



*Hvordan kan sykepleieren i spesialisthelsetjenesten,  
gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon,  
ivareta MRSA-isolerte pasienters behov for  
informasjon og veiledning?*

Kandidatnummer: 305

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie, emne 14b

Antall ord: 10486

Dato: 14.04.2016



LOVISENBERG  
DIAKONALE HØGSKOLE



Tittel: Hvordan kan sykepleieren i spesialisthelsetjenesten, gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon, ivareta MRSA-isolerte pasienters behov for informasjon og veiledning?

## ABSTRAKT

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren i spesialisthelsetjenesten, gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon, ivareta MRSA-isolerte pasienters behov for informasjon og veiledning?

Metode: Metoden benyttet i oppgaven kalles litterær oppgave. Den er basert på pensum, artikler og eksisterende teori som er med på å besvare, problematisere og belyse valgt problemstilling.

Teoretisk rammeverk: Her beskrives sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon og den didaktiske relasjonsmodellen. Undervisning og veiledning til MRSA-isolerte i spesialisthelsetjenesten forklares nærmere. Delen inneholder relevant sykepleierteori om MRSA og selve isolasjonstiltaket, lovverk, dokumentasjon, relasjon og tverrfaglig samarbeid, i tillegg til teori om krisereaksjon som følge av MRSA-infeksjon.

Drøfting: Pasient- og sykepleiererfarte problemstillinger hentet sykehushverdagen er trukket inn i drøftingen, for å belyse relevante aspekter ved sykepleierfunksjonen, satt i sammenheng med isolering av pasienter med MRSA-infeksjon. Funksjonsområdet er omfattende og forutsetter blant annet kunnskaper, både om MRSA-prosedyrer, men også om hvordan MRSA påvirker pasientens evne til å motta informasjon og veiledning. Isolasjonstiltaket medfører ofte utfordringer, blant annet krisereaksjoner. Sykepleieren må tilpasse informasjon og veiledning etter slike forutsetninger. Pårørende er støttespillere gjennom perioden, det må tilrettelegges slik at disse ikke trekker seg unna og unngår besøk. Utøvelsen av undervisning og veiledning underdokumentert, på tross av at dette er en viktig del av funksjonsområdet blant annet for å sikre kontinuitet og oversikt.

Konklusjon: Sykepleieren kan gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon tilrettelegge for at isolasjonsperioden blir best mulig for pasienten, ved å skape trygge rammer med fokus på kunnskap, forutsigbarhet og mestring. Oppgaven belyser også ulike aspekter og elementer som er forutsetninger for å kunne sikre at pasientens behov for informasjon og veiledning ivaretas.

**Nøkkelord: undervisning, veiledning, MRSA, isolasjon, spesialisthelsetjenesten**

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Aktualisering av oppgaven</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Status Norge</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.4 Kontekst, avgrensninger og målgruppe</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Vitenskapsteori og metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Presentasjon av litterær oppgave</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Datainnsamling og søkehistorikk</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Meticillinresistente Staphylococcus aureus</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 Retningslinjer for MRSA-isolering</b> .....	<b>7</b>
2.2.1 Aktuelt smitteregime .....	8
2.2.2 Om isoleringstiltaket .....	8
<b>2.3 Krise og krisereaksjoner ved isolering</b> .....	<b>8</b>
<b>2.4 Pårørendes rolle</b> .....	<b>9</b>
<b>2.5 Helseveiledning i spesialisthelsetjenesten</b> .....	<b>10</b>
<b>2.6 Dokumentasjon</b> .....	<b>10</b>
<b>2.7 Dialog</b> .....	<b>10</b>
<b>2.8 Relasjon</b> .....	<b>11</b>
<b>2.9 Tverrfaglig samarbeid</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Sykepleierfaglig rammeverk</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon</b> .....	<b>12</b>
3.1.1 Informerende ferdigheter .....	12
3.1.2 Praktisk informasjon .....	13
3.1.3 Spontane undervisningssituasjoner .....	13
<b>3.2 Den didaktiske relasjonsmodell</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Juridisk ivaretagelse av pasienten</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4 Sykepleiers yrkesetikk</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Drøfting og diskusjon av problemstillingen</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 Pasientens forutsetninger</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2 Situasjon, kontekst og ressurser</b> .....	<b>16</b>

<b>4.3 Mål, ønsker, behov og verdier .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4 Innhold.....</b>	<b>23</b>
<b>4.5 Metodikk, tilrettelegging og endringsarbeid.....</b>	<b>25</b>
<b>4.6 Vurdering og evaluering .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Konklusjon .....</b>	<b>30</b>
<b>6. Litteraturliste .....</b>	<b>31</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Aktualisering av oppgaven

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert antibiotikaresistens som et av største problemområdene innen global, human helse i moderne tid. Samtidig som utviklingen av nye antibakterielle legemidler i stor grad har stanset opp, øker stadig omfanget av resistensproblematikken. Alvoret understrekes ved at den norske regjeringen i 2015 laget en spesifikk tiltaksplan for resistensproblematikken fram mot 2020, blant annet med mål om å få ned antibiotikabruken i Norge med 30% innen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ukritisk bruk av antibiotika forårsaker en økt forekomst av resistente bakteriegrupper, som igjen kompliserer behandlingen av i utgangspunktet enkle, håndterbare infeksjoner (Andreassen, Fjellet, Stubberud, & Wilhelmsen, 2013). Moderne helsetjenester er på mange områder i stor grad avhengig av antibiotika som er virkningsfulle mot bakterielle infeksjoner. Konsekvensene av omfattende antibiotikaresistens kan være svært alvorlige for flere typer pasientgrupper, blant annet transplanterte, nyfødte, infeksjons-, kols- og kreftpasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

## 1.2 Status Norge

Forekomsten av Meticillinresistente *Staphylococcus aureus*, MRSA-infeksjoner i Norge er foreløpig lav i forhold til andre land i Europa og verden ellers, men man ser en negativ tendens i utvikling og forekomst også her (Akselsen & Elstrøm, 2012). Tall fra MSIS (meldingssystem for smittsomme sykdommer) viser at det i år 2000, var rapportert 63 tilfeller med MRSA-infeksjon i Norge, mens det i 2015 var 785 tilfeller (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2016). Omfattende globalisering, økt grad av reising og dermed hyppigere kontakt med og innleggelse på utenlandske sykehus, har ført til et større antall MRSA-tilfeller og et økt smittepress i Norge. Samtidig kan den voksende forekomsten sees som et resultat av intensivert søk etter og screening av potensielt MRSA-smittede (Elstrøm et al., 2012; Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009)

Det er i altså ikke mulig å forhindre at MRSA importeres til Norge, men det er en klar målsetningen om å i størst mulig grad begrense mulighetene for at MRSA får fotfeste i

helsevesenet og blir en del av den dagligdagse bakteriefloraen. Beredskap og tiltaksplaner, som for eksempel bruk av isoleringstiltak, er nødvendig for å forebygge nosokomial smitteutbredelse blandt inneliggende pasienter (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009).

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Med utgangspunkt i problemstillingen; *”Hvordan kan sykepleieren i spesialisthelsetjenesten, gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon, ivareta MRSA-isolerte pasienters behov for informasjon og veiledning?”* er formålet med oppgaven å fordype meg i emnet og få økt kunnskap relevant for tematikken. Det er knyttet usikkerhet, kunnskapsmangel, frykt og fordommer blant helsepersonell til pasienter med denne typen infeksjonssykdommer (Andreassen et al., 2013). Samtidig vil innlagte pasienter som får påvist MRSA-bakterier få et kompliserende behandlingsforløp som gjerne innebærer omfattende behandling, økt antall liggedøgn, inkludert isolering og psykisk og psykososial påkjenning. Avdelingen totalt sett vil også påvirkes av resistensproblematikk, ukjente problemstillinger, ressursknapphet og økt arbeidsbelastning på grunn av pasientene som krever ekstra oppfølging (Akselsen & Elstrøm, 2012).

Hensikten med oppgaven er å tilegne meg et bedre faglig og kunnskapsbasert grunnlag for videre å kunne yte faglig forsvarlig og tilfredstillende sykepleie til isoleringskrevende, MRSA-pasienter. Økt kunnskap om MRSA, om pasientgruppen og hvordan man håndterer den vil kunne gi større grad av opplevd trygghet blant sykepleiere, samt mindre uhensiktsmessig frykt og stigmatisering blant pasientene. I tillegg ønsker jeg også å nærmere undersøke sykepleiernes undervisende og veiledende funksjon og ansvar knyttet til selve isoleringstiltaket. Fordypningsfokuset i oppgaven ligger i å belyse flere aspekter som potensielt kan inngå i dette funksjonsområdet. Jeg har bevisst trukket inn ulike pasient- og sykepleiererfaringer fra artikler og studier for å få frem betydningen av enkeltmomentene i sett i sammenheng med den helhetlige utøvelsen.

