulle stelle MRSA-infiserte sår.

Følelsesmessig respons ble delt inn i tre delskalaer; profesjonell tilnærming, kompetanse og sinnsstemning. Studien fant signifikant høyere positiv følelsesmessig respons hos gruppen fra infeksjonspost.

Andersson m.fl.(2016) har undersøkt pleiepersonells erfaringer med å yte pleie og omsorg for pasienter smittet med MRSA i Sverige. Deltakerne i studien følte på redsel og usikkerhet grunnet mangel på kunnskap og retningslinjer om MRSA. Deltakerne manglet også kunnskap om hvordan bakteriene spres. Mange hadde respekt for situasjonen og uttrykte bekymring, mens andre betraktet situasjonen som skremmende og en reell trussel. Deltakerne følte pasientene ble dårlig informert om deres egen tilstand og at de ble oversett og ignorert. Funnene viser at retningslinjer og riktig informasjon til rett tid i behandlingsforløpet er svært viktig for å forebygge angst og depresjon. Studien antyder at det er viktig med videreutdanning for helsepersonell som skal omgås pasienter med MRSA eller andre typer antibiotikaresistente bakterier.

4.2.3 Relasjonens betydning

Barratt, Shaban og Moyle(2011) beskriver at pasientenes relasjon til helsepersonellet og kvaliteten på pleie ble negativt påvirket av å være MRSA-isolert. Noen opplevde at leger unnlot å håndhilse og noen opplevde å ikke få alle måltider eller få nødvendig fotstell. Å være innlagt med alvorlig sykdom og i tillegg bli smittet med resistente bakterier, forverret sykdomsbildet. Pasientene beskrev at de noen ganger følte de ble nektet behandling for den primære innleggelsesårsaken fordi de var blitt smittet med MRSA. Dette resulterte i dårligere behandling og oppfølging og pasientene sa at de ikke fikk samme behandling som ikke-smittede.

Skyman m.fl.(2010) fant at pasientene opplevde helsepersonellet som uprofesjonell. Pasientene beskrev dette som stigmatiserende. Pasientene var også lei seg for at de skapte frykt og usikkerhet for omgivelsene.

5.0 Diskusjon

I denne delen drøftes studiens problemstilling gjennom forskning, faglitteratur og egne erfaringer. For å belyse problemstillingen fra et helhetlig perspektiv, er det anvendt forskning og faglitteratur fra både pasientens og sykepleierens perspektiv. Gjennom analyse av artiklenes funn og relevant faglitteratur utpekte det seg tre temaer relatert til problemstillingen; *psykiske og sosiale utfordringer, kompetansens og relasjonens betydning*.

5.1 Psykososiale utfordringer

Å bli smittet med MRSA kan for noen oppleves som en krise. Pasienter i studien til Skyman m.fl. (2010) følte både skam, krenkelse og redsel. Mange følte seg også uren. Sammenlignbare funn i studien til Barratt, Shaban og Moyle (2011) støtter dette. Pasientene her beskrev at de opplevde deres egen situasjon som stigmatiserende; de hadde følelsen av å være spedalsk og de følte på redsel, sinne, frustrasjon og skyldfølelse. I studien til Skyman og Lindahl m.fl. (2016) opplevde flere pasienter at deres eget kroppsbilde endret seg etter ervervelse av MRSA. Smittevernutstyret ga dem følelsen av å være skitne og farlige og de følte seg krenket av familie og venner som ikke forsto. Dette viser at sykepleiere må være klar over den psykiske belastningen pasientene blir utsatt for. Kriser kan føre til at pasienten opplever verden annerledes og mindre forutsigbar og trygg (Eide og Eide, 2007). Pasienten må plutselig forholde seg til antibiotikaresistente bakterier, en bakterie som kan sette både ens eget og andres liv på spill, i tillegg til sykdommen eller skaden man allerede er utsatt for. I følge Håkonsen (2014) er alle kriser en del av livet og skal ikke glemmes eller fjernes. Det vil si at pasientene som har deltatt i studiene til Skyman m.fl. (2010), Barratt, Shaban og Moyle (2011) og Skyman og Lindahl m.fl. (2016) vil bære med seg de negative opplevelsene fra det å ha vært isolert med MRSA videre i livet. Slik sett bør sykepleieren bruke sin kunnskap om relasjonsbygging for å skape trygge rammer rundt pasienten. I følge Eide og Eide (2007) viser nyere forskning at relasjoner kan være avgjørende for behandlingsresultatet.

