



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1006

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA?

Antall ord *: 8779

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA?



Nurses with patient. [fotografi]. Hentet fra Encyclopædia Britannica ImageQuest.
https://quest.eb.com/search/132_1270242/1/132_1270242/cite

Kull 2015

Antall ord: 8779

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA?

Bakgrunn for valg av tema: 2535 personer fikk MRSA i 2017 i Norge og forekomsten er stadig økende. Sykepleiere vil ut i fra dagens situasjon sannsynligvis møte utfordringene i helsevesenet som en slik smitte gir. Det er derfor viktig at sykepleierne har kunnskap om hvordan MRSA påvirker pasientene i pleien og hverdagslivet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan tilegne seg mer kunnskap og kompetanse, for å bedre kunne ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det er brukt relevant faglitteratur og forskning fra databasene PubMed og CINAHAL, for å støtte opp om problemstillingen.

Funn: Funn viser at det var forskjellige oppfatninger av hvordan pasientene opplevde å være isolert og MRSA-positiv. Funn viser også at pasientene følte de fikk for lite informasjon og veiledning. Andre funn viser at mange av sykepleierne opplevde å ha for lite kunnskap om denne pasientgruppen, og kvaliteten på pleien ble påvirket av dette. Forskning viser at det å ha et godt og tilrettelagt miljø var viktig. Opprettholde kontakt med familie og venner som også kom jevnlig på besøk hadde positiv innvirkning på pasientene.

Oppsummering: Pasientene opplevde trygghet, verdighet og omsorg når de fikk god informasjonen og veiledning. God kompetanse og kunnskap om mennesker som lider er svært viktig for sykepleierne å ha i møte med dem. Tiltak i og utenfor isolasjon kan bedre situasjonen til pasientene.

Nøkkelord: MRSA (meticillin resistent Staphylococcus aureus), pasienters opplevelser, sykehjem, sosial isolasjon, sykepleiers opplevelser

Abstract

Title: How can nurses take care of nursing home patients who are isolated because of MRSA?

Background: 2535 persons got MRSA in 2017 in Norway and the occurrence is still increasing. Today's nurses will most likely meet the challenges in the health care due to this source of infection. Therefore, it is very important that nurses have enough knowledge about how MRSA influence on the daily life and the care this patient group receive.

Research question: How can nurses take care of nursing home patients who are isolated because of MRSA?

Purpose: The purpose with this written bachelor exercise is to find out how nurses can get more knowledge and competence about this subject. That nurses can be even better to take care of isolated patients with MRSA on nursing homes.

Method: This bachelor exercise is a literature study. Relevant reaches from the data bases PubMed and CINAHL have been used. Non-fiction that is relevant has been used to illustrate the question of this research.

Findings: Findings from the research's shows that there where different perceptions between the patients how they experienced being isolated and diagnostic with MRSA. Many of the patients also felt they got to little information and instruction. Other findings showed that a lot of the nursing staff felt that they had to little knowledge about this patient group, and this effected the care very much that were given to the patients. The studies also showed that a good and organized environment special for this kind of group of patients was important. Maintain and stay in touch with the family and friends which also came to visit often, had a very positive impact on the patients.

Summary: The patient's felt safe and got dignity and good care if they got good information and guideline. Competence and good knowledge about people who suffer is very important for a nurse in meeting patients. Make arrangements inside and outside in isolation situation can make the situation much better for this patient group.

Keyword: MRSA (meticillin resistant Staphylococcus aureus), patient's experiences, nursing homes, social isolation, nursing experience's

Forord

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært lærerik, spennende og krevende.

Jeg ønsker å takke min veileder Halle Hjelle for konstruktive tilbakemeldinger og god veiledning underveis.

Haugesund, april 2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensning og presisering	8
1.5 Begrepsavklaringer	8
1.5.1 Ivareta.....	8
1.5.2 Isolasjon	8
1.5.3 Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)	8
2.0 Teori	9
2.1 Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel.....	9
2.1.1 Menneskesyn.....	9
2.1.2 Helse kontra begrepet velvære	10
2.1.3 Stress	10
2.1.4 Sykepleiefunksjonen	10
2.2 Kunnskapsbasert praksis.....	11
2.3 Kunnskapsgrunnlag	11
2.4 Isolasjon.....	11
2.4 Psykososiale behov	12
2.5 Ivaretagelse av psykososiale behov under isolering	12
2.6 Informasjon.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Hva er metode?.....	14

3.2 Litteraturstudie som metode	14
3.3 Litteratursøk.....	15
3.1.1 Tabell 1 – CINAHL	16
3.1.2 Tabell 2 – PubMed.....	16
3.4 Kildekritikk.....	17
3.5 Metodekritikk	17
3.6 Forskningsetikk	18
4.0 Resultat	19
4.1 Presentasjon av forskningsartiklene	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
4.1.7 Oppsummering av hovedfunn.....	25
5.0 Drøfting	26
5.1 Pasientenes opplevelse av isolasjon	26
5.2 Betydningen av veiledning og informasjon.....	28
5.3 Sykepleierens kompetanse og kunnskaper	30
5.4 Tiltak for å ivareta psykososiale behov hos isolerte sykehjemspasienter	31
6.0 Oppsummering	34
Litteraturliste	35
Vedlegg I.....	40

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Oppgaven handler om sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA.

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er gule stafylokokker som har utviklet resistens overfor de vanligste antibiotikaene (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 75). I følge Folkehelseinstituttet (FHI, 2017) viser det seg at forekomsten av MRSA er stadig økende i Norge. Det ble meldt om 2535 tilfeller av MRSA, hvorav 1463 var MRSA-bærertilstand og 835 var MRSA-infeksjon. Økningen kan skyldes mer aktiv prøvetaking, men også økt forekomst av MRSA i befolkningen på grunn av tilfeller ervervet utenfor Norge. MRSA-veilederen i Norge har som hovedmål at MRSA ikke skal få etablere seg og bli en del av bakteriefloraen i landets helseinstitusjoner. Resistente bakterier kan gi økt risiko for komplikasjoner og behandlingssvikt.

Etter å ha vært i praksis og tidligere arbeidet med pasienter som er smittet av MRSA, innså jeg hvor alvorlig multiresistente bakterier er. I tillegg så jeg hvordan dette påvirket pasientene på en negativ måte. Jeg har erfart at mange sykepleiere er usikre i møte og samhandlingen med denne pasientgruppen. Dette kan trolig skyldes mangel på kunnskap og frykten for å bli smittet selv. Sykepleiere vil ut i fra dagens situasjon på ett eller annet tidspunkt møte utfordringene som en slik smitte gir.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan tilegne seg mer kunnskap og kompetanse, for å bedre kunne ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA. Dette for at sykehjemspasientene skal få et best mulig liv og en meningsfull hverdag i den nye og vanskelige livssituasjonen. Jeg har fått erfare at pasienter som er isolerte, har andre sykepleiebehov enn de som ikke er isolert. Dette vil jeg få belyst ved hjelp av pensum, sykepleiefaglig litteratur og relevante forskningsartikler.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA?»

1.4 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til eldre sykehjemspasienter over 65 år som er smittet av MRSA fordi denne pasientgruppen har behov for tett oppfølging. I oppgaven vil jeg ha fokus på å fordype meg i hva en sykepleier kan gjøre for å ivareta disse pasientene. Isolering og sanering av MRSA-smitten vil ikke ha noe hovedfokus i denne oppgaven. Oppgaven bygger på omsorgsfilosofien til Benner og Wrubel, som skal være med på å belyse problemstillingen min.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Ivareta

Bokmålsordboka (2015) definerer begrepet å ivareta som å ta vare på, og ta hånd om. For å besvare problemstillingen skal jeg finne ut hvordan sykepleiere ved bruk av Benner og Wrubels omsorgsfilosofi kan ivareta denne pasientgruppen. I oppgaven vektlegger jeg det psykososiale behovet, isolasjon, kunnskapsbasert praksis, kunnskapsgrunnlag og informasjon. Dette vil jeg komme tilbake til i teoridelen.

1.5.2 Isolasjon

Store norske leksikon (SNL, 2018) definerer begrepet isolasjon som å utestenge, og å avskjære noen fra omgivelsene. I følge Stubberud (2013, s. 27) har isolerte pasienter en begrenset mulighet til å bevege seg og se omgivelsene.

