



Psykososiale behov hos MRSA-isolerte

Kandidatnummer: 559
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i Emne 14 B

Antall ord: 9753
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel: Psykososiale behov hos MRSA-isolerte	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan kan sykepleieren ivareta de psykososiale behovene til MRSA-isolerte pasienter på sykehus?»»</p> <p><u>Teoretisk rammeverk:</u> Denne delen inneholder relevant sykepleieteori om MRSA, isolasjonstiltaket og hvilke psykososiale konsekvenser det kan medføre å være isolert. Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde, samt yrkesetiske og juridiske perspektiver beskrives. Teori om Haviks kontrollmodell, kommunikasjon og informasjon vil presenteres kort.</p> <p><u>Metode:</u> I denne oppgaven er litterær metode anvendt. Det vil si at oppgaven er basert på pensum, faglitteratur, fag- og forskningsartikler, samt annen eksisterende teori som bidrar til å problematisere, belyse og besvare den valgte problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Haviks kontrollmodell er benyttet som struktur for innholdet i drøftingen. Pasientopplevelser med å være isolert på grunn av MRSA og sykepleieres erfaringer med isolerte blir trukket inn for å belyse ulike aspekter ved sykepleiefunksjonen. Pasientens individuelle opplevelse av isolasjonen bør kartlegges, ettersom det er både positive og negative sider ved å være isolert. God kommunikasjon og tilpasset informasjon kan bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienten, men forutsetter god kunnskap hos sykepleieren. Ved å tilrettelegge det fysiske miljøet kan pasienten få en økt opplevelse av kontroll. Sykepleieren bør også tilrettelegge for besøk, ettersom pårørende kan være viktige støttespillere for pasienten. Etikk og lovverk setter rammene for praksis, samtidig som arbeidsbelastning og tid er viktige faktorer som påvirker sykepleierens handlingsrom.</p> <p><u>Avslutning:</u> Sykepleieren kan gjennom sin forebyggende og helsefremmende funksjon bidra til å ivareta den MRSA-isolerte pasientens psykososiale behov. Gjennom å hjelpe pasienten til å oppnå instrumentell kontroll, emosjonell kontroll og kognitiv kontroll kan sykepleieren tilrettelegge for mestring. Det kan være etiske problemstillinger knyttet til å isolere enkeltmennesker for å beskytte samfunnet. Forebygging av antibiotikaresistens er en viktig oppgave, som igjen vil kunne føre til at færre isoleres på sykehus.</p> <p>Nøkkelord: MRSA, isolasjon, spesialisthelsetjenesten, psykososiale behov, kommunikasjon, informasjon, kontroll.</p>	

(Totalt antall ord: 298)

Forord

*«Intet menneske er en øy, hel og ubeskåren i seg selv.
Hvert menneske er et stykke av fastlandet, en del av det hele.»*

John Donne (1624)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Presentasjon av problemstilling	5
1.3	Oppgavens avgrensninger	5
1.4	Begrepsavklaringer	6
1.5	Oppgavens videre oppbygning	6
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	7
2.1	MRSA på sykehus	7
2.1.1	Meticillin resistent staphylococcus aureus	7
2.1.2	Aktuelle isoleringsregimer	7
2.1.3	Retningslinjer for besøkende	8
2.2	Den MRSA-isolerte pasienten	9
2.2.1	Psykososiale konsekvenser av isolasjon	9
2.2.2	Psykososiale behov ved isolasjon	10
2.3	Sykepleiefaglig rammeverk	11
2.3.1	Relevante sykepleiefaglige funksjonsområder	11
2.3.2	Haviks kontrollmodell	11
2.3.3	Kommunikasjon og informasjon	12
2.3.4	Juridiske perspektiver	13
2.3.5	Yrkesetiske retningslinjer	13
3	Metode	14
3.1	Litterær oppgave	14
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	14
3.3	Søketabell	15
3.4	Kildekritikk	16
3.5	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningsartikler	18
5	Drøfting	20
5.1	Kognitiv kontroll	20
5.1.1	Kommunikasjon for å etablere en relasjon	20
5.1.2	Sykepleierens kunnskaper	22
5.1.3	Informasjon til pasienten	23
5.1.4	Bruk av informerende ferdigheter	24
5.2	Instrumentell kontroll	25
5.2.1	Å lære pasienten å kjenne	25
5.2.2	Tilrettelegging av det fysiske miljøet	26
5.3	Emosjonell kontroll	28
5.3.1	Å fremme sosial kontakt med pårørende	28
5.3.2	Kampen mot klokka	29
5.3.3	Sykepleierens to ansikter	30
6	Avslutning	32
	Referanseliste	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2018 ble det totalt rapportert 2567 tilfeller av MRSA i Norge, i følge tall fra MSIS (Folkehelseinstituttet, 2019). I land der antibiotika har blitt misbrukt i årevis er andelen MRSA på godt over 50 %. Norge er blant de landene i verden med lavest forekomst av MRSA, noe som skyldes et stort fokus på forebygging. Prøvetaking ved mistanke, isoleringsregime ved påvist infeksjon eller bærertilstand, samt restriktiv bruk av antibiotika har bidratt til å redusere forekomsten betraktelig (Lassen & Blystad, 2014). Likevel er faren for å få pasienter med MRSA på sykehus i Norge større enn før, på grunn av økt reisevirksomhet og økt bruk av antibiotika (Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009). Forebygging av antibiotikaresistens er en viktig oppgave ettersom det er en av verdens største helsetrusler, og fører til lengre sykehusopphold, større utgifter, økt sykelighet og i verste fall økt dødelighet (WHO, 2018).

Til tross for at isolering er et effektivt tiltak for å hindre smittespredning kan det medføre store konsekvenser for pasienten. Isolasjonen kan føre til psykososiale konsekvenser som blant annet ensomhet, angst, stress og depresjon. Det kan også føre til at pasientene mottar mindre eller utilstrekkelig pleie og omsorg, da de får færre besøk fra både helsepersonell og pårørende, og ikke kan gå ut av rommet sitt (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011).

I 2018 kom det en spesialutgave av tidsskriftet Sykepleien som het «#isolert», som var med på å inspirere meg til å skrive om dette temaet. En av artiklene beskrev hvordan det å være innestengt på et rom og fysisk isolert fra omverdenen kan føre til betydelig stress og være svært psykisk belastende for pasienten. Isolasjonen rammer oss helt eksistensielt og kan føre til tap av menneskeverd og identitet (Fonn, 2018). Ordet «isolare» betyr «avstengt fra berøring» og ordet «isola» betyr «øy» (Malt, 2018). Det å bli isolert på sykehus kan på en måte sammenliknes med å være en øy, der isolatet og beskyttelsesutstyret gjør at personen føler seg avskåret fra andre. Menneskearten er evolvert for sosial kontakt og som Donne sitt dikt sier er ingen mennesker skapt for å være alene. Ettersom isolasjon kan ha betydelige konsekvenser for den psykiske helsen til enkeltmennesket, reiser det etiske spørsmål knyttet til å isolere enkeltmennesker for å beskytte samfunnet (Fonn, 2018).

Arbeid på en infeksjonsmedisinsk sengepost har gitt meg mye erfaring med pasienter som er isolerte av ulike årsaker, og mange på grunn av nettopp MRSA. Pasientene er ofte preget av usikkerhet og har lite kunnskap rundt diagnosen og isoleringsregimet. Selv har jeg opplevd å få spørsmål fra pasienter om hvorfor de er isolerte og om de kan få besøk av pårørende, til tross for at de har vært isolerte i flere dager. Disse erfaringene har gjort meg nysgjerrig på hvilke utfordringer isolasjonsregimet skaper for sykepleieren og hvordan det oppleves for pasienten å være isolert. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan ivareta de psykososiale behovene til den isolerte pasienten, og dermed forebygge konsekvensene som isolasjonen kan medføre.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleieren ivareta de psykososiale behovene til MRSA-isolerte pasienter på sykehus?»

1.3 Oppgavens avgrensninger

Problemstillingen omhandler pasienter som er MRSA-positive og isoleres for første gang på medisinsk avdeling på sykehus. Det antas at disse ikke har mye kunnskap om MRSA eller erfaring med å være isolert. Det skilles ikke mellom pasienter som har MRSA-bærerskap og pasienter med MRSA-infeksjon, og det fokuseres ikke på årsaken til selve innleggelsen, men på at pasienten er isolert. Isoleringsregimet som er anbefalt ved mistenkt eller bekreftet MRSA-bærerskap er kontaktsmitteisolering med tillegg av bruk av kirurgisk munnbind og derfor fokuserer oppgaven på dette regimet. Lengden på isolasjonstiden kan variere ut fra årsaken til innleggelsen og hvilken helsehjelp pasienten har behov for, alt fra et par dager til flere uker og eventuelt måneder. Oppgaven rettes i særlig grad mot pasienter som er isolerte over tid, da risikoen for psykososiale komplikasjoner vil øke med økende isolasjonstid (Fonn, 2018).

Oppgaven avgrenses til voksne pasienter fra 18 år, ettersom disse som er aktuelle å møte på en medisinsk sengepost og barn kan ha andre psykososiale behov enn voksne. Pasienter med kognitiv svikt og demens, samt pasienter uten samtykkekompetanse utelukkes fra oppgaven for å utelukke de tilfellene der tvang kan være nødvendig. Samtidig kan disse pasientene ha annerledes behov for sykepleie og skape andre utfordringer (Stubberud, 2013a). Flere av forskningsartiklene ekskluderer også disse pasientene fra studiene sine. Det vil fokuseres på å

forebygge de negative konsekvensene av isolasjon gjennom å ivareta de psykososiale behovene til den isolerte pasienten. Av de psykososiale behovene er det spesielt behovet for kontroll og det å hjelpe pasienten til å mestre isolasjonen som fokuseres på i oppgaven. Flere av funksjonsområdene til sykepleieren kombineres når det gjelder behandling og oppfølging av pasientene, men oppgavens innhold rettes mot den forebyggende og den helsefremmende funksjonen. Målgruppen for denne oppgaven er alle sykepleiere som har ansvar for å ivareta MRSA-isolerte pasienter på sykehus.

1.4 Begrepsavklaringer

MRSA-isolert: Pasienter som er isolerte på grunn av MRSA-bærerskap eller MRSA-infeksjon.