Funn i studien til Barratt, Shaban og Moyle (2011) viser at mange pasienter kjente på ansvaret ved å være MRSA-positiv, og var bekymret for å smitte familie og venner. Selv om de fleste forsto hvorfor de måtte isoleres, var dette traumatisk for flere pasienter. Tarzi m.fl. (2001) sin studie viser at isolerte pasienter med MRSA hadde økt risiko for å utvikle angst og depresjon, og for noen kunne dette lede til avvikende tanker og handlinger. Dette underbygges av Sørensen (2011) som skriver at isolasjon kan lede til depresjon og angst og at det derfor er viktig å unngå mangel på stimuli, samt skåne pasienten for stress og uro. Pasienter som er utsatt for langvarig isolering er i følge (Jones, 2010) mer sårbare for negative effekter som ensomhet, angst og depresjon. Sykepleiere må derfor være ekstra oppmerksom og gi pasienten god informasjon. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten i å bearbeide og mestre sykdom og krise. Mestring kan defineres som mentale og handlingsorienterte forsøk på beherske, tolerere og og redusere belastninger man er utsatt for (Eide og Eide, 2007). Ut fra funnene til Barratt, Shaban og Moyle (2011) og Tarzi m.fl. (2001), kan man si at deltakernes opplevelse rundt det å være MRSA-smittet og isolert har hatt en negativ innvirkning på deres psykososiale helse. Travelbee (2001) mener at sykepleie alltid handler om den syke og den friske, om sykepleieres forhold til hverandre og hvordan man skal jobbe fremover mot et mål. Det er viktig at sykepleieren ser alle parter som er involvert og ikke bare har omsorg for den isolerte pasienten, men også for pårørende.

Mange pasienter følte seg ensom og forlatt fordi isolat begrenset deres mulighet for sosial omgang. Noen pasienter ble såret når pårørende ikke turte å komme på besøk fordi de var redde for smitte (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Mennesker er sosialt anlagte vesener og har vanligvis behov for kontakt med andre mennesker (Håkonsen, 2014). Erfaringer viser at sykepleiere bruker minst mulig tid inne på isolat, både fordi de er redde for smittespredning og fordi av- og påkledning av smittevernutstyr tar tid. Jones (2010) skriver at nettopp dette er én av årsakene til at pasienter føler seg stigmatisert. Erfaringer viser også at pårørende i enkelte tilfeller er blitt nektet å besøke pasienten når man er ikke har fått svar på hvilken sykdomsfremkallende mikrobe pasienten er smittet med. I følge Jones (2010) bør sykepleiere legge til rette for at pasienten skal få besøk, dette kan skape trivsel og dermed bidra til å fremme den psykososiale helsen til pasienten. Om man følger retningslinjene i

MRSA-veilederen og isoleringsveilederen, skal dette kunne åpne for at pårørende kan besøke pasienten.