1.5.3 Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)

20-40 % av befolkningen er bærere av gule stafylokokker, som oftest i perineum og i nesen, og sjeldnere på hendene. Pasienter, pleiepersonell og personer med hudsykdom anses som de største bærerne. Kontaktsmitte er den vanligste smitteåten. Dråpesmitte kan også forekomme, og en kan få infeksjon i blant annet hud og sår (Andreassen et al., 2010, s. 75). Personer som har økt risiko for å bli smittet av MRSA er eldre mennesker over 65 år. Fra perioden 2008-12 viste det seg at dødeligheten blant MRSA-smittede øker med alderen. Dødeligheten er større for menn enn for kvinner. Det er indikert at det er en økende risiko for å dø innen seks måneder på sykehjem når en har MRSA-smitte, sammenlignet med de som ikke er smittet (WHO, 2013).

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel

Benner og Wrubels omsorgsfilosofi danner utgangspunkt for denne oppgaven. Deres omsorgsfilosofi er kritisk til den tradisjonelle sykepleierteorien som ofte er basert på praksis og erfaring over tid. Benner og Wrubel frykter da at en blir så bundet til de teoretiske prinsippene og retningslinjene som finnes, og at en ikke ser nye muligheter der en kan utvikle nye sykepleierkunnskaper ut i fra praktisk erfarte tilfeller. Å være åpne for nytenking og nye løsninger kan gjøre hverdagen for pasient og sykepleier bedre. Benner og Wrubel ser også klare sammenhenger mellom stress, mestring, sykdom, helse og velvære. Sammenhengene kan være flertydige og komplekse for hvert enkelt individ, og hvordan hver enkelt takler ting på sin måte (Kristoffersen, 2011, s. 258-259).

2.1.1 Menneskesyn

Teorien bruker Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse i sin definisjon av mennesket. Menneskesynet kjennetegnes ved at det lever i verden og ved at det forholder seg til verden på en meningsfull måte. Mennesket kan ikke forstås isolert fra den sammenhengen det inkluderes i og en utvikles i forhold til faktorer i omgivelsene (Kristoffersen, 2011, s. 259). Benner og Wrubel har her fire viktige begreper i samspillet mellom mennesker (Kristoffersen, 2011, s. 259):

Omsorg handler om at det er noe som betyr noe for oss. Når mennesker viser omsorg har de fokus på noe utenfor seg selv. Gjerne overfor noe en setter mer pris på og utfører omsorg overfor andre fordi det har en stor betydning for personen. Dette skaper mening og kan gi meningsfullt innhold i livet. Omsorg kan også være vanskelig, og kan utsette mennesker for påkjenninger, som for eksempel stress og risiko (Kristoffersen, 2011, s. 259).

Kroppslige kunnskaper tar utgangspunkt i at helse og sykdom må forstås som levd erfaring. Det vil si at en oppfatter meningen i en situasjon på en ureflektert måte. En handler hensiktsmessig deretter i trygge og kjente situasjoner uten at en har en bevisst avveining før en gjør noe (Kristoffersen, 2011, s. 260).

Bakgrunnsforståelse handler om hva en kultur gir et menneske fra fødselen, og som videre bestemmer hva som er viktig for hver enkelt (Kristoffersen, 2011, s. 260).

Spesielle anliggender innebærer konkrete forhold eller personer som den enkeltes omsorg er knyttet til. Begrepet dekker spesifikke og konkrete forhold som betyr noe og har verdi for den enkelte. Det som truer en persons spesielle anliggender, truer da personen selv. Ved sykdom og helsesvikt vil opplevelsen og graden av stress variere fra person til person, ut i fra hvilken grad dette vil true hver enkeltes spesielle anliggende (Kristoffersen, 2011, s. 261).

2.1.2 Helse kontra begrepet velvære

Benner og Wrubel bruker heller velvære istedenfor ordet helse fordi helsebegrepet ofte knyttes til objektive fysiologiske og psykologiske verdier. Det er ofte lite egnet ved bruk til å reflektere rundt en persons reelle opplevelse av helse (Kristoffersen, 2011, s. 261-262).

Velværebegrepet reflekterer subjektivt og som Benner og Wrubel definerer velvære til å være: «Et sammenfall mellom en persons muligheter og det en virkelig praktiserer og opplever, og er basert på det å gi og ta imot omsorg» (Kristoffersen, 2011, s. 262). En kan si at de ser på helse som summen av samspillet mellom alle forholdene og faktorene som er i personen og dens situasjon som vedkommende befinner seg i. Velvære og helse må forstås som en helhet ved at en ser og oppfatter personen som en helhet, og ikke bare ser på kropp, psyke eller sjel (Kristoffersen, 2011, s. 262).

2.1.3 Stress

Stressbegrepet i denne teorien knyttes nært til behovet for sykepleie fordi stressopplevelsen er individuell, og som et resultat av at noe har skjedd i personen og i forhold til omgivelsene. Et slikt stress er gjerne forårsaket av helse, helsesvikt eller tap (Kristoffersen, 2011, s. 262).

2.1.4 Sykepleiefunksjonen

Det overordnede målet er å hjelpe pasienten til å finne delmål for å mestre sin nye livssituasjon. En må også se på hva pasienten mener er mest verdifullt og hvilke ønsker og muligheter som finnes i situasjonen. Hvordan en pasient tolker og opplever en sykdom varierer sterkt ut i fra hver enkeltes pasients behov og ståsted. De fleste opplever stress i en eller annen form, fordi en ikke lengre kan leve og fungere som før på grunn av sykdommen. Stressopplevelsen kommer når en har forstått at en ikke lenger kan fungere som før. Det gjelder da å se om det finnes noen valg og muligheter, som for eksempel mestringsstrategier (Kristoffersen, 2011, s. 262).

Sykepleien som gis må oppleves som meningsfull om den skal være til nytte. Sykepleierne må kartlegge pasientens oppfatning og mening av situasjonen, og hva pasienten føler er mest truende. Dette kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen. Sykepleiers kunnskap om

pasienten totalt og muligheten til å se løsninger sammen i veien videre, vil være hovedoppgaven i sykepleierarbeidet (Kristoffersen, 2011, s. 262).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

Samfunnet stiller krav om at yrkesutøvelsen skal være kunnskapsbasert. Det vil si at sykepleieutøvelsen skal bygge på den forskningsbaserte kunnskapen, erfaringsbasert kunnskap, pasientmedvirkning og pasientkunnskap (Stubberud, 2013, s. 61). Sykepleierne skal også kartlegge hva som er viktig og betydningsfullt for en pasients opplevelse av situasjonen. Ved å arbeide kunnskapsbasert kan en sammen med pasienten ta beslutninger og lage planer videre i sammen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 111).

2.3 Kunnskapsgrunnlag

Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan sykdom påvirker pasienten, og hvordan han/hun kan lære å mestre den nye livssituasjonen på en best mulig måte. Pasienter forventer også ofte at sykepleiere har kunnskap og kompetanse om deres sykdom og behandlingsforløp.

Sykepleierens kunnskap og kompetanse vil avspeiles i pleien og behandlingen som gis.

Sykepleiere som er usikre og viser tegn til manglende kompetanse, kan skape angst, fortvilelse og resignasjon hos pasienten. Dersom sykepleierne har god kompetanse, kan en fremme pasientens mestring. Pasienten kan da få en følelse av kontroll og trygghet (Stubberud, 2013, s. 57-58).

2.4 Isolasjon

I tilfeller der en har mistanke om at en pasient har smittsom sykdom, skal denne isoleres.

Målet med isolering er å bryte smittekjeden ved å isolere smitekilden. Isolasjon fra første stund er viktig, diagnose er nødvendigvis ikke bekreftet (Andreassen et al., 2010, s. 67).

Ved utbrudd av MRSA ved sykehjem er det vanskelig å få bukt med smitten. Dette på grunn av mangelfulle og vage retningslinjer. Sykehjemmene er også dårlig tilrettelagt for isolasjon (WHO, 2013). Ved våre sykehjem er det godt nok med forsterkede standardtiltak. Det vil si at beboeren kan få delta i fellesarealer om man følger forsterkede hygieniske prosedyrer (Andreassen et al., 2010, s. 77). I følge Barratt et al. (2011) skal en ved bruk av isolasjon vurdere om det er etisk, moralsk og menneskelig riktig, på grunn av de store begrensningene og belastningene pasientene får.

Ved isolasjon må en ikke gi forhåpninger om at isolasjonen raskt er over. En bør heller informere om lang isolasjonstid enn for kort. Isolasjonstiden avhenger av hvor fort pasienten reagerer på behandlingen og tiden på prøvesvar (Andreassen, et al., 2010, s. 72).