Av praktisk interesse skal spesielt ta for meg ivaretagelse av behovet for informasjon og veiledning hos MRSA-smittede pasienter og deres pårørende under isolasjonsperioden, samt aspekter og konsekvenser som kan oppstå ved mangel på dette. Den didaktiske relasjonsmodellen er sentral i drøftingens oppbygning. Jeg har valgt å benytte meg av denne

fordi den gir en helhetlig oversikt over hvordan elementene i helseveiledningen påvirker hverandre og tilsammen utgjør grunnlaget for god veiledning og undervisning (Christiansen, 2013, kap. 3).

#### **1.4 Kontekst, avgrensninger og målgruppe**

Konteksten i oppgaven er satt med utgangspunkt i sykepleierens yrkesutøvelse i sykehusmiljø, som yter sykepleie til pasienter på somatiske avdelinger med isoleringskrevende infeksjonstilstand. Utover dette avgrenses oppgaven til ikke å omhandle poliklinikker, barneavdelinger eller psykiatriske avdelinger. Videre har jeg valgt å utelukke pediatrik pasientgruppe, altså er gjeldende aldersgruppe fra og med 18 år.

Totalt sett finnes det flere strategier for resistensforebygging og -håndtering. Med hensyn til fordypningsfokuset i oppgaven er innholdet begrenset til selve isoleringstiltaket og hvordan sykepleier best mulig kan ivareta isoleringskrevende pasienter. Videre er oppgaven avgrenset til pasienter med påvist MRSA-infeksjon, tilfeller med klar indikasjon for å iverksette isoleringstiltaket, for å spisse innholdet ytterligere. I oppgaven tar jeg utgangspunkt i gjeldende nasjonale veiledere med retningslinjer for håndtering av MRSA-smitte og isolerte pasienter. Disse er ment som overordnede faglige anbefalinger og råd, basert på faglig forsvarlighet og aktuelt lovverk (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009). Oppgaven inkluderer altså ikke alle lokale tilpasninger og prosedyrer som eventuelt finnes på ulike sykehus. MRSA-, resistens- og isoleringsbegrepene vil bli definert og avklart under teoridelen av oppgaven. Det samme vil undervisnings- og veiledningsbegrepene.

Målgruppen for oppgaven er først og fremst sykepleiere som ivaretar og følger opp pasienter med påvist MRSA-smitte. Sykepleieren vil måtte kombinere flere av sine funksjonsområder i behandling og oppfølging av disse pasienterne. Oppgavens innhold retter seg først og fremst mot sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, altså helseveiledning tilknyttet denne pasientgruppen og deres pårørende.

## **2. Vitenskapsteori og metode**

Bacheloroppgaven er, etter rammer satt av skolen, bygget opp som en litterær oppgave. Slike oppgaver er først og fremst basert på skriftlige kilder og eksisterende teori, som skal være med på å besvare og belyse valgt problemstilling (Dalland, 2013, kap. 12).

### **2.1 Presentasjon av litterær oppgave**

Mye av grunnlaget for oppgavens innhold er hentet fra fag- og pensumlitteratur som har vært relevant gjennom bachelorstudiet, i tillegg til egenvalgt litteratur lånt fra skolens bibliotek. Utover dette er oppgaven basert på artikler og studier som er funnet gjennom litteratursøk i kjente søkedatabaser, samt offentlige dokumenter hentet fra nettet. Ved å bruke litterær oppgave som metode, får man belyst tema og problemstilling fra flere sider og med ulike perspektiver. Litteratur, artikler og studier man har valgt å trekke inn gir ifølge Dalland (2013) oppgaven tyngde og danner grunnlaget for drøfting og argumentasjon, både for og imot.

### **2.2 Datainnsamling og søkehistorikk**

For å orientere meg i og danne et oversiktsbilde av valgt tema og problemstilling, brukte jeg tid i starten på lese teori og pensumlitteratur tilknyttet tematikken. Dette ga et godt utgangspunkt for oppgavens innhold og struktur. Jeg har benyttet meg av bibliotekets søkemotor, oria.no, som ressurs i søk etter aktuell fag- og pensumlitteratur. Innsamlet teori og litteratur dannet videre grunnlaget for datainnsamling av fagartikler og forskningsstudier som kunne tilføre oppgaven oppdatert faglig teori, samt relevante pasienterfaringer og sykepleieperspektiver. Etterhvert som jeg fikk økt kunnskap om tema, ble problemstillingen ytterligere spisset for igjen å kunne avgrense litteratursøkene.

Datainnsamlingen til oppgaven ble gjennomført ved bruk av databaser til litteratursøk etter relevante forskningsartikler og -studier. Via bibliotekets sider på ldh.no har jeg funnet aktuelle databaser. Jeg har først og fremst benyttet Cinahl, men også Swemed+. Disse dekker skandinaviske-, og internasjonale artikler og tidsskrifter for sykepleiere. Søkestrategien ble tilpasset den foreløpige problemstilling. Passende søkeord ble valgt med utgangspunkt i avgrensingene jeg delvis hadde bestemt meg for. Søk ble også justert og avgrenset etterhvert



som jeg fant artikler som var relevante å inkludere i oppgaven. Jeg har ved flere anledninger benyttet major and minor subjects, som man finner på artikkelforsidene i Cinahl. Dette ble anbefalt av biblioteket for å finne aktuelle søkeord som er tilknyttet temaet og som kan tilpasse søket videre. Noen artikler er funnet ved å lese litteraturlisten i andre artikler med tilsvarende emne og tema. Jeg har også utnyttet søkeressursen Mesh, som oversetter norske ord til engelsk og lenker til aktuelle søkedatabaser. På denne måten fant jeg for eksempel ”Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier”, fra Sykepleien Forskning.

Her følger en kort oversikt for å beskrive framgangsmåten i datainnsamlingen. De aller fleste søkene er kombinasjonssøk, det vil si at man kombinerer flere enkeltøk i samme søk for å få mer nøyaktige treff. Eksempelvis er Methicillin-resistant Staphylococcus aureus kombinert med patient isolation, nursing og cross infection. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus ble også brukt sammen med søkeordene experiences, psychological og prevention. Et søk ble gjort med kombinasjonen Norway og Methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Videre ble alle søkene avgrenset til å være fulltekst, peer review og til kun å inneholde søkeresultater som er publisert etter år 2000.

### **2.3 Kildekritikk**

Flere av de skriftlige kildene jeg har benyttet i oppgaven har vært pensumlitteratur gjennom bachelorstudiet. Dette er relevant pensum med sykepleierfaglig fokus og innhold. Jeg har tilstrebet å bruke siste utgavene og dermed sikret at teorigrunnlaget i litteraturen er det mest oppdaterte som er tilgjengelig.

Som forklart tidligere er artikler jeg har funnet via Cinahl, peer-reviewed, eller det man kaller fagfellevurdert. Dette er en kvalitetssikring, hvor artiklene er vurdert og godkjent av eksperter på det aktuelle fagfeltet (Dalland, 2013, kap. ). Altså gir det en indikasjon på kvalitet på artiklene. Noen av artiklene er publisert i kjente tidsskrifter som Journal Of Hospital Infection og Journal Of Clinical Nursing.

Jeg ønsket å finne artikler som beskrev sykepleier- og pasienterfaringer. ”MRSA – global threat and personal disaster: patients’ experiences” er et eksempel på dette. Ved å trekke inn reelle erfaringer, kan oppgaven bygges på faktiske problemstillinger hentet fra sykehushverdagen. Til dette er kvalitativ forskningsmetode nyttig, der datainnsamlingen er

basert på intervjuer av deltakere. Ved å bruke denne metoden får man ifølge Dalland (2013, kap. 7), gått i dybden i bestemte temaer og dermed økt forståelse av og innsikt i erfaringer og opplevelser. Spørsmålet er hvor representative resultatene i slike studier blir, og hvor god overføringsverdien de har til en større sykepleier- og pasientgruppe. Jeg har funnet flere studier som avdekker tilnærmet samme funn og tendenser, og det er en indikasjon på at svarene er pålitelige og anvendbare.