Det er ikke vanskelig å forstå at å måtte tilbringe hele døgnet innenfor fire vegger over flere dager, uker, og i noen tilfeller måneder, er utfordrende for pasienten. Selv om mange pasienter mente enerom ga rom for privatliv (Barratt, Shaban og Moyle, 2011), kan isolasjon føre til blant annet kjedsomhet, ensomhet og økt grad av sykdomsfølelse (Sørensen, 2011). De fysiske omgivelsene hadde derfor stor betydning for hvordan pasientene opplevde isolering, da mange følte seg innestengt. Det å ha utsikt fra rommet eller å kunne høre lyder fra avdelingen lettet den innestengte følelsen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

5.2 Kompetansens betydning

Forskning viser at den psykososiale helsen til pasienter smittet med MRSA blir påvirket av helsepersonells manglende kunnskap om smitte smittevernrutiner. Både forskningen til Lunde og Moen (2014) og Andersson m.fl. (2016) viser at sykepleiere at har manglende kunnskap om MRSA og hvordan man behandler MRSA-smittede. Studien til Andersson m.fl. (2016) viser at sykepleierne i studien følte på usikkerhet rundt dette med MRSA, både på grunn av manglende kunnskap og manglende retningslinjer. Funnene til Lunde og Moen (2014) viser at sykepleiere fra infeksjonspost hadde signifikant høyere egenrapportert kunnskap om MRSA enn sykepleiere fra andre medisinske avdelinger. Sykepleiere fra infeksjonspost hadde også signifikant høyere positiv følelsesmessig respons til å yte pleie til pasienter med MRSA.

Pasientene i studien til Skymann og Lindahl m.fl.(2016) mente at helsepersonellet ga for dårlig informasjon fordi de hadde lite eller ingen kunnskap om MRSA og hvordan man hindrer smittespredning av MRSA. Dette er på lik linje med forskningen Barratt, Shaban og Moyle (2011) hvor pasientene mente de hadde fått for dårlig informasjon. Noen av deltakerne i forskningen uttrykte at egen situasjon og angsten de hadde i forhold til å være smittet med MRSA bedret seg etter at de hadde fått undervisning om MRSA.

Ut fra Barratt, Shaban og Moyles (2011) sin forskning, kan man si at undervisning om MRSA fremmer sykepleierens atferd og holdninger rundt MRSA-smittede pasienter. Dette støttes av funnene til Andersson m.fl. (2016). Studien peker på at riktig informasjon til rett tid i behandlingsforløpet er viktig for både sykepleiere og pasienter. Studien til Andersson m.fl. (2016) antyder at sykepleiere som skal være i kontakt med MRSA-positive pasienter bør etterutdannes, slik at man kan utstråle trygghet og kompetanse i arbeidet. Studien konkluderer med at videreutdanning av sykepleiere kan bidra til å forebygge angst og depresjon.

Isolasjon er et viktig tiltak for å forhindre videre spredning av MRSA. I Norge har vi smittevernloven som skal prøve å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, samt forebygge videre smittespredning av overførbare sykdommer (Helsedirektoratet, 2017). Statens Helsetilsyn har utarbeidet Isoleringsveilederen. Veilederen retter oppmerksomheten mot tekniske forhold ved isolering, men også på omsorg for pasientene som må isoleres (Folkehelseinstituttet, 2004). I tillegg kom Nasjonalt Folkehelseinstitutt i 2004 ut med MRSA-veilederen. Den gir konkrete råd og anbefalinger om hvordan helsevesenet skal håndtere MRSA-smittede pasienter (Folkehelseinstituttet, 2009). I følge funnene og resultatene i forskningen til Skymann og Lindahl m.fl.(2016), Barratt, m.fl. (2011), Barratt, Shaban og Moyle (2011), Andersson m.fl (2016) og Lunde og Moen (2014) ser man at både kunnskapen, holdningene og kvaliteten hos helsepersonell var manglende selv om det både finnes lover og retningslinjer på hvordan man skal håndtere MRSA-smittede pasienter som blir isolert for å hindre videre spredning. Dette var noe pasientene og sykepleierne i forskningen oppga som årsaker til psykososiale problemer ved å være MRSA-smittet og isolert. En av grunnene til at både pasienter og sykepleiere opplever manglende kunnskap om MRSA-smitte og isolering, kan kanskje ha en sammenheng med at antallet MRSA-smittede ikke har vært så stort problem i helsevesenet før. Tallene viser at personer smittet med MRSA er et økende problem (Folkehelseinstituttet 2015). Nok kunnskap er viktig for at en sykepleier skal føle seg trygg i jobben, slik at man kan utføre viktige tiltak for å hindre videre smitte av MRSA. Isolasjon er et smitteforebyggende tiltak som er svært viktig når en har med antibiotikaresistente bakterier å gjøre, da dette kan føre til behandlingssvikt og utgjøre en trussel mot pasientens liv (Sørensen, 2011). Videre sier Mathisen (2011) at kunnskap er

