



«Av alt vi ikke tåler
er meningsløsheten det verste:
Om betydningen av informasjon for isolerte
pasienter med MRSA»

Kandidatnummer: 789
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9252
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: «Av alt vi ikke tåler er meningsløsheten det verste: Om betydningen av informasjon for isolerte pasienter med MRSA»»	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier, med fokus på informasjon, redusere de negative følgene hos isolerte pasienter med MRSA?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien omfatter forskning på isolerte og MRSA-smittede pasienter. De negative følgene av å leve under smitteregime, er vektlagt. Anvendt teoretiker er Aaron Antonovsky og hans teori om «Opplevelse av Sammenheng» (OAS). Sykepleierens juridiske og yrkesetiske ansvar, samt sykepleierens funksjons- og ansvarsområde, er inkludert. Oppgavens målgruppe beskrives med teori som omhandler pasientopplevelsen og følgene av å være under smitteregime på somatisk avdeling, grunnet MRSA.</p> <p><u>Metode</u> Det er anvendt litterær metode i denne besvarelsen. Pensum-, faglitteratur, fag-, forskningsartikler og teoretisk perspektiv er benyttet for å besvare oppgaven. Det er brukt eksempler fra klinisk praksis for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftedelen er inndelt kapittelvis, i hjørnesteinene i Antonovsky's teori: Begripelig, Håndterbar og Meningsfull. Problemstillingen drøftes ut ifra OAS og tar for seg hvordan sykepleieren kan bidra til reduksjon av negative følger hos MRSA-smittede, isolerte pasienter. Betydningen av tilstrekkelig, for mye eller for lite informasjon og sykepleierens rolle i et smitteregime belyses. Relevant og anerkjent forskningslitteratur brukes i begrunnelsene.</p> <p><u>Konklusjon</u> Tilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon til pasienten er faktorer som er med på å hindre og redusere negative følelser og opplevelser av isolasjon. Å øke pasientens kunnskapsnivå og opplevelse av kontroll, kan bidra til helsefremming. Sykepleier kan med tilpasset og tilstrekkelig informasjon bidra til å redusere stigmatisering, avmakt, stress, engstelse, sinne, ensomhet, kjedsomhet og depresjon.</p>	

(Totalt antall ord: 255)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Avgrensning.....	2
1.3	Kontekst.....	3
1.4	Begrepsavklaring	3
1.5	Oppgavens oppbygning	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	MRSA.....	5
2.2	Isolasjon på somatisk avdeling.....	6
2.3	Negative følger av isolasjon	6
2.4	Informasjon	7
2.4.1	Tilstrekkelig informasjon.....	7
2.5	Opplevelsen av sammenheng.....	8
2.6	Sykepleiefaglige rammer	9
2.6.1	Sykepleiers juridiske ansvar.....	10
2.6.2	Sykepleiers yrkesetiske ansvar.....	10
2.6.3	Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde	11
3	Metode	12
3.1	Litteraturstudie	12
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	12
3.3	Kildekritikk	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	15
5	Drøfting	16
5.1	Begripelig.....	16
5.2	Håndterbar	20
5.3	Meningsfull	22
6	Oppsummering/Avslutning	27
	Litteraturliste	28

1 Innledning

Denne oppgaven omhandler et problem som er økende og utgjør en av de største helsetruslene på verdensbasis; antibiotikaresistens. Denne trusselen kan ramme alle, uavhengig av alder og bostedsland. Et økende antall infeksjoner er blitt vanskeligere å behandle med antibiotika og dette har blant annet ledet til lengre sykehusinnleggelser, høyere medisinske utgifter, økt sykkelighet og i ytterste konsekvens økt dødelighet (World Health Organisation, 2017).

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) gir sjelden sykdom hos friske personer, men er den bakterien som oftest påvises ved infeksjoner i helseinstitusjoner. Det anslås at mellom 20 og 40% av befolkningen kan være bærere av *Staphylococcus Aureus* (Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), 2009, forord). Ved norske sykehus screenes skal alle pasienter som skal innlegges eller behandles, for MRSA. Dersom pasienten har indikasjon på smitte av MRSA, iverksettes smitteregime og isolasjon er et anbefalt tiltak (FHI, 2009, s.20). Isolering er effektivt for å hindre videre smittespredning, men kan være en psykisk påkjenning for pasienten. Smitte kan føre til stigmatisering, redsel og usikkerhet både hos pasienten selv og hos pårørende. For å redusere de negative påkjenningene av isolasjon, i første omgang ensomhet, kjedsomhet og depresjon, er det viktig å gi tilstrekkelig informasjon om isolasjon og nødvendige prosedyrer (Barratt, Shaban & Moyle, 2011, s. 180). Dessuten har demokratisering av helsetjenesten gjort at pasienten nå er en mer aktiv deltaker i beslutninger som gjelder egen helse. Mulighet for aktiv deltakelse forutsetter pasientkunnskap om egen helsetilstand og rettigheter. Dette stiller nye krav til sykepleiere for å møte pasientenes individuelle behov for informasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.18). Å hjelpe pasienten til å løse eller forholde seg bedre til helseproblemer er en av sykepleierens viktigste oppgaver (Eide & Eide, 2007, s. 42).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

MRSA-problematikken har fulgt meg som en rød tråd gjennom hele sykepleierstudiet og har vært et tema i alle mine praksisperioder. MRSA er til stede på veldig mange, ulike arenaer der sykepleieren arbeider. Infeksjonssykdommer kan oppstå i alle organsystemer og det er derfor sannsynlig at de fleste sykepleiere vil møte infeksjonsrammede pasienter (Børøsund & Melbye, 2013, s. 779). Pasienter som av ulik årsak er isolert har også vært et gjentakende, opplevd tema gjennom sykepleierutdanningen. Jeg opplevde i større og mindre grad negative følger hos alle de isolerte, uavhengig av bakgrunn for isoleringen. I møte med pasienter og

pårørende har jeg observert situasjoner der informasjon er utilstrekkelig, utilgjengelig og ikke oppfattes av pasienten. Erfaringer fra praksis i sykepleierutdanningen og tidligere arbeid som helsesekretær og apotektekniker, har gjort at jeg har blitt opptatt av hva vi, som helsepersonell, informerer og om hvordan vi informerer.

Hensikten med denne oppgaven vil være å undersøke om sykepleieren kan redusere de negative følgene av isolering, ved å informere isolerte pasienter med MRSA. Målet med informasjonen er forankret i Aaron Antonovskys teori om *opplevelsen av sammenheng* (OAS). Med utgangspunkt i dette har jeg valgt problemstillingen:

- *Hvordan kan sykepleier, med fokus på informasjon, redusere de negative følgene av isolering hos pasienter med MRSA?*

1.2 Avgrensning

Fokuset i oppgaven er ivaretagelse av isolerte pasienter, innlagt på sykehus ved somatisk avdeling. Pasientene er friske bærere, eller mistenkt bærere av MRSA. MRSA-positive som er syke av bakterien, ekskluderes. Årsaken til innleggelse er altså ikke MRSA i seg selv og det forekommer ikke infeksjon. Denne avgrensningen er gjort for å tilspisse pasientgruppen og informasjonen. Pasienten er screenet for MRSA og i henhold til anbefalingene fra Norsk Folkehelseinstitutt (FHI) (2009, s.16), isoleres pasienten fordi vedkommende er, eller antas å være, bærer av MRSA. Isoleringen av pasienten vil være til det fremlegges tre negative kontrollprøver, eller ut sykehusoppholdet. Pasientene isoleres til tross for at de ikke er syke av MRSA, i henholdt til Smittevern-veilederen. Isoleringen utføres for å hindre at MRSA skal etablere seg som en del av bakteriefloraen ved norske sykehus, i den hensikt å skåne alle med nedsatt immunforsvar (FHI, 2009, s.9). Oppgaven avgrenses også til pasienter som er samtykkekompetente og følger lovens anbefaling om å la seg isolere. Dette gjøres for å utelukke tilfeller der bruk av tvang er nødvendig. Oppgaven tar utgangspunkt i at sykehuset følger MRSA-veilederens anbefalinger og tar ikke høyde for eventuelle lokale tilpasninger institusjoner måtte ha.

Etter å ha gjennomført søk for å finne forskning tilknyttet tema for oppgaven, finner jeg fellesnevneren «behovet for informasjon». Jeg har derfor valgt å fokusere hovedsakelig på informasjon som hovedtiltak. Pasientgruppen består av voksne (18 til 75 år) - og myndige pasienter og ekskluderer pediatri- og geriatri-pasienter. Denne begrensningen er gjort fordi

barn og eldre kan ha behov for annen type og spesielt tilrettelagt informasjon (Eide & Eide, 2007, s.357-377 og 381-391). Jeg har valgt å anvende Aaron Antonovskys teori om *Opplevelse av sammenheng* og hans syn på helse i besvarelsen. Denne teorien har jeg valgt fordi jeg mener den kan belyse de negative følgene av isolasjon på en interessant måte. Antonovsky skriver dessuten at han har hatt sykepleieren i tankene da han arbeidet med boken jeg har anvendt, «Helsens Mysterium» (2013, s.18).

1.3 Kontekst

Somatisk avdeling tar imot pasienter med «kroppslige» sykdommer, i motsetning til psykiatriske avdelinger. Sykepleierens rolle i somatisk avdeling er stor og varierende, men arbeidsoppgavene preges av at sykepleieren skal vurdere, planlegge og utøve sykepleie for syke mennesker. Pasientene ved somatisk avdeling er innlagt for diagnostisering, utredning, behandling eller for andre polikliniske tjenester (Kristoffersen, 2016, s. 216-218). Fokuset i oppgaven er derimot ikke på hvorfor pasienten er innlagt, men på at pasienten er isolert med anbefalt MRSA smitteregime.