Systematiske oversiktsartikler brukes for å oppsummere resultater fra andre aktuelle artikler og trekke noen linjer mellom dem. Det defineres mål for oversiktsartikkelen og det stilles kriterier for hvilke artikler som skal inkluderes (Dalland, 2013, kap. 7). Jeg har valgt å trekke inn noen slik artikler i oppgaven, eksempelvis ”Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review” fordi de gir et helhetlig bilde innenfor et tema med relevante resultater, funn og tendenser. Noen av oversiktsartiklene har benyttet studier som er eldre enn 10 år, men jeg anser dem fortsatt gyldige og relevante da artiklene er publisert i nyere tid.

I følge Lovisenberg Diakonale Høgskole retningslinjer for oppgaveskriving (2014) må det komme fram i oppgaven om det er benyttet sekundærkilder. Det viktig å prøve å bruke primærkilder, der det er mulig (Dalland, 2013, kap. 5). Primærkildehenvisning i oppgaven er tatt med der jeg mener det er hensiktsmessig, det vil si i de tilfellene der større deler av sekundærkilden er kildehenvist til en primærkilde.

## **2. Teoretisk rammeverk**

### **2.1 Meticillinresistente Staphylococcus aureus**

Staphylococcus aureus er en bakterietype som naturlig finnes i menneskets normalflora, spesielt på huden og i slimhinnene. Hos friske med adekvat immunforsvar vil normalt sett ikke bakterien forårsake sykdomsutvikling (Akselsen & Elstrøm, 2012). Staphylococcus aureus en hyppig årsak til sårinfeksjoner og abscesser i spesialisthelsetjenesten, i noen tilfeller også pneumoni, osteomyelitt og sepsis (Ormaasen, 2013). Den regnes som en opportunistisk bakterietype, med sykdomsfremkallende egenskaper når kroppens immunforsvar blir brutt og den dermed får mulighet til å formere seg (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009). På sykehusavdelinger er smitterisikoen høyere enn andre steder, mye grunnet kombinasjonen av at pasientene gjerne er immunosupprimerte som følge av sykdom, bruk av medisinsk utstyr som bryter kroppens barrierer og at mikroben i slike miljøer i større grad er resistente mot antibiotikabehandling (Degre & Steen, 2014). Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) er bakteriestammer som har utviklet resistens mot alle betalaktamantibiotika (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009). Forenklet betyr det at bakteriene har utviklet forsvarsmekanismer som gjør betalaktamstrukturen i antibiotikaene inaktiveres og virkningen uteblir. Denne antibiotika-gruppen brukes mye i behandling på sykehus, spesielt Penicillin, Apoxillin og Diclocil (Ormaasen, 2013). MRSA-stammer skaper utfordringer for sykehusene, fordi antibiotika ikke lenger har ønsket effekt og dermed har stor betydning for behandlingen av infeksjonen (Degre & Steen, 2014).

### **2.2 Retningslinjer for MRSA-isolering**

De nasjonale retningslinjene anbefaler avdelinger i spesialisthelsetjenesten å isolere pasienter med påvist MRSA-infeksjon som et sentralt tiltak for å minimere nosokomial smittespredning. I de nordiske landene, inkludert Nederland er forekomsten av MRSA fremdeles lav. Disse har, på samme måte som Norge innført nasjonale retningslinjer med smittevernstiltak. Tiltakene gjeldende for sykehus er tilsvarende like når det kommer til isolering av MRSA-pasienter, alle landene anbefaler dette (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009).

### **2.2.1 Aktuelt smitteregime**

Isolering er et tiltak som iverksettes for å skape en fysisk barrier og på den måten sperre smitteveien mellom smitekilden og potensielle mottakere (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004). Selve isolatet bør være utformet som et vanlig isolat eller enerom, med egen forgang, bad og toalett (Andreassen et al., 2013). Legen på avdelingen, gjerne i samarbeid med sykepleier har ansvaret, sammen avgjør de type isoleringstiltak og dets omfang. Valg av isoleringsregime avhenger generelt sett av infeksjonens alvorlighetsgrad og smittsomhet, infeksjoner med antibiotikaresistente bakteriestammer krever et forsterket smitteregime. Kontaktsmitteregime med smittefrakk og hansker, gjerne med bruk av kirurgisk munnbind er det vanligste ved MRSA (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004).

### **2.2.2 Om isoleringstiltaket**

MRSA anses som en allmennfarlig sykdom og defineres i § 2-1 i smittevernloven som særlig smittsom, med forlenget behandling med innleggelse og som ved økt forekomst kan føre til stor belastning for folkehelsen. Legen skal etter § 5-3 be pasienter som er smittet med allmennfarlig sykdom om å la seg isolere, for å forebygge smittespredning. Det åpnes i spesielle tilfeller også for bruk av tvang dersom pasienten motsetter seg isolering (Smittevernloven, 1994). For å oppnå målet med isoleringen, er det en forutsetning at smittevernstiltakene er strenge. Samtidig er det viktig at de ikke blir for omfattende og dermed belaster pasientene unødvendig med tanke livskvalitet og helsesituasjonen generelt. Isoleringsperioden skal avsluttes med en gang det er forsvarlig (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004; Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009).

### **2.3 Krise og krisereaksjoner ved isolering**

Pasienter som får beskjed om at de har påvist en isoleringskrevende infeksjon, reagerer som regel med sjokk. Det som kjennetegner MRSA-pasienter, er at de gjerne må igjennom langvarig isolasjonsperiode og at dette fører med seg flere utfordringer (Andreassen et al., 2013). Barratt, Shaban & Moyle (2011) har funnet at negative symptomer som stress, frykt og angst gjerne er relatert til pasientenes mangel på kontroll på grunn av isoleringstiltaket, men også til selve MRSA-infeksjonen. En MRSA-infeksjon er altså på mange måter det man kan beskrive som en krise. Å være i en krisetilstand vil si at man kommet inn i en situasjon i livet, der tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmønstre ikke er nok for å forstå eller mestre den

aktuelle situasjonen. Verden er ikke lenger like forutsigbar, nye og ukjent faktorer dukker opp og man mister kontrollen. Plutselige og uventede påkjenninger, utløst av ytre årsaker kalles for traumatiske kriser. Opplevelse av kaos, angst og desperat leting etter mening er ikke uvanlig (Cullberg, 2011, kap. 15; Eide & Eide, 2013, kap. 6). Ved traumatiske kriser i forbindelse med sykdom, vil kommunikasjon og informasjon bidra til mestring, forutsigbarhet og mening for pasienten (Eide & Eide, 2013, kap. 6). Forløpet til slike traumatiske kriser kan deles inn fire faser. De to første fasene beskrives som sjokk- og reaksjonsfasen, også kjent som krisens akutte fase (Cullberg, 2011, kap. 15). I sjokkfasen er det vanlig at vurderings- og tankeevnen er redusert. Benektende adferd og at man ikke tar inn over seg situasjonens omfang er spontane mestringsstrategier som heller ikke er uvanlig. Evnen til problemløsning er ofte dårlig og behovet for praktisk hjelp og omsorg er stort. Over i reaksjonsfasen, begynner pasienten å ta innover seg hva som skjer. Emosjonelle reaksjoner, tanker og følelser strømmer gjerne ukontrollert på, nærmest invaderende. Hvor lang tid det tar for pasienten i komme over i reaksjonsfasen varierer (Eide & Eide, 2013, kap. 6).

## **2.4 Pårørendes rolle**

I mange tilfeller utgjør pårørende en god støttespiller for pasienter ved behandling av kritisk sykdom. Sykepleiere anser også pårørende som en viktig ressurs (Eikeland & Stubberud, 2013). Det er ikke uvanlig at pasienten nærmest forventer at pårørende stiller opp og står sammen med dem i situasjonen, men når pasienter rammes av sykdom, rammes også pårørende (Eide & Eide, 2013, kap. 6). Pårørende mest vanlige behov i slike situasjoner er å få informasjon om pasientens sykdomstilstand, å få være hos pasienten, samt å kunne bidra med støtte pasienten (Eikeland & Stubberud, 2013). Hva av informasjon som skal videreformidles til pårørende og besøkende, avhenger av pasientens ønsker. Pårørende skal etter § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven også ha informasjon om pasienten helsesituasjon og behandling. Pårørende er ifølge § 1-3 de pasienten selv oppgir som pårørende. Som sykepleier har man ikke har mulighet til å videreformidle informasjon til pårørende, med mindre det er gitt et informert samtykke fra pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Om pasienten samtykker skal pårørende og besøkende gis god informasjon og instruksjon om smittevernet og forhåndsreglene slik at risikoen for spredning minimeres. Også denne informasjonen skal formidles på en sann måte, at mottakerne forstår innholdet. Som et utgangspunkt bør antall besøkende begrenses til de nærmeste og det skal

brukes likt smittevernsutstyr som for helsepersonellet (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004).