Psykososiale behov: ”Menneskets grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. De psykososiale behovene har med menneskets psyke, det vil si det sjelelige eller mentale å gjøre, det som kan beskrives som menneskets sjeleliv” (Stubberud, 2013a, s. 14).

Andre sentrale begreper vil bli beskrevet i teoridelen i kapittel 2.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel to vil relevant kunnskap og sykepleieteori knyttet til problemstillingen presenteres og beskrives. Metodebeskrivelse presenteres i kapittel tre hvor jeg beskriver hvordan litteratursøket er utført, og i kapittel fire er artikkelmatrisen med de valgte forskningsartiklene. I kapittel fem kommer drøftingsdelen hvor problemstillingen belyses og drøftes fra ulike perspektiver av teori og forskning. Til slutt oppsummeres funnene fra drøftingsdelen i kapittel seks, og jeg benytter kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom teori og forskning til å forsøke å besvare problemstillingen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil den relevante teorien som er innhentet fra litteratur bli presentert. Sykepleierens relevante funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og lovverk knyttet til problemstillingen vil beskrives kort.

2.1 MRSA på sykehus

2.1.1 Meticillin resistent staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus, også kalt gule stafylokokker, er bakterier som tilhører vår normalflora og er derfor vanlige å finne hos mennesker. Disse bakteriene er en hyppig årsak til infeksjoner i hud og slimhinner, men gir sjelden sykdom hos friske mennesker. MRSA er gule stafylokokker som er resistente, altså motstandsdyktige, mot betalaktamantibiotika, som er de viktigste og vanligste typene antibiotika som brukes for å behandle stafylokokkinfeksjoner (Akselsen & Elstrøm, 2016). En MRSA-infeksjon er derfor vanskeligere å behandle, til tross for at MRSA gir samme type infeksjoner som vanlige gule stafylokokker. Pasienten kan derfor få et lengre sykdomsforløp, og økt fare for komplikasjoner og dødelighet.

Vi skiller mellom pasienter som er MRSA-bærere og pasienter som har en infeksjon med MRSA. Når en pasient blir MRSA-positiv blir bakterien en del av personens normalflora på hud og slimhinner, og dette kalles for kolonisering. Pasienter kan altså være bærere av MRSA, uten å ha en infeksjon eller sykdom, men kan likevel smitte andre og må derfor isoleres når de legges inn på sykehus. De fleste som er bærere av MRSA blir til slutt kvitt det, men det er vanskeligere dersom pasienten har kroniske sår, hudlidelser eller fremmedlegemer gjennom kroppsåpninger, som for eksempel urinveiskateter eller intravenøse katetre. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har sammen publisert en MRSA-veileder (2009) for å forebygge spredningen av MRSA i helseinstitusjoner. Behandling av MRSA kalles for sanering av bærerskap og utdypes nærmere i MRSA-veilederen (Akselsen & Elstrøm, 2016; Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009).

2.1.2 Aktuelle isoleringsregimer

Det å være asymptomatisk bærer av MRSA og det å ha en infeksjon med MRSA er begge definert som allmennfarlig smittsom sykdom i Norge (Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009). For å hindre nosokomial smittespredning, altså sykehusinfeksjoner, sier retningslinjene at pasienter som har fått påvist MRSA skal isoleres på sykehus. Ved

isolering følges institusjonens rutiner som er beskrevet i infeksjonskontrollprogrammet. MRSA smitter ved kontaktsmitte, som vil si at det smitter ved direkte kontakt mellom personer. Indirekte kontakt med smittestoffet gjennom for eksempel mat og drikke, kan også forekomme (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen, & Stubberud, 2016).

Det anbefalte regimet ved mistanke eller bekreftet MRSA-bærerskap er kontaktsmitteisolering med tillegg av bruk av kirurgisk munnbind, for å hindre nesekolonisering, ettersom mikroben også kan spres via luft og kolonisere nesen. Det innebærer altså at helsepersonell bruker smittefrakk, hansker og munnbind når de går inn på pasientrommet (Folkehelseinstituttet, 2004). Ved fare for sprut av infeksiøst materiale skal briller/visir og evt. hette brukes. Grundig håndvask eller hånddesinfeksjon er svært viktig når hendene blir forurenset og alltid før isolatet forlates. For pasienter som har en MRSA-infeksjon kan det være nødvendig med strengere isoleringsregimer. Ved påvist MRSA og en sårinfeksjon som ikke kan kontrolleres skal pasienten være på et lukket isolat med sluse. Luftsmitteregime kan være aktuelt ved stor spredningsfare, for eksempel en MRSA-infeksjon i luftveier eller hud eller ved økt sårbarhet i avdelingen (Folkehelseinstituttet, 2004).

2.1.3 Retningslinjer for besøkende

Dersom pasienten får besøk sier MRSA-veilederen (2009) at besøkende ikke trenger å bruke beskyttelsesutstyr, men må utføre håndhygiene før rommet forlates. Besøkende som er helsepersonell anbefales å bruke beskyttelsesutstyr. I både Isoleringsveilederen (2003) og i en brosjyre fra Oslo Universitetssykehus (OUS) fra 2015 står det at besøkende til MRSA-isolerte skal følge de samme retningslinjene som personalet og at de skal instrueres i bruk av beskyttelsesutstyr i form av smittefrakk, hansker og munnbind, samt riktig håndhygiene. I følge OUS skal besøkende ikke bruke personlige eiendeler inne på pasientrommet, og heller ikke spise eller drikke under besøket. De skal ikke forsyne seg med mat/drikke på sengeposten eller benytte kafeteria, kantine eller kiosk på sykehuset. Det er viktig at alle besøkende vasker eller spriter hendene grundig når de går ut av rommet. Besøkende skal unngå å besøke andre pasienter etterpå (Oslo Universitetssykehus, 2015).

2.2 Den MRSA-isolerte pasienten

2.2.1 Psykososiale konsekvenser av isolasjon

Menneskets psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell del og en relasjonell del. Den emosjonelle delen innebærer blant annet et behov for å oppleve trygghet og kontroll over eget liv, samt behovet for individuell sykepleie. Den relasjonelle delen innebærer behovet for sosial kontakt, gode relasjoner, følelsesmessig støtte og et sosialt engasjement som er meningsfylt. Psykososiale behov ved sykdom handler om hvordan pasienten opplever det å være syk. Alle mennesker reagerer ulikt på sykdom og mestringen av sykdommen vil være individuell. Fysiske og psykososiale faktorer påvirker hverandre og fungerer som en helhet i hvert enkelt menneske og sykepleieren skal ivareta de psykososiale behovene som en del av den helhetlige pasientomsorgen (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2004; Stubberud, 2013a).

Det er en påkjenning å oppholde seg i et lite rom over tid. I følge Rygh et al. (2016) er angst, utrygghet, ensomhet, kvalme, forvirring, skyldfølelse, rastløshet, irritasjon, manglende privatliv, frihetsberøvelse og inaktivitet er noen av de vanligste problemene isolerte pasienter opplever. Omtrent alle som blir isolert opplever ett eller flere av disse problemene, og isolatet avskjærer pasienten fra omverdenen slik at rommet kan oppleves som en fengselscelle. I verste fall kan pasienten reagere med sinne, utagering eller utvikle en psykose.

Beskyttelsesutstyret er en konstant påminnelse om at man har en smittsom sykdom og kan gi pasienten en følelse av å være en smittespreder og «spedalsk» (Rygh et al., 2016). Stigma kan defineres som annerledeshet som er uønsket, der omgivelsene gir en respons på opplysninger om sykdommen som gjør at pasienten føler seg stigmatisert. MRSA-diagnosen i seg selv kan føre til stigmatisering, ettersom pasienten selv kan være redd for å smitte andre og andre er redde for å bli smittet. Årsaken til dette er ofte manglende kunnskap (Lode, 2016).

I følge Stubberud (2013a) kan akutt og kritisk sykdom føre til ulike psykososiale reaksjoner hos mennesket. Opplevelsen av å være isolert er svært individuell. Utrygghet og angst kan være vanlig, da pasienten kan oppleve usikkerhet både knytte til isolasjonen, men også til selve MRSA-diagnosen. Sårbarhet er en følelse av at andre enn en selv har kontroll over ens liv og pasienten kan oppleve å være avhengig av helsepersonellet. Denne avhengigheten kan oppleves negativt dersom pasienten opplever å ikke å få tilstrekkelig omsorg og helsehjelp. Fremmedgjøring er en opplevelse av at situasjon er totalt annerledes enn hva pasienten er vant til, og kan derfor oppstå hos isolerte. Pasienten på isolat er lukket inne på et rom uten kontroll

over hvem som kan gå inn og ut, samtidig som at alle som kommer inn er ikledd beskyttelsesutstyr. Dette kan bidra til avhumanisering, som betyr at pasienten opplever seg selv som et objekt mer enn som et menneske. Dette kan true pasientens autonomi fordi han eller hun ikke har kontroll i situasjonen. Pasienter på isolat blir flyttet vekk fra sitt vannte miljø og kan derfor oppleve å være atskilt fra viktige støttepersoner som familie og venner. Selve MRSA-isolasjonen kan føre til psykisk stress og dermed være en belastning for personen. Det kan oppleves ubehagelig og pasienten kan for eksempel reagere med angst. Psykisk stress kan derfor gjøre det utfordrende for sykepleieren å ivareta pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2013a, ss. 21-30).

2.2.2 Psykososiale behov ved isolasjon

Mestring

Et mål ved sykdom er at pasienten opplever personlig kontroll i situasjonen, ettersom det kan redusere opplevelsen av psykisk stress og dermed bidra til mestring. Mestring handler om evnen til å håndtere og stå i mot stress, utfordringer og oppgaver som en møter på i løpet av livet (Store Norske Leksikon, 2019). I følge Lazarus og Folkman (1984) beskrives mestring som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen (Gjengitt etter Lode, 2016, s. 41). Pasienter som er isolerte har behov for å mestre isolasjonen, noe som innebærer at personen har kontroll på sine egne følelser og reaksjoner, samt forholder seg hensiktsmessig til situasjonen (Lode, 2016; Stubberud, 2013a).