1.4 Begrepsavklaring

MRSA-positive personer er både friske bærere av MRSA og syke med MRSA. I denne oppgaven fokuseres det på friske bærere.

Opplevelse av sammenheng (OAS) er oversatt fra det engelske begrepet; Sense of coherence (SOC).

Helsefremming: tiltak som sikter på bedre livskvalitet, trivsel og mulighet for å mestre utfordringer og belastninger man utsettes for. Samt redusere sannsynlighet for utvikling av sykdom.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie skrevet i samsvar med Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for bacheloroppgaveskriving. Jeg har i hovedtrekk anvendt forskningslitteratur og ellers pensum- og faglitteratur og egne erfaringer fra klinisk praksis, for å belyse og besvare problemstillingen. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleier kan bidra for å redusere negative påkjenninger hos pasienten som følge av

isolasjon, med fokus på å informere. Kapittel 2 omhandler oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag. Her presenterer jeg temaer med relevans til problemstillingen; MRSA, Isolasjon på somatisk avdeling, Negative følger av isolasjon, Informasjon, Opplevelse av sammenheng, med valgt teoretiker Aaron Antonovsky og til slutt presenteres de sykepleiefaglige rammene, inkludert lovverk, yrkesetikk og funksjons- og ansvarsområde. Metode for oppgaven presenteres i kapittel 3 og her fremkommer dert hvordan jeg har jobbet for å finne relevant litteratur og til slutt en kritisk gjennomgang av kilder. Kapittel 5 er oppgavens drøftingsdel der problemstillingen drøftes opp mot relevant forskning om temaene MRSA, Negative følger av isolasjon, informasjon til pasienten og Opplevelse av sammenheng. Funnene fra drøftedelen blir oppsummert i kapittel 6 – Avslutningen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt folkehelseinstitutt har kommet med konkrete anbefalinger om hvordan sykepleier kan hindre videre smitte av MRSA, derunder isolasjon (2009, s.20). Det er flere studier som viser at tiltak som å isolere pasienter kan ha en negativ psykisk innvirkning og det er forskning som viser at tilstrekkelig informasjon rundt situasjonen, har en positiv innvirkning på pasienten. (Barratt et al., 2011 og Jones, 2010).

Det er utført en hel rekke studier om pasientens opplevelse av isolasjon. Det er gjort mange og omfattende undersøkelser av pasientens opplevelser av isolasjon og det å være smittebærer. I denne delen presenteres kapitlene; MRSA, isolasjon på somatisk avdeling, negative følger av isolasjon, informasjon, tilstrekkelig informasjon, opplevelsen av sammenheng og sykepleiefaglige rammer.

2.1 MRSA

Gule stafylokokker, er vanlig å finne hos mennesker, på huden eller nesen. Hele 20-40 % av befolkningen antas å være bærere. MRSA (Meticillinresistente Staphylococcus aureus) er gule stafylokokker som er resistente mot de fleste typer antibiotika. Resistens vanskeliggjør behandling der infeksjonen er forårsaket av MRSA. Hos friske, voksne bærere vil MRSA vanligvis ikke føre til sykdom. En infeksjon forårsaket av MRSA er imidlertid forbundet med økt sykkelighet og dødelighet (Norsk Folkehelseinstitutt, 2009, forord). Multiresistente bakterier og sykehusinfeksjoner er et alvorlig og økende samfunnsproblem, nasjonalt og internasjonalt, og en trussel mot folkehelsen (Grundmann, Aire-de-Sosa, Boyce & Tiemersma, 2006, s. 875). Tall fra MSIS (meldingssystem for smittsomme sykdommer) viste i år 2000, at det var 63 rapporterte tilfeller av MRSA-infeksjon og -bærertilstand i Norge, mens det i 2015 var 2234 tilfeller (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2018). Økningen av antall tilfeller har økt behovet for konkrete råd i håndteringen av MRSA. Derfor ble MRSA-veilederen utbedret i 2009 og omfatter spesifikke tiltak for å forebygge smittespredning i institusjoner. Veilederen er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, men er å anse som faglige råd og anbefalinger. Enkelte tiltak i veilederen er også hjemlet i lovverket (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009, s.7).

2.2 Isolasjon på somatisk avdeling

MRSA eller mistanke om MRSA fører til en rekke tiltak dersom man skal innlegges ved somatisk avdeling på sykehus. Ved innleggelse skal det foretas MRSA-screening av pasienter som har vært i risikosituasjoner for smitte.

Det tas test av blant annet alle som i løpet av de siste 12 måneder har:

- fått påvist MRSA og ikke har hatt tre negative kontrollprøver.
- bodd i samme husstand, eller hatt nærkontakt med MRSA-positive.
- vært innlagt-, fått omfattende behandling/undersøkelse-, arbeidet som helsearbeider-, eller oppholdt seg med enn 6 uker sammenhengende- i land utenfor Norden.

Dersom det påvises eller er mistanke om MRSA-positiv pasient anbefales det at pasienten isoleres, for å minimere faren for sykehusinfeksjoner, såkalt nosokomial smittespredning.

Isoleringen skal gjennomføres ved å følge institusjonenes rutiner for isolering.

Kontaktsmitteisolering på enerom og bruk av kirurgisk munnbind er anbefalt regime.

Kontaktsmitteregime omfatter at sykepleier skal anvende hansker, smittefrakk og munnbind ved direktekontakt. Dersom det er fare for sprut av kroppsvæsker, anvendes også vernebriller.

Helsepersonell som besøker pasientrommet, anbefales å bruke beskyttelsesutstyr. Dette gjelder også besøkende som er helsepersonell eller har sår, defekt hud eller fremmedlegemer som bryter hud- og slimhinnebarrieren. Andre besøkene behøver ikke å bruke beskyttelsesutstyr, men skal utføre håndhygiene før de forlater pasientrommet (FHI, 2009, s.16-26).

2.3 Negative følger av isolasjon

Isolering over tid har en negativ innvirkning på pasientens psyke (Børøsund & Melbye, 2013, s. 787). Når man blir pasient og hjelpetrequende, kan det gi følelse av usikkerhet og sårbarhet hos vedkommende (Bastøe, 2013, s.93). Når en pasienten blir isolert, kan det oppleves skremmende og medføre en enda større form for sårbarhet. Å bli isolert kan oppleves som tap av kontroll og frarøvelse av autonomi (Barratt, 2011, s. 185). Helsepersonell utfører i gjennomsnitt kortere og færre besøk til smitteisolerte pasienter og pårørende tenderer til å besøke mer sjelden. Å være smittsom kan medføre frykt og skape stigmatisering hos pårørende, grunnet redsel for å selv bli smittet (Børøsund & Melbye, 2013, s. 788-789).

Isolasjonen kan derfor begrense mulighetene for sosialkontakt, både fra pårørende og helsepersonell. Redusert sosial kontakt og sensorisk stimuli, over tid, kan føre til stress angst

og depresjoner. Reduksjon av sosial kontakt kan medføre ensomhet og kjedsomhet. Sinne og aggresjon er også følelser som kan oppstå, som følgene av å bli isolert (Barratt et al., 2011, s.182).

Kontaktsmitteisolering kan oppfattes som skremmende og upersonlig da helsepersonell må ta i bruk smittevernsutstyr som frakk, munnbind og hansker når de skal oppholde seg på rommet til den smitteisolerte. Dette kan skap avstand mellom pasient og pleier. Hos langtidsisolerte rapporteres det om forstyrrelser i døgnrytme og vanskeligheter i balansen mellom aktivitet, søvn og hvile. De negative følelsene av isolasjon forsterkes ved blant annet begrenset tilgang til informasjon, pårørende, personell, telefon, TV, internett, bøker og aviser (Børø Sund & Melbye, 2013 s.786-790). Flere isolerte MRSA-pasienter har beskrevet isolasjon som et meningsløst fengsel (Barratt et al., 2011, s.189). Fordi MRSA er usynlig og bærere av bakterien som regel er friske, kan isolasjonen kjennes ekstra meningsløs.

2.4 Informasjon

Informasjon er å opplyse og formidle beskrivende forklaringer via kommunikasjon. Informeringen kan omfatte detaljert informasjon om hva som venter pasienten ved sykehusinnleggelse og isolering, med tanke på rutiner, undersøkelser og prosedyrer (Brataas & Hellesø, 2011, s. 108). Økt kontroll over og forståelse av egen helse, kan bidra til helsefremming hos pasienten. Sykepleier kan bidra til forståelse ved å gi informasjon som styrker pasientens ferdighet og kompetanse (Kristoffersen, 2016, s.369). Målet med informasjon er å gi pasienten kunnskap om og forståelse av årsak til isolering, da dette kan forebygge de negative opplevelsene av isoleringen (Barratt et al., 2011, s.182).