## **2.5 Helseveiledning i spesialisthelsetjenesten**

Pasienter innlagt på sykehus har gjerne begrenset tid til å forberede seg på det som møter dem, både når det gjelder sykdommen og behandlingen som medfølger. Alvorlighetsgraden og omfanget av det som skal skje, oppleves gjerne som overveldende. Helsepersonellet må på sin side raskt kunne omstille seg til den nye situasjonen (Andreassen et al., 2013; Bergvik & Sørli, 2013). Parallelt med dette må også pasientens behov for og rett på informasjon ivaretas. Formidling av informasjon gjennom behandlingsforløp på sykehus anses som en forutsetning for godt behandlingsresultat og god pasienttilfredshet (Bergvik & Sørli, 2013). Pasient- og pårørendeundervisning og veiledning er en av de fire viktigste oppgavene til spesialisthelsetjenesten. Dette er et lovpålagt ansvar beskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-9 (1999). På sykehuset gjøres gjerne dette i forbindelse med behandlingen, samtidig som helsepersonell utfører sine arbeidsoppgaver. Bruk av fastsatte rutiner og standardprosedyrer er vanlig for kvalitetssikre at alt helsepersonell tilknyttet avdelingen yter forsvarlig praksis. I tillegg vil bruken sørge at alle pasientene mottar den helsehjelpen de har krav på og at de får all informasjonen som er nødvendig (Bergvik & Sørli, 2013).

## **2.6 Dokumentasjon**

Dokumentasjonsplikt for sykepleiere er lovpålagt gjennom § 39 i Helsepersonelloven (1999). Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen bidrar til ivaretagelse av kontinuitet i behandlingsforløpet, er med på å sikre faglig forsvarlighet og at helsehjelpen som ytes kan etterprøves (Moen, 2011). Sykepleier har faglig ansvar for å dokumentere utøvelsen av sin undervisende og veiledende funksjon. Dette er en forutsetning for å kunne følge opp pasienten underveis i helseveiledningssituasjonen og på en tilstrekkelig måte kunne evaluere resultatene av den (Granum, 2007).

## **2.7 Dialog**

Formidling av informasjon har gjerne et lineært preg, men det er en forutsetning at det skjer med dialog og på pasientens premisser. Til forskjell fra lineær kommunikasjon hvor entydige budskap sendes fra sender til mottaker, innebærer dialog et samspill med vekselvis initiativ og

respons. Dialogen i helseveiledning har bevisst en faglig hensikt og drives gjerne framover ved at sykepleier tar faglige baserte initiativer. Pasienten gir respons, gjennom svar, tilbakemeldinger eller bekreftelser. Det skilles mellom initierende- og responderende ferdigheter, hvor de initierende brukes eksempelvis for å lede samtalen i ønsket retning eller innlede nye temaer. Responderende ferdigheter brukes når man svarer på det pasienten spør om eller gir tilbakemeldinger. Sykepleier bør tilstrebe å respondere på pasientens initiativ, før man innleder nye temaer. Det er med på å skape trygg og bekreftende relasjon, videre at pasienten føler seg sett og forstått (Eide & Eide, 2013, kap. 3).

## **2.8 Relasjon**

Etablering og vedlikehold av mellommenneskelig relasjon er grunnleggende for samarbeidet og utvekslingen av informasjon som inngår i undervisning og veiledning. Relasjon handler om kontakt og mellommenneskelige forhold. Sykepleierens forventninger og holdninger har relevans for etablering og utvikling av relasjonen (Brataas, 2011). I undervisnings- og veiledningssettingen er relasjonen betydningsfull for sikre god kvalitet og samspillfaktoren som bidrar til mye til læring (Tveiten, 2013, kap. 6)

## **2.9 Tverrfaglig samarbeid**

Arbeidet til sykepleieren er preget av samarbeid, dette gjelder også i undervisnings- og veiledningssettingen. Man er mer eller mindre alltid avhengig av flere typer faggrupper for å gjennomføre behandlingsforløpet og ivareta alle pasientens behov. En viktig forutsetning for at slike tverrfaglige samarbeid blir vellykket, er respekt for faggrupper som er involvert, samt kjennskap til egen og andres rolle. Økt kunnskap om andre i det tverrfaglige samarbeidet, oppnås ved man at utveksler erfaringer og informasjon om egen rolle. Slike innspill om egen yrkesutøvelse bidrar til reflekterte holdninger og syn på egen i tillegg til andres utøvelse (Dalland, 2010, kap. 9). Det handler om å nå felles mål gjennom koordinering og oppgavefordeling (Brataas & Furunes, 2011). Alle som deltar i det tverrfaglige samarbeidet har ansvar for læring og utvikling, og bidra med sin fagkunnskap (Dalland, 2010, kap. 9).

### **3. Sykepleierfaglig rammeverk**

#### **3.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon**

I følge rammeplanen til regjeringen for sykepleierutdanning skal sykepleieren gjennom sin undervisende og veiledende funksjon, ha ansvar for, samt kompetanse til å drive helseopplysning, informere, undervise og veilede pasienter, i tillegg til deres pårørende. Dette innebærer å ivareta pasientenes behov for informasjon knyttet til problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieren har en viktig og sentral rolle i møte med pasienter som har fått påvist MRSA (Andreassen et al., 2013). Sykepleiers ansvars- og funksjonsområder omfatter både faglig handlingskompetanse og –beredskap. Samlet sett utgjør alle oppgavene en helhetlig yrkesutøvelse og innebærer både direkte- og indirekte pasientrettede oppgaver. Blant disse oppgavene er undervisnings- og veiledningsfunksjonen. Sykepleieren har gjennom denne ansvar for å fremme trygghet, forutsigbarhet og mestring for pasient og pårørende gjennom behandlingsforløpet (Grønseth & Nordtvedt, 2013). Både undervisning og veiledning har som hensikt å fremme læring, de henger sammen og har flere likehetstrekk. Veiledning vil ofte inneholde elementer av undervisning, forskjellene ligger i at undervisning er kunnskapsformidling, mens i veiledningssettingen lar sykepleieren pasienten innta en mer deltagende rolle (Tveiten, 2013).

##### **3.1.1 Informerende ferdigheter**

Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens mest sentrale kommunikative oppgaver. Ved sykdom oppstår mange nye situasjoner og problemstillinger med tilhørende behov for informasjon og kunnskap. Når sykepleier skal informere, må den ta utgangspunkt i hva pasienten faktisk har behov for, er kapabel til å motta, samt hva som er relevant der og da. Dette gjelder uavhengig av situasjon og må tas hensyn til i alle pasientmøter. For at det som formidles skal oppleves som relevant, må sykepleier legge til rette for at det aktuelle informasjonsbehovet til blir ivaretatt. Det gjelder å framskaffe passende informasjon og sammen med pasienten, planlegge målene for veiledningen. Et sentralt mål er at pasienten skal kunne mestre den nye situasjonen og få opplevelse av kontroll (Eide & Eide, 2013, kap 11).



### **3.1.2 Praktisk informasjon**

Praktisk informasjon er ofte også nødvendig, det legger grunnlaget for fullstendighet, forutsigbarhet og forståelighet for pasienten og pårørende. Informasjonen som gis må være fullstendig og dekkende, men uten at det blir så store mengder at innholdet ikke forsvinner. Skriftlig informasjon kan i noen tilfeller være fordelaktig. For å sikre forutsigbarheten, bør informasjon gis på rett tidspunkt, helst i god tid slik at pasienten vet hva som skal skje og kan forberede seg. Sykepleier bør bevisst bruke forståelig språk og unngå forvirrende faguttrykk (Eide & Eide, 2013, kap. 11)

### **3.1.3 Spontane undervisningssituasjoner**

I løpet av en arbeidsdag på somatiske avdelinger oppstår det jevnlig situasjoner hvor det er aktuelt med spontan pasientundervisning. Mange av situasjonene er integrert i andre sykepleieroppgaver og beskrives gjerne som uformelle former for undervisning, som ikke er planlagt. De oppstår gjerne på initiativ fra pasienten, som et uttrykk for informasjonsbehov, behov for repetisjon eller spørsmål knyttet til den aktuelle situasjonen. Hvordan de utvikler seg er avhengig av sykepleier og pasient, men innhold og framgangsmåte er på mange måter allerede spesifisert (Friberg, 2007).