2.4 Psykososiale behov

I følge Stubberud (2013, s. 14-16) er psykososiale behov ett av menneskets grunnleggende behov. Rekkefølgen på behovene varierer fra person til person. De påvirkes ved alder, livssituasjon, sykdom og helsesvikt. Psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen tar utgangspunkt i pasientens forhold til seg selv, omgivelsene og sin historie. Den relasjonelle delen omfatter pasientens behov for følelsesmessig støtte, anerkjennelse og sosial kontakt. Det vil si hvordan pasienten opplever å være syk.

Pasienten må lære seg å mestre den nye situasjonen som den har kommet i. Det kan være å oppleve at en ikke har vondt, få hjelp til å finne motivasjon og å ha utholdenhet til å mestre sykdom og behandling. Ved å finne tilfredshet, føle velvære og få egen kunnskap kan pasienten få en følelse av å selv ha kontroll over livet i den oppståtte situasjonen. I tillegg kan pasienten også oppleve gode relasjoner og ha et sosialt liv med andre, få empati og følelsesmessig støtte. Samt slippe unødvendig negativt stress og at sykepleien som en får er individuelt tilpasset og målrettet (Stubberud, 2013, s. 16).

Sykepleier må være rolig og trygg i sin utøvelse av faget. Tryggheten må bli avspeilet ovenfor pasienten, slik at denne får den hjelp og oppfølging som trengs i situasjonen (Andreassen et al., 2010, s. 67).

2.5 Ivaretagelse av psykososiale behov under isolering

De fleste av pasientene føler at tiden i isolat går saktere. Mange opplever tap av kontroll over egen hverdag, forstyrrelser i døgnrytmen og pasientene sier det føles å være fanget i en fengselscelle (Andreassen et al., 2010, s. 62).

Å arbeide med isolerte pasienter er både tidkrevende og utfordrende. Vliet mener at sykepleiere ikke klarer å oppfylle pasientenes behov, og at de får dårlig samvittighet fordi en ikke får brukt nok tid inne hos isolerte pasienter (Andreassen et al., 2010, s. 62). Det er viktig at sykepleierne prøver å forstå pasientens reaksjoner på isolasjonen. Da med tanke på at en får observert pasientens problemer og iverksette relevante tiltak. Kommunikasjonen med

pasienten må også være god, slik at pasienten skal oppleve at dagligrytmen er forutsigbar og at pleiepersonellet er til å stole på (Andreassen et al., 2010, s. 72).

2.6 Informasjon

God informasjon er viktig, slik at pasienten skal kunne oppleve forutsigbarhet, ha kontroll over hvor lenge den stressende opplevelsen varer og få innsikt i og klare å vurdere sin egen situasjon. En viktig og til tider utfordrende oppgave for sykepleiere og leger er å få gitt god informasjon om sykdommen, behandling og videre pleie. Informasjonen må fremlegges på en slik måte at pasienten forstår og klarer å bearbeide innholdet av informasjonen som en får.

Retten til informasjon er nedfelt i Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) § 3. Informasjonen som er gitt skal være et hjelpemiddel for pasienten til å mestre den nye livssituasjonen videre. I tillegg har pasienten krav på å få vite hva som blir veien videre og hvorfor en gjør som en gjør, dette i henhold til Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 (Stubberud, 2013, s. 76).

Pasienter kan gjøre seg god nytte av informasjonen og bli en aktiv deltaker i situasjonen. Det er viktig at pasienten utnytter de ressursene som en har, blir sett og anerkjent, og ikke umyndiggjort og oversett i situasjonen (Stubberud, 2013, s. 85).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 50-51).

Metoden som en velger å bruke avhenger av hva som gir oss gode data, og hva som belyser spørsmålene på en faglig interessant måte. En skiller mellom kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Ved kvantitativ metode benyttes det ofte et spørreskjema med faste svaralternativer. Den kvalitative metoden fanger opp meninger og opplevelser, men lar seg ikke tallfeste. Ved kvalitativ metode benyttes ofte intervju. Disse metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i - hvordan institusjoner, grupper og enkeltpersoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 52-54). Innenfor sykepleierfaget står den kvalitative forskningsmetoden sterkest. I de valgte forskningsartiklene er det både kvalitativ og kvantitativ metode.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengström er en litteraturstudie å systemisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innenfor et valgt tema eller problemområde. Ved den systematiske litteraturstudien skal en fokusere på aktuell forskning i forhold til det valgte temaet. Samt ta utgangspunkt i å finne forskning som er relevant for klinisk praksis (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). Formålet med dette er å gi den som leser oppgaven en ajourført og god innsikt i kunnskapen i det aktuelle temaet som problemstillingen etterspør. Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie deles inn i ulike trinn:

- Problemstillingen skal være avgrenset og presist formulert
- Spørsmålsformulering som kan besvares
- Plan for litteraturstudien
- Bestemme søkestrategi og søkeord
- Innsamling av aktuelle artikler
- Vurdere artiklenes kvalitet
- Tolke og analysere resultater/funn fra artiklene
- Sammenfatte resultatene (Thidemann, 2015, s. 80).

3.3 Litteratursøk

For å få til et effektivt søkearbeid er det viktig med en god søkestrategi. Søkestrategi handler om å kombinere emneord/søkeord i ulike databaser (Thidemann, 2015, s. 87).

Gjennom mitt litteratursøk har jeg brukt Høgskulen på Vestlandet sine helsefaglige databaser som inneholder sykepleiefaglige forskningsartikler. Jeg har søkt i databasene CINAHL, PubMed og SveMed for å prøve å finne relevant forskning. SveMed gav svært få treff på søkeordene. Jeg har valgt å bruke to artikler fra søkedatabasen CINAHL og fire fra Pubmed.

I oppgaven bør det være benyttet pensum yngre enn 5 år på grunn av fokus på fremtidig forskning, men ikke eldre enn 10 år.

I starten av søkeprosessen gjorde jeg ingen avgrensninger. Jeg fant først en del relevante artikler av eldre årgang, men valgte å avgrense søket til perioden 2013-2018. I oppgaven har jeg valgt ut to artikler som var eldre enn 5 år gamle og avgrenset søket til perioden 2009-2013. Andre avgrensninger som har blitt gjort i noen av søkene er «full text». Jeg har brukt ordet and for å utvide søkene. Søkeordene som ble benyttet i søkeprosessen var: MRSA (meticillin resistant *Staphylococcus aureus*), patient`s experiences (pasienters opplevelser), nursing homes (sykehjem), social isolation (sosial isolasjon) og nursing experiences (sykepleiers opplevelser).

Søk nummer 3 i CINAHL ved bruk av søkeordene *MRSA AND Nursing homes*, gav 44 treff. Jeg valgte artikkelen “Reduction of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization: A prospective randomized clinical trial” av Peterson, Boehm, Beaumont, Patel, Schora, Peterson og ... Smith (2016). Søk nummer 5 ved bruk av søkekombinasjonen *MRSA AND Patient`s experiences*, gav 6 treff. Den valgte artikkelen var «Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice» av Barratt, Shaban og Moyle (2011).

3.1.1 Tabell 1 – CINAHL

Søk i CINAHL 06.03.2018			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	MRSA		3951
S2	Nursing homes		40890
S3	S1 AND S2	2013-2018	44
S4	Patient`s experiences		7628
S5	S1 AND S4	2009-2013	6

Søk nummer 3 i PubMed og ved bruk av søkeordene *MRSA* and *Nursing experiences*, gav 2 treff og jeg valgte artikkelen «Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*» av Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm og Fossum (2016). Søk nummer 4 med søkeordene *MRSA* and *Patients experiences*, gav 11 treff. Jeg valgte artikklene “Being Met as marked – patient`s experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)” av Skyman, Lindahl, Berbm, Sjöström og Åhrèn (2015) og «MRSA – global threat and personal disaster: patient`s experiences” av Andersson, Lindholm og Fossum (2011). Søk nummer 7 ved bruk av søkeordene *Social isolation* AND *Nursing homes*, gav 63 treff. Artikkelen som ble valgt ut var “The Psychosocial Effetes of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial” av Robinson, Macdonald, Kerse og Broadbent (2013).