Empowerment

Empowerment er en forutsetning for mestring og kan forklares som «egenkraftmobilisering» eller «myndiggjøring». Det handler om at den som er isolert skal oppleve økt kontroll over faktorer som påvirker helsen, noe som krever kunnskaper og ferdigheter (Lode, 2016). Empowermentprosessen handler om å ha en dialog med trygghet, tillitt og anerkjennelse, der pasienten får hjelp til å stimulere sine ressurser og utvikle mestringskompetanse. Fraværende empowerment kan beskrives som opplevelsen av manglende kontroll over eget liv (Eide & Eide, 2017, ss. 15-45; Kristoffersen, 2016).

2.3 Sykepleiefaglig rammeverk

2.3.1 Relevante sykepleiefaglige funksjonsområder

Den helsefremmende funksjonen til sykepleieren inngår i denne oppgaven ved at sykepleieren sørger for å ivareta det helhetlige mennesket, herunder de psykososiale behovene. Dette bidrar til å fremme pasientens helse. Sykepleierens forebyggende funksjon handler om å hindre spredning av smittsomme sykdommer, samt å forebygge sykdom. I denne oppgaven rettes denne funksjonen mot å forebygge konsekvenser av isolasjon, samtidig som sykepleieren skal hjelpe pasienten å mestre isolasjonstiden. Sykepleierens undervisende funksjon går som en rød tråd gjennom disse funksjonene, da den undervisende og veiledende funksjonen kan brukes til å både fremme helse og forebygge sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016; Stubberud, 2013a).

2.3.2 Haviks kontrollmodell

I følge Stubberud (2013a) er det et mål at pasienten opplever personlig kontroll for å kunne mestre psykisk stress og sykdom. Haviks kontrollmodell handler om hvordan vi best kan forstå og ivareta pasienters psykologiske behov ved somatisk sykdom, og er derfor relevant å anvende i drøftingen av problemstillingen (Havik, 1989).

Modellen tar for seg hvordan ulike faktorer ved sykdom og behandlingssituasjonen kan gi økt opplevelse av kontroll og mening. *Kognitiv kontroll* handler om behovet for informasjon, noe som igjen kan føre til forutsigbarhet. Manglende informasjon og uforutsigbarhet kan føre til usikkerhet og frykt hos pasienten og være svært belastende. *Instrumentell kontroll* handler om behovet for å oppleve mestring, gjennom egne muligheter til å påvirke de positive og negative konsekvensene. Felles er å oppleve kompetanse, altså at man har nødvendige ferdigheter for å løse problemer og nå ønskede mål, versus det å oppleve hjelpeløshet. *Emosjonell kontroll* innebærer behovet for emosjonell støtte og det å føle nærhet og tilhørighet. Tilgang på emosjonell støtte hos voksne kan redusere de negative belastningene som sykdom kan medføre. Disse tre har gjensidige påvirkningsforhold, og for eksempel kan en følelse av hjelpeløshet aktivere behovet for emosjonell støtte og omvendt. Pasientens mulighet til å innhente informasjon, planlegge, ta avgjørelser, samt påvirke fysiske og sosiale omgivelser er en del av kontrollbegrepet (Havik, 1989; Stubberud, 2013a)

I følge Stubberud (2013a) er hensikten med modellen at forekomsten av følelsesmessige reaksjoner som kan forsinke eller vanskeliggjøre pleie og behandling skal reduseres. Dette innebærer å forebygge at de psykologiske reaksjonene som isolerte pasienter opplever utvikles til varige psykiske problemer. Målet er å fremme pasientens tilpasning til behandlingssituasjonen og øke etterlevelsen av isoleringsregimet. Haviks modell kan brukes av sykepleieren til å hjelpe pasienten med å oppnå mestring.

2.3.3 Kommunikasjon og informasjon

Kommunikasjon handler om å gjøre noe felles og kommunikasjon i relasjoner kan defineres som det å utveksle verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. En relasjon er når en gjenstand står i forbindelse med en annen og kan brukes som betegnelse på forholdet mellom to mennesker. God kommunikasjon og informasjon vil kunne bidra til trygghet, forutsigbarhet, mestring og mening for pasienten ved sykdom. Det å benytte hjelpende kommunikasjon er en forutsetning for empowerment og innebærer blant annet å få frem pasientens perspektiv og forsøke å forstå pasientens unike psykososiale kontekst. Slik kan pasienten stimuleres til å utøve bevare og utøve kontroll der det er mulig (Eide & Eide, 2017, ss. 15-45). Nonverbalt og verbalt bekreftende ferdigheter er det kommunikative grunnlaget for empowerment. Nonverbal kommunikasjon innebærer ansiktsuttrykk, mimikk, øyekontakt, kroppsspråk, stemme og berøring. Den nonverbale kommunikasjonen signaliser om sykepleieren lytter og har betydning for pasientens følelse av trygghet (Eide & Eide, 2017, ss. 135-154). Bekreftende kommunikasjon innebærer ferdigheter som formidler gjennom ord at man har forstått det sentrale i det den andre personen formidler. Dette viser anerkjennelse og respekt og fyller et psykologisk behov for tilknytning og nærhet (Eide & Eide, 2017, ss. 155-189).

Informasjon handler om å formidle opplysninger og kunnskap gjennom kommunikasjon mellom mennesker, og er en del av empowermentprosessen (Eide & Eide, 2017, s. 218). Informasjon er viktig for å oppleve forutsigbarhet og kontroll i en situasjon, da det kan forebygge og redusere angst og psykisk stress. Det er sykepleierens oppgave å sørge for at pasienten forstår informasjonen for å kunne mestre sin rolle som pasient.

Kommunikasjonsferdighetene som benyttes bør derfor ta utgangspunktet i målet og hensikten med informasjonen som skal gis (Kristoffersen, 2016; Stubberud, 2013a).

2.3.4 Juridiske perspektiver

Smittevernloven (1994) har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer og i § 5-4 står det blant annet at tiltakene under isolering skal være begrenset til det helt nødvendige og at «oppholdet skal så langt råd er gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende». Pasienten har i følge Smittevernloven (1994) §2-1 rett til personlig smittevernveiledning, og helsepersonell har plikt til å gi informasjon og personlig smittevernveiledning. Den gitte informasjonen skal dokumenteres i pasientjournalen. Både Helsepersonellovens (1999) § 10 og Pasient- og Brukerrettighetslovens (1999) § 3-2 omhandler pasientens rett til informasjon og helsepersonellens plikt til å gi informasjon. I følge § 3-8 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er opplæring av pasienter og pårørende en oppgave som sykehuset skal ivareta. Sykehuset plikter å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta. I §3-10 står det at helsepersonell som arbeider på sykehuset skal ha den opplæringen som er påkrevd for å kunne utføre forsvarlig helsehjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

2.3.5 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene baserer seg på den etiske utførelsen av sykepleie og sier blant annet at sykepleieren skal ha en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren skal ivareta helhetlig omsorg for hver enkelt pasient og ettersom fysiske og psykososiale faktorer påvirker hverandre og fungerer som en helhet i hvert enkelt menneske, er det å ivareta pasientens psykososiale behov en viktig sykepleieoppgave (Stubberud, 2013a). Sykepleieren skal i følge de yrkesetiske retningslinjene respektere pasientens autonomi, altså retten til å ta egne valg som har betydning for eget liv og helse. Dette forutsetter at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon og sykepleieren skal forsikre seg om at informasjonen er forstått. På denne måten kan sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg (Brinchmann, 2016).

3 Metode

I dette kapittelet vil oppgavens metode presenteres. Videre følger en redegjørelse av fremgangsmåten for å finne forskningsartikler og annen relevant teori. Kapittelet avsluttes med kildekritikk.

3.1 Litterær oppgave

Sosiologen Wilhelm Aubert (1985) formulerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Gjengitt fra Dalland, 2017, s. 51). En metode er altså et verktøy som hjelper oss med å samle informasjon om et tema vi ønsker mer kunnskap om. Denne oppgaven er bygget opp som en litterær oppgave, som vil si at den er basert på eksisterende fagkunnskap og teori fra skriftlige kilder som danner grunnlag for drøfting og argumentasjon (Dalland, 2017).

I begynnelsen av arbeidet med bacheloroppgaven leste jeg faglitteratur om temaet for å få en oversikt og danne et utgangspunkt for innholdet i oppgaven. For å belyse og forsøke å besvare min problemstilling har jeg benyttet meg av relevant pensumlitteratur fra bachelorutdanningen i sykepleie og annen selvvalgt litteratur fra skolens bibliotek, samt forskningsartikler funnet gjennom litteratursøk i databaser. I tillegg har jeg benyttet meg av offentlige dokumenter og anerkjente nettsider som eksempelvis Lovdata, Folkehelseinstituttet og Norsk Sykepleieforbund. På denne måten har temaet og problemstillingen blitt belyst fra ulike sider og perspektiver.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Cinahl er hovedsakelig benyttet som database for søk etter forskningsartikler. Swemed+ er benyttet som database for en av artiklene. Søkene er avgrenset til engelske eller norske artikler, og utgitt mellom 2009 til 2019 for å få frem oppdatert fagkunnskap. For å få frem relevante artikler benyttet jeg meg av et PICO-skjema for å finne aktuelle søkeord ut fra oppgavens tema. De valgte søkeordene presenteres i tabell på side 12. Ved å legge inn «nurs*» i søkefeltet på noen av søkene mine i Cinahl kunne jeg få opp artikler med sykepleiefaglig relevans. Jeg har gått inn på relevante overskrifter, lest sammendraget og sett kritisk på hensikt og metode før jeg har lest aktuelle artikler grundig. Jeg har kun valgt artikler som gjelder aldersgruppen jeg har fokus på og isolering på sykehus, ettersom for

eksempel sykehjem har andre retningslinjer. Det var ikke alle artiklene jeg fikk tilgang på og jeg måtte derfor kontakte biblioteket for å få tak i disse. Det har vært noe utfordrende å finne forskningsartikler som omhandler sykepleiens intervensjoner hos MRSA-isolerte pasienter, ettersom forskningsfeltet på dette område ikke er så stort. Flere av artiklene fokuserer derfor på pasienters opplevelse av å være isolert og sykepleierens erfaringer med isolerte pasienter.