## **3.2 Den didaktiske relasjonsmodell**

Helseveiledning kan forklares som profesjonell samtale eller dialog, med faglig fundament, målsetning og verdier. Hovedpoenget med helseveiledning er å gi pasienter og pårørende informasjon, undervisning og veiledning knyttet til sin spesifikke sykdomssituasjon. Det er en prosess som inkluderer kommunikasjonskompetanse, faglig og pedagogisk kunnskap. Didaktikk er et sentralt begrep innen pedagogikk og blir gjerne oversatt til undervisningslære. Pasienter i lik sykdomssituasjon, med lik diagnose er ingen homogen gruppe, de har individuelle behov, ønsker, forutsetninger og trenger dermed veiledning tilpasset deres utgangspunkt. Som sykepleier er det viktig med et helhetlig perspektiv på veilednings- og undervisningssituasjonen. Sykepleieren må være bevisst på- og ta hensyn til alle elementene i denne helheten og hvordan de påvirker hverandre. Elementene som inngår i den didaktiske relasjonsmodellen er pasientens forutsetninger. Situasjon, kontekst og ressurser. Mål, ønsker, behov og verdier. Innhold. Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid, samt vurdering og evaluering (Christiansen, 2013, kap. 3).

### **3.3 Juridisk ivaretagelse av pasienten**

I § 2-1 i Smittevernloven (1994) står det at pasienten som er smittet med allmennfarlig sykdom, så fort som mulig skal informeres om situasjonen og gis veiledning knyttet til smitteåter og smittevernstiltak. Pasientundervisning og veiledning skal videre innebære informasjon om hva som utgjør en reel smittefare, om forholdsregler, smitteoverføring, aktuelt behandlingsforløp og forventet varighet på forløpet (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004). Pasienten har etter § 3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rett til å motta informasjon om egen helsesituasjon og om behandlingsopplegget. Utfyllende informasjon skal gis til pasienten, både muntlig og skriftlig. For å sikre at innholdet og betydningen av informasjonen som gis forstås, må helsepersonell ifølge § 3-5, sørge for at den er tilpasset den enkelte og situasjonen. Mottakerens forutsetninger skal tas hensyn til, for eksempel alder og grad av modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det anbefales også i isolasjonsveilederen at pasientens opplevelse og situasjonsforståelse kartlegges (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004). I følge § 5-4 i Smittevernloven (1994) må legges til rette for at pasienten kan opprettholde sosial kontakt med nærmest pårørende.

### **3.4 Sykepleiens yrkesetikk**

Yrkesetiske retningslinjene beskriver og danner grunnlaget for sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som sykepleiepraksis innebærer. Sykepleieren plikter til å fremme helse, forebygge sykdom, redusere lidelse og sikre verdig død. Det faglige ansvaret sykepleieryrket innebærer forutsetter etisk bevissthet og god dømmekraft. Retningslinjene gir ikke konkrete løsninger på etiske dilemmaer, men kan ansees som veiledende. Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

## 4. Drøfting og diskusjon av problemstillingen

Problemstillingen *"Hvordan kan sykepleieren i spesialisthelsetjenesten, gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon, ivareta MRSA-isolerte pasienters behov for informasjon og veiledning?"* utgjør utgangspunktet for denne delen av oppgaven. Som oppsett for drøftingen har jeg valgt bruke den didaktiske relasjonsmodellen, for å belyse hvor sammensatt undervisning og veiledning potensielt kan være. Som sykepleier er det like viktig med innsikt i enkeltelementene, som å være klar over sammenhengen mellom dem og det helhetlige bilde (Brataas, 2011).

### 4.1 Pasientens forutsetninger

Det er flere forhold som påvirker undervisnings- og veiledningssituasjonen, sykepleieren må først og fremst ta hensyn til pasientens forutsetninger. Pasientens tilstand, bakgrunn, modenhet og tidligere sykdomserfaring er eksempler på faktorer som spiller inn (Christiansen, 2013, kap. 3). Eksempelvis opplever pasienter som allerede behandles for sin primærsykdom det gjerne ekstra belastende å få diagnostisert MRSA-infeksjon i tillegg (Skyman, Sjöström, & Hellström, 2010). Sykdom og tilhørende konsekvenser vil mer eller mindre påvirke pasienten og kan potensielt hemme pasientens lærings- og mestringsevne. Slike plutselige og uventede påkjenninger, utløst av ytre årsaker er det Cullberg (2011) kaller for traumatiske kriser. Den første fasen ved slike kriser kalles sjokkfasen. Benekting, opplevelse av kaos, angst, og desperat leting etter mening er naturlige reaksjoner. Det er heller ikke uvanlig at det oppstår bekymringer, spørsmål og psykosomatiske reaksjoner i den forbindelse (Andreassen et al., 2013; Christiansen, 2013, kap. 3; Eide & Eide, 2013, kap. 6). Andersson, Lindholm & Fossum (2011) avdekket i sin studie av MRSA-smittede, at den følelsesmessige responsen knyttet til den nye situasjonen var varierende. Det var stort sprang fra pasient til pasient, med alt fra sjokktilstand og traumatisk opplevelse til nærmest upåvirket respons. Flere uttrykket frustrasjon og fortvilelse for hvordan de ble smittet. Følelse av skam, å være møkkete samt redsel for å smitte andre og bekymring for å bli støtt bort fra familie, venner og kollegaer gikk også igjen blant pasientene i studien. Å få vite at man må holde seg stengt inne over lenger periode opplevdes som en påkjenning for mange av MRSA-pasientene. Alvorlighetsgraden og omfanget av det som skal skje, oppleves gjerne som overveldende (Andreassen et al., 2013). Hvordan pasienten oppfatter og forstår sin sykdomstilstand, er noe sykepleieren må vie oppmerksomhet. Det er godt mulig pasienten har helt andre bekymringer og oppfatninger

tilknyttet omstendighetene enn det sykepleieren tror eller oppfatter (Christiansen, 2013, kap. 3). Det er klart at pasienter i frustrasjon og sjokktilstand vil ha andre forutsetninger for å motta informasjon og veiledning enn pasienter som mer eller mindre er upåvirket og mener at MRSA-problematikken er overdrevet (Andersson et al., 2011). Ved traumatiske kriser i forbindelse med sykdom, vil kommunikasjon og informasjon bidra til mestring, forutsigbarhet og mening for pasienten. Imidlertid forårsaker sjokkfasen svekket vurderingsevne og tankeprosess. Sykepleier må altså være klar over at informasjon som gis i denne fasen gjerne kan bli mistolket og bare delvis oppfattet (Eide & Eide, 2013, kap. 6).

I sjokkfasen vil det kunne være at pasienten ikke klarer å beskrive sitt eget behov (Eide & Eide, 2013, kap. 6). Pasientens subjektive opplevelse av situasjonen og de faktiske bekymringene og spørsmålene knyttet til denne må kartlegges og vektlegges videre. Innsikt i pasientens egenforståelse bidrar nemlig til å fremme behovet for kunnskap og veiledning, som tilsammen danner grunnlaget for videre undervisning og veiledning (Christiansen, 2013, kap. 3). Nettopp betydningen av individuelle tilpasninger etter pasienten og situasjonsbildet understøttes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) i lovverket. I § 3-5 presiseres det at hensynet til pasientens utgangspunkt er nødvendig for at innholdet og meningen med informasjonen forstås. Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer tydeliggjør også dette og understreker samtidig at tilpasset informasjon vil fremme pasienten mulighet til å ta selvstendige avgjørelser videre i behandlingsforløpet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kartlegging kan gjøres enten ved bruk av redskaper som spørreskjemaer, selvrapporteringsskjemaer eller gjennom intervjuende samtaler. Uavhengig av hvordan datainnsamlingen gjøres, bør ikke sykepleier kun lene seg på standardskjemaer slik at de blir en begrensning. Minst like viktig er det å lytte under forklaringer og høre på pasientens fortellinger og opplevelser, mange i sjokkfasen vil også ha behov for å dele følelser og snakket ut om det som skjer. Ved å gjøre dette viser sykepleier at den verdsetter pasienten og interesserer seg for den enkeltes oppfatning av situasjonen. I tillegg vil dette kunne bidra til å oppklare misforståelser og utdype hva som faktisk har skjedd (Christiansen, 2013, kap. 3; Eide & Eide, 2013, kap. 6).