2.4.1 Tilstrekkelig informasjon

Pasienter opplever ofte at de får for lite informasjon. For lite informasjon om diagnose og behandling er den type informasjonssvikt som fører mest frykt og usikkerhet hos pasienten (Brataas, 2011, s. 108). Dersom pasienten ikke informeres tilstrekkelig om helsetilstand, prosedyrer og rutiner, er pasienten også mer misfornøyd. Som den største yrkesgruppen i helse- og omsorgstjenesten tilbringer sykepleieren mer tid sammen med pasienten enn de andre profesjonsgruppene (Graverholt, Jamtvedt & Nortvedt, 2015, s.183). Dette gir en unik mulighet til å informere og plikt til å bidra til at pasienter får korrekt og tilstrekkelig informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Det er sykepleiers oppgave å berolige pasienten. Konkret og detaljert informasjon om hva som skal skje, årsak til isolasjon,

smitteregime, prosedyrer, daglige rutiner, antatt varighet og behandling bidrar til forutsigbarhet i situasjonen og kan dempe engstelse. Dette kan gjøre isolasjon mer overkommelig for pasienten og bidra til økt opplevelse av mestring og kontroll. (Børøsund & Melbye, 2013, s.789 og Reime, 2013 s. 308). En frisk bærer, med frisk familie som ikke opplevde noen begrensninger før sykehusinnleggelsen, kan oppleve at isoleringen kun er en negativ begrensning. Men det er viktig at MRSA ikke får etablere seg som en del av bakteriefloraen på norske sykehus (FHI, 2009, s.9), da dette kan ha en svært alvorlig konsekvens for de svakeste av oss og dette bør pasienten få informasjon om. Tilstrekkelig med informasjon legger grunnlaget for medvirkning og informert samtykke (Brataas, 2011, s. 43). Det er fordelaktig at sykepleier er til stede også når pasienten blir informert av lege. Da kan sykepleier i ettertid følge ved å supplere informasjonen og kontrollere at informasjonen som er gitt er forstått (Schjølberg, 2013, s.114).

2.5 Opplevelsen av sammenheng

Det er mange ulike syn og definisjoner på *helse*. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Aaron Antonovskys syn på helse; salutogenese. Ordet er sammensatt av *saluto*, som betyr helse, og *genesis* som betyr opprinnelse (Store Medisinske Leksikon, 2018). I stedet for å fokusere på hva som forebygger sykdom, så vektlegger han i sin teori hvilke faktorer som virker helsefremmende. Han mener at en sterk *opplevelse av sammenheng* (OAS), fremmer menneskets helse og reduserer risiko for sykdom. Evnen til OAS består av tendensen til å oppleve situasjoner som begripelige, håndterbare og meningsfulle (Antonovsky, 2013, s. 39).

For å måle OAS utviklet Antonovsky et spørreskjema med 29 spørsmål. 11 av spørsmålene måler begripelighet, 10 spørsmål måler håndterbarhet og 8 spørsmål måler meningsfullhet. Hvert spørsmål har syv svaralternativer, der 1 og 7 utgjør ytterpunktene. Spørreskjemaet kan gi en score mellom 29 og 203 poeng (Antonovsky, 2013, s, 194-199). Spørreundersøkelsen er oversatt og brukt i minst 48 forskjellige land, og videreutviklet for å passe inn i på ulike arenaer- i helsetjenesten, familien og andre arbeidsplasser. Resultatet av spørreundersøkelsen skal gi en pekepinn på eventuelle utfordringer vedkommende har, ut fra på hvilke faktorer vedkommende scorer lavt (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström & Epnes, 2017, s.-kap 12). Fordi Antonovsky så på helse som et kontinuum, er ytterpunktene i skalaen beskrevet som *helse* og *uhelse*. Hans salutogene tilnærming vil si at fokuset skal være på prosesser som fremmer helse (Antonovsky, 2013, s. 35).

Med *begripelighet* menes at man opplever situasjoner og hendelser som forståelige sammenhengende, strukturerte og klare. Det motsatte er opplevelse av kaos, støy, at hendelser er uforståelige og tilfeldige. Personer som scorer høyt på opplevelse av begripelighet forventer at situasjoner i fremtiden er forutsigbare og at dersom hendelser oppstår overraskende kan de allikevel forklares og settes i sammenheng.

Antonovsky mener at dersom personen opplever å ha tilstrekkelig med tilgjengelige, anvendbare ressurser for å mestre og takle utfordringen som oppstår- opplever man situasjonen som *håndterbar*. Ressurser kan man både ha direkte kontroll over selv, eller det kan være i form av andre; familie, venner, kolleger, Gud, lege, helsepersonell- noen man har tillit til og stoler på. Opplevelse av at situasjonen er håndterbar gjør at man takler stressende og krevende situasjoner, relatert til eksempelvis sorg. For å løse problemer som utløser stress, kreves også motivasjon og vilje.

Antonovsky omtaler den siste faktoren, *meningsfullhet*, som den viktigste. Meningsfullhet kan forstås som hvor forståelig livet er, basert på følelser og motivasjon. Personer som har en sterk OAS, tenderer til å ofte snakke om ting som betyr noe for dem og noe de selv opplever å være en del av (Antonovsky, 2013, s.25-50). Innholdet i det som gir mening er ikke av betydning, men at man finner mening i å leve livet på en slik måte man gjør (Eriksson & Lindström, 2006, s. 378). I hans teori fremkommer det at sykepleieren spiller en viktig rolle i å medvirke slik at pasientens møte med helsetjenesten gir mest mulig mening, er forutsigbar og håndterlig.

2.6 Sykepleiefaglige rammer

Utøvelsen av praktisk sykepleie påvirkes av sykepleiefaglige rammer. Det betyr at faglig, etisk og juridisk sykepleie skal skje i tråd med lovverket og yrkesetiske retningslinjer. Dette kommer frem i *Helsepersonelloven* (1999) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norges sykepleierforbund (NSF), 2011). I dette kapittelet beskrives sykepleiers juridiske ansvar, -yrkesetiske ansvar og -ansvars- og funksjonsområder, sett opp mot temaene; MRSA, isolasjon, negative følger og informasjon.

2.6.1 Sykepleiers juridiske ansvar

Helselovgivningen gir sykepleieren plikter i faglig arbeid og pasienter gis rettigheter (Molven, 2016, s. 18). Ved sykdom og behandling er behovet for informasjon ofte stort, spesielt for pasienter i sykehus (Molven, 2016, s.162). Pasienten har rett til informasjon om risikoer og bivirkninger og tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet for å kunne ivareta rettigheter og medvirke i behandlingen. Pasienten har derimot ikke plikt til å medvirke og kan uttrykke ønske om å ikke ville motta informasjon. Uttrykt ønske om å ikke motta informasjon skal respekteres, dersom det ikke anses nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen. Retten til ikke å motta informasjon gjelder derfor ikke når pasienten har fått påvist MRSA og må få kunnskap om hvordan å begrense videre smitte (Smittevernloven, 1994, §2-1.). Som regel er det i alles interesse at pårørende skal engasjeres i helsehjelpen (Molven, 2016, s. 164) og pårørende har rett til informasjon ved samtykke fra pasient, eller dersom forholdene tilsier dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, 3-2, 3-3). Dersom en pasient er innlagt på en somatisk avdeling på sykehus og ønsker besøk av pårørende, må pårørende informeres om anbefalte smittevernstiltak i kontakt med pasienten. I dette tilfellet vil informasjonen eksempelvis omfatte håndvask før pårørende forlater pasientrom (MRSA-veilederen, 2009, s. 30). Helsepersonell er forpliktet jf. Helsepersonelloven § 10, til å gi informasjon om helsehjelp til pasient og pårørende. Informasjonen som blir gitt skal gi pasienten et helhetlig bilde på helsetilstand og behandlingsopplegg, jf. § 3-2 til 3-4. (Helsepersonelloven, 1999, §10). Det er også lovhjemlet at den som yter helsehjelpen skal gi informasjon og at informasjonen skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger. Det skal sikres at mottaker av informasjon har forstått innholdet og betydningen (Helsepersonelloven § 10., 1999 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5.).

2.6.2 Sykepleiers yrkesetiske ansvar

Sykepleieren har, i tillegg til faglig ansvar, et etisk ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (NSF, 2011, s. 7). Yrkesetikk er en del av sykepleierens profesjonelle verktøy (Molven, 2016, s. 69). At sykepleien skal anvende forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukermedvirkning i utøvelsen av sykepleie, kommer frem i første punkt i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011, s.7). Retningslinjene omfatter også at sykepleier skal «gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre om at informasjonen er forstått». Informasjonen gis for å fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser og ha tilstrekkelig med kunnskap for å kunne gi informert samtykke (NSF, 2011, s.28).

Sykepleierutøvelsen skal virke helsefremmende og sykdomsforebyggende, gi håp og mestring i tillegg til å ivareta behovet for helhetlig omsorg hos den enkelte pasienten (NSF, 2011, s. 8).

2.6.3 Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde

Sykepleierutøvelsen er inndelt i funksjons- og ansvarsområder. Med utgangspunkt i rammeplanen (Regjeringen, 2008) kan vi finne funksjonsområder rettet mot pasient og pårørende: Helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17.) *Helsefremming* handler om å fremme helse og velvære gjennom å styrke faktorer og forhold som bidrar til dette (Kristoffersen et al., 2016, s. 52). *Forebygging* er rettet mot de som er friske, spesielt utsatte for helsesvikt og mennesker som står i fare for komplikasjoner ved sykdom. *Behandling* er å utøve handlinger som fjerner eller reduserer pasientens plager. Dersom pasientens plager eller sykdom ikke kan behandles, vil målet være å *lindre* ved å begrense plagene. Pasienter som har vedvarende helse- eller funksjonssvikt kan ha behov for *rehabilitering* for å motiveres eller å nå konkrete mål. En viktig funksjon for å gi pasienter opplæring og hjelp til mestring, er *undervisning og veiledning*. Pårørende berøres også ofte av denne sykepleierfunksjonen. Hvilke sykepleierfunksjoner som er mest aktuelle, avhenger av tid, sted og situasjon. I somatisk sykehusavdeling vil *helsefremming, undervisning og veiledning* være sentrale funksjoner, herunder informasjon til pasient og pårørende (Kristoffersen et al., 2016, s.27). Ifølge NSF's etiske regler har sykepleiere følgende ansvarsområder: å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (NSF, 2011, s. 24). Sett i forbindelse med temaene *isolert pasient med MRSA* og *informasjon fra sykepleier*, vil fokuset være på ansvarsområdene «å fremme helse» og «undervise og veilede».