3.3 Søketablell

Søkeord og kombinasjoner i CINAHL	Begrensninger	Antall treff	Valgte artikler og nummer på disse
“Patient Isolation” AND “Patient Care” AND “Depression” OR “Anxiety”	Fra 2009 Engelsk Fulltekst	4	Nr. 3: “Effects of isolation on patients and staff”
“Patient Isolation” AND “Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus” AND “Stress, Psychological” OR “Psychological Well-being”	Fra 2009 Engelsk	4	Nr. 4: “How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients” Denne var ikke tilgjengelig fulltekst via Cinahl, men fikk tak i den med hjelp fra biblioteket.
“Patient Isolation” AND “Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus” AND “Nursing practice”	Fra 2009 Engelsk	4	Nr 4: “Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice”
“Patient Isolation” AND “Ethics, Medical” OR “Ethics” AND “Nurs*” (fritekst)	Fra 2009 Engelsk Fulltekst	14	Nr. 13: “Isolating infectious patients: Organizational, clinical and ethical issues”
“Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus” AND “Patient Experience” (fritekst)	Fra 2009 Engelsk	15	Nr. 6: “MRSA – Global threat and personal disaster – patient’s experiences”

Søkeord og kombinasjoner i Svemed+	Begrensninger	Antall treff	Valgte artikler og nummer på disse
«Sykepleie» og «MRSA»	Fra 2009	1	Nr. 1: «Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier»

3.4 Kildekritikk

Det er viktig å stille strenge krav til hvilke kilder som benyttes når en oppgave besvares. I følge Dalland (2017) skal det vurderes om kildene er relevante, gyldige og holdbare, hvem som har skrevet teksten og hva slags tekst det er. Faglitteraturen som er anvendt i denne oppgaven er for det meste blitt benyttet som pensumlitteratur gjennom bachelorutdanningen og alle bøkene er lånt fra skolens bibliotek, noe jeg mener bidrar til å kvalitetssikre oppgaven.

Hovedsakelig er Cinahl benyttet til litteratursøk, noe som kan ha ført til at jeg har gått glipp av relevante artikler. Enkelte andre databaser er også benyttet til søk uten å ha gitt så mange ønskede resultater. De fleste forskningsartiklene er skrevet på engelsk, noe som kan være en svakhet ettersom min oversettelse og tolkning av funnene kan være feilaktig. Alle artiklene er fagfellevurderte, som vil si at de er vurdert og godkjent av personer som er eksperter på fagfeltet, noe som er med på å kvalitetssikre oppgaven. Alle er skrevet av fagpersoner og publisert i anerkjente tidsskrift, eksempelvis Journal Of Clinical Nursing og American Journal of Infection Control. Ingen av artiklene er eldre enn 10 år, og dermed er de fleste relativt nye og oppdaterte (Dalland, 2017).

I de valgte forskningsartiklene er studiene utført i England, Sverige og Spania. Dette kan være en svakhet i oppgaven, da oppbygningen av helsesystemet i disse landene kan være noe annerledes enn i Norge, samtidig som retningslinjene for isolering kan være noe ulike. Likevel mener jeg at studiene er overførbare ettersom opplevelsen av å være isolert ikke nødvendigvis er så ulik. MRSA kan ramme mennesker i alle aldre, og derfor er aldersspennet i artiklene bredt. I flere av studiene som er utført blir det avdekket funn som er tilnærmet like, noe som indikerer at svarene er anvendbare og pålitelige.

Flere systematiske oversiktsartikler er benyttet i denne oppgaven, ettersom funnene i disse gir et mer helhetlig bilde av de funn og resultater som er relevante. Oversiktsartikkelen "Isolating infectious patients: organizational, clinical, and ethical issues" av Gould et al. (2018) inkluderer også pasienter som er isolert for andre infeksjoner enn MRSA. I denne artikkelen står ikke funnene i direkte sammenheng med diagnosen og det kan antas at opplevelsen av å være isolert er noe overførbart uavhengig av diagnose (Dalland, 2017).

Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er benyttet til å drøfte problemstillingen. Kvalitative studier er inkludert ettersom jeg ønsket å få frem reelle erfaringer og opplevelser knyttet til isolering, fra både pasienter og sykepleiere. Denne metoden innhenter mange opplysninger fra få personer, noe som vil kunne gi en dybdekunnskap om temaet. Kvantitative artikler får frem målbare enheter og objektive data, altså eksakt faktakunnskap, og innhenter lite opplysninger fra mange, noe som gir breddekunnskap (Thidemann, 2015).

I følge studiestedets retningslinjer for oppgaveskriving er det foretrukket å anvende primærkilder, og det skal fremkomme tydelig når det er benyttet sekundærkilder (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2019). Jeg har hovedsakelig benyttet primærkilder så langt det har vært mulig, og fylt på med sekundærkilder der dette har vært aktuelt. Det meste av faglitteraturen som er anvendt er relativt nytt og oppdatert. Til tross for at Haviks kontrollmodell er fra 1989 anser jeg likevel denne som relevant i dag, da den presenteres i nyere pensumlitteratur som eksempelvis «Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom». Jeg har benyttet primærkilden og supplert med sekundærkilden, ettersom den har skrevet utdypende om å bruke modellen i sammenheng med ivaretagelse av pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2013a).

3.5 Etiske vurderinger

Der det er brukt egne erfaringer for å underbygge argumenter, omtales personer på en respektfull måte og arbeidsstedet er anonymisert for å ivareta taushetsplikten, som forankres i Helsepersonellovens § 21 (1999).

4 Presentasjon av forskningsartikler

For å belyse og drøfte min problemstilling har jeg valgt ut 6 artikler og systematisk presentert hensikt, metode og hovedfunn i en artikkelmatrise.

Artikkelmatrise

N r.	Forfatter(e) / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design / metode	Funn
1.	Lupi3n-Mendoza C., Ant3nuez-Dom3nguez M. J., Gonz3lez'-Fern3ndez C., Romero-Brioso C. & Rodriguez-Bano J. (2015)	“Effects of isolation on patients and staff”	American Journal of Infection Control (43)	Unders3ke ulike aspekter og potensielt skadelige virkninger av isolasjon, for 3 kunne identifisere ytterligere omr3der for intervensjon.	To studier ble utf3rt p3 et sykehus i Spania. Den f3rste studien var en kasus-kontrollstudie med 72 voksne som var isolerte og 72 som ikke var isolerte. Den andre studien var en kvalitativ studie der 28 helsearbeidere ble intervjuet med 3pne sp3rsm3l.	Isolering har b3de positive og negative sider. Pasienter begrenset bes3kende selv i redsel for 3 smitte familien. Helsearbeiderne uttrykte at det tok mer tid 3 ta p3 smittefrakk og at de derfor kun gikk inn p3 rommet n3r det var n3dvendig. De fortalte at de ofte bes3kte de isolerte til slutt, og brukte p3r3rende som budbringere i stedet for 3 kle p3 seg og snakke direkte med pasienten selv.
2.	Jones, D. (2010)	“How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients”	Nursing times 106 (36)	Unders3ke hvordan den negative psykologiske effekten av MRSA-isolasjon kan reduseres.	Litteraturgjennomgang av 23 fag- og forskningsartikler som har fokus p3 3 identifisere effektene av isolasjon.	Isolasjon har potensielt negative psykologiske konsekvenser. Gjennom god informasjon og undervisning, god kommunikasjon, tilrettelagt milj3 kan de negative effektene av isolasjon forebygges. Ved 3 styrke empowerment kan pasienten f3 3kt opplevelse av kontroll. Stigma b3r forebygges.
3.	Andersson H., Lindholm C. & Fossum B. (2011)	“MRSA – Global threat and personal disaster – patient’s experience s”	International Nursing Review (58)	Unders3ke og beskrive pasienters kunnskap, oppfatninger og erfaringer med 3 v3re MRSA-positive.	En kvalitativ studie der 15 pasienter med MRSA-infisert s3r ble intervjuet. All dataen ble transkribert og analysert.	Ulike opplevelser med 3 f3 diagnosen MRSA-positiv. En sjokklignende opplevelse preget av stigmatisering og smittefrykt. Sykepleiere hadde manglende kunnskaper om MRSA som f3rte til un3dvendige misforst3elser, frykt, sosial isolasjon og lidelse. Kunnskap og empati fra helsepersonell n3dvendig for 3 optimalisere pasientens opplevelse. Oppl3ring av ansatte for 3 m3te pasientenes krav p3 informasjon og forebygging av smitte er essensielt.
4.	Gould D. J., Drey N. S., Chudleigh J., King M.-F., Wigglesworth N. & Purssell E. (2018)	“Isolating infectious patients: organizational, clinical, and ethical issues”	American Journal of Infection Control (46)	Identifisere organisatoriske, kliniske og etiske utfordringer knyttet til isolasjon.	Kvantitativ online unders3kelse med 3pne sp3rsm3l der 49 svar ble analysert.	Pasienter f3r mangelfull informasjon om isoleringstiltaket. Det er funnet at bedre kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell, samt bedre kvalitet p3 rommene og gode fasiliteter kan forebygge konsekvensene av isolasjon. Det er ogs3 etiske dilemmaer knyttet til isolering, som diskuteres i artikkelen.

5.	Barratt R. L., Shaban R. & Moyle W. (2011)	“Patient experience of source isolation: Lessons from clinical practice”	Contempor ary Nurse (2)	Undersøke hvilke fysiske og psykiske effekter isolasjon kan ha på pasienten, for å identifisere hvordan sykepleien til pasienten kan forbedres.	Litteratur- gjennomgang som tar for seg 21 vitenskapelige artikler om effekten av å være isolert med MRSA eller andre infeksiøse sykdommer.	Isolasjon har både positive og negative effekter for pasientene, blant annet angst, stress og depresjon men også stillhet og privatliv. Faktorer som kan hjelpe pasienten til å mestre isolasjonen og redusere de negative konsekvensene er blant annet å ha en form for kontroll, å ha sosial kontakt med andre, forbedre kommunikasjonen og informasjonen, styrke pasientens empowerment, samt å forbedre det fysiske miljøet på isolatet.
6.	Lunde, L., & Moen, A. (2014)	“Sykepleie til pasienter med multiresist ente bakterier”	Sykepleien forskning (3)	Undersøke sykepleieres kunnskap og atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier.	Beskrivende tverrsnittsstudie basert på 107 returnerte spørreskjemaer der svarene fra sykepleiere på en infeksjonspost ble sammenliknet med svar fra sykepleiere på andre medisinske poster.	Sykepleiere på infeksjonsposter hadde høyere kunnskap om multiresistente bakterier. Alle sykepleierne fikk høy skår på egenrapportert atferd. Sykepleierne vet hvilket utstyr som skal brukes til smittevern, men ikke alle kan gjøre rede for hvorfor. Økt kunnskap kan påvirke egenrapportert kompetanse og trygghet.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil forskning og litteratur drøftes opp mot problemstillingen: «Hvordan kan sykepleieren ivareta de psykososiale behovene til MRSA-isolerte pasienter på sykehus?»