3.1.2 Tabell 2 – PubMed

Søk i PubMed 02.03.2018			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	MRSA		29874
S2	Nursing experiences		24750
S3	S1 AND S2	2013-2018, Full text	2
S4	S1 AND Patients experiences	2013-2018, Full text	11
S5	Social isolation		26021
S6	Nursing homes		44300
S7	S5 AND S6	2009-2013, Full text	63

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er ifølge Dalland og Trygstad (2017, s. 152-153) de metodene som brukes for å fastslå om opplysningene er sanne. Kildekritikk deles inn i to deler. Den første handler om hvordan litteraturen best belyser problemstillingen. Den andre handler om hvordan en bruker litteraturen som er anvendt i oppgaven og får frem at denne er relevant og belyser temaet i oppgaven. Det kan også være relevant å kontrollere at litteraturen er tilstrekkelig oppdatert om det gjelder et tema som stadig er i endring eller utvikling. Kildekritikk er også å vurdere kildens gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Det har blitt brukt primærkilder i oppgaven, men også sekundærkilder. Ved valg av forskningsartikler har jeg tatt utgangspunkt i metoden som ble brukt, relevansen, holdbarheten og gyldigheten. For å finne ut om forskningsartiklene var relevante leste jeg på artikkelens overskrift og sammendrag. Alle forskningsartiklene som jeg har brukt er skrevet på Engelsk. Disse har jeg oversatt selv og det kan derfor ha medført noen feiltolkninger.

Jeg har sett igjennom tidligere bacheloroppgaver for valg av litteratur til oppgaven. Litteratur ble lånt på biblioteket på Høgskulen på Vestlandet.

Sjekklistene til Folkehelseinstituttet (2014) ble brukt under vurderingen av artiklene.

3.5 Metodekritikk

For å få til en god systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes et godt utvalg av studier innenfor temaet, og at disse er av god kvalitet som kan være med på å være et underlag for vurderinger og konklusjon (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

Det har vært både utfordrende og tidkrevende i arbeidet med litteratursøk for å finne gode og relevante forskningsartikler. Grunnen til dette, er nok trolig fordi jeg har valgt å skrive om et tema som det ikke har blitt forsket så mye på. Noen av artiklene som jeg først fant som relevante var av eldre årgang. Etter hvert i søkeprosessen fant jeg til slutt ut hvilke søkeord som gav meg mer relevante og nyere treff. Etter tips som jeg fikk fra min veileder så jeg i søkeprosessen gjennom litteraturlisten til de valgte forskningsartiklene. Dette var for å se om det også var andre relevante forskningsartikler som kunne brukes i min bacheloroppgave.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk er ifølge Dalland (2017, s. 236) å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført unødvendige belastninger eller skade. Målet i forskningen om å skaffe ny kunnskap, er at deltakerne ikke skal påført unødvendige belastninger eller skade. Dalland (2017, s. 238-240) sier at det skal søkes om forhåndsgodkjenning. Dette gjelder ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger. I tillegg må forskerne ivareta taushetsplikten og anonymiteten.

I oppgaven har jeg brukt forskningsartikler som er godkjent av etisk komite, og/eller som har ivaretatt personvernet til deltakerne. I tillegg har jeg lagt vekt på at forskerne har ivaretatt taushetsplikten, anonymiteten til deltakerne og at deltakelsen var frivillig. Jeg har også kritisk vurdert forskningsartiklene.

Referansesystemet som jeg har brukt er APA-standard.

Teksten i oppgaven er skrevet med egne ord for å unngå plagiat. Plagiat betyr å etterligne andres arbeid. Selvstendighet og personlig innsats kreves for at et arbeid skal regnes som ditt eget, - et åndsverk (Dalland, 2012, s. 80).

4.0 Resultat

Her blir den valgte forskningen som skal være med på å belyse problemstillingen i oppgaven, presentert.

4.1 Presentasjon av forskningsartiklene

4.1.1 Artikkel 1

Tittel: *“Reduction of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization: A prospective randomized clinical trial”.*

Forfattere: Peterson, L. R., Boehm, S., Beaumont, J. L., Patel, P. A., Schora, D. M., Peterson, K. E., & ... Smith, B. A. (2016).

Hensikt: Hvordan en kunne redusere forekomsten av MRSA på sykehjem uten at det gikk ut over det sosiale liv og aktivitetene til pasientene.

Utvalg og metode: Studien er kvantitativ og utført i USA. Metoden som ble brukt var en randomisert kontrollert studie. 12 sykehjemsenheter var tilfeldig valgte og deltok i studien gjennom to år. Data ble samlet inn gjennom jevnlig testing av pasienter. Totalt 16 773 tester ble utført i perioden.

Funn: Et viktig funn var en merkbar reduksjon av MRSA-infeksjon blant pasientene uten å benytte seg av isolasjon på avdelingen. Planlagte retningslinjer og tiltak viste å ha god effekt. Pasienter som ikke var smittet forble usmittet selv om de hadde sosialt samvær med smittede pasienter.

Diskusjon: For å gjøre helsetilbudet bedre, burde dette vært en del av fremtidig politisk planlegging.

Kritisk vurdering av artikkel 1

Artikkelen er relevant fordi det kommer klart og tydelig frem at bruken av isolasjon ikke er nødvendig dersom en tar i bruk et enkelt system for å redusere MRSA-smitten. Uten at det går utover dagliglivet til pasientene. Jeg anser artikkelen som gyldig og holdbar med bakgrunn i hensikten og årstallet på artikkelen.

4.1.2 Artikkel 2

Tittel: “*Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice*”.

Forfattere: Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011).

Hensikt: Å sammenligne hvordan pasientene har opplevd isolasjon på grunn av MRSA eller andre infeksjonssykdommer.

Utvalg og metode: Dette er en systematisk oversiktsartikkel, utført i Australia og New Zealand. Det ble utført søk i relevante forskningsartikler publisert i perioden 1990-2010 i databaser. MRSA, isolation, source isolation, experience, perceptions og psychological effects var søkeord som ble brukt. Forskerne fant lite undersøkelser om isolasjon blant MRSA-smittede pasienter. Studien ble da utvidet til å inkludere også andre smittbare infeksjonssykdommer. 21 rapporter ble funnet og oppsummert i tabell.

Funn: En ble stående igjen med fem hovedtema etter gjennomgang av tidligere studier: Den psykologiske påvirkningen av å være i isolasjon. Det kunne føre til angst, frykt, stress, depresjon, sinne, ensomhet, kjedsomhet, fornektelse og at sykdomstilfellet ble stigmatisert. Mestring i isolasjon: Pasientenes reaksjoner på hvordan de opplevde isolasjonen var forskjellige. Å være sosialt isolert gav en følelse av ensomhet og utestenging i fra omverdenen. Et viktig funn var at saklig og korrekt informasjon hadde en psykologisk effekt på pasientene. Det fysiske miljø og kvaliteten på pleien var en viktig faktor i isolasjonen. Isolerte smittede pasienter var mye mer misfornøyd med pleien som de fikk i forhold til ikke-smittede pasienter. Pasientene opplevde også å miste følelsen av tid og sted.

Diskusjon: Pleiepersonell må aktivt se etter nye og alternative måter for å gjøre livet i isolasjon bedre for pasientene. Det er et stort behov for mer grundig og omfattende informasjon og retningslinjer som kan være til støtte og hjelp for pleiepersonell.

Kritisk vurdering av artikkel 2:

Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den viser hvordan MRSA-smittede opplever å være isolert. Artikkelen trekker frem viktige funn som kan være til nytte både for pasientene og sykepleierne. Med bakgrunn, hensikt, metode og årstall anser jeg denne artikkelen som gyldig og holdbar.

4.1.3 Artikkel 3

Tittel: “*Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus*”.

Forfattere: Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., og Fossum, B. (2016).

Hensikt: Å undersøke sykepleiernes opplevelse og erfaring med pasienter som er smittet av MRSA.

Utvalg og metode: Kvalitativ studie utført i Sverige. I studien ble 15 kvinner hvorav dette var 8 autoriserte sykepleiere og 7 pleiepersonell fra forskjellige institusjoner og sykehus intervjuet. Deltakerne i studien var valgt ut av sine ledere.