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er bygget opp som en litterær oppgave, etter rammer satt av Lovisenberg Diakonale Høgskole. Litteraturstudier skal være basert på skriftlige kilder, eksisterende teorier og være med på å besvare og belyse problemstillingen; *Hvordan kan sykepleier, med fokus på informasjon, redusere de negative følgene hos isolerte pasienter med MRSA?*

3.1 Litteraturstudie

Grunnlaget for bacheloroppgavens innhold er hentet fra relevant pensumlitteratur gjennom studieforløpet. Store deler av oppgaven er også hentet fra tidsskrifter med fag- og forskningsartikler fra anerkjente søkedatabaser og utvalgt litteratur fra offentlige bibliotek. I drøftedelen har jeg valgt å ta med noen eksempler fra egen klinisk praksis, for å belyse problemstillingen.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Jeg har gjort søk på fag- og forskningsartikler i databasen Cinahl. Jeg gjorde først søk med ordene «nursing», «MRSA» og «isolation» og funksjonen «search with And» og fikk 34 resultater. Jeg spisset søket ved å bruke søkeordene: «MRSA», «patient isolation» og «psychological effects», og funksjonen «Search with And». Det gav ett resultat og det var derfor ikke behov for videre avgrensing. Dette resultatet var *Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice* (Barratt et al., 2011), og artikkelen er anvendt gjennomgående i oppgaven.

Jeg har foretatt enkeltsøk via Google Scholar og Sykeleien.no. Via Google Scholar brukte jeg søkeordene «Antonovsky», «sense of coherence» og «health», med avgrensning til tidsperioden 2005-2018. Det ble mange tusen treff på søket, men artikkelen *Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review* ble rangert som artikkel nummer én med funksjonen «sorter etter relevans». Og med en rask gjennomgang av abstraktet, kunne jeg se at artikkelen inkluderte 458 vitenskapelige artikler og 13 doktoravhandlinger. *How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients* (Jones, 2009), fant jeg også via Google Scholar som henviste til den anerkjente nettsiden NursingTimes.net.

Via Sykepleien.no søkte jeg helt enkelt med ordet «informasjon», avgrenset til fag- og forskningsartikler og gjorde et manuelt søk til jeg fant artikkelen «For mye informasjon» (Eithun et al.,2009).

3.3 Kildekritikk

Jeg har tilstrebet å anvende siste utgave av pensum- og litteraturbøker for å sikre mest mulig ny og oppdatert litteratur. Der det er vurdert overførbart og har relevans til dagens utøvelse av sykepleie, har jeg også tatt i bruk eldre litteratur og artikler. Eksempelvis jeg tatt i bruk Antonovskys modell om salutogenese og teorien om Opplevelse av sammenheng, fra 70-tallet.

En kritikk til valg av teori er at *Opplevelse av sammenheng* (OAS) tar tid å utvikle og utvikler seg gjennom et liv (Antonovsky, 2013, s.103). Det er ikke nødvendigvis mulig å påvirke til OAS i løpet av et relativt kort sykehusopphold, da faktorer fra hele livet spiller en rolle. Dessuten sier Antonovsky at han tror at en persons OAS, mer eller mindre, er befestet fra man er omtrent 30 år. Så mulighetene for å påvirke en godt voksen pasient til OAS, anses kanskje for å være små (Antonovsky, 2013, s.126). Men kanskje kan sykepleier påvirke pasientens opplevelse av at situasjonen er *mer* begripelig, *mer* håndterbar og/eller *mer* meningsfull. For å måle OAS utviklet Antonovsky et spørreskjema. Et slikt spørreskjema ville så klart ikke blitt delt ut på en vanlig, somatisk avdeling. Å måle OAS vil derfor være vanskelig for sykepleier og ofte ikke relevant. Men observasjoner av pasienten og dens uttalelser, kan allikevel gi en pekepinn på OAS, om man har kjennskap til Antonovsky's teori.

Jeg har anvendt artikler som er publisert i anerkjente tidsskrifter for sykepleiere, som *American Journal of Infection Control* og *Nursing Times*. Jeg har i all hovedsak tilstrebet å bruke primærkilder, men har også tatt et aktivt valg om å referere til oversiktsstudier, som er oppsummeringer av flere artikler fra andre forfattere. De aller fleste forskningsartiklene jeg har anvendt er skrevet på engelsk og mine oversettelser og tolkninger kan være påvirket av norsk språkforståelse.

Ved å velge fag- og forskningsartikler som er oversiktsstudier, inkluderes mange studier i oppgaven. Hovedartikkelen av Barratt, Shaban & Moyle (2011) er basert på 21 studier fra to tiår og artikkelen av Eriksson & Lindström (2006) inkluderer hele 458 vitenskapelige

publikasjoner og 13 doktorgradsavhandlinger, fra et tidsspenn på 25 år. Noen av forskningsartiklene jeg har tatt med i studien har tatt utgangspunkt i isolerte pasienter med spesifikke sykdommer og traumer. Det kan derfor ikke utelukkes at rapporterte negative effekter kan skyldes noe mer enn MRSA-smitte og isolering. Eksempler på dette er artikklene *“How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients”* & *“Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice”* (Jones, 2009 & Barratt et al., 2011). I disse artiklene stammer noen av de rapporterte negative effektene, fra pasienter med eksempelvis ryggmargsskade, i tillegg til MRSA.

Jeg påpeker i innledningen at det har vært en drastisk økning av antall tilfeller med MRSA i Norge fra år 2000 og frem til 2015. Dette kan skyldes tidligere underrapportering. Det er ikke usannsynlig at det har vært underrapportering av MRSA-tilfellene frem til MRSA-veilederen kom først i 2004 og deretter i revidert utgave i 2009. Heller ikke MRSA-bærertilstand ble begynt rapportert før i 2004, da den første utgaven av MRSA-veilederen ble utgitt.

Noen av studiene brukt i Barratt, Shaban & Moyle's oppsummeringsartikkel (2011), for eksempel Gammond (1998), er utført for 20 år siden. Helseutøvelsen er i dag mindre preget av hierarki og mer preget av demokratisering enn for 20 år siden. Demokratiseringen innebærer et mye større fokus på brukermedvirkning, som igjen krever at pasienten må få mer informasjon. Gammond sammenliknet blant annet forekomst av stress hos innlagte pasienter og i og utenfor isolasjon. I studien kom det frem at isolerte pasienter hadde høyere forekomst av stress, angst, depresjon, lav selvtillit og lavere opplevelse av selvkontroll. Endringen i helsetjenesten med fokus på økt brukermedvirkning, kan tenkes å ha bidratt en viss reduksjon i negative følger av isolasjon. Selv om det er overveiende flest pasienter som opplever negative følger av isolasjon, er det også rapportert at noen pasienter opplever isolasjonen som rolig, privat og behagelig, fordi man får enerom (Barratt et al., 2011). Denne lille gruppen har jeg ikke fokusert på i drøftingen.

I drøftingen har jeg tatt i bruk en del egne, kliniske erfaringer for å eksemplifisere deler av anvendt teori. I disse eksemplene er anonymitet i varetatt og jeg har sørget for at på pasientene er omtalt med verdighet og respekt.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Barratt, R. L., Shaban, R. & Moyle, W. (2011).	Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice.	Contemporary Nurse	Utforske pasienters erfaringer med å leve under isolasjon som følge av MRSA i somatiske sykehus.	Oversiktsstudie. Tar for seg 21 vitenskapelige artikler som omhandler «effekten av smitteisolasjon» publisert mellom 1990 og 2010.	Å informerer pasienten tilstrekkelig om isolasjon og prosedyrer er nødvendig for å ivareta pasientens psykiske helse. For å redusere negative effekter av isolasjonen kan man tilby hyppig personell-pasient kontakt og fokusere på empowermen.
2	Jones, D. (2010)	How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients	Nursing Times	Finne ut hvordan å redusere de negative psykologiske følgene av isolasjon.	Oversiktsstudie. Inkluderer 23 fag- og forskningsartikler med fokus på å utforske effektene av isolasjon.	Isolering kan ha en negativ effekt på psyken. Pasienten må gis empowerment for å oppleve følelsen av kontroll.
3	Eriksson, M. og Lindström, B. (2006)	Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review	Journal of Epidemiology & Community Health	Undersøke om Sense of coherence (SOC) påvirker helsen.	Oversiktsstudie. Inkluderer 458 vitenskapelige artikler og 13 doktorgradsavhandlinger.	Opplevd god helse ser ut til å ha en sterk sammenheng med SOC, spesielt mental helse.
4	Chittick, P., Koppisetty, S., Lombardo, L., Vadhavana, A., Solanki, A., Cumming, K., Agboto, V., Karl, C. & Band, J. (2016).	Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation.	American Journal of Infection Control	Vurdere pasient og pårørendes opplevelse og tilfredshet ved bruk av kontaktsmitte-Isolasjon.	Kohortstudie av mer enn 500 isolerte pasienter	Et flertall rapporterte at de hadde fått tilfredstillende informasjon om isoleringsvedtaket. Pasientene og pårørende følte seg trygge og ivaretatt.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte hvordan sykepleieren kan redusere de negative følgene av isolasjon, hos pasienter med MRSA, med fokus på informasjon.