5.1 Kognitiv kontroll

Ut fra egne erfaringer kan MRSA-isolerte pasienter være preget av lite kunnskap og mye usikkerhet. Dette støttes av forskningen til både Baratt et al. (2011), Jones (2010) og Gould et al. (2018), som alle har funnet at det å oppleve kontroll i situasjonen kan hjelpe pasienten til å mestre isolasjonen. Ved å ivareta pasientens psykososiale behov og fremme kontroll kan sykepleieren dermed bidra til mestring (Stubberud, 2013a).

5.1.1 Kommunikasjon for å etablere en relasjon

I følge Rygh et al. (2016) er god kommunikasjon, en forutsigbar dag og tillit til personalet viktige faktorer for å hjelpe pasienten med å mestre isolasjonstiden. Funnene til både Barratt et al. (2011) og Gould et al. (2018) hevder at forbedret kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient bidrar til å redusere angst og andre negative følelser assosiert med isolasjon. For å kunne etablere en relasjon er god kommunikasjon helt grunnleggende, og ved det første møtet bør sykepleieren først og fremst presentere seg med navn og håndhilse på pasienten. Underveis i samtalene vil det å vende seg mot pasienten og holde øyekontakt kunne bidra til å fremme den emosjonelle kontrollen. På denne måten kan pasienten føle seg sett og respektert (Heyn, 2015).

Barratt et al. (2011) hevder at beskyttelsesutstyret er en fysisk barriere for kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Den nonverbale kommunikasjonen blir utfordret når sykepleieren tar på seg beskyttelsesutstyret. Pasienten ser kun øynene til sykepleieren og opplever ikke direkte hudkontakt, noe som fører til at ansiktsuttrykk og kroppsspråk ikke blir like tydelig. Dette kan skape en avstand i relasjonen og begrense informasjonsutvekslingen (Rygh et al., 2016). Derfor bør sykepleieren være spesielt bevisst på hva som formidles nonverbalt gjennom berøring, kroppsholdning, stemme og blick. En tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for pasientens medvirkning i empowermentprosessen (Eide & Eide, 2017, ss. 135-154).

I følge Barratt et al. (2011) ser ikke pasienter alltid forskjell på de ansatte, og et tiltak som bli foreslått er å henge opp bilder av de ansatte med navn inne på isolatet. Et annet forslag er å vise seg uten beskyttelsesutstyr før en går inn på rommet, dersom dette lar seg gjøre. Det kan være vanskelig for pasienten å forstå hva sykepleieren sier gjennom munnbindet. Dette støttes av egne erfaringer ettersom jeg ofte har blitt bedt om å gjenta det jeg har sagt. Sykepleieren bør snakke tydelig og være bevisst den nonverbale kommunikasjonen med pasienten. Hos pasienter som ikke har norsk som sitt morsmål kan det være ekstra utfordrende å kommunisere med bruk av beskyttelsesutstyr, og sykepleieren bør derfor sørge for at pasienten får tolk (Fonn, 2018; Rygh et al., 2016).

For å fremme god kommunikasjon kan sykepleieren bruke bekreftende kommunikasjon, som blant annet innebærer å lytte aktivt, bruke god tid, gi oppmuntring, reformulere det pasienten sier og speile følelser. Bekreftende ferdigheter, både nonverbalt og verbalt, er grunnlaget for empowerment. Å bekrefte nonverbalt kan for eksempel være å gi et nikk eller et smil, mens verbalt kan det være å si «jeg forstår» eller «huff så trist». Slik kan sykepleieren formidle anerkjennelse og forståelse for det pasienten forsøker å formidle, og pasienten kan føle seg hørt og forstått. Ved å vise innlevelse og tilpasse tempoet og samtalen til den enkelte kan sykepleieren skape trygghet og tillit, noe som er avgjørende for en god relasjon. Pasienten får stimulert sine ressurser og kan utvikle mestringskompetanse (Eide & Eide, 2017, ss. 155-189; Kristoffersen, 2016).

I følge Heyn (2015) er det å oppfordre pasienten til å stille spørsmål og bruk av ulike kartleggingsverktøy nyttig for å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Ved å være lydhør for pasientens bekymringer og lese signalene som kommuniseres, kan sykepleieren bidra til å redusere utrygghet hos den isolerte. Dette er spesielt aktuelt hos pasienter med forventet lang isolasjonstid, for eksempel hos de med sårinfeksjon (Segesten, 2016; Jones, 2010). Sykepleierens kommunikasjon med pasienter på isolat er ofte knyttet til prosedyrer og gjøremål. Derimot kan pasienten ha behov for å snakke om helt vanlige ting, noe som er viktig å huske på når sykepleieren går inn til isolerte pasienter (Rygh et al., 2016).

I følge Barratt et al. (2011) bør primærsykepleie etterstrebes for å skape kontinuitet og stabilitet. Stubberud (2013a) understreker dette ved å si at pasienten bør ha færrest mulig sykepleiere å forholde seg til, ettersom det vil bidra til å skape struktur og trygghet. Dårlig organisering av sykepleiearbeidet kan føre til at pasienten har mange å forholde seg til, og

dermed kvier seg for å kommunisere sine behov. Sykepleien bør tilpasses etter pasientens individuelle behov for å fremme opplevelsen av trygghet (Segesten, 2016).

5.1.2 Sykepleierens kunnskaper

Det å være isolert med MRSA kan være svært stressende, og kunnskap og empati fra helsepersonell er nødvendig for å optimalisere pasientens opplevelse (Andersson, Lindholm, & Fossum, 2010). En forutsetning for å gi informasjon til pasienten er at sykepleieren har god og oppdatert kunnskap om MRSA og aktuelle isoleringsregimer. Dette forankres i de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleieren har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og sikre at egen praksis er faglig forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I følge (Pfeiffer, 2002) har sykepleieren som faglig leder et ansvar for å kvalitetssikre sykepleien ved å holde seg faglig oppdatert, og det er avdelingslederen som har ansvar for at personalet har den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig. Etter endt utdanning skal sykepleieren i følge kunnskapsdepartementets rammeplan (2008) ha kompetanse til å kunne undervise og veilede pasienter for å ivareta behovet for informasjon og veiledning. (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Det er lovpålagt i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 at helsepersonell skal ha den påkrevde opplæringen for å kunne utføre forsvarlig helsehjelp (1999). Derimot viser en undersøkelse av Hansen & Lunde (2019) at rundt en fjerdedel av de ansatte på et sykehus ikke følger retningslinjene for bruk av beskyttelsesutstyr i forbindelse med isolerte pasienter. Det er funnet at manglende kunnskap om MRSA blant pasienter og sykepleiere kunne føre til unødvendige misforståelser, frykt, sosial isolasjon og lidelse (Andersson, Lindholm, & Fossum, 2010). I funnene til Jones (2010) fremkommer det at noen sykepleiere selv var redde for å bli smittet, og at dette kunne påvirke sykepleien til pasienten. Dette kan tyde på at ikke alle sykepleiere har god nok kunnskap om MRSA, til tross for at det er lovpålagt å holde seg faglig oppdatert.

Lunde & Moen (2014) fremhever at sykepleiere har god kunnskap om hvilket beskyttelsesutstyr som skal benyttes ved isolering, men at ikke alle kan gjøre rede for hvorfor. I følge Andersson et al. (2010) erfarte pasientene at noen sykepleiere tok på seg fullt beskyttelsesutstyr, mens andre gikk inn med kun hansker. Ulik praksis og usikkerhet blant sykepleiere kan skape utrygghet og frustrasjon hos pasienten. Derfor bør alle som skal inn på rommet følge de samme retningslinjene og opptre likt. Jones (2010) beskriver anbefalinger

for praksis som blant annet undervisning til sykepleiere om MRSA og smitteoverføring. Undervisning og informasjon til pårørende trekkes frem som et tiltak for å beskytte pasientene mot stigmatisering. For å få flere til å bruke beskyttelsesutstyr på riktig måte foreslår Hansen & Lunde (2019) å gjennomføre et undervisningsopplegg og bruke plakater for å minne sykepleiere på hvilke retningslinjer som er gjeldende. Dette bør gjøres med jevne mellomrom for å opprettholde kunnskapen blant de ansatte. Undervisning av helsepersonell og pasienter er altså et viktig tiltak for å forebygge negative konsekvenser av isolasjon (Gould, et al., 2018).

5.1.3 Informasjon til pasienten

God informasjon er grunnleggende for å oppleve kontroll, ettersom det fører til trygghet og forutsigbarhet, og gir pasienten en oversikt over situasjonen (Eide & Eide, 2017, ss. 217-236). Både Barratt et al. (2011) og Gould et al. (2018) påstår at forbedret informasjonsgiving er en intervensjon som kan redusere de negative følgene av å være isolert. Dette bekreftes av Stubberud (2013a) som sier at informasjon vil forebygge angst og utrygghet, som er vanlige følelser ved isolasjon. Det å ha kontroll og mestre isolasjonen forutsetter imidlertid at pasienten får den nødvendige kunnskapen til å kunne delta aktivt (Barratt et al., 2011). Ved å gi informasjon kan sykepleieren bidra til at pasienten får kunnskap og forståelse for årsaken til isolasjonen, og ser en mening med den. For oppnå empowerment kreves det kunnskaper og ferdigheter, og gjennom å styrke pasientens ressurser kan sykepleieren fremme autonomien. Dette bidrar til helsefremming ved at pasienten får en økt følelse av kontroll over sin egen helse (Stubberud, 2013b).