Funn: Tre hovedfunn kom frem fra intervjuene. Mange av sykepleierne følte de hadde for lite kunnskap, var redde og usikre. Sykepleierne følte seg stresset, lite kompetente for oppgaven og overarbeidet. Funn viste også at sykepleiere hadde for lite informasjon om denne pasientgruppen. Det var mangel på retningslinjer på arbeidsstedene og en visste ikke hvor en skulle finne informasjon. Etterlysning av retningslinjer og rutiner ble som regel ignorert av ledelsen. Dette resulterte i at noen skiftet arbeidssted. Andre sykemeldte seg for å slippe å arbeide med MRSA-smittede pasienter. Frykten for å bli smittet selv og smitte andre, var veldig stor. Sykepleierne var redde for å komme for nær pasientene og det var ingen form for fysisk kontakt. Et viktig funn var at de sykepleierne som hadde kunnskap om MRSA, følte seg kompetente, trygge og positive i samhandling med pasientene.

Diskusjon: Artikkelen påpeker viktigheten av utdanning og kompetanse når det gjelder smittsomme sykdommer. Det har blitt gjort få studier når det gjelder erfaringer og hvilke følelsesmessige reaksjoner sykepleiere har hatt i arbeidet med MRSA-smittede pasienter. Studier rundt dette vil trolig avdekke viktig informasjon som burde blitt brukt videre for å sikre et bedre behandlingstilbud gitt av sykepleiere til denne pasientgruppen.

Kritisk vurdering av artikkel 3:

Jeg så på denne artikkelen som relevant for min problemstilling etter å ha kritisk vurdert den. Artikkelen trekker frem ulike perspektiver for hvordan sykepleierne har det i møtet med MRSA-smittede. Metoden, bakgrunn, årstall og hensikten som ble brukt er godt fremstilt, for å belyse problemstillingen i oppgaven min.

4.1.4 Artikkel 4

Tittel: “*Being Met as marked – patient`s experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*”.

Forfattere: Skyman, E., Lindahl, B., Berbom, I., Sjöström, T. H. og Åhrèn, C. (2016).

Hensikt: Å undersøke pasienters opplevelse og erfaring med å være smittet og leve med MRSA, og hvordan pasientene opplevde å bli behandlet av pleiepersonell.

Utvalg og metode: Studien er kvalitativ og utført i Sverige. Metoden var en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, og det ble brukt intervjuer med åpne spørsmål. Deltakerne i studien var i alderen 29-69 år og det var 12 pasienter med av begge kjønn. Deltakerne ble valgt ut fra Sahlgrenska universitet sykehus sin database.

Funn: Studien viser at pasientene har endret eget syn på kroppsbildet. Pasientene opplevde mangel på god informasjon og veiledning. De så på seg selv som en «pest og plage» overfor andre og følte seg mobbet. Pasientene ønsket mer verdighet og respekt for den de var. Hvordan de skulle leve med smitten de hadde fått, uten å smitte andre, var det store spørsmålet hos mange av pasientene i studien.

Diskusjon: Studien påpeker at det er et stort behov for kompetanseheving blant pleiepersonell når det gjelder MRSA.

Kritisk vurdering av artikkel 4:

Denne studien er relevant for min problemstilling fordi den trekker frem hvordan MRSA påvirker pasientene i hverdagslivet og opplevelsen av å få omsorg. I tillegg kommer det frem at pleiepersonell som hadde kunnskap om MRSA, hadde en fordel i møte med MRSA-smittede.

4.1.5 Artikkel 5

Tittel: “*The Psychosocial Effects of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial*”.

Forfattere: Robinson, H., Macdonald, B., Kerse B, Broadbent, E (2013).

Hensikt: Å finne ut hvilke psykososiale effekter en dyrerobot og levende hund kan ha på pasientene.

Utvalg og metode: Studien er kvantitativ og utført i New Zealand. Metoden var en randomisert kontrollert studie. 40 pasienter i alderen 55-100 år på sykehjem fikk utdelt spørreskjemaer. Her rangerte de ulike aspekter ved livet deres på et sykehjem. Studien pågikk over 12 uker og de hadde en time to ganger per uke med besøk..

Funn: Funn viser at bruken av dyrerobot og hund hadde positiv effekt på det sosiale. Det viktigste funnet var at pasienter og pleiepersonell fikk noe mer felles å snakke om i sammen. Dersom pleiepersonellet ikke var tilstede, var pasientene mindre flinke til å sosialisere seg og de snakket mye mindre sammen. Pleiepersonellet snakket og engasjerte pasientene mer når denne aktiviteten pågikk. Studien viste stor bedring når det gjaldt ensomhet hos pasientene. Det hadde også en klart positiv påvirkning på pasientenes egen deltakelse i sosiale sammenhenger.

Diskusjon: Det er et behov for flere studier rundt dette temaet.

Kritisk vurdering av artikkel 5:

Funnene i denne studien er relevante for min problemstilling. I studien kommer det tydelig frem effekten av å ha besøk av dyr på sykehjem. Studien er utført i New Zealand, og jeg må derfor være litt kritisk når det gjelder forskjeller i de ulike helsesystemene. Studien er etisk godkjent av The University of Auckland Human Participants Ethics Committee, og ble forklart gjennom informert samtykke.

4.1.6 Artikkel 6

Tittel: “*MRSA – global threat and personal disaster: patient`s experiences*”.

Forfattere: Andersson, Lindholm og Fossum (2011).

Hensikt: Å undersøke pasienters kunnskaper, oppfatning og erfaringer av å være MRSA-positiv.

Utvalg og metode: Studien er basert på kvalitativ forskning som er utført i Sverige. Studien baseres på datasamling og deltakelse gjennom intervju som bestod av åpne spørsmål. Funnene fra intervjuene ble delt inn i 3 kategorier: Forståelse og følelsesmessige reaksjoner, behandlingen av pleiepersonell og konsekvenser og forventninger. Deltakerne bestod av 15 pasienter av begge kjønn i aldergruppen 21-90 år.

Funn: Studien fant ut at deltakerne opplevde diagnosen som MRSA-positiv som et sjokk og traumatisk opplevelse. Pasientene sammenlignet opplevelsen med å ha «pest og spedalskhet». Frykten for å smitte andre var stor blant pasientene, og de følte seg skitne. Andre funn var at pleiepersonell kom med feilaktig informasjon. Pasienter som fikk god informasjon ble mindre engstelige.

Diskusjon: Det er et stort behov for utdanning og kunnskap hos pleiepersonell, for å bedre kvaliteten på omsorgen som gis til MRSA-smittede.

Kritisk vurdering av artikkel 6:

Forskningsartikkelen er relevant i forhold til min problemstilling fordi den får frem pasientenes opplevelser og oppfatninger av å være MRSA-positiv. Studien ble godkjent av forskningsutvalget i Stockholm, Sverige. Deltakerne ble informert om at deltakelsen var frivillig og de kunne trekke seg fra studien når som helst, om ønskelig. Under vedlegg I har jeg eksempel på kritisk vurdering av artikkelen.

4.1.7 Oppsummering av hovedfunn

Funnene er gjenspeilende i mange av artiklene. Artiklene belyser pasientenes og sykepleiernes oppfatninger og erfaringer. Det fremkom tydelig i artiklene at isolerte MRSA-smittede, opplevde blant annet ensomhet, begrenset sosialt liv, depresjon og stress. I tillegg var informasjon og veiledning som pasientene mottok mangelfulle. Det fremkom også at noen av sykepleierne hadde kunnskap og kompetanse om denne pasientgruppen. Men det viste seg også at svært mange sykepleiere var utrygge i utførelsen av arbeidet på grunn av manglende kunnskap og erfaring. Funns viser også at pasientene opplevde å få dårlig og mindre pleie enn ikke-smittede pasienter. I en av artiklene har funn som å ha besøksdyr vært svært hensiktsmessig. Dette har gitt økt sosialisering og trivsel både for pasientene og sykepleierne.

5.0 Drøfting

Her tar jeg utgangspunkt i de utvalgte artiklene. Hovedfunnene skal jeg drøfte opp mot relevant litteratur, teori og egne erfaringer for å svare på problemstillingen.