Grunnet valget jeg har tatt ved å anvende Antonovskys syn på helse og hans teori om *Opplevelse av sammenheng*, har jeg valgt å dele inn drøftingen i kapitlene; *Begripelig*, *håndterlig* og *meningsfull*, som er de tre faktorene for helsefremming.

5.1 Begripelig

For at pasienten skal oppleve situasjonen som begripelig, må situasjonen føles organisert og forutsigbar (Antonovsky, 2013, s.40). Ved hjelp av informasjon om rutiner på sykehusavdelingen kan den isolerte oppleve situasjonen som mere sammenhengende og strukturert. Ved at sykepleier opplyser pasienten om tidspunkter for servering av måltider, faste visittider og eventuelle tidspunkt for undersøkelser, rett og slett sykehusets døgnrytme, kan man skape forutsigbarhet. Informasjonen kan gis på flere måter. Dersom innleggelsen er planlagt, kan informasjon sendes til pasienten på forhånd. Skriftlig informasjon kan være nyttig både for pasienten og pårørende (Brataas, 2011, s.111). Sykepleier kan ha en gjennomgang av rutinene, sammen med pasienten ved ankomst og en oversikt over rutinene kan henges opp på pasientrommet. Denne gjentakelsen, kan bidra til at pasienten husker mer (Brataas, 2011, s.109) og således opplever dagene som strukturert.

Dersom det unnlates å informere om årsaken til iverksettelse av prosedyrer og undersøkelser, kan de oppleves som tilfeldige og uforståelige. Det fremkommer i forskning at noen pasienter opplever at de ikke forstår verken hvordan MRSA sprer seg eller hvorfor det iverksettes smittevernstiltak (Jones, 2009 og Chittick m.fl., 2016). Dersom sykepleier har informert om eksempelvis prosedyrer og smittevernstiltak når pasienten har vært stresset eller distraheret, kan det hende at pasienten ikke har oppfattet informasjonen (Brataas & Hellesø, 2011, s.110). Når man skal informere, bør forholdene legges til rette, slik at støy og forstyrrelser unngås. Stress og engstelse kan gjøre at pasienten husker mindre informasjon. Derfor bør sykepleier ha god tid og vise det ved å opptre rolig, for å redusere disse følelsene hos den isolerte (Brataas, 2011, s.109).

Det er sykepleiers oppgave å kontrollere at informasjonen er forstått (Helsepersonelloven, 1999, §10). For å sikre at informasjonen er forstått, kan sykepleier stille mottakeren spørsmål. Det kan være lurt å stille åpne spørsmål som får pasienten til å sette ord på det som er blitt

fortalt. En annen metode for å finne ut hva pasienten har forstått, kan være å spørre pasienten hva han eller hun tenker om det å være MRSA-positiv, alle prosedyrene og følelser rundt det å isoleres. Da legger sykepleier til rette for å ha en åpen dialog (Eide & Eide, 2007, s. 276), kan kontrollere kunnskapsnivå og plukke opp eventuelle bekymringer. I tillegg viser man interesse og omsorg for den isolerte pasienten, noe som kan være med på å etablere en god relasjon. Omsorg for pasienten er et ankerpunkt i de etiske retningslinjene (NSF, 2011, s.7,8 og 29). Tid og sted for samtale kan i utgangspunktet bestemmes av sykepleier og gir således en skjev fordeling av makt (Brataas, 2011, s.34). Å være pasient gir avmakt og dette kan forsterkes når en pasient er MRSA-smittet og isolert. Opplevelse av maktesløshet gjør pasienten sårbar og kan virke inn på psykisk helse. Avmakt er faktor som kan føre til angst og depresjon, som også er negative følger av isolasjon (Barratt et al., 2011). Kunnskap sies å være makt. Ved å gi kunnskap, altså informasjon, til pasient og pårørende, kan man redusere noe av belastningene de opplever og forebygge depresjon (Kristoffersen, 2016, s.267).

Beskyttelsesutstyret er en barriere for å hindre smitte, men blir samtidig en psykisk barriere mellom pasient og omverdenen. Smittefrakker, munnbind og hansker kan være en konstant påminnelse på at man er smittebærer og skape avstand mellom pasient og sykepleier. Pasienter rapporterer at de føler seg skitne og fremmedgjort (Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012, s.45). I samtaler mellom pasient og sykepleier kan gule smittevernsfrakker og annet utstyr være forstyrrende elementer. Derfor bør pasienten informeres, om personalets bekledning og årsak til anvendelse, på forhånd, slik at vedkommende kan forberede seg. Ved at sykepleier forbereder pasienten, kan man motvirke stress og usikkerhet (Eithun, Bendiksen, Ingebrigtsen & Solberg, 2009, s.2).

Informasjon bør være detaljert og om nødvendig gjerne gjentas ved flere anledninger (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen, & Stubberud, 2015, s.71). I midlertidig kan for *mye* informasjon, i en ellers uoversiktlig situasjon, og bruk av kompliserte medisinske ord og uttrykk, føre til ytterligere forvirring hos pasienten (Eithun et al., 2009, s.5-6). Fordi alle pasienter har ulik bakgrunnskunnskap og dermed ulik forståelse, må informasjonen tilpasses underveis for å samsvare med pasientens kunnskapsnivå. Å tilpasse informasjonen, er en del av ansvarsområdet, når sykepleier utøver undervisende og veiledende funksjon (Kristoffersen, 2016 s.19). Pasientens kunnskapsnivå skal ikke over- eller undervurderes og må derfor kartlegges (Kristoffersen, s.379).

Forskning viser at isolerte MRSA pasienter opplever symptomer som angst, sinne og frykt. Pasienten kan oppleve det å bli isolert som skremmende, fordi de ikke forstår hvorfor de isoleres, og reagere med aggresjon ovenfor pårørende og helsepersonell (Børø Sund & Melbye, 2013, s.788). Jeg har et egenopplevd eksempel fra praksis; Da jeg skulle gjøre en enkel, klinisk undersøkelse av en pasient, ble jeg skjelt ut når jeg nærmet meg henne. Da forklarte jeg nøye hva jeg skulle gjøre og hvorfor. «Jeg skal måle puls og blodtrykk for å se om det har oppstått noen forandringer de seneste dagene. Kanskje må vi be legen om å gjøre en endring i medisinene dine.» Jeg fikk til slutt gjennomføre undersøkelsen uten flere protester. I etterkant beklaget hun seg. «Man blir aggressiv av å være redd», sa hun. På den måten kan vi tenke at kunnskap et slags vern mot angst.

Det rapporteres at pasienter får utilstrekkelig med informasjon og at dette er største årsaken til misnøye, frykt og usikkerhet (Brataas, 2011, s. 108). Misnøye, frykt og usikkerhet, kan settes i sammenheng med Antonovskys beskrivelse; kaos, støy, uforståelig og tilfeldig, som er årsaker til å ikke kunne oppfatte situasjonen som *begripelig*. Som nevnt i kapittel 2.4.1 om *tilstrekkelig informasjon*, har pasienten *rett* til tilstrekkelig informasjon om risikoer, bivirkninger og tjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2.). Sykepleier må kontinuerlig spørre seg selv om hva som er tilstrekkelig med informasjon og om pasienten har behov for ytterligere veiledning og undervisning.

I en studie der pasientene fikk informasjon før elektive operasjoner, viste det seg at gjennomsnittspasienten kun husket omtrent én fjerdedel av gitt informasjon. Ved å informere pasientene flere ganger, skriftlig og muntlig, viste funn at pasientene husket mer av informasjonen. Således kan *mye* informasjon være bra. På en annen side har studier, der pasientene mottok utvidet informasjon, vist at de kan bli mer engstelige av dette (Eithun, et al., 2009, s.7). Det fremkommer også at informasjonen må tilpasses den enkelte, fordi det er en individuell oppfattelse av hva som er *nok* informasjon (Brataas, 2011, s.110). Dette understreker viktigheten av at vi som sykepleiere, på avdeling med isolerte MRSA-pasienter, utøver skjønn og klinisk blikk, for å dekke den enkeltes behov for informasjon og integrering av brukermedvirkning for ta hensyn til hver enkelt pasients kunnskap og ønsker. I tillegg til at sykepleieren skal kontrollere at informasjon er forstått, skal det journalføres hvilken informasjon som er gitt (Helsepersonelloven, §10, Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5.). Med egne erfaringer fra praksis vil jeg påstå at det syndes mye på punktet om å sikre at informasjonen er forstått. Spesielt gjelder dette i møte med pasienter der vi opplever

språkbarriere eller tidspress. Det kan i noen tilfeller se ut som om at informasjonen oppfattes av pasienten, men pasienten har ikke nødvendigvis en oppfatning av å ha blitt informert (Bastøe & Melbye, 2013, s. 92). Denne misoppfatningen kan oppstå uavhengig av om det forekommer en språkbarriere. Dersom man unnlater å etterprøve om informasjonen er forstått, er dette også et brudd på de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011, s. 8). Man er med på å øke pasientens sårbarhet, ved at det er informasjon pasienten ikke får kunnskap om, og således begrenses muligheten for å kunne ta selvstendig avgjørelser (Bastøe & Melbye, 2011, s. 92).