avgjørende for at sykepleiere skal kunne gi god og helhetlig pleie. Isolat kan være en belastning for pasientene og kan føre til at den psykososial helsen svekkes.

Isoleringsveilederen og MRSA-veilederen er et hjelpemiddel til hvordan helsepersonell skal håndtere MRSA-smittede pasienter på isolat.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) sier at alle pasienter og brukere av helsevesenet skal ha lik tilgang til god og sikker kvalitet på behandling, uansett årsak til kontakt med helsevesenet. Videre sier Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) at den også må ses i forhold til hva helsepersonelloven sier. I følge Helsepersonelloven (2018) er helsepersonell pliktig til oppdatere seg faglig og å undervise pasienter. Hvis man ikke innehar kunnskapen selv, er helsepersonell pliktig til å innhente bistand fra andre eller henvise pasientene til mer kompetente helsepersonell slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Dette er ment for å sikre kvaliteten på den sykepleien som blir utført og kan føre til at pasienten føler seg ivaretatt. Pasientens opplevelse kan bli positiv i en sårbar situasjon hvor man er MRSA-positiv og ligger på isolat.

Travelbee (2011) mener at sykepleiere har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier videre at det er sykepleieres ansvar å ivareta pasientens behov fordi sykepleiere skal inneha kunnskapen som trengs. Jobber sykepleiere ut fra Travelbees teori, kan det kanskje bidra til mer positivitet hos pasientene og bedre deres opplevelser av å være MRSA-smittet på isolat. Innehar sykepleiere riktig kunnskap i forhold til pasientgruppen de behandler, vil sannsynligvis pasienten føle mer trygghet. Dette kan kanskje påvirke pasientens psykososiale helsen i positiv retning.

Mennesker har behov for å se sammenhenger for at ting skal oppleves begripelig, håndterbart og meningsfullt. Å kunne se sammenhenger fordrer til mestring av påkjenninger på en positiv måte (Sørensen, 2011). Dette kan ses i sammenheng med Andersson m.fl. (2016) sin konklusjon av hvor viktig det er med riktig informasjon til rett tid i behandlingsforløpet.

5.3 Relasjonens betydning

Helsepersonell kan være de eneste menneskene den isolerte pasienten møter i løpet av en dag. Sykepleierens holdning og atferd vil kunne ha betydning for hvordan relasjonen mellom pasient og sykepleier blir. Barratt, Shaban og Moyle (2011) beskriver at pasientenes relasjon til helsepersonellet og kvaliteten på pleie ble negativt påvirket av å være MRSA-isolert. Noen pasienter opplevde at leger unnlot å håndhilse og noen opplevde å ikke få alle måltider eller få nødvendig fotstell. Pasientene beskrev at de noen ganger følte de ble nektet behandling for den primære innleggelsesårsaken fordi de var blitt smittet med MRSA. Dette resulterte i dårligere oppfølging og pasientene opplevde at de ikke fikk samme behandling som andre pasienter. Skyman m.fl.(2010) fant at pasientene opplevde helsepersonellet som uprofesjonell. Pasientene beskrev dette som stigmatiserende. Pasientene var også lei seg for at de skapte frykt og usikkerhet for omgivelsene. Andersson m.fl.(2016) har undersøkt pleiepersonells erfaringer med å yte pleie og omsorg for pasienter smittet med MRSA. Deltakerne i studien følte på redsel og usikkerhet grunnet mangel på kunnskap og retningslinjer om MRSA.