5.1 Pasientenes opplevelse av isolasjon

I samtlige studier fremkom det at pasientenes oppfatning av å være i isolasjon varierer stort. Det finnes både positive og negative sider ved dette. Å få en sykdom som er isolasjonskrevende opplevde mange som en livskrise (Andreassen et al., 2010, s. 62). Pasientene opplevde også diagnosen MRSA-positiv som traumatisk, som en sjokklignende reaksjon og noen følte seg usikre på fremtiden (Andersson et al., 2011). Hos enkelte ble kroppsbildet endret (Skyman et al., 2016). Kristoffersen et al. (2011, s. 252) skriver at reaksjoner som vantro og sjokk er vanlig når en person rammes av sykdom. Stubberud (2013, s. 75) hevder at det å redusere styrken og omfanget av stressfaktorer hos pasienten er viktig, slik at pasienten best mulig kan mestre den nye situasjonen. Benner og Wrubel sier at opplevelsen av stress vil være kulturelt betinget, og at muligheten for å mestre vil være forskjellig fra individ til individ. Pasientenes mestringsstrategier avhenger av situasjonen som en befinner seg i. Trusselens størrelse, styrke og pasientens ressurser har mye å si for mestringsstrategien i situasjonen (Stubberud, 2013, s. 31). En av deltakerne i studien til Skyman et al. (2016, s. 817) sa følgende: «Thinking about being old and not being able to care about yourself, having MRSA does not improve your qualifications». Utsagn som dette kan tyde på at pasientene føler seg ubrukelige og situasjonen som håpløs. Erfaringer som jeg har gjort meg så langt er at jeg ikke har sett og hørt at noen av sykepleierne har spurt pasientene om hvordan de opplever å være isolert.

Funn i studien til Skyman et al. (2016) viste at pasientene brukte humor for å lette på situasjonen, holde motet oppe og skape en avslappet stemning. Noen ganger ble det nesten en fryd dersom pasientene kunne tulle med pleiepersonalet ved å ha det litt moro. Humoren baserte seg på pleiepersonellens uvitenhet, manglende erfaring og kunnskap rundt temaet MRSA. Stubberud (2013, s. 103) påpeker at bruken av humor er viktig i fysiologiske stressreaksjoner og krisesituasjoner. Humor kan ofte hjelpe pasienten til å mestre den nye situasjonen og nye løsninger kan lettere finnes.

Smebye og Helgesen (2011, s. 65) sier kontakten med pleiepersonalet må fremheves, slik at tiden i isolat blir overkommelig for pasienten. Dette støttes opp av Renolen (2015, s. 188)

som mener at det å være til stede er viktig for at en pasient skal kunne føle seg støttet. Eriksen hevder (2015, s. 895) at et velfungerende felleskap basert på tillit og aksept styrker samhandlingen og de gode båndene personene i mellom. Dette kan være til godt hinder for å motvirke stress, få positive opplevelser og et bedre selvbilde. I følge Blix og Breivik (2006, s. 98) kan positive opplevelser være å få et godt stell, ikke ha smerter eller kvalme, sove godt, at en blir sett, føle at noen bryr seg og viser omtanke for en. Benner og Wrubel sier at sykepleiefokuset bør være på hvordan pasienten opplever å være syk, og hvilken mening og hvilke konsekvenser sykdommen har for en. Å hjelpe pasienten til å forstå hva som skjer, hva sykdommen og situasjonen krever av ham og hjelpe pasienten til å finne nye måter å mestre situasjonen på, er viktig (Gammersvik, 2012, s. 105). Dette støttes opp av Renolen (2015, s. 188) som hevder at en må hjelpe den rammede til å finne meningen og livet levelig igjen. En må prøve å finne mening i det meningsløse. Noen bruker lang tid på det, mens andre finner det aldri.

Pasientenes opplevelse av isolasjonen handlet mye om pleiepersonellens opptreden og handlinger. Mange opplevde å bli sett på som en «pest og plage». Pasientene var også mer strenge med seg selv for å være sikre på at de ikke skulle smitte andre, og at andre kunne havne i en tilsvarende vanskelig situasjon (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016). Jeg har erfart at flere av sykehjemspasientene i isolasjon er usikre i møte med pleiepersonell. Trolig på grunn av retningslinjer og konsekvente rutiner som utøves forskjellig av pleiepersonellet. Et eksempel fra min praksis er når pleiepersonell bruker eller lar være å bruke beskyttelsesutstyr. Dette er i tråd med studien til Andersson et al. (2016) hvor det fremkommer at sykepleiernes bruk av beskyttelseshansker var overdreven på grunn av mangelfulle retningslinjer og opplæring. Dette kan trolig virke forvirrende og skape mer usikkerhet hos pasientene.

Funn viser at pasientene fikk følelsen av å være skitne, urene, motbydelige, fryktelige og det ble vanskelig med lite kroppskontakt. Dette kunne bli forsterket dersom pleiepersonellet bruke beskyttelsesutstyr (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2016). Dette underbygges av Andreassen et al. (2010) som sier at ved bruk av beskyttelsesutstyr blir pasientene hele tiden påminnet om at en er en smittebærer, og pasientene kan oppleve dette som vanskelig og problematisk. Fysisk berøring kan formidle trygghet til pasienten, oppleves som beroligende og støttende (Stubberud, 2013, s. 105).

Noen av pasientene i studiene reagerte med fornærmende, aggressive eller voldelige utbrudd overfor pleiepersonell (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011). I følge Heyn (2015, s. 389) kan pasienter uttrykke sinne mot pleiepersonell dersom de føler seg lite sett eller må vente lenge på hjelp. Dette støttes opp av Helgesen (2016, s. 151) som påpeker at dersom forventninger en har ikke oppnås, kan en reagere med aggresjon. Jeg opplevde i praksis at en pasient utøvde vold gjentatte ganger mot pleiepersonellet. Pasienten var ikke etnisk norsk og en hadde store kommunikasjonsproblemer i samhandlingen på grunn av språket. Det var vanskelig å vite hva pasienten trengte av hjelp. Årsaken til pasientens frustrasjon og utbrudd var at pleiepersonell tok bort pasientens ringesnor fordi pasienten stadig ringte på. For å bedre situasjonen fikk en ved hjelp av tolk vite at pasienten var sterkt smertepåvirket og hadde behov for smertelindring.

Noen av pasientene i studien til Barratt et al., (2011) satte pris på å ha enerom, mer privatliv og tid for seg selv for å få reflektert over den nye situasjonen. Studien til Andersson et al. (2011) underbygger disse funnene. Pasientene fortalte i studien at MRSA kunne være bra for dem, og at de kunne få en ny start på livet. Helgesen (2016, s. 151-153) sier at det iblant er viktig å være alene og trekke seg tilbake fra sosiale krav, for vår selvoppfatning, vår mentale helse og vårt generelle velvære. Pasientene kan da få mulighet til indre refleksjon. Kartlegging av pasientens sosiale nettverk, behovet for kontakt med andre og behovet for å være alene er en viktig oppgave hos sykepleierne.

5.2 Betydningen av veiledning og informasjon

Det fremkom i studiene at pasientene ønsket å få kunnskap om MRSA, god informasjon og veiledning (Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2016). Mange av de ubesvarte spørsmålene som disse pasientene satt inne med var hvordan MRSA smitter, hvilke framtidsutsikter som finnes og om det var greit å gi noen en klem (Barratt et al., 2011). Det underbygges også av Stubberud (2013, s. 85) som presenterer at pasienter ofte ønsker å ha kunnskap, kontroll og innflytelse om sitt behandlingsforløp. Dersom god informasjon blir gitt, vil pasientene trolig oppleve større grad av kontroll.

I studien til Andersson et al. (2011) og Skyman et al. (2016), viser funn at mange av pasientene søkte opp informasjon via internett eller andre sosiale medier for å finne informasjon og skaffe seg kunnskap selv. Dette er i tråd med det som Tveiten (2012, s. 183) har påpekt om hvor lett pasienter kan finne informasjon i dagens teknologisamfunn. Bruk av

internett kan resultere i feiloppfatninger og at pasientene blir utrygge. Pasienter skal måtte unngå å gjenta sine problemer og føle at behandlingen ikke blir fulgt opp (Stubberud, 2013, s. 77). Det fremkommer i retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016), pkt. 2.4, at det er viktig sykepleierne gir pasientene tilpasset og tilstrekkelig informasjon, og sikre at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av opplysningene som en får. Renolen (2015, s. 188) hevder at informasjon som blir gitt i en sjokktilstand, ofte blir fortrent eller glemt. Nordtvedt (2012, s. 147) mener at hvor og når informasjonen gis, har betydning for kvaliteten på innholdet og hvordan dette blir mottatt av pasienten. Informasjonen som gis må også være tilpasset pasientens forutsetninger, alder, erfaring, kultur og språk. Å bruke et dagligdags språk, enkle og korte setninger i samhandling med pasientene kan være hensiktsmessig for sykepleierne (Stubberud, 2013, s. 77-78). Stubberud sier (2013, s. 96) at informasjon som gis skal handle om hva som har forårsaket sykdommen, og hva som blir veien videre. Dette støttes opp av Renolen (2015, s. 196) som hevder at pasienten har rett på informasjon om sykdommen, utviklingen og de psykiske og fysiske reaksjonene som kan oppstå. God informasjon vil kunne gi økt oversikt, forståelse og kontroll over situasjonen som en har kommet i (Stubberud, 2013, s. 77).