Forskning påpeker gjentatte ganger at økt stress ofte forekommer hos isolerte pasienter (Barratt et al., 2011, s. 180-191). Stress er en medvirkende faktor som gjør det vanskeligere å oppfatte og forstå informasjon (Stubberud, 2013, s.432). Ved å være tilgjengelig når pasienten har behov for informasjon og samtale, kan man redusere opplevelsen av stress (Barratt et al., 2011, s. 181). Pasienter som er avhengige av å bruke ringesnor for å tilkalle hjelp, opplever økt stress i forbindelse med dette. Desto flere ganger de må ringe på alarmer, desto høyere stressnivå opplever de. Dessuten utløser det også stress, hos enkelte dersom sykepleier må tilkalle andre sykepleiere via ringesnoren, for å motta assistanse eller utstyr, underveis i prosedyrer og lignende (Barratt et al., 2011, s 187). Erfaringer jeg gjorde meg, som utplassert sykepleierstudent på rehabiliteringssykehus med smitteisolerte pasienter, underbygger denne forskningen. Jeg opplevde gjentatte ganger at pasienter vegret seg for å trekke i ringesnoren og nærmest unnskyldte seg de gangene de gjorde det. «Jeg ville ikke bry deg», «Unnskyld at jeg bryr deg», «Du har sikkert mye å gjøre» var fraser jeg ofte hørte fra pasientene. Jeg opplevde det som effektivt å planlegge alle besøk som innebar prosedyrer. Dette for å redusere antall ganger jeg måtte forlate rommet for å eksempelvis hente utstyr, eller kalle på hjelp. Ved å opptre rolig og ta meg god tid inne hos pasienten, opplevde jeg at pasienten slappet mer av. For å unngå å bidra til et økt stressnivå hos pasienten, kan altså sykepleier planlegge besøk, uttrykke tilgjengelighet og vise dette ved å besøke pasienten ofte og uten påkallelse fra pasienten, bruke god tid hos pasienten og overholde avtaler (Andreassen et al., s. 72). Ved at alle pleiere opptre på en lik måte, med tanke på smittevernprosedyrer, kan vi gjøre situasjonen mer forutsigbar. Og informasjonen sykepleier gir gjennom undervisende og veiledende funksjon, kan bidra en bit på vei, til begripelighet for den isolerte pasienten (Antonovsky, 2014, s. 40). Det kan være utfordrende å etterprøve pasientens opplevelse av begripelighet, men dersom pasienten kan gjenta informasjonen som er blitt gitt, har vedkommende iallfall en grad av forståelse.

5.2 Håndterbar

Å oppleve belastninger som håndterbare, handler ifølge Antonovsky, om å ha tilgjengelige ressurser, som man føler at man klarer å ta i bruk for å takle og mestre situasjonen eller belastningen. Usikkerhet kan oppstå når pasienten har et mål, men ikke identifiserer mulighetene som skal til for å nå målet. Dette kan komme av at man ikke har erfaringer fra lignende situasjoner fra tidligere. Usikkerheten kan derfor forklares som «mangel på mestring» (Bastøe, 2013, s. 85). Som nevnt i kapittel 2.6.2, er en viktig sykepleierfunksjon å veilede pasienten, for å gi hjelp til mestring (NSF, 2011, s. 8). Dersom pasienten mangler ressurser i form av kunnskap og motivasjon, må sykepleier utføre handlinger som hjelper pasienten å ivareta egne behov (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 24). Dersom pasienten mangler kunnskap må altså sykepleier kartlegge manglene og bidra til å «tette hullene». Denne informasjonen, eller kunnskapen, er viktig for å øke mestringsevne, både hos pasient og pårørende. Følgene av økt mestringsfølelse kan redusere opplevelsen av depresjon og belastninger, som følger av isolasjon (Kristoffersen, 2016, s. 267). Å motivere pasienten er viktig, men samtidig må helsepersonell unngå å stille krav som ikke er i samsvar med pasientens ressurser. Balanse mellom krav og ressurser synes å være en forutsetning for at pasienten skal mestre, med andre ord *håndtere*, situasjonen (Skaug, E.-A., 2016, s.360). Ressurser hos MRSA-pasienter kan variere som hos andre pasientgrupper. For at sykepleier skal kunne bli benyttet som en ressurs, må relasjonen mellom pasient og sykepleier preges av tillitt (Antonovsky, 2013, s.40). Å holde avtaler og opptre forutsigbart, kan styrke tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Kontinuitet og rutiner i behandlingen, trygger pasienten (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2015, s.72).

Når man opplever situasjonen som håndterbar, så ser man ikke på seg selv som et rammet offer eller som urettferdig behandlet. Jeg har hørt pasienter si «Det er typisk, sånt skjer alltid meg», «Hvorfor meg? Det er ikke rettferdig». Disse pasientene har ifølge Antonovsky's teorier, ikke opplevd situasjonen som håndterbar. Det kan være utfordrende for sykepleier å snu en slik tankegang hos pasienten, kanskje umulig. Men som yrkesetiske retningslinjer sier; skal sykepleien utøves med barmhjertighet, omsorg og respekt (NSF, 2011, s. 7) - og når det lykkes tar dette oss muligens et steg i den retning at pasienten ikke føler seg urettferdig behandlet.

Studier viser at sykepleiere gjennomsnittlig er sjeldnere inne hos pasienter der det gjennomføres isoleringstiltak og bruker mindre tid når de først er inne. Dessuten er besøkene i

større grad knyttet opp mot prosedyrer og sjelden for å ivareta pasientens psykososiale behov (Barratt et al., 2011, s.189). I følge Andreassen et al. (2015, s. 72) bør sykepleier besøke den isolerte pasienten ofte, utenom prosedyrer og gjøremål, tilstrebe en god dialog, initiere til samtale, gjenta informasjon og bruke tidligere erfaringer for å imøtekomme pasientens behov. En god dialog og tillit i forholdet mellom pasient og sykepleier kan være et godt «hjelpemiddel» for å fange opp endringer i pasientens psykisk tilstand på et tidlig tidspunkt. For å handle forsvarlig skal sykepleier koordinere helsetjenesten med andre yrkesgrupper og innhente bistand dersom det er nødvendig (NSF, 2011, s. 24 og Helsepersonelloven, 1999, §4).

Antonovsky var opptatt av hvordan det sosiale rundt en person, kunne være med på å forebygge sykdom og skade (Antonovsky, 2013, s.41). Fordi isolasjon minsker pasientens muligheter for sosiale interaksjoner, kan pasienten føle seg ensom, forlatt og ekskludert (Lindberg, Carlsson, Högman & Skytt, 2009, s. 271). Pårørende kan være en sentral ressurs og viktig støtte for pasienter i sykehus (Brataas, 2011, s 117). Besøk av venner og pårørende er en viktig faktor for å motvirke de negative følelsene som kan oppstå når man er isolert. Det er således viktig at sykepleier tilrettelegger for at pasienten kan få besøk, da hyppig besøk kan bidra til å redusere ensomhet. Årsaker som vanskeliggjør besøk fra pårørende kan være ugunstige besøkstider, stigmatisering av den smittede eller pasientens redsel for å smitte pårørende (Jones, 2009, s.15). Sykepleier kan bidra med tilrettelegging av besøkstider i samarbeid med pasienten og pårørende. Harmoni i forholdet mellom pasient og pårørende, gagnar alle parter (Grov, 2015, s.60). Dersom pasienten har gitt samtykke til at pårørende kan få informasjon om helsetilstand og helsehjelp, kan sykepleier gi dem dette (Pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §3-3.) Ved å være tilgjengelig for pasient og pårørende før, under og etter besøk, kan sykepleier informere og veilede begge parter og besvare spørsmål om MRSA, isolering og eventuelle andre henvendelser.

Det hersker i vår tid fortsatt frykt for smittsomme sykdommer blant befolkningen (Ward, 2000, s. 165). Detaljert informasjon om hvorfor smitteregimet iverksettes og hvordan MRSA smitter, kan minske stigmatiseringen av den isolerte (Lindberg et al., 2009, s. 276). Jeg har observert tilfeller av at detaljert informasjon om smitteregime og smittemåte likevel ikke er nok. En pasient, uten egne barn, hadde i utgangspunktet hyppig kontakt og et nært forhold til sin nevø og sin niese. Under et opphold på rehabiliteringssykehus, etter et multitraume, fikk han påvist MRSA. Han ble gjentatte ganger informert om MRSA, men turte allikevel ikke

lenger å ha besøk av familien. Han uttrykte frykt for å smitte dem. Han fortalte også at han trodde at faren til barna var engstelig for å bli smittet. Besøkene fra familien avtok gradvis gjennom rehabiliteringsoppholdet. Pasienten virket stadig mer motløs og tilbaketrukket under oppholdet. Denne pasienten hadde mange utfordringer og det kan ha vært en sammensatt årsak til at han ble mer motløs, men færre besøk fra pårørende bidro. Retningslinjene påpeker at sykepleier skal understøtte mestring, håp og livsmot hos pasienten (NSF, 2011, s.8). Tilfellet beskrevet ovenfor, belyser en situasjon der den isolerte pasienten hadde hatt behov for hjelp til mestring gjennom tilpasset undervisning og veiledning.