Erfaringer viser at helsepersonell, ikke minst sykepleiere, har stor makt over pasientene. Ofte tør ikke pasientene å stille kritiske spørsmål, da man har respekt for profesjonene og kunnskapen de innehar. Slik sett er det viktig å ha en grunnleggende respekt for pasienten som individ og vedkommendes integritet. I følge Travelbee (2001) skal sykepleieren etablere relasjoner mellom mennesker, bruke seg selv terapeutisk og ha den nødvendige kunnskapen som trengs for å ivareta pasientenes behov. Likevel opplevde pasientene i studien til Barratt, Shaban og Moyle (2011) at relasjonen mellom dem og helsepersonellet ble negativt påvirket fordi de var MRSA-isolert. Selv om det finnes lovverk og etiske retningslinjer som skal hjelpe helsepersonell og pasient til å skape både gode relasjoner og god kvalitet på pleien, opplevde deltakerne i studiene til Skyman m.fl (2010) og Barratt, Shaban og Moyle (2011) at MRSA og isolering skapte avstand mellom seg og helsepersonellet.

Det å ligge på sykehus, smittet med MRSA og isolert fra omverdenen, kan gjøre noe med en pasients opplevelse av trygghet. Sykepleiere bør fokusere på å skape trygghet for pasientene, da dette trolig påvirker deres psykososiale helse. Å skape god relasjon er viktig i alle

sykepleier - pasientforhold (Eide og Eide, 2007). En god relasjon er blant annet preget av empati, respekt og trygghet (Helsedirektoratet, 2013). Erfaringer viser at trygghet er grunnleggende for å bygge en god relasjon. Funnene i flere studier viser at det ofte er dårlig kommunikasjon og relasjon mellom sykepleiere og MRSA-smittede pasienter. Dette på tross av det sykepleiere blir opplært til gjennom utdanningen sin; man plikter å behandle alle likt, uansett årsak til kontakt med helsevesenet. Kanskje kan smittevernutstyr være en barriere for kommunikasjon og relasjonsbygging, mye kan også tyde på at sykepleiere ikke har nok kunnskap om MRSA til å være bevisste hvilken belastning pasienten er utsatt for. Studiene til Andersson m.fl.(2016), Skyman m.fl (2010) og Barratt, Shaban og Moyle (2011), peker på uprofesjonalitet, dårlig kvalitet på pleien, dårlig oppfølging og for lite kunnskap blant helsepersonellet. Dette kan tolkes som redsel og uvitenhet blant helsepersonellet og det kan tenkes at dette har påvirket pasientenes tillit til helsepersonellet.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet retningslinjer for hvordan en sykepleier skal utføre sin profesjon. Retningslinjene sier at *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene* (NSF, 2016). Retningslinjene skal i utgangspunktet bidra til å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier, slik at pasienten kan føle seg trygghet og ivaretatt. Likevel kan økonomi og ressursmangel gjøre at mange sykepleiere opplever vansker med å jobbe i tråd med kunnskap og etiske retningslinjer (Sørensen, 2011). Sykepleiere bør derfor være klar over at slike utfordringer kan gå utover pasientens psykososiale helse. Om man er bevisst på utfordringene kan man kanskje unngå at negative interaksjoner påvirker pasienten.

Sykepleiere får kanskje ikke gjort noe med utsikten fra vinduet, ei heller rommets inventar. Kanskje kan man bidra til pasientens trivsel og velvære på andre måter. Sykepleiere skal evne å bruke seg selv terapeutisk, slik Travelbee (2001) sier. Sykepleie handler mye om å bruke sin egen person for å styrke den syke. Kanskje kan hverdagslige samtaler og småprat skape en god relasjon til pasienten. Skyman og Lindahl m.fl (2016) fant at pasientene verdsatte når helsepersonell brukte humor. Bruk av humor lettet på pasientenes tungsinn og ga dem følelse

av velvære. Dersom sykepleiere har en positiv holdning og viser forståelse, vil dette smitte over på pasienten (Harris og Ursin, 2012).