## **4.2 Situasjon, kontekst og ressurser**

Sykehuskonteksten påvirker hvilke behov som er aktuelle, hvordan pasienten oppfatter og forholder seg til informasjonen de får. Spesialisthelsetjenesten er en arena som gjerne

oppleves ny og ukjent for de fleste pasienter, med nye rutiner og fremmed helsepersonell å forholde seg til. Videre har sjeldent pasienter god tid til forberede seg på det som møter dem, både når det gjelder sykdommen og behandlingen som medfølger (Bergvik & Sørli, 2013; Christiansen, 2013, kap. 3). Sett under ett, kan dette forårsake usikkerhet knyttet til rollen som pasient, samt gi følelse av mangel kontroll. Som nevnt vil sykdom med påfølgende sykehusinnleggelse utløse traumatisk krise for mange pasienter. I reaksjonsfasen av en slik krise vil pasienten etterhvert ta inn over seg hva skjer og erkjenne hva situasjonen faktisk innebærer. Nettopp denne mangelen på kontroll, samt kaos og uforutsigbarhet kjennetegner fasen (Cullberg, 2010; Eide & Eide, 2013, kap. 6). Gjennom praktisk informasjon vil sykepleieren ifølge Eide & Eide (2013) i større grad kunne legge til rette for forutsigbarhet og forståelighet for pasient og pårørende. Informasjonen som gis må være fullstendig og konsis, men uten at det blir så omfattende at innholdet ikke når fram. Krisen som MRSA-infeksjonen representerer vil kunne påvirke konsentrasjonsevnen og dermed oppfattelsen og evnen til nylæring. Å inkludere noe informasjon i skriftlig form kan være en fordel ved noen anledninger. Abad, Fearday & Safdar (2010); Barratt et al. (2011) har funnet at negative symptomer som stress, frykt og angst gjerne knyttet til pasientenes mangel på kontroll på grunn av isoleringstiltaket, men også til selve MRSA-infeksjonen. For å styrke forutsigbarheten, bør informasjon gis på rett tidspunkt, så god tid i forveien som mulig, slik at pasienten vet hva som skal skje og følgelig kan begynne og forberede seg. Å forberede pasientene best mulig i begynnelsen av isolasjonsperioden, gjennom informasjon og veiledning vil kunne gjøre at de håndterer situasjonen bedre og opplever økt grad av kontroll. God kommunikasjon og relasjon blir pekt på som sentrale elementer. Sykepleier bør bevisst unngå forvirrende medisinske ord og faguttrykk, men heller bruke forståelig språk da dette vil være med og komplisere en allerede uoversiktlig situasjonen og skape ytterligere forvirring (Eide & Eide, 2013, kap. 6 og 11).

De nasjonale retningslinjene for MRSA, utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet (2009) anbefaler isolering av pasienter med påvist MRSA-infeksjon. I Norge og de nordiske landene, inkludert Nederland, ansees isolasjon som et sentralt tiltak for å minimere nosokomial smittespredning. I følge § 5-3 i Spesialisthelsetjenesten skal legen i utgangspunktet be pasienten om å samtykke til isolering, men ved spesielle tilfeller åpnes det for bruk av tvang. Tiltaket har som mål å lage fysisk barriere og sperre smitteveien mellom smitekilden og potensielle smitemottakerne (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004). I spesialisthelsetjenesten er det nettopp mange slike potensielle

mottakere. Pasienter innlagt på sykehusavdelinger er gjerne immunosupprimerte som følge av sykdom. Kombinert med medisinsk utstyr som bryter kroppens barrierer og at mikroben i slike miljøer i større grad er resistente mot antibiotikabehandling gjør at smitterisikoen er forhøyet sammenliknet med andre steder (Degre & Steen, 2014). Smittevernloven (1994) definerer i § 2-1 MRSA som en allmennfarlig sykdom, som vil kunne utgjøre en stor belastning for folkehelsen dersom omfanget av den øker. Økt utbredelse av MRSA-bakteriestammer vil skape betydelige utfordringer for sykehusene og er derfor hovedargumentet for at pasienter må isoleres. Betalaktamantibiotika som MRSA har utviklet resistensmekanismer mot, eksempelvis Penicillin, Apoxillin og Diclocil, er mye benyttet på sykehus. Dersom de ikke lenger har ønsket effekt, vil det komplisere i utgangspunktet håndterbare infeksjonssykdommer og ha stor betydning for behandlingstilbudet per nå og i framtiden (Degre & Steen, 2014; Ormaasen, 2013).

Situasjonen krever at sykepleieren må omstille seg og planlegge det videre behandlingsforløpet, samt iverksette tiltak som er nødvendige. Sykepleieren spiller en sentral rolle i møte med pasienter som har fått påvist MRSA og er i samarbeid med legen på avdelingen, deltakende i å iverksette isoleringstiltaket (Andreassen et al., 2003; Bergvik & Sørli, 2013; Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004). Ikke minst er sykepleieren en sentral ressurs når det kommer til formidling av informasjon og kunnskap til pasientene (Christiansen, 2013, kap. 3). Ifølge kunnskapsdepartementets (2008) rammeplan for sykepleierutdanning skal sykepleieren etter endt utdanning ha kompetanse innenfor den undervisende og veiledende funksjon, slik at pasientens informasjons- og veiledningsbehov ivaretas når sykdom oppstår. Gjennom behandlingsforløpet på sykehus anses formidling av informasjon som en forutsetning for godt behandlingsresultat og god pasienttilfredshet (Bergvik & Sørli, 2013). Pasient- og pårørendeinformasjon og undervisning er en av de fire viktigste oppgavene til spesialisthelsetjenesten og er beskrevet i § 3-9 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) som et lovpålagt ansvar. Etter smittevernloven (1994), § 2-1 skal pasienter så fort som mulig informeres om situasjonen og gis veiledning knyttet til smittemåter og smittevernstiltak. De som er smittet med allmennfarlig sykdom skal få informasjon angående reel smittefare, om forholdsregler, smitteoverføring, aktuelt behandlingsforløp og forventet varighet på forløpet (Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2004).

Lovverket og retningslinjene for isolering av pasienter med MRSA-infeksjon, gir sykepleier generelt sett lite handlingsrom og alternativer, rammene for det videre forløpet er i stor grad fastsatt. Isoleringstiltaket reiser allikevel viktige etiske og humane spørsmål, på grunn av at prosedyren i stor grad går på bekostning av pasientenes velvære og autonomi (Barratt et al., 2011). Å bryte smittekjeden er så avgjørende for å hindre nosokomial smittespredning at pasientens behov settes i andreprioritet. Etiske aspekter bør i større grad inkluderes for å nyansere bilde av positive og negative effekter ved isolering. Samspill mellom etikk, lovverk, retningslinjer og fag- og erfaringsbasert kunnskap må danne grunnlaget ivaretagelsen av pasienten, ikke bare at man føyer seg etter retningslinjene. Det er viktig å ikke glemme pasienten og være støttende i situasjonen (Braut & Holt, 2011). Som sykepleier må man erkjenne at situasjonen ikke er ideell, det finnes per nå ingen alternativer til isolasjon. Det er en forutsetning at smittevernstiltakene er strenge for å oppnå målet med isoleringen. Samtidig er det viktig at de ikke belaster pasientene unødvendig med tanke livskvalitet og helsesituasjonen generelt. Isoleringstiltak er en balansegang hvor det på den ene siden gjelder å sikre et faglig forsvarlig smittevern og på den andre siden er nødvendig at sykepleier hjelper pasienten med å mestre perioden, ved å tilrettelegge for at den blir best mulig ut i fra omstendigheten (Barratt et al., 2011; Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet, 2009). Dette danner utgangspunktet for rammene som sykepleieren må forholde seg til. Sykepleieren må være innforstått med viktigheten av å kommunisere og forklare bakgrunnen med isoleringstiltaket for å sikre god pasienttilfredshet. Det tyder på at de fleste pasientene da aksepterte at de var nødt til å isoleres for å hindre smittespredning til andre pasienter, til tross for opplevelse av avgrensning og å være innestengt (Skyman, et al., 2010).