Pasientene opplevde det vanskelig å stille spørsmål til pleiepersonellet fordi informasjonen som en fikk, var fra pleiepersonell som en anser å være eksperter (Skyman et al., 2016). I følge Heyn (2015, s. 390-391) har eldre pasienter ofte respekt for sykepleiere og tør ikke alltid å utfordre det som blir sagt. De kan ofte synes det er vanskelig å ta initiativ til samtale. Heyn sier det er viktig at sykepleierne tar seg tid til å stille spørsmål og gi pasienten tid til å svare. Det kan også være lurt at sykepleierne ber pasientene skrive huskelister med de spørsmålene som en ønsker å få svar på (Stubberud, 2013, s. 78). I studien til Andersson et al. (2011) fremkom det blant annet at pasientene fikk misvisende og feilaktig informasjon fra pleiepersonellet. Stubberud (2013, s. 45) hevder at dersom tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier er dårlig, kan det være vanskelig for pasienten å snakke om sine problemer og behov. Erfaringsmessig har jeg erfart at eldre isolerte pasienter spør lite, og det er ofte vanskelig å vite hva de ønsker eller trenger av informasjon. Det jeg har sett er at sykepleierne ikke er flinke til å stille spørsmål til pasientene om de lurer på noe. Dette tror jeg kan skyldes for lite tid og lav bemanning på sykehjemmene. Jeg har også sett at sykepleierne som gav tilpasset informasjon fikk en bedre relasjon til pasientene. Dette resulterte i at pasienten fikk en følelse av å bli ivaretatt og fikk økt kontroll over situasjonen.

5.3 Sykepleierens kompetanse og kunnskaper

I flere av artiklene kommer det frem hvordan sykepleieren opplevde sin kompetanse og kunnskap i samhandling med denne pasientgruppen. Sykepleierne som hadde kunnskap om MRSA skapte trygghet hos pasientene, og var med på å redusere de negative tankene rundt isolasjonen (Andersson et al., 2016; Barratt et al., 2011).

På en annen side viste det at problemer oppstod i samhandlingen med pasientene da sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kompetanse (Andersson et al., 2016; Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2016). Sykepleierne i studien til Barratt et al. (2011) fant det vanskelig å samhandle med pasientene i isolasjon, de brukte mindre tid inne hos pasientene og var innom når det kun var «nødvendig». Pasientene opplevde at de fikk mindre og dårligere pleie enn ikke-smittede pasienter. Stubberud (2013, s. 99) hevder at det ikke nødvendigvis er tiden som avsettes til hver pasient som avgjør om pasienten opplever å bli sett. Det handler mer om hvordan sykepleieren opptrer på stedet og i situasjonen. Dette er i tråd med studien til Skyman et al. (2016) hvor det kommer frem at pasientene ønsket respekt og verdighet for den en er. I følge yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016), pkt. 2, har sykepleierne en plikt til å ivareta pasienten mot krenkende handlinger og hvert enkelt individs verdighet. Stubberud (2013, s. 101) skriver at eldre pasienter ofte har behov for individuell sykepleie. I tillegg er det viktig at sykepleierne viser respekt og gir økt kontroll i behandlingen. Ut i fra egen erfaring har jeg flere ganger observert og erfart at isolerte pasienter har svært liten terskel for hvor mange ganger de ringer på pleiepersonell. Ikke fordi det er noe de trenger hjelp til eller pleie. Trolig er de kontaktsøkende fordi det er for stille og ensomt.

Studien til Andersson et al. (2016) viste at sykepleierne hadde for lite kunnskap, var redde, usikre. I tillegg følte de seg stresset, lite kompetente for oppgaven og overarbeidet. Nortvedt og Grønseth (2010, s. 28) hevder at en må sette seg inn i relevant litteratur og forskning for å gi den pleien som trengs ved den aktuelle sykdomstilstanden. Dette støttes opp av de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016) som hevder at sykepleierne må holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde.

God sykepleie krever kunnskap, faglig skjønn, erfaring, ferdigheter og klokskap. Dersom pasienten opplever at sykepleieren har både ferdigheter og faglige kunnskaper, og etablerer en god samhandling til dem, vil det utøves kyndig omsorg (Alvsvåg, 2012, s. 80). Nortvedt og Grønseth (2010, s. 20-21) sier at sykepleiere skal ivareta pasientens tilstand og hvordan en erfarer og opplever denne her og nå. Her kan kunnskapsbasert praksis knyttes inn som også

poengterer at sykepleierne må kartlegge hva som er viktig og betydningsfullt for en pasients opplevelse av situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 111). Dette kan videre knyttes til Benner og Wrubel omsorgsfilosofi som også hevder at sykepleierne må kartlegge pasientens opplevelse av situasjonen og hvilken mening den legger i den (Kristoffersen, 2011, s. 262). Nortvedt og Grønseth (2010, s. 20-21) sier videre at den faglige kunnskapen må være på plass for at en skal kunne forstå opplevelsen av sykdommen og konsekvensene som medfører. En viktig oppgave for sykepleierne er nettopp å hjelpe pasienten til å mestre konsekvensene av sykdom, behandling og helsesvikt, og tro på pasientenes autonomi og understøttelse av ressursene.

Jeg har erfart at sykepleiere som har utilstrekkelig kompetanse og kunnskaper synes det er utfordrende å samhandle med denne pasientgruppen. Det ser ut for at mange av sykepleierne prøver å unngå denne pasientgruppen mest mulig. Jeg har sett at noen sykepleiere skyver arbeidsoppgavene for denne pasientgruppen over på andre på avdelingen. Når det gjelder de sykepleierne som har tilstrekkelig kompetanse og kunnskaper ser det ut for at disse har et bedre grunnlag i møte med pasientene. Jeg har lagt meg merke til hvordan disse bygger opp et godt tillitsforhold til pasientene. Pasientene føler da at de er i trygge hender. Å ha god kompetanse og kunnskap om sykehjemspasienter som er isolert pga. MRSA mener jeg er viktig. Pasientene vil da trolig føle seg bedre støttet og ivaretatt.

5.4 Tiltak for å ivareta psykososiale behov hos isolerte sykehjemspasienter

I flere av studiene kommer det frem hvordan en kan bedre situasjonen i isolasjon for pasientene. Studien til Barratt et al. (2011) påpeker forskjellige aspekter som kan gjøres for å ivareta pasientens psykososiale behov under isolasjon. Et viktig funn var at gode og tilrettelagte rom med vindu og utsikt er viktig. Dette underbygges av Stubberud (2013, s. 91) som hevder at det å ha dagslys og det å kunne se ut et vindu er viktig for pasientenes helbredelse.

Videre skriver Barratt et al. (2011) at ved bruk av personlige eiendeler, vil rommet bli mer som et «hjem». Forfatterne skriver også at en mulighet kan være å ha et minikjøkken slik at pasientene kan lage seg enkel mat og/eller kaffe og te. TV og radio kunne være viktige avbrekk i hverdagen for de som hadde dette. Dette underbygges også av Vliet som hevder at å ha TV, samt være oppdatert på det som skjer ute i verdenen, kan være positivt for pasientene. Dette kan resultere i at pasientene også prater om andre temaer enn selve sykdommen

(Andreassen et al., 2010, s. 62). Smebye og Helgesen (2011, s. 65-66) poengterer at det er viktig for pasientene å ha normaliserte rutiner som er på linje med livet i eget hjem. Benner og Wrubel sier at det er viktig sykepleierne snakker med pasientene om livsvilkårene, som bolig, arbeidsplass, økonomi og kulturell tilhørighet. Dette for at pasienten på sikt skal mestre den nye situasjonen der en bor og lever (Gammersvik, 2012, s. 105). De understreker også at sykepleierne må være til hjelp for at miljøet skal oppleves som trygt for pasientene (Benner og Wrubel, 2014, s. 422).