5.3 Metodiske overveielser

Det er i denne litteraturstudien stort sett blitt brukt primærkilder og noen sekundærkilder. Bruk av sekundærkilder kan føre til feiltolkning av informasjon, siden informasjonen går gjennom flere ledd (Dalland, 2007). For å kvalitetssikre denne litteraturstudien, er det lagt stor vekt på analyseringen av resultatene, slik at det blir tolket så korrekt som mulig. Det er gjort forsøk på ta hensyn til publikasjonsår, dette med tanke på å få mest mulig oppdatert kunnskap og forskning på temaet litteraturstudien tar for seg. Det ble tatt med noe eldre litteratur, da det ble vurdert som nødvendig i forhold til problemstillingen, og fordi forskningen og litteraturen i lite grad har forandret seg i forhold til studiens problemstilling.

De valgte artiklene, unntatt én, er skrevet på engelsk. Det er derfor viktig at resultatene av denne litteraturstudien tolkes med forsiktighet, siden artiklene av denne studien har blitt oversatt fra engelsk til norsk ved bruk av oversettelsesprogram. Dette kan føre til feiltolkning av data, samt at tolkningen har blitt overført til å ha en betydning for norske forhold knyttet opp mot det å være smittet med MRSA og isolert.

To forfattere er involvert i to forskjellige artikler. I ettertid kan man se at å bruke flere artikler av samme forfattere kan virke forvirrende, men det er gjort et forsøk på tydeliggjøre dette i teksten. Det er også opplyst hvor de ulike artiklene tilhører.

Både kvalitativ forskning og tverrsnittstudie er blitt brukt for å belyse litteraturstudien's problemstilling. Hensikten med en kvalitativ forskning er å få kunnskap om meningene, opplevelsene, erfaringene, holdningene m.m. til deltakerne i forskningen. En kvalitativ forskning foregår som oftest via intervju, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse. Et tverrsnittstudie er en enkel form for kvantitativ forskning. Ved tverrsnittstudier samles informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon (utvalg) på et gitt tidspunkt. Metoden brukes mest for å beskrive prevalens (forekomst) og kan også benyttes for å

utforske sammenhenger (Helsebiblioteket, 2016). Den kvalitative forskningen som er inkludert i denne studien er lokalt begrenset med relativt få deltakere og gir dybdekunnskap. Dette kan være en fordel med tanke på tema og problemstilling. Den kvalitative metoden gir en mer beskrivende og detaljert kunnskap om opplevelser og utfordringer knyttet til temaet. Tverrsnittstudie/kvantitativ forskning kan i større grad generaliseres da det er flere deltakere fordelt på flere avdelinger og gir mer breddekunnskap (Thidemann, 2015). I denne litteraturstudien var det ønskelig finne ut hvordan den psykososiale helsen påvirkes av det å være MRSA-smittet og isolert. I tillegg var det ønskelig å prøve å finne ut hva en sykepleier kan gjøre for å fremme den psykososiale helse. Ved å samle inn funn fra både kvalitativ forskning og tverrsnittstudie, kunne man med bredere forståelse besvare problemstillingen.

Det ble tatt hensyn til om forskningen hadde etisk godkjenning fra de landene forskningen ble utført. Det er blitt benyttet sjekklister for å vurdere om artiklene var godkjente. Sjekklistene er hentet fra regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK). De skal forsikre at forskningen er etisk forsvarlig (Bjørk og Solhaug, 2008). Dette ble gjort for å sikre at dataene som ble brukt i denne litteraturstudien har tatt hensyn til både taushetsplikt og andre etiske forhold som er med å forsikre at deltakerne i forskningen er blitt ivaretatt.