Hvor tilgjengelig sykepleieren er, samt tid som er disponibelt virker inn på pasientens vilje til å oppklare usikkerhet eller bekymringer og til å stille spørsmål (Christiansen, 2013, kap. 3). Redusert tilstedeværelse hos MRSA-isolerte pasienter beskrives som et reelt problem. Å yte pleie til isolerte pasienter krever mer tid. Delvis begrunnet med tidspress på en allerede travel avdeling, kommer fram at sykepleiere ikke går inn til isolerte pasienter like ofte på grunn av alt smittevernsutstyret og tiden det tar å desinfisere kontaminert utstyr. Den smittede pasienten har en tendens til å havne langt ned på listen over arbeidsoppgaver. Så mye som halvparten av normal pasientkontakt er avdekket i noen studier og pasienter beskriver at de kun sporadisk fikk spontane besøk fra ansatte utenom medisinsk behandling og sykepleieroppgaver (Jones, 2010; Seibert et al., 2014; Skyman et al., 2010). Dette er problematisk fordi høyt arbeidspress og lite tidsressurser per pasient er med på å

vanskeliggjøre tilgangen til og øke pasientens terskel for å oppklare uklarheter eller bry sykepleieren med spørsmål (Christiansen, 2013, kap. 3). Denne mangelen på mellommenneskelig og visuell kontakt kan føre til økt bruk av ringeklokka og venting på klokka resulterer igjen til følelse av å bli oversett. Dette har i noen tilfeller potensiale til å bli en barriere for sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Dette påpekes som en stressor for sykepleiere, fordi de til dels er klar over problematikken og viste tegn til å være bevisst på problemet. De var bekymret på pasientenes vegne og følte skyld på grunn av dette. Når de disponerte mer tid på isolatet, følte de samtidig skyld for ikke å være mer tilgjengelig på avdelingen (Jones, 2010; Seibert, Gabel Speroni, Kyeung Mi, DeVoe, & Jacobsen, 2014). For å ivareta og opprettholde god relasjon med isolerte pasienter kreves det i utgangspunktet mer tid og gjerne to-til-en pleie. Paradoksalt nok kommer det altså fram at kvaliteten på pleien til isolerte MRSA-pasienter, tildels på bakgrunn av tidspress og smittevernsutstyr, er dårligere med færre besøk og kortere direkte kontakt (Seibert et al., 2014).

Mye informasjon er tilgjengelig på nett og via mediene, mulighetene til å skaffe seg helserelatert kunnskap er bare tastetrykk unna. I utgangspunktet kan dette sees på som en ressurs og fordelaktig ved at pasienten lettere kan tilegne seg kunnskap om sykdom og behandling. Når det er sagt må sykepleieren ha i bakhodet at pasienten kan framstå som kunnskapsrike, men at den ikke anvender det den har lest på en hensiktsmessig måte. Hva som er relevant og forsknings- og kunnskapsbasert, samt hvordan man kildekritiserer stoffet, stiller krav til at sykepleieren holder seg faglig oppdatert (Christiansen, 2013, kap. 3). Media viser seg å være en viktig kilde til informasjon om MRSA. Måten de omtaler infeksjonen påvirker og har innflytelse på pasientenes oppfatning av sykdommen og kan muligens tilskrives noe av årsaken til de ulike følelsesmessige responsene ved innleggelse. Hamour et al., (2003), gjengitt etter Andersson, et al. (2011) fant for eksempel i en studie av engelske aviser at MRSA ble omtalt med negativt fortegn og betegnelsen superbakterie ble brukt 25 av 28 tilfeller. En aktuell sykepleieroppgave vil dermed være å justere undervisning og veiledning etter det pasienten har lest og veilede i kildekritikk, slik at pasientens kunnskap og oppfatning om hva MRSA innebærer ikke er basert på useriøst og galt grunnlag, som eksempelet viser (Christiansen, 2013, kap. 3).



### 4.3 Mål, ønsker, behov og verdier

Målene for helseveiledningen skal ta utgangspunkt i pasienten og beskrive hva som er hensiktsmessig å oppnå. De bør bygge på pasientens og pårørendes forutsetninger og behov, slik at det er felles forståelse av hva de trenger av veiledning eller å tilegne seg av kunnskap. Det kan settes både delmål, kortsiktige- eller langsiktige mål og det viktig å justere disse kontinuerlig (Christiansen, 2013, kap. 3; Granum, 2007 kap. 9). For de aller fleste MRSA-smittede pasienter er en relevant målsetning mestring av isolasjonsperioden. Det er avgjørende at sykepleieren gjennom undervisning og veiledning legger til rette for at perioden blir best mulig ut i fra rammene og omstendighetene. Mange pasienter som isoleres opplever nemlig potensielt negative følger og påvirkning. Isoleringstiltaket preges av monotone hverdager, fører til at pasienter blir avskilt fra resten av avdelingen og har reduserte muligheter til sosialisering. Både med andre pasienter, gjennom besøk fra pårørende eller via kontakt med sykepleier og annet helsepersonell. Videre kan dette føre til ensomhet, sosial isolasjon og følelse av å være forlatt og ekskludert. Dersom dette blir alvorlig, kan det utvikle seg til mer alvorlig psykiske symptomer som angst og depresjon. Fysisk miljø har innvirkning på oppfatningen av isolatoppholdet. Begrensede muligheter for mobilisering og aktivitet, samt manglende utsikt og lukket dør fører til redusert sensorisk stimuli og kjedsomhet. Pasienter har beskrevet denne mangelen på visuell variasjon, men det viser seg at tilgang til vindu med utsikt og bilder på veggene bedret hverdagen. Gjennom sin veiledende funksjon bør sykepleier bidra til å få pasienten i mer aktivitet, for eksempel ved å involvere fysioterapeut som kan sette delmål for aktivitet tilpasset isolatets utforming. Et mer langsiktig mål kan innebære å sikre meningsfulle aktiviteter i hverdagen på isolatet. Personlige eiendeler som PC, TV og bøker vil kunne hjelpe som tidsfordriv, det samme vil CD-spiller eller radio. Eget kjøleskap og muligheter til å tilberede te eller kaffe bygger opp under muligheten for selvstendighet, det samme vil enkle ting som å re senga eller smøre frokosten selv. Tilgang til telefon vil bidra til at pasienter kan opprettholde den sosiale kontakten med pårørende, familie og venner (Barratt et al., 2011; Jones, 2010).

Barratt et al. (2011) fant i sin litteraturgjennomgang at flere pasienter trakk fram besøk fra pårørende som effektiv forebygging av negative symptomer under isolasjonsforløpet.

Allikevel var besøk i noen tilfeller problematisk, fordi de kjente på en redsel for smittespredning til venner og familie. Slike bekymringer vil kunne føre til færre initiativ til å motta besøk og dermed økt sannsynlighet for sosial isolasjon. Dette er en ulempe fordi pårørende i mange tilfeller er nemlig gode støttespillere og ressurser for pasienter ved sykdom

og behandling (Eikeland & Stubberud, 2013). Sykepleier bør oppfordre og motivere til besøk for å forebygge kjedsomhet og ensomhet, spesielt er dette viktig ved langvarige isoleringsperioder (Jones, 2010). Også Smittevernloven (1994) understreker at det må legges til rette for at pasienten kan opprettholde sosial kontakt med pårørende. Mange pårørende kan imidlertid være preget av det som skjer og ha nok med å håndtere si egen situasjon. Hvis ikke pårørende klarer å mobilisere støtte, vil det lett kunne føre til pasienten blir skuffet og føler seg avvist. Dette vil igjen kunne forårsake en indre konflikt hos pårørende, mange vil være en ressurs og til hjelp, men må ta egne personlige hensyn (Eide & Eide, 2013, kap. 6; Eikeland & Stubberud, 2013). I hvilken grad pårørende kan støtte pasienten avhenger altså av hvordan de selv mestrer situasjonen. I følge Skyman et al. (2010) reagerte pårørende med en viss tilbakeholdenhet i forhold til sosial interaksjon og kroppskontakt med pasienter fordi ikke hvordan de skulle håndtere situasjonen. Funn tyder på tendenser til utestenging av pasienter på grunn av redselen for å bli smittet. Smittevernstyret skremmer i noen tilfeller også pårørende slik at de drar tidligere eller slutter å komme på besøk og pasienten vil dermed måtte gi avkall på sosial interaksjon (Braut & Holt, 2011). I slike situasjoner må sykepleieren vise omtanke for pårørende og bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hva av informasjon som skal videreformidles til pårørende, avhenger imidlertid av pasientens samtykke. Etter § 3-3 i pasient og brukerrettighetsloven ha informasjon om pasienten helsesituasjon og behandling, i tillegg skal det gis god informasjon om forhåndsreglene og instruksjon om smittevernet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En felles målsetning bør være at pårørende skal føle trygghet og unngå å trekke seg unna. Sykepleieren må gjennom informasjon og veiledning altså legge til rette for at pårørende skal kunne mestre situasjonen og dermed indirekte kunne hjelpe pasienten med å mestre isolasjonsperioden (Jones, 2010). Pårørendes mest vanlige behov i slike situasjoner er å få informasjon om pasientens sykdomstilstand og behandling, de setter som regel stor pris på veiledning som gjør dem i stand til forholde seg til den aktuelle sitasjonen. Reel smittefare, forholdsregler, smittevernststyr, behandlingsforløp og forventet varighet på forløpet skal inkluderes i forbindelse med MRSA. På denne måten vil pårørende oppleve trygghet og være i stand til å kunne gi støtte og berolige pasienten (Eikeland & Stubberud, 2013).