Redusert stigmatisering hos pårørende er viktig for at de skal ønske og tørre å besøke pasienten. En del pasienter har altså vist seg å være engstelige for å smitte pårørende, familie og venner. Informasjon om hvordan smittevernstiltakene kan hindre smitte og opplæring av besøkende, kan trygge pasienten (Jones, 2009, s.15). En annen medvirkende årsak til at pårørende ikke ønsker å besøke, kan være sinne og aggresjon hos pasienten. Sinne kan oppstå som en reaksjon på nedsatt sensorisk stimuli og angst (Stubberud, 2015, s.509). Pårørende bør informeres om muligheten for en slik reaksjon, slik at de er forberedt på at det kan forekomme hos den isolerte pasienten. Det er viktig for sykepleieren å være klar over at informasjon som er ment for å oppklare, og trygge, paradoksalt nok, kan føre til reaksjoner som sinne, redsel og angst- både hos pasient og pårørende. Dette understreker igjen viktigheten av å etterprøve om informasjonen er korrekt oppfattet (Bastøe, 2013, s.87). Å forsikre seg om at pasienten opplever situasjonen som *håndterbar*, er i likhet med å etterprøve opplevelse av *begripelighet*- utfordrende. Men dersom pasienten ikke handler i overenstemmelse med veiledning og informasjon fra sykepleier, kan man tenke seg at opplevelsen av håndterbarhet ikke er tilstrekkelig.

5.3 Meningsfull

Antonovsky omtaler *meningsfull*, som den viktigste av de tre faktorene for OAS. Meningsfullhet handler om i hvilken grad livet gir mening og å finne mening i konkrete situasjoner og hendelser. Sykepleieren er en viktig støttespiller for å hjelpe pasientene til å finne mening. For å finne mening, må pasienten betrakte utfordringer og problemer som *en del av livet* istedenfor å anse utfordringene utelukkende som *belastninger* (Antonovsky, 2013, s. 41).

«Av alt vi ikke tåler er meningsløsheten det verste» (Christensen, L.S.). De fleste kan ha forståelse for og tenke seg at det kan oppleves som kjedelig, ensomt og meningsløst å ligge isolert og alene på et rom i dager-, uker-, kanskje månedsvi. Materielle goder som TV, datamaskin, nettbrett, smarttelefon, aviser, bøker, spill har en viss grad en positiv effekt på kjedsomhet hos den isolert pasienten. Men i all hovedsak er det daglige, sosiale interaksjoner som rapporteres å gjøre dagene mer meningsfulle (Webber et al., 2012, s.46). Noen studier konkluderer med at det bør være nok personell på jobb til at de isolerte kan ha tilstrekkelig med besøk av sykepleiere, eller andre ansatte, i løpet av dagen. Disse besøkene er med på å redusere kjedsomhet og ensomhet og å bedre den generelle pasientopplevelsen. Et perspektiv som må tas i betraktning er det økonomiske- i situasjonen. «Tidsklemma» er et kjent fenomen i helsesektoren, og i kombinasjon med mangel på ressurser, er det ofte den individuelle omsorgen til pasientene, som blir taperen. Uten å gå vider inn på temaet, så er det skrevet mange artikler som omhandler temaene *tidspress* og *ressursmangel*, i sykepleien.

Å kontinuerlig informere pasienten om mulige opplevelser og konsekvenser av isolasjonen, kan redusere engstelse og på lengere sikt redusere mulighetene for depresjoner. I tillegg bør sykepleier oppfordre og oppmuntre til besøk fra venner og pårørende (Jones, 2009, s.15, & Barratt et al., 2011, s.190). En gjenganger for de som opplever livet som meningsfullt, er at de ofte snakker om ting som betyr noe for dem, som gir mening og de er følelsesmessig involvert i. De som i motsetning opplevde svak OAS, snakker sjelden om noe som er spesielt viktig for dem (Antonovsky, 2013, s 41). Som Eriksson & Lindström beskriver i sine studier; er det ikke av betydning hva som er innholdet i det som gir mening, men det at vedkommende finner mening i å leve livet slik han eller hun gjør (2006, s.387). Det som oppleves som meningsfullt for én pasient, er ikke nødvendigvis meningsfullt for en annen. Hva som oppleves som meningsfullt i det daglige kan tenkes å være noe annet enn hva som gir mening under innleggelse på isolat. I forbindelse med sykepleiers arbeide for å fremme pasientens opplevelse av mening snakker Antonovsky om å finne mening i situasjonen her og nå; sykehusinnleggelse og isolasjon grunnet MRSA. Andre mener at spørsmålene om mening ikke handler om at pasienten skal finne mening i «situasjonen som har rammet dem» (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 207). Når det er sagt så er å benytte benevnelsen «å bli rammet», ifølge Antonovsky (2013, s.41), et tegn på at man ikke opplever situasjonen som meningsfull, som nevnt i kapittelet om *håndterbarhet*. I midlertidig må pasienten involveres og medvirke i behandlingen for at resultatet skal bli best mulig.

Flere isolerte har beskrevet isolasjon som et meningsløst fengsel (Barratt et al., 2011, s.189). Meningsløsheten forsterkes av at MRSA er usynlig og av at bærere av bakterien er friske. En frisk bærer, med frisk familie som ikke opplevde noen begrensninger før sykehusinnleggelsen, kan føle at isoleringen kun er en negativ begrensning. Sykepleier kan forklare at det er viktig at MRSA ikke får etablere seg som en del av bakteriefloraen på norske sykehus (FHI, 2009, s.9), da dette kan ha en svært alvorlig konsekvens for de svakeste av oss. Isolering av den MRSA-positive pasienten kan forklares ved å gi informasjon om hvordan MRSA sprer seg. Å få snakke om det som kjennes meningsløst, kan bidra til å redusere følelsen noe dersom sykepleier lytter og viser forståelse, samtidig som pasienten får frem sitt perspektiv (Eide & Eide, 2007, s.12-21). Dersom pasienten i samtale virker likegyldig og lite samarbeidsvillig, kan dette komme av stress. Stress gjør at pasientens forutsetninger for samarbeid og mottakelighet for informasjon blir dårligere. Opplevelse av meningsløshet kan også lede til depresjon, noe som reduserer motivasjon til å etterfølge anbefalinger (Brataas, 2011, s.83). Pasienter som fremstår som likegyldige, har jeg selv vært vitne til i praksis. Hyppigst forekomst har jeg sett hos de som har vært syke over en lengre periode og stadig møter på nye og store helsemessige utfordringer. Det tydeligste eksempelet jeg har opplevd er en pasients likegyldighet til å kanskje måtte amputere et ben. Det var små muligheter for å redde benet, men det ville kreve en innsats fra pasienten om å trene, for å øke blodsirkulasjon og funksjonsnivå. Pasienten uttrykte at det kunne være det samme, for livet var ødelagt uansett. Pasienten slet med psykiske plager og var tydelig deprimert. Kunnskap hos pasienten er avgjørende for å forebygge depresjoner og for at den isolerte skal oppleve mestring og dermed redusere følelsen av belastninger (Kristoffersen, 2016, s. 267).

Autonomi er sett på som hovedgrunnlag for brukermedvirkning (Vatne, 2011, s.130). Autonomiprinsippet omhandler pasientens rett til selvbestemmelse og er nedfelt i lovsform (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4) og vektlagt i de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, omtalt som selvbestemmelse (2011, s,8). Selvbestemmelse er å være en aktiv deltaker i avgjørelser som omhandler egen helse og helsehjelp. Det er en rekke faktorer som spiller inn for at slike avgjørelser skal kunne tas (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.106). Sykehusinnleggelse under isolasjon kan vanskeliggjøre selvbestemmelse, da man er pliktig til å la seg isolere, for å motvirke at sykdom overføres til andre (Smittevernloven, 1994, §5-1.). Ved å isolere pasienten, begrenses autonomien. På en annen side anses det som en forutsetning for autonomi, at pasienten forstår og anerkjenner relevant informasjon, med hensyn til sin lidelse og mulige konsekvenser. Å uttrykke egne valg og vurdere informasjon er

også en forutsetning for om pasienten anses som beslutningskompetent (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.106). Det vil med andre ord si at dersom ikke pasienten lar seg isolere, forstår ikke vedkommende sitt «eget» beste og er derfor, per definisjon, ikke beslutningskompetent.

Dersom pasienten motsetter seg informasjon kan det også medføre etiske dilemmaer. Men sykepleier skal huske på at denne motsettelsen kan komme av stress og andre psykiske plager som depresjon. Gammond (1998) sammenliknet forekomsten av stress hos innlagte pasienter i og utenfor isolasjon. Isolerte pasienter hadde høyere forekomst av stress, angst, depresjon og lavere selvtillit og opplevelse av selvkontroll. Opplevelse av mangel på kontroll kan gjøre at pasienten blir mer likegyldig til informasjon og veiledning (Brataas, 2011, s.83). «En pasientsentrert, veiledende holdning kan bidra til at informasjon blir forstått og tas til følge i større grad» (Christiansen, 2013, s. 15. Når det er sagt så må sykepleier huske på at pasienten kan uttrykke ønske om å ikke motta informasjon, og dette skal respekteres, dersom det ikke anses nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2.)

Det er i litteraturen mye fokus på at pasienter skal motta og forstå informasjon. Det er derimot lite fokus på at sykepleiere også skal forstå det pasienten formidler. For å kunne imøtekomme pasientens ønsker og tilrettelegge for brukervedvirkning er utelukkelse av misforståelser en nødvendighet. Å etterprøve det pasienten har sagt, ved å stille kontrollspørsmål, kan hjelpe sykepleier til å unngå misforståelser. For å kunne understøtte pasientens sykepleiebehov, trengs ikke nødvendigvis utfyllende beskrivelser av livshistorien, men det av opplysninger som er relevant for den enkeltes situasjon (Grov, 2011, s.60).