Andre viktige funn i studien til Barratt et al. (2011) viser at besøkende var det som pasientene satte mest pris på i isolasjon og hadde god innvirkning på psyken. Noen av pasientene ønsker ikke å ha så mye besøk, på grunn av at de ikke ønsker å vise seg i sin nye «tilstand» og situasjon (Stubberud, 2013, s. 104). I følge Vliet (2003) viser det seg at isolerte pasienter får mindre besøk enn ikke-smittede pasienter. Det oppleves positivt for mange av pasientene å ha besøk av noen som en har et godt forhold til (Stubberud, 2013, s. 104). Dette støttes også opp av Eriksen (2015, s. 893) som sier at de som opplever familie og venner som positivt støttende, opplever større grad av mening og innhold i livet sitt enn andre. Min erfaring er at sykehjemspasienter som er isolert har stor glede og nytte av besøkende. Jeg har også fått erfart flere ganger at noen av pasientene aldri fikk besøk når en var MRSA-positiv.

Studien til Peterson et al. (2016) viser at det var bedre å ikke benytte isolasjon på sykehjem fordi pasientenes sosiale liv og aktiviteter ble da ikke begrenset. Pasientene kunne da delta på felles måltider og andre felles aktiviteter som for eksempel bading, og de kunne bevege seg fritt. Dette støttes også opp av Østby (2014) som sier at isolasjon bør byttes ut med målrettede tiltak slik at det kan resultere i økt livskvalitet og helse for den enkelte. Helgesen (2016, s. 163) hevder at den fysiske utformingen av miljøet i institusjoner bør være slik at en har mulighet til å være alene, men også oppholde seg sammen med andre når en har behov for det.

I studiene til Robinson et al. (2013) kom det frem at det var svært positivt å ha besøksdyr på sykehjem. Det resultere i at både pasientene og pleiepersonellet fikk noe mer til felles å snakke om og engasjere seg i. Smebye og Helgesen (2011, s. 66) hevder at det å ha regelmessig besøk av dyr på sykehjem er med på å legge til rette for sosial kontakt. Dette støttes opp av Eriksen (2015, s. 890) som hevder at relasjoner til dyr er viktig i mange

menneskers liv.

6.0 Oppsummering

Hensikten med denne litteraturstudien var å besvare problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier ivareta sykehjemspasienter som er isolert på grunn av MRSA*»? Oppsummert etter å ha sett på de fire elementene i besvarelsen og ved bruk av Benner og Wrubels omsorgsfilosofi, får en frem at sykepleierne er en viktig og stor ressurs for å ivareta disse pasientene.

Sykepleiere med god kunnskap og kompetanse vet hva isolasjon psykisk kan gjøre med pasientene, og de var flinke til å vise empati, omsorg og gav god pleie til pasientene. Dersom sykepleiere kartlegger hvordan pasientene opplever og erfarer den nye situasjonen kan en ivareta pasientene bedre. Da med tanke på at en lettere kan finne ut hvilke behov, ønsker og framtidsutsikter den enkelte pasient har. Studiene viser at det bør forskes mer på når det gjelder dette med erfaringer og opplevelse gjort rundt isolasjon i fra pasientenes syn.

De fleste av pasientene i isolasjon ønsket å bli informert om sykdommen og forløpet videre. Informasjon som gis må være forståelig, tilstrekkelig og tilpasses etter pasientens forutsetninger. Sykepleiere som hadde god kunnskap og kompetanse, gav pasientene trygghet og en følelse av at de ble tatt vare på. Saklig, korrekt og god informasjon gitt av sykepleierne hadde en psykologisk god effekt på pasientene. Det resulterte i at pasientene ikke ble forvirret og/eller engstelige, og det var med på å redusere de negative tankene rundt det å måtte akseptere isolasjonen. Studier viser at det er et stort behov for utdanning og kunnskap hos sykepleierne når det gjelder MRSA.

Å legge til rette det fysiske miljøet i isolasjon er viktig og det kan være med på å bedre situasjonen til pasientene.

Det har også blitt gjort studier som hevder at pasientene blir bedre ivaretatt dersom isolasjon på sykehjem ikke benyttes. Jeg synes det kan være hensiktsmessig at sykehjemspasienter som er MRSA-positiv ikke isoleres dersom en har gode og forsterkede standardtiltak. Da kan sykehjemspasientene heller få velge fritt om de ønsker å oppholde seg på rommet eller i fellesmiljøet.

Litteraturliste

- Alsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik., & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (3. utg., s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, 63(2), 233-241. doi:10.1111/inr.12245
- Andersson, H., Lindholm, C. and Fossum, B. (2011), MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58: 47–53. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x
- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I-L., & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 61-104). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-19
- Benner, P., & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Blix, E. S., & Brevik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Bokmålsordboka. (2015). *Ivareta*. Hentet 27. februar 2018 fra <http://ordbok.uib.no/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I Grov, E. K. & Holter, I. M (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-905). Oslo: Cappelen damm.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 16. november). *Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens håndhygienedag. Årsrapport. Delrapport 7 av smittsomme sykdommer i Norge i 2016*. Hentet 4. januar 2018 fra <https://www.fhi.no/publ/2017/arsrapport-2016-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-an/>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 15. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 2. april 2018 fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013) *At göra systematisk litteratustudier: Vardering, analys och presentation av Omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik., & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (3. utg., s. 99-116). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg., s. 141-163). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli

- forstått. I Grov, E. K. & Holter, I. M (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 363-395). Oslo: Cappelen damm.
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 245-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleiere og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt. & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg. s. 17-31). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 2. april 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peterson, L. R., Boehm, S., Beaumont, J. L., Patel, P. A., Schora, D. M., Peterson, K. E., & ... Smith, B. A. (2016). Reduction of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization: A prospective randomized clinical trial. *American Journal Of Infection Control*, 44(12), 1622-1627. doi:10.1016/j.ajic.2016.04.251

- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Robinson, Macdonald, Kerse, & Broadbent. (2013). The Psychosocial Effects of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(9), 661-667.
- Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Sjöström, H. T., & 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), 813-820. doi:10.1111/scs.12309
- Smebye, K. L., & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 41-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Store Norske Leksikon. (2018, 20. februar). *Isolering*. Hentet 17. april 2018 fra <https://snl.no/isolering>
- Stubberud, D.-G. (2013). Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I Stubberud, D.-G (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 42-64). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I Stubberud, D.-G (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13-41). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I Stubberud, D.-G (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 66-112). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I. J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. *Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (3. utg., s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

Vliet, E. V. (2003). Erfaringer med luftsmitte-isolerte pasienter. *Sykepleien*, 91(14), 32-36.
doi:10.4220/sykepleiens.2003.0033

World Health Organization. (2013). *Infection prevention and control in health care*. Hentet 4. januar 2018 fra http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/en/

Østby, B. A. (2014). *Ikke nødvendig med isolasjon*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/02/ikke-nodvendig-med-isolasjon>

Vedlegg I

Eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Artikkel 4:
"Being Met as marked - patient's experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA)"

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>

Hvike opplevelser og erfaringer pasienter har av å være smittet og leve med MRSA.

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltakere ble valgt ut fra Sahlgrenska universitet sykehus sin database.</p> <p>Alder og kjønn på deltakere er beskrevet.</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Det ble brukt semistrukturerte dybdeintervjuer med åpne spørsmål for å få en dypere forståelse av pasientenes opplevelser og erfaringer. Intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig form.</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Fenomenologisk analyse ble brukt. Analysen ble gjennomført i tre ulike trinn: * Den naive forståelsen * strukturell analyse * omfattende forståelse</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Datainnsamlingen foregikk enten i hjemmet eller på infeksjonskontrollenheten. Forskeren har gjort rede for sitt teoretiske ståsted og har tatt med tidligere erfaringer i tolkningsprosessen.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det har blitt brukt andre studier med eksempler.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Deltakerne ble informert om studien via brev.</p>		

Denne studien er kommet til ved støtte (midler økonomisk) fra helsevesen/- styre i vestre götaland, i Sverige.

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Pasientene ble sett på som en "pest og plage" og fikk endret syn på kroppsbildet. opplevde Ignorering og mobbing fra pleiepersonell. Følte et stort ansvar for å beskytte andre mot smitte. Pleiepersonell med god kunnskap lindret sorgen og</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: kunnskap lindret sorgen og lideisene hos pasientene, slik at de kunne finne ro.</p>
	<p>Resultatene fra studiet er relevant for oppgaven fordi en får frem hvordan pasientene opplever å være smittet, samt at pleiepersonell som hadde god kunnskap og kompetanse rundt dette temaet, hadde en fordel i samhandlingen med disse pasientene.</p>