Mål for helseveiledning kan også dukke opp mer eller mindre tilfeldig underveis i isolasjonsforløpet. Ved at det er pasienten selv som tar initiativ til slike situasjoner, gir det en god anledning til å kartlegge pasientens informasjonsbehov. Sykepleieren bør være forberedt på at slike uformelle situasjoner kan dukke opp uoppfordret. Det er viktig å ha et bevisst

forhold til dette ansvaret når gjelder den undervisende og veiledende funksjon. Det handler om å være observant og anerkjenne pasientens uttrykk for et udekket informasjonsbehov, behov for repetisjon eller spørsmål. Å ta tak i og prioritere dette, er viktig, fordi det er av stor betydning for pasienten (Friberg, 2007). Dette bekreftes av Abad et al. (2010), hvor kommer det fram at pasientene som hadde noen å henvende seg til gjennom isolasjonsperioden, var de mest tilfredse. Sykepleieren åpner altså for at pasienten kan innta en deltakende rolle i avgjørelsen hva som er aktuelt å tilegne seg av kunnskap (Tveiten, 2013). I tillegg kan det brukes som utgangspunkt for videre undervisning og veiledning, i en mer planlagt form (Friberg, 2007).

#### **4.4 Innhold**

En forutsetning for å kunne utøve den undervisende- og veiledende funksjon, er et godt kunnskapsbasert fundament. Ofte krever sykdomssituasjoner og behandlingen av dem sammensatte kunnskaper på flere områder. Sykepleieren må kunne det som skal videreformidles til pasienten, ikke bare selve gjennomføringen, men også innholdet (Brataas & Hellesø, 2011, gjengitt etter Christiansen, 2013, kap. 3). En studie gjennomført av Lindberg, Skytt, Högman, & Carlsson (2012) viser at det generelle kunnskapsnivået om smittespredning, infeksjonsbehandling, bakterier og hygieniske prinsipper blant sykepleiere var lavt, på flere områder utilstrekkelig for å yte forsvarlig pasientbehandling. Lunde & Moen (2014) fant tilsvarende tendens i sin studie, spesielt sykepleiere på somatiske sengeposter manglet grunnleggende kunnskaper om MRSA. Det pekes på at undervisning av sykepleiere er en forutsetning for å fremme pasientsikkerheten, samtidig som det kommer fram at fåtall har deltatt på MRSA-relatert undervisning. For at sykepleiere skal kunne holde seg faglig oppdatert må sykehusledelsen, i samarbeid med avdelingsledelsen være engasjert og ha en klar strategi for å legge forholdene til rette for opplæring. De bør involvere infeksjonsteam og ansatte i planleggingen og gjennomføringen, slik at undervisningen tilpasses lokale forhold og forutsetningene på de enkelte avdelingene. Opplæring og infeksjonskontroll bør kontinuerlig være i fokus og baseres på et faglig oppdatert kunnskapsgrunnlag. Bruk av relevante påminnelsesoppslag og posters blir også nevnt som alternative kilder til kunnskap (Lindberg et al., 2012; Lunde & Moen, 2014; Seibert et al., 2014). Sykepleieren er avhengig av det tas initiativ for opplæring på avdelingsnivå. Samtidig er et verdt å understreke at sykepleieren gjennom de yrkesetiske retningslinjene har individuelt egenansvar for å holde seg faglig oppdatert om forskning, kunnskapsbasert praksis innen eget fagområde, og benytter denne

kunnskapen i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kunnskap utvikles gjennom teoretisk, men også praktisk erfaring. Den kollektive erfaringen og faglige diskusjonen på avdeling er av betydning, god avdelingskultur vil altså kunne bidra positivt i forhold til økt faglig nivå (Lunde & Moen, 2014). Det er mye å vinne på å forbedre kunnskapsnivået. Mangel på det har vist seg å kunne medføre unødvendig stress og frykt for pasienter i en allerede stressende situasjon, samt mer usikkerhet og høy stressrespons hos sykepleiere som yter helsehjelp pasienter med isoleringskrevende infeksjoner. Ved å sikre tilfredsstillende kunnskap blant sykepleiere oppnås det i større grad opplevd trygghet og et styrket utgangspunkt for å utøve kunnskapsbasert sykepleie til MRSA-pasienter på en faglig forsvarlig måte. I tillegg vil det skape en mer tillitsfull og troverdig relasjon til pasienten, som igjen er grunnleggende for å kunne utøve den undervisende- og veiledende funksjonen (Lindberg et al., 2012; Lunde & Moen, 2014).

På sykehus er ofte innholdet i helseveiledningen beskrevet i fastsatte rutiner og standardprosedyrer tilpasset en pasientgruppe eller et behandlingsforløp. Sykepleieren benytter disse som en implementert del av behandlingen eller det kliniske arbeidet, gjerne i sammenheng med andre arbeidsoppgaver utføres. Målet er sørge at alle pasientene mottar den helsehjelpen de har krav på og at dertilhørende informasjon som er nødvendig ikke uteblir. Dette er hensiktsmessig fordi det er med på å kvalitetssikre at alle som er tilknyttet avdelingen yter forsvarlig praksis (Bergvik & Sørli, 2013). En svakhet ved dette kommer imidlertid fram i litteraturgjennomgangen til Barratt et al., 2011. Det ble spesielt lagt vekt på at tilpasningen av informasjonen til pasientenes individuell behov tenderte mot variabel og gjennomgående var suboptimal. En sykepleieroppgave er dermed å sørge for at innholdet, så langt det lar seg gjøre, er tilpasset den enkeltes individuelle behov. Videre er det viktig å tilrettelegge for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av informasjonen og at det som formidles skal oppleves som relevant. Det gjelder å framskaffe passende informasjon ut i fra pasientens subjektive bekymringer og oppfatninger slik at det aktuelle behovet blir ivaretatt. Når sykepleieren skal informere, må den ta utgangspunkt i hva pasienten faktisk har behov for her og nå og er kapabel til å motta (Christiansen, 2013, kap. 3; Eide & Eide, 2013, kap. 11). Ifølge § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til å motta utfyllende informasjon om helsesituasjon, risikomomenter og mulig bivirkninger ved behandlingen. Det er ikke nødvendigvis hensiktsmessig for alle pasienter å få all informasjonen på en gang, sykepleieren har ansvar for at mestring av den nye situasjonen og opplevelse av kontroll skal være i fokus. Kaos, nedsatt tenkeevne og benekting som følge av krisereaksjon og den ukjente

sykehuskonteksten kan gjøre at pasienten rett og slett ikke er i stand til å motta for mye informasjon av gangen, men heller få innholdet fordelt utover i behandlingsforløpet, til sjokkfasen er over og pasienten bedre kan nyttiggjøre seg av den. Pasienten bør, sammen med pårørende dersom de er involvert og pasienten samtykker til dette, inkluderes i planleggingen av innholdet om situasjon tilsier det. På denne måten kan sykepleieren fortløpende justere den videre veiledningen, for eksempel ved å gjøre om målsetning om til mindre delmål, hvor pasienten får posjonert ut innholdet i standardprosedyrer gjennom isolasjonsforløpet (Christiansen, 2013, kap. 3; Eide & Eide, 2013, kap. 6 og 11; ).

#### **4.5 Metodikk, tilrettelegging og endringsarbeid**

Helseveiledning kan være veiledende, motiverende, informerende eller undervisende, avhengig av situasjon og pasientens behov (Christiansen, 2