MRSA-veilederen understreker at god informasjon også er med på å forebygge smittefrykt og stigmatisering (Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009). Sykepleieren har i følge Smittevernlovens §2-1 (1994) en plikt til å gi informasjon, samtidig som det er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) § 3-2 at pasienten har rett til å få informasjon. Til tross for at sykepleieren er lovpålagt å gi pasienten informasjon, viser forskningen at dette ikke alltid etterleves i praksis. Det er gjennomgående at mangelfull eller utilstrekkelig informasjon er en fremtredende årsak til utrygghet hos MRSA-isolerte (Barratt et al., 2011). I følge Jones (2010) visste kun halvparten hva MRSA var til tross for at de selv hadde det. Noen beskrev MRSA som et insekt eller et virus og mange visste ikke hvordan det smittet eller hvor lenge det ville vare. Noen trodde det ville forsvinne når de ble utskrevet fra sykehuset. Ifølge Gould et al. (2018) ble noen pasienter isolerte uten forklaring, noe som

tyder på en tydelig svikt i kommunikasjonen. På bakgrunn av disse funnene kan det se ut til at erfaringene med å få informasjon rundt isolasjonstiltaket varierer mye, noe egne erfaringer også støtter opp under. Dette underbygger viktigheten av at pasienten får god og riktig informasjon, samt at sykepleieren sørger for at pasienten forstår hensikten og prinsippene med isolering (Akselsen & Elstrøm, 2016).

5.1.4 Bruk av informerende ferdigheter

Den MRSA-isolerte kan ha lite eller ingen kunnskaper om MRSA og isoleringsregimet fra før av. Sykepleieren bør derfor først og fremst kartlegge pasientens kunnskapsnivå og informasjonsbehov, ved å spørre hva han eller hun vet fra før (Tveiten, 2016). Det er viktig å ta hensyn til pasientens individuelle forutsetninger for å motta informasjon, da tidligere kunnskaper om og forståelse av sykdommen vil kunne påvirke deres reaksjon på å få diagnosen (Andersson et al., 2010). Alder, utdanning, tidligere erfaringer, psykiske lidelser, kultur og språk er eksempler på faktorer som kan påvirke evnen til å motta informasjon. Samtidig er det viktig å huske på at psykisk stress og angst i forbindelse med isolasjonen kan hemme læring (Stubberud, 2013a). I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren fremme pasientens autonomi, noe som forutsetter at pasienten er tilstrekkelig informert. Sykepleieren bør gi informasjon som er tilpasset den individuelle pasienten og sørge for at informasjonen er forstått, før pasienten får mulighet til å ta selvstendige valg (Brinchmann, 2016).

Sykepleieren kan bruke informerende ferdigheter når informasjon skal gis. Det innebærer blant annet innebærer å unngå å bruke medisinske ord og faguttrykk, men heller forsøke å bruke et forståelig språk, for å unngå å skape mer forvirring for pasienten (Eide & Eide, 2017, ss. 217-236). For å fremme læring er det i følge Tveiten (2016) viktig at innholdet i informasjonen som gis oppleves forståelig og nyttig. Informasjonen bør være konkret og omfatte hva MRSA er, hva isoleringstiltaket innebærer, hvordan smitteoverføring skjer og hva pasienten kan forvente seg av isolasjonen. Det er også viktig å informere om normale reaksjoner ved isolasjon, slik at pasienten er klar over at dette er vanlig (Stubberud, 2013b). Barratt et al. (2011) har funnet at negative symptomer som stress, frykt og angst er relatert til pasientenes mangel på kontroll på grunn av isoleringstiltaket, men også til selve MRSA-infeksjonen. Som Håkonsen (2014) fremhever er forutsigbarhet og kontroll over varighet faktorer som påvirker pasientens mestring. Sykepleieren bør undersøke hvilken betydning

diagnosen har for den enkelte pasienten, noe som avhenger av om pasienten er bærer av MRSA eller har en infeksjon. Dette vil være styrende for hva slags informasjon som gis, for eksempel når det gjelder varighet, behandling og forløp. En bør ikke gi forhåpninger om at isolasjonstiden er kortvarig, og derfor er det bedre å antyde lang isolasjonstid enn for kort (Rygh et al., 2016). På den ene siden kan for mye informasjon på en gang kan virke skremmende. Derimot kan pasienten informeres underveis i sykdomsforløpet for å gi forutsigbarhet. På en annen side kan det å gi for lite eller mangelfull informasjon føre til at pasienten sitter igjen med spørsmål, noe som øker sjansen for at han eller hun blir feilinformert gjennom media og internett, som er vanlige informasjonskilder i dagens samfunn (Andersson et al., 2010). Sykepleieren kan gi informasjon skriftlig for å gjøre det lettere for pasienten å både forstå og huske informasjonen. Det kan også være nødvendig å gjenta informasjonen flere ganger, ettersom stress kan føre til at pasienten glemmer informasjon som er gitt (Eide & Eide, 2017, ss. 217-236; Heyn, 2015).

5.2 Instrumentell kontroll

5.2.1 Å lære pasienten å kjenne

Pasientens egen opplevelse og forståelse av sin sykdom er grunnlaget for psykologisk og sosial tilpasning. For å kunne hjelpe pasienten med å mestre isolasjonen forutsetter det at sykepleieren har kunnskaper om pasientens subjektive opplevelse, noe som underbygges i Isoleringsveilederen (Folkehelseinstituttet, 2004). Pasienten er ekspert på seg og sitt liv og vet best hvordan han eller hun opplever noe og hva de har behov for. Dette er viktig å tenke på som sykepleier når en møter isolerte pasienter som er i en sårbar situasjon. På denne måten kan en kartlegge hvilke områder som er aktuelle for intervensjon for å ivareta de psykososiale behovene hos den enkelte pasienten (Heyn, 2015; Nortvedt & Grønseth, 2016).

Det er ingen tvil om at isolasjon kan medføre psykiske konsekvenser. Likevel finnes det både positive og negative sider med å være isolert. På den ene siden har Baratt et al. (2011) funnet at isolasjon kan føre til angst og depresjon. Dette underbygges av funnene til Jones (2010) hvor isolerte pasienter hadde signifikant høyere nivåer av angst og depresjon sammenliknet med pasienter som ikke var isolerte. På en annen side opplevde de isolerte mer privatliv, intimitet og stillhet, noe som kan være de positive sidene ved isolasjon. Samtidig får denne artikkelen frem at flere av pasientene likevel savnet en romkamerat og muligheten til å kunne

gå ut av rommet sitt når de selv ønsket det (Lupi3n-Mendoza, Ant3nez-Dom3nguez, Gonz3lez-Fern3ndez, Romero-Brioso, & Rodriguez-Bano, 2015). Det 3 f3 uforstyrret s3vnn og muligheten til 3 se p3 TV, samt tid til 3 reflektere var i f3lge Jones (2010) de positive sidene ved isolasjon. Samtidig kunne pasientene f3le seg ekskludert og ensomme.

For 3 l3re pasienten 3 kjenne b3r sykepleieren utforske hvilke ressurser, utfordringer og hjelpebehov den enkelte har, som kan bidra til 3 fremme eller hemme opplevelsen av isolasjonen. Dette avhenger blant annet av alder, tidligere erfaringer, ressurser, st3tte fra andre og varigheten p3 isolasjonstiden (Stubberud, 2013b). Jones (2010) har funnet at opplevelsen ogs3 avhenger av pasientens normale sosiale milj3 og hva han eller hun er vant til 3 ha av sosial kontakt.

For 3 kartlegge pasientens opplevelse kan sykepleieren benytte ulike verkt3y. I f3lge Jones (2010) kan en psykologisk screening brukes for 3 identifisere problemer og gi individualiserte intervensjoner. B3de Jones (2010) og Tveiten (2016) f3r frem at det 3 skrive dagbok kan f3re til pasienten blir klar over sine egne f3lelser og opplevelser, samtidig som det kan hjelpe sykepleieren til 3 forst3 den psykologiske effekten isolasjonen har. Barratt et al. (2011) og Lupi3n-Mendoza et al. (2015) brukte egne skalaer for 3 m3le graden av angst og depresjon. Standardiserte verkt3y kan v3re nyttige, men er derimot ikke alltid tilstrekkelige for 3 f3 frem den individuelle opplevelsen. Sykepleieren b3r v3re oppmerksom p3 ulike psykiske forandringer hos pasienten, som for eksempel sinne, utagering, hallusinasjoner og liknende som kan oppst3 ved lengre tids isolasjon (Rygh et al., 2016).

5.2.2 Tilrettelegging av det fysiske milj3et

P3 isolatet er pasienten lukket inne p3 et rom uten kontroll over hvem som kan komme inn. De som kommer inn g3r ikledd beskyttelsesfrakk, hansker og munnbind, noe som kan gi pasienten en f3lelse av fremmedgj3ring og bidra til psykisk stress. Det fysiske milj3et p3 isolatet og rommets fasiliteter har betydning for hvordan pasienten opplever isolasjonstiden (Rygh et al, 2016). Dette underbygges av b3de Barratt et al. (2011) og Gould et al. (2018) som hevder at forbedrede fasiliteter og standard p3 rommene kan forebygge de negative f3lgene av isolasjon. Barratt et al. (2011) p3st3r at tilrettelegging kan gj3re pasienten til en mer aktiv deltaker og bidra til 3kt kontroll i situasjonen. Dette kan igjen f3re til at pasienten er mindre avhengig av personalet. Milj3et kan tilrettelegges ved 3 for eksempel bringe personlige gjenstander i rommet, som kan gi en god atmosf3re og mindre f3lelse av 3 v3re

innestengt. Muligheten til å ringe på personalet er viktig for å føle en kontakt med omverdenen. Et terapeutisk miljø kan redusere stress og innebærer et rom som er rent og ryddig, har god ventilasjon, en fin utsikt og muligheter for å få frisk luft (Stubberud, 2013a). Bruk av engangsutstyr i forbindelse med måltider er unødvendig og kan i tillegg forsterke opplevelsen av isolasjon for pasienten (Rygh et al., 2016).