Brukermedvirkning er, ifølge Brataas (2011, s 124), godt beskrevet, men vanskelig å praktisere. Sykepleiere kan møte pasienter som ikke ønsker eller er i stand til å involveres i beslutninger. Andre pasienter er velinformerte og forventer ytterligere informasjon fra sykepleiere og andre helsearbeidere. Dette stiller høye krav til sykepleier om å holde seg faglig oppdatert på ny og anvendt forskning, utøve skjønn ovenfor hver enkelt pasient og tilrettelegge for brukervedvirkning, for å møte pasientens unike behov. Andre ord for dette er å utøve *kunnskapsbasert praksis* (Nortvedt, et al., 2012, s.15-19). Pasienten skal føle at alt sykepleier mestrer situasjonen og gjør sitt for å hjelpe (Reime, 2013, s. 308).

Når pasientens kunnskap og preferanser er i konflikt med anbefalinger, lovverk, og forskning, oppstår etiske dilemmaer. Spesielt om pasientens ønsker og prioriteringer kan få alvorlige konsekvenser. Da må sykepleier som profesjonell yrkesutøver, konstruktivt bruke faglige kunnskaper. Dagens samfunn florerer av informasjon og kunnskapskilder. Nærmest ubegrensede mengder informasjon er tilgjengelig, for de aller fleste, via internett og andre medier. Det kan være utfordrende for pasienten å finne relevant informasjon. Å henvise pasienten til gyldige og pålitelige fag- og forskningslitteratur, i tillegg til å bruke erfaringsbasert kunnskap for å veilede og undervise pasienten, kan hjelpe pasienten til å få en større forståelse for eventuelle valgmuligheter og konsekvenser. Som det fremkommer i de etiske retningslinjene, kan informasjon fra sykepleier fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser. (NSF, 2011, s. 8). Sykepleier kan veilede og stimulere pasienten til å formulere egne behov. Økt fokus på mer kunnskap, trygghet, informasjon, omsorg, tillit, autonomi, kommunikasjon og relasjon kan ha innvirkning på opplevelsen av isolasjon (Andreassen, Fjellset, Wilhelmsen & Stubberud, 2011). Det er kan være enklere for sykepleier å vurdere om pasienten opplever situasjonen som *meningsfull*, enn om pasienten opplever situasjonen som *begripelig* eller *håndterbar*. *Meningsfullhet* ofte kommer til uttrykk ved at pasienten snakker om ting som betyr noe og som engasjerer vedkommende (Antonovsky, 2013, s.41). Dersom pasienten i tillegg omtaler isoleringen som overkommelig og har et lyst syn på fremtiden, kan man anta at pasienten opplever meningsfullhet.

I følge Antonovsky er OAS avgjørende for at man skal kunne reagere konstruktivt på utfordringer og belastninger. Eriksson & Lindströms omfattende studie (2006), konkluderer også med at den salutogene tilnærmingen til helse er meget valid og forslår at modellen bør implementeres i praksis.

6 Oppsummering/Avslutning

Det fremkommer tydelig i lovverk og retningslinjer hvordan sykepleieren skal håndtere pasienter med MRSA på somatisk avdeling, ved hjelp av isolering for å unngå videre smittespredning. I fag- og forskningslitteratur som omhandler isolerte pasienter, fremkommer det utfordringer og negative innvirkninger på pasientenes psyke. Flere studier viser at tilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon til pasienten er faktorer som er med på å hindre og redusere negative følelser og opplevelser rundt isolasjon. Å øke pasientens kunnskapsnivå og opplevelse av kontroll, kan bidra til helsefremming.

For å redusere negative følger av isolering som stress, angst, avmakt, usikkerhet, aggresjon og følelsen av at ting er usammenhengende, kan sykepleier informere detaljert og under tilrettelagte forhold om diagnose og smittevernstiltak, bygge tillitt, gjenta informasjon tilpasset pasientens kunnskapsnivå og sikre at informasjonen er forstått, for å gjøre situasjonen mer strukturert og dermed gjøre opplevelsen av isolering mer *begripelig*.

Sykepleier kan redusere de negative følgene av mangel på mestring, motløshet, ensomhet, depresjon, engstelse, sinne og stigmatisering ved å hjelpe pasienten til å identifisere ressurser, informere for å øke kunnskapsnivå og avstigmatisere, tilrettelegge for besøk og samarbeide med pårørende, for å gjøre opplevelsen av isolering mer *håndterbar*.

For å redusere blant annet kjedsomhet, ensomhet, meningsløshet, depresjon og stress, kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning, informere om rettigheter, motivere pasienten, oppmuntre til besøk, initiere til hyppige interaksjoner og ta seg god tid i møte med pasienten, for å gjøre opplevelsene av isolering mer *meningsfull*.

Litteraturliste

- Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I.-L., & Stubberus, D.-G. (2015). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Ålmås, Stubberud & Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie – bind 1* (5.utg.) (s.69-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Antonovsky, A. (2013). *Helsens Mystorium - den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180-193. doi: 10.5172/conu.2011.180
- Bastøe, L.-K. H., (2013). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I Grov, E. K. & Holter, I. M.(Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (3. utg.) (s.81-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Brataas, H. & Hellesø, S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H.V. Brataas (Red.) *Sykepleiepedagogisk praksis- Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s.102-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Børøsund, E. & Melbye, L.V. (2013). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I Knutstad, U. (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (2.utg.) (s.778-831). Oslo: Cappelen Damm.
- Chittick, P., Koppisetty, Lombardo, L., Vadhavana, A., Solanki, A., Cumming, K., Agbot, V., Karl, C. & Band, J. (2016). Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. *American Journal of Infection Control* 44 (s.657-660). doi: 10.1016/j.ajic.2015.12.033
- Christiansen, L.S. (2018) Siterte sitater. Hentet fra:
www.ordtak.no/index.php?fn=Lars%20Saabye&en=Christensen&side=8
- Christiansen, B. (Red.) (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). Kommunikasjon med barn og unge. I *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg.) (s. 357-377). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). Kommunikasjon med eldre. I *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg.) (s. 381-391). Oslo: Gyldendal.
- Eithun, U. E. M., Bendiksen, R., Ingebrigtsen, T. & Solberg, T. (2009). For mye informasjon. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/mye-informasjon>

- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*; 60: (s.376-381). doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Gammond, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 84–96.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M.W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1*.(2.utg.) (s.179-191). Oslo: Cappelen Damm.
- Grov, E. K. (2015). Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie Sykepleieboken 1*.(5.utg) (s.56-66). Oslo: Cappelen Damm.
- Grundmann, H., Aires-de-Sousa, M., Boyce, J. & Tiemersma (2006). Emergence and resurgence of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. *The Lancet*, 386(9538), (s. 874-885). doi:10.1016/S0140-6736(06)68853-3
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell LOV-1999-07-02-64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation patients. *Nursing times*; 106:36 (s.14-16).
- Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg) (s.187-221). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (s.15-27) (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (s.89-132) (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Stress og mestring. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s.237-286) (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjensten. I G.H. Grimsbø G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (s.193-252) (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s.359-398) (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lindberg, M. Carlsson, M. Högman, M. & Skytt, B. (2009). Suffering from meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *Journal of Hospital Infection*. 73. (s. 271-277). doi:10.1016/j.jhin.2009.07.002
- Mittelmark, M. B. & Eriksson, M. (2017). The sense of coherence and It´s Measurement. I Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J.M., Lindström, B. & Espnes, G.A. *The handbok of Salutogenesis*. Cham: Springer.
- Molven, O. (2016). Sykepleie og jus. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2018). MSIS-statistikk. Hentet fra: www.MSIS.no
Søkergrunnlag: Sykdom: MRSA, MRSA-smittebærertilstand, MRSA-infeksjon.
Årstall: 2000-2017.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009. *Smittevern 16: MRSA-veilederen*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G., Graverholt, B, Nordheim, L.V. og Reinar, L.M (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok* (2. utg.) (s. 15-26). Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Reime, G. H. (2013). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I Knutstad, U. (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (2.utg) (s.277-388). Oslo: Cappelen Damm.
- Schjøelberg, T. Kr. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I Knutstad, U. (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (2.utg) (s.104-158). Oslo: Cappelen Damm.

- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleie-fag og funksjon*(3.utg) (s.337-372). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smittevernloven. (1999). Lov om vern mot smittsomme sykdommer LOV-1994-08-05-55
Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55#KAPITTEL_5
- Store Medisinske Leksikon. (2018). *Salutogenese*. Hentet fra <http://sml.sni.no/salutogenese>
- Stubberud, D. G. (2015). Respirasjon. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie Sykepleieboken 1*.(5.utg) (s.399-437). Oslo: Cappelen Damm.
- Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleierens pedagogiske funksjon I psykisk arbeid. I Brataas, H. (Red). *Sykepleiepedagogisk praksis -Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*.(s.123-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ward, D. (2000). Infection control: Reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9 (3) (s.162-170).
- Webber, L. K., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S. & Blair Lewis, B. (2012). The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center. *Rehabilitation Nursing*. 70:1.(s.43-50). Doi: 10.1002/RNJ.00007
- World Health Organisation, (2017). *Antibiotic resistance*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>