6.0 Konklusjon

Opplevelsen av å bli smittet med MRSA og lagt på isolat kan være omveltende for pasienten, både psykologisk og sosialt. Noen går inn i en krise og opplever at verden føles uforutsigbar og mindre trygg. Forskning viser at pasienter med MRSA føler på frustrasjon, redsel, skam og skyldfølelse, og at isolering kan lede til angst og depresjon. Noen pasienter opplever endret syn på eget kroppsbilde fordi de føler seg urene. Mennesker er sosiale vesener og har behov for kontakt med andre mennesker. Isolering begrenser pasientens muligheter for sosial kontakt og kan lede til ensomhet og forvirring grunnet manglende stimuli.

Sykepleier er ofte pasientens eneste samtalepartner i løpet av en dag. At sykepleieren utstråler trygghet og gir god informasjon vil derfor være viktig for pasientens psykososiale helse. Forskning viser at relasjonen mellom sykepleier og pasient har betydning for behandlingsresultatet. Sykepleiere bør etter beste evne forsøke å skape en god relasjon til pasienten. Empati og positivitet vil smitte over på pasienten og bruk av humor kan lette på pasientens sinnstilstand og gi pasienten en følelse av velvære.

Isolerte pasienter smittet med MRSA vil ha behov for informasjon og oversikt over egen situasjon. Flere pasienter opplyste at angst og bekymringer lettet da de fikk mer kunnskap om MRSA. En forutsetning for dette er at sykepleiere har kunnskapen som trengs. Forskning viser at sykepleiere har store mangler på kunnskap og at de trenger kompetanseheving på sykepleie til pasienter smittet med MRSA.

Sykepleiere kan bidra til å fremme den psykososiale helsen hos MRSA-smittede ved å erverve seg god kunnskap om MRSA og smittevern, gi informasjon og veiledning og legge til rette for en trygg og god relasjon med pasienten. Ved at sykepleiere er oppmerksom over de negative konsekvensene MRSA og isolering kan føre til, har man større forutsetninger for å kunne yte god helhetlig omsorg. Dette kan bidra til at pasienten mestrer sin egen situasjon og dermed fremme pasientens psykososiale helse.

Litteraturliste

- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide*. 3.utgave. England: Open University Press
- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C. og Fossum, B. (2016) Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *International Nursing Review* 63, s. 233-241. DOI: doi.org/10.1111/inr.12245
- antibiotika.no (2018) *10000000 vil dø årlig av superbakterie*. Tilgjengelig fra: <https://www.antibiotika.no/2016/06/13/10-millioner-mennesker-vil-do-arlig-av-superbakterie-i-2050/> (Hentet 07.05.2018)
- Barratt, R., Shaban, R. og Moyle, W. (2011) Behind Barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of advanced nursing* 28:2, s. 53-60. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&sid=ae1c9c36-a06e-4541-b9c3-f813ca31110f%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104896200&db=ccm> (Hentet: 15.04.2018)
- Barrat, R.L., Shaban, R. og Moyle, W. (2011) Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice, *Contemporary Nurse*, 39(2), s.180-193. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/health/docview/1022984004/fulltextPDF/331A03B966F64CF8PQ/1?accountid=12870> (Hentet: 14.04.2018)
- Berntsen, H. (2016), *Antibiotikaresistens er en alvorlig helsetrusel*. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Nyheter/Antibiotikaresistens-en-alvorlig-helsetrusel> (Hentet: 05.03.2018)
- Bjørk, I.T og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok* 1. utgave. Oslo: Akribe AS
- Braut, G.S. (2018) *Helse*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/helse> (Hentet: 16.05.2018)
- Dahlum, S. (2017) *Kvantitativ analyse*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_analyse (Hentet: 10.05.2017)

- Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*
Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 27.04.18)
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i Relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Erichsen, T., Røkholt, G. og Utne, I.(2016) *Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen*.
Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/forskning/2016/02/kunnskapsbasert-praksis-i-sykepleierutdanningen> (Hentet: 17.04.2018)
- Fangen, K. (2015) Kvalitativ metode. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (Hentet: 10.05.2018)
- Folkehelseinstituttet (2015) *Basale smittevernrutiner*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernru-tiner-i-hels/> (Hentet: 07.05.2018)
- Folkehelseinstituttet (2004) *Isoleringsveilederen*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf> (Hentet: 20.04.2018)
- Folkehelseinstituttet (2009), *MRSA-veilederen*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf> (Hentet: 12.05.18)
- Folkehelseinstituttet (2015), *Om antibiotikaresistens*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/sv/antibiotikaresistens/om-antibiotikaresistens/#antibiotikaresistens> (Hentet: 03.03.2018)
- Folkehelseinstituttet (2015), *Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner)*
- *veileder for helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjo-ner-inkl.-mrsa-i/#om-meticillinresistente-gule-stafylokokker-mrsa> (Hentet: 14.04.2018)

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utgave
Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & kultur.

Harris, A. og Ursin, H. (2012) Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv.
I: Gammersvik, T. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, s.159-172

Hellesø, R. (2011) Pasientjournalen og sykepleieres journalføring. I: Holter, I.M. og
Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*,
4.utgave. Oslo: Akribe AS, s.213-246.

Helsebiblioteket (2018) *Depresjon hos voksne*. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>
(Hentet: 10.05.2018)

Helsebiblioteket (2016) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
(Hentet: 10.05.2018)

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
(Hentet: 22.04.18)

Helsebiblioteket (2016) *Tverrsnittstudie*. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
(Hentet: 10.05.2018)

Helsedirektoratet (2013) *Relasjonens betydning*. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/generelle-prinsipper/relasjonens-betydning>
(Hentet: 08.05.2018)

Helsedirektoratet (2017) *Smittevernloven*. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/lover/smittevernloven> (Hentet: 07.03.18)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Tilgjengelig fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 27.04.18)

- Helsepersonelloven (2018) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 21.04.18)
- Hovig, B. og Lystad A. (1996), *Infeksjonssykdommer, epidemiologi, mikrobiologi og smittevern*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*, 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jones, D. (2010) *How to reduce negative psychological impact of MRSA isolation on patients*. Tilgjengelig fra:
<https://search.proquest.com/health/docview/1034739535/fulltextPDF/5C3651A635AB466BPQ/1?accountid=12870> (Hentet: 03.05.2018)
- Kåss, E. (2018) *Krise*. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/krise> (Hentet: 10.05.2018)
- Lindberg, M., Carlsson, M. og Skytt, B. (2013) MRSA-colonized persons' and healthcare personell's experiences of patient-professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of Infection and Public Health*, nr. 7, s. 427-435. DOI: dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004
- Lunde, L. og Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien forskning* 9:3, s. 260-269. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0144
- Mathisen, J. (2011) Hva er sykepleie? I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*, 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s. 149-168.
- Norsk Helseinformatikk (2014) *Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)*.
Tilgjengelig fra:
<https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/mrsa-resistente-bakterier/>
(Hentet: 07.03.18)
- Norsk senter for forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*
Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
(Hentet: 22.04.18)
- Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
(Hentet: 14.04.18)

Rådet for psykisk helse (u.d.) *Angst*. Tilgjengelig fra:

<https://psykiskhelse.no/angst> (Hentet: 10.02.2018)

Skyman, E., Thunberg Sjöström, H. og Hellström, L. (2010) Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: s. 101-107. DOI 10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Thunberg Sjöström, H. og Åhrén, C. (2016). Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30:4, s. 813-820. DOI: 10.1111/scs.12309

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*, 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stordalen, J. (2009) *Den usynlige fare, smittevern og hygiene*, 4. utgave.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Støren, I. (2013), *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk

Svartdal, F. (2017) *Psykososial*. Tilgjengelig fra:

<https://snl.no/psykososial> (Hentet: 03.05.2018)

Sørensen, U. (2011) Hygiene og smittevern. I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.)

Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1, 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s. 266-305.

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

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*, Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

von der Lippe, E. (2012) MRSA - forhåndsundersøkelse, infeksjon og sanering. Tilgjengelig fra:<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/infeksjonssykdommer/mrsa> (Hentet: 14.04.2018)