For at pasienten skal bli en aktiv deltaker kan sykepleieren hjelpe han eller hun med å finne aktiviteter som kan styrke opplevelsen av mening. Ved å for eksempel legge til rette for at pasienten kan gjøre håndarbeid, løse kryssord, se på TV, høre på musikk eller lese bøker kan sykepleieren bidra til å redusere kjedsomhet (Stubberud, 2013b). Jones (2010) trekker også frem viktigheten at rommets størrelse og innredning, men peker samtidig på at pasientens individuelle ønsker og behov bør tas hensyn til i den grad det er mulig. Ved å for eksempel ha tilgang på en vannkoker, kaffe/te og eventuelt et kjøleskap kan pasienten få en økt følelse av selvstendighet og kontroll. Tverrfaglig samarbeid er viktig for å kunne gi pasienten et variert og godt tilbud. Sykepleier bør derfor informere om ulike tilbud som for eksempel med utlån av bøker eller rehabilitering med fysioterapeut (Rygh et al., 2016).

I funnene til både Gould et al. (2018) og Jones (2010) fremkommer det at isolasjon kan hindre nødvendig rehabilitering hos pasienten på grunn av manglende plass eller mulighet til å få fysioterapi inne på isolatet. Dette kommer i konflikt med Smittevernloven (1994) § 5-4 som sier at isolasjonstiltaket så langt det er mulig ikke skal hindre normal livsutfoldelse, og MRSA skal derfor ikke forhindre eller forsinke nødvendig undersøkelse eller behandling (Akselsen & Elstrøm, 2016). Sykepleieren bør så langt det er mulig tilrettelegge for fysisk aktivitet, da dette øker endorfinproduksjonen i hjernen og har en god effekt på den psykiske helsen (Håkonsen, 2014). Det kan utarbeides en dagsplan/ukeplan i samarbeid med pasienten, ettersom det er vist at det å ha en konkret plan å forholde seg til skaper forutsigbarhet og kan bidra til økt trygghet (Rygh et al., 2016).

5.3 Emosjonell kontroll

5.3.1 Å fremme sosial kontakt med pårørende

Det å være isolert gir reduserte muligheter for sosial kontakt og kan i verste fall føre til sosial isolasjon. I funnene til Barratt et al. (2011) og i funnene til Lupión-Mendoza et al. (2015) kommer det derimot frem at pasientene begrenset besøkene i redsel for å smitte sine nærmeste. Andersson et al. (2010) hevder at det å være MRSA-positiv kan være stigmatiserende som en pest eller spedalskhet. Pasienter beskrev at de følte seg skitne og som en trussel for miljøet rundt seg. Frykten for å smitte andre og å bli avvist av andre var ofte uttrykt. Flere av forskningsartiklene trekker frem stigmatisering som et vanlig fenomen ved MRSA, og årsaken kan være at mange ikke vet hvordan det smitter. Dette kan tyde på at manglende informasjon kan bidra til stigmatisering og dermed føre til reduserte muligheter for sosial kontakt. I følge Jones (2010) mente pasientene at beskyttelsesutstyr som frakk og hansker fikk dem til å føle seg urene. Her fremkommer det at MRSA-infeksjonen i seg selv ikke nødvendigvis ga en negativ psykisk effekt på pasientene, og at de ikke følte seg annerledes. Derimot kunne andres holdninger bidra til stigmatisering.

Både Rygh et al. (2016) og Jones (2010) har funnet at besøk kan redusere ensomhet og gi en bedre opplevelse for pasienten. Dette støttes av Smittevernloven (1999) § 5-4 som sier at isolasjonstiltaket så langt det er mulig ikke skal hindre kontakt med nære pårørende. Dagene på isolatet kan føles uendelige og det kan være et godt avbrett å få besøk av familie og venner for å redusere kjedsomhet. Ved å legge til rette for besøk kan sykepleieren dermed bidra til å fremme den emosjonelle kontrollen hos pasienten. Det kan også være fornuftig å spre besøkene utover dagen, og ettersom pasienten har enerom trenger en ikke å forholde seg til visittiden (Rygh et al., 2010).

Isoleringsveilederen, MRSA-veilederen og brosjyren fra OUS inneholder noe ulike retningslinjer når det gjelder beskyttelsesutstyr for besøkende, noe som kan skape forvirring for både sykepleieren og de besøkende. I følge Rygh et al. (2016) skal pårørende bruke samme beskyttelsesutstyr som personalet. Egne erfaringer viser at ulike retningslinjer blir fulgt i praksis og årsaken ser ut til å være manglende informasjon eller usikkerhet hos den pasientansvarlige sykepleieren. Det er sykepleierens ansvar å informere om gjeldende retningslinjer, samt sørge for at disse er forstått og blir fulgt for å forebygge smittespredning. Som Andersson et al. (2010) beskriver kan det skape forvirring for både pasienter og

pårørende dersom personalet ikke etterlever retningslinjene og opptrer ulikt. Det er viktig at også de besøkende ikke er redde for å stille spørsmål og får svar på det de lurer på for å forebygge utrygghet. Sykepleieren kan også gi både pasient og pårørende en brosjyre med informasjon, da skriftlig materiale kan gjøre det lettere å både forstå og huske informasjon. Informasjon som gis til besøkende skal alltid klareres med pasienten på forhånd (Folkehelseinstituttet, 2004).

5.3.2 Kampen mot klokka

Pasienter erfarer at sykepleiere ikke kommer like ofte innom de som er isolerte. De pasientene som ikke har nære pårørende og ikke får besøk er derfor ekstra utsatt for ensomhet (Rygh et al., (2016). Dette bekreftes i funnene til Jones (2010), som viser at helsepersonell brukte mindre tid inne hos isolerte pasienter, og mangelfull oppmerksomhet fra sykepleierne var et ofte identifisert problem. Pasientene kunne føle seg til bry når de ringte på alarmen fordi sykepleierne måtte ta på seg beskyttelsesutstyr hver gang. Undersøkelser fra Barratt et al. (2011) viser at færre besøk av sykepleiere ga lavere tilfredshet med kvaliteten på helsehjelpen. Dette kan få pasienten til å føle seg neglisjert, sint og engstelig. I følge Lupión-Mendoza et al. (2015) la pasientene merke til forsinkelser blant sykepleierne da de ringte i alarmen. De erfarte også at det tok lengre tid før for eksempel serveringsbrett ble fjernet fra rommet. Sykepleierne på sin side uttrykte at det tok mye tid å ta av og på utstyr, og at de derfor kun gikk innom isolerte pasienter når det var nødvendig. I blant kunne pårørende bli brukt som budbringere, i stedet for at sykepleieren selv tok på seg beskyttelsesutstyr for å snakke direkte med pasienten.

For å ivareta de psykososiale behovene anbefaler Rygh et al. (2016) at sykepleieren bør gå ofte innom den isolerte pasienten og bruke god tid også utenom de konkrete gjøremålene. Dette underbygges av Barratt et al. (2011) som har funnet at ved å gå ofte innom pasienten kan sykepleieren redusere de negative effektene av isolasjonen. Til tross for at både teori og forskning sier at sykepleieren bør bruke god tid inne hos isolerte, viser det seg altså at dette kan være vanskelig å etterleve i praksis. På den ene siden sier Håkonsen (2014) at det å ta seg tid til å være med pasienten viser oppmerksomhet og gir økt trygghet. På den andre siden sier Stubberud (2013a) at det ikke nødvendigvis er tiden som brukes inne hos pasienten som er avgjørende, men hvordan sykepleieren opptrer i øyeblikket.

I følge Fonn (2018) erfarer sykepleiere at pasienter på isolat har et økt behov for kontroll og kan bli opphengt i små detaljer, for eksempel rundt det å få medisiner til et bestemt klokkeslett. Dette kan være vanskelig å etterleve i praksis. Dersom pasienten har måttet vente kan sykepleieren beklage seg for å vise respekt (Heyn, 2015). Samtidig kan det å presisere at man har det travelt gjøre at pasienten føler seg til bry, noe som kan hindre han eller hun i å åpne seg emosjonelt og dermed være et hinder for en god relasjon. Dersom man har liten tid kan det derfor være bedre å avtale at man kommer tilbake senere (Stubberud, 2013a).

Gjennom å planlegge godt og gjøre flere oppgaver samtidig når man er på isolatet, kan de isolerte totalt sett få like mye og god omsorg som andre pasienter. Samtidig som sykepleieren skal vise forståelse og gi støtte til pasienten, er det også viktig å sette noen grenser og stille krav. Sykepleieren bør forsøke å stimulere pasienten til å ta ansvar for sin egen situasjon, slik at han eller hun kan oppleve mestring. For eksempel kan dagens teknologi gjøre det mulig å finne støttegrupper på internett, hvor pasienten kan snakke med andre i samme situasjon og på denne måten oppleve emosjonell støtte (Eide & Eide, 2017, ss. 47-83).

I følge Pfeiffer (2012) er en fornuftig arbeidsfordeling avgjørende for å få en god kvalitet på sykepleietjenesten. Dette støttes av Jones (2010) som får frem at arbeidsbelastningen og bemanningen bør være optimal nok, slik at isolerte pasienter får like god sykepleie som andre. I funnene til Jones (2010) fremkommer det at sykepleierne følte seg skyldige for at de ikke tilbragte nok tid med MRSA-isolerte, men da de gjorde det fikk de dårlig samvittighet for å ikke være ute på avdelingen for å ta vare på de andre pasientene. Egne erfaringer støtter dette, da det oppleves som en vanskelig balanse, der det å bruke god tid hos en pasient potensielt kan gå negativt ut over en annen. Det etiske prinsippet om rettferdighet er viktig i denne sammenhengen, og i en travel hverdag kan det være vanskelig for sykepleieren å prioritere hvem som trenger det mest (Brinchmann, 2016). Dersom arbeidsmengden er for stor og tidspresset høyt har sykepleieren et ansvar for å si i fra til sin nærmeste leder, ettersom dette kan gå negativt ut over kvaliteten på sykepleien. I følge Pfeiffer (2012) bør rutinene for arbeidsfordeling evalueres med jevne mellomrom, og sykepleieren bør gi beskjed dersom rutinene ikke er hensiktsmessige nok.

5.3.3 Sykepleierens to ansikter

Som sykepleier kan en oppleve at isoleringstiltaket reiser flere etiske spørsmål. Det å bli isolert kan oppleves som tvang og være en krenkelse for pasienten, til tross for at det ikke er utført med tvang. I følge Barratt et al. (2011) kan pasienten oppleve å miste kontrollen og

frarøves sin autonomi. For å ivareta autonomien på best mulig måte, samtidig som pasienten skal være isolert for å verne andre mot smitte, bør sykepleieren tilrettelegge for selvkontroll. Isolasjonen er en balanse mellom fordeler og ulemper for den individuelle pasienten, mot fordeler og ulemper for samfunnet. Til tross for at alle mennesker har rett til frihet og kontroll over egen helse, isoleres likevel enkeltmennesker for å skjerme andre mot sykdom. På den ene siden kan pasienten oppleve at de grunnleggende menneskerettighetene krenkes, men på den andre siden beskyttes andre mennesker mot smitte. På denne måten blir sykepleieren satt i en dobbeltrolle som pasientens nærmeste, men også som den som skal beskytte samfunnet mot MRSA og tenke på hva som er det beste for fellesskapet (Johansen, 2018).

Lovverket og retningslinjene for isolering av MRSA fastsetter rammene og gir sykepleieren lite handlingsrom, da det i dag ikke finnes noen alternativer til isolasjon. På den ene siden sier Smittevernloven (1994) at helsepersonell skal sikre faglig forsvarlig smittevern og verne befolkningen mot smitte. På den andre siden har pasienten rett til å medvirke i følge § 3-1 i Pasient- og brukerettighetsloven (1999). For å oppnå formålet med isolasjonen tilsesettes pasientens individuelle behov, da det å forebygge nosokomial smitte prioriteres høyest. Isolasjonen er ment for å beskytte helsepersonell og andre pasienter mot smitte, men kan komme i konflikt med pasientenes ønsker og interesser (Gould, et al., 2018). Isoleringstiltaket bør allikevel ikke belaste pasienten unødvendig når det gjelder livskvalitet, noe som støttes av § 5-4 i Smittevernloven i (1994). I følge Jones (2010) bør det fokuseres på å isolere organismen og ikke pasienten, og forebygging av MRSA er derfor en viktig oppgave som bør prioriteres.

Som Andersson et al. (2010) får frem er isolering av MRSA nødvendig, samtidig som at det går negativt ut over pasienten. I følge Stubberud (2013a) kan pasienten oppleve avhumanisering der han eller hun føler seg mer som et objekt enn et menneske inne på isolatet. Sykepleieren på sin side skal møte pasienten som et menneske, og ikke utelukkende som en diagnose (Rygh et al., (2016). Samtidig som lovverket skal følges, skal også de yrkesetiske retningslinjene danne et grunnlag for praksis. Sykepleieren skal ivareta det helhetlige mennesket og unngå å krenke pasienten, noe som kan være utfordrende i møte med MRSA-isolerte pasienter. Det er derimot slik at de fleste godtar isolasjonen dersom de får god nok informasjon i forkant. Bruk av tvungen isolering på grunn av MRSA er derfor svært sjeldent blitt benyttet (Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009).

6 Avslutning

I denne oppgaven er Haviks kontrollmodell benyttet som en struktur til å drøfte problemstillingen: «Hvordan kan sykepleieren ivareta de psykososiale behovene til den MRSA-isolerte pasienten?»

Det er gjennomgående i både forskning og teori at manglende informasjon og kunnskap fører til utrygghet og usikkerhet hos pasienten, noe som samsvarer med egne erfaringer. Gjennom å hjelpe pasienten til å oppnå instrumentell kontroll, emosjonell kontroll og kognitiv kontroll, kan sykepleieren bidra til å forebygge de psykologiske konsekvensene som isolasjonen kan medføre. God kommunikasjon og individuelt tilpasset informasjon vil bidra til trygghet og forutsigbarhet hos pasienten. Gjennom å ivareta de psykososiale behovene til den MRSA-isolerte kan sykepleieren dermed bidra til økt kontroll og mestring av isolasjonstiden.

For å kunne ivareta den MRSA-isolerte pasienten bør sykepleieren ha oppdaterte kunnskaper om MRSA, isoleringsregimet og vanlige psykologiske konsekvenser ved isolasjon. Gjennom å skape en relasjon til pasienten kan sykepleieren få en forståelse for den individuelle opplevelsen av å være isolert. Sykepleieren bør forsøke å tilrettelegge for autonomi gjennom å øke pasientens kunnskapsnivå. Dette kan redusere negative følelser som kjedsomhet, ensomhet, angst og stigmatisering og dermed bidra til helsefremming. Samtidig kan det fysiske miljøet på isolatet tilrettelegges slik at pasienten kan føle seg trygg, får privatliv og mulighet til å være med å planlegge dagen, og dermed få styrket sin empowerment. Ved å også tilrettelegge for besøk slik at pasienten får sosial kontakt, kan sykepleieren bidra til å gjøre isolasjonstiden mer meningsfull. Arbeidsbelastningen og bemanningen spiller en stor rolle, og det bør etterstrebes at sykepleieren får god tid til å ivareta den isolerte pasienten på best mulig måte.

Etiske prinsipper og lovverk bør være grunnlaget for sykepleierens praksis. Samtidig som en skal huske å se på pasienten som et menneske, ikke en diagnose. Det kan være etiske problemstillinger knyttet til å isolere pasienter, da de får reduserte muligheter til sosial kontakt. Spørsmålet er om konsekvensene av isolasjonen for den enkelte pasienten er større enn risikoen for en eventuell spredning av MRSA til befolkningen?

Dette er et viktig tema å belyse, da sykepleieren har en viktig rolle i å forebygge komplikasjoner som følge av isolasjon. Forskningsfeltet på dette område foreløpig ikke så stort, og fremover bør det forskes på hvilke sykepleieintervensjoner som kan bidra til en bedre opplevelse av isolasjonen.

Antibiotikaresistens er et økende verdensproblem og det er viktig å begrense forekomsten av MRSA. Regjeringen publiserte i 2015 en «Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020», mens Helse- og omsorgsdepartementet publiserte en «Handlingsplan mot antibiotikaresistens» i 2016 (Folkehelseinstituttet, 2017). Dette viser at forebygging av antibiotikaresistens har vært et innsatsområde de siste årene og må fortsette å jobbes med i årene som kommer. Sykepleieren har en viktig rolle i denne forebyggingen, ved å blant annet etterleve retningslinjene for isolering ved MRSA. Samtidig bør det fokusere ytterligere på å spre kunnskap om resistensutvikling, slik at flere i samfunnet kan bidra til å forebygge spredningen av MRSA. Dette kan på sikt føre til at færre må isoleres på sykehus og dermed risikerer å bli utsatt for de konsekvensene som isolasjon kan medføre. Som Jones (2010) sier bør vi forsøke å isolere organismen, ikke pasienten.

Referanseliste

- Akselsen, P. E., & Elstrøm, P. (2016). MRSA og andre multiresistente bakterier. I P. E. Akselsen, & P. Elstrøm (Red.), *Smittevern i helsetjenesten* (2. utg., ss. 203-212). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2010). MRSA – Global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, ss. 47-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x>
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), ss. 180–193. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1022984004?accountid=32877>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., ss. 80-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Donne, J. (1624). No man is an island. I *Devotions upon Emergent Occasions: Meditation 17*. Oversatt av Dag Heyerdahl Larsen. Hentet fra «Ute av Flokken», *Sykepleien #isolert*(5), side 11.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2004). *Isoleringsveilederen - Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner)*. Hentet fra Smittevernveilederen: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/#om-meticillinresistente-gule-stafylokokker-mrsa>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Antibiotikaresistens*. Hentet fra Folkehelsereporteren: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/resistens/>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *MSIS-Statistikk*. Hentet fra Enkeltsykdommer (MRSA): <http://www.msis.no>. Søkergrunnlag: Enkeltsykdom: MRSA. Statistikk: Antall tilfeller diagnostisert per år siste 20 år, fordelt på fylke.
- Fonn, M. (2018). Ute av flokken. *Sykepleien #isolert*(5), ss. 10-17.

- Gould, D. J., Drey, N. S., Chudleigh, J., King, M.-F., Wigglesworth, N., & Purcell, E. (2018). Isolating infectious patients: organizational, clinical, and ethical issues. *American Journal of Infection Control*(46), ss. 65-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2018.05.024>
- Hansen, M. T., & Lunde, E. B. (2019). *Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat*. Hentet fra Sykepleien fagutvikling: <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/slik-fikk-vi-flere-til-bruke-beskyttelsesutstyr-riktig-pa-isolat>
- Havik, O. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? *Nordisk Psykologi*(41(3)), ss. 161-176.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 363-398). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Johansen, L. B. (2018). Av hensyn til andre. *Sykepleien #isolert*(5), ss. 114-116.
- Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. *Nursing Times*, 106(36), ss. 14-16. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1034739535?accountid=32877>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., ss. 349-406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lassen, J., & Blystad, H. (2014). Infeksjoner i huden og øyet. I M. Steen, & M. Degre (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg., ss. 116-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2* (4. utg., ss. 40-55). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2019). *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Hentet fra <https://www.ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>
- Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/sykepleie-til-pasienter-med-multiresistente-bakterier>. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0144>
- Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M. J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C., & Rodriguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), ss. 397-399. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.009>
- Malt, U. (2018). *Isolat*. Hentet fra Store medisinske leksikon - Psykisk helsevern: <https://sml.snl.no/isolat>
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet. (2009). *MRSA-veilederen - Nasjonal veileder for 3 forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf>
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2004). *Isoleringsveilederen - Bruk av isolering av pasienter for 3 forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 2018 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Gr3nseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Gr3nseth, & H. Alm3s (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., ss. 17-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oslo Universitetssykehus. (2015). *MRSA - Informasjon til pasienter og p3r3rende*. Hentet fra Avdeling for smittevern: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/MRSA%20Informasjon%20til%20pasienter%20og%20p3r3rende.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder - Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bj3rke.
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A., Wilhelmsen, I., & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Gr3nseth, & H. Alm3s

- (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., ss. 69-115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. T. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2* (4. utg., ss. 146-158). Oslo: Cappelen Damm AS .
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Store Norske Leksikon. (2019). *Mestring*. Hentet fra Psykologi: <https://snl.no/mestring>.
- Stubberud, D.-G. (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D.-G. (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 66-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk - Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- WHO. (2018). *Antibiotic resistance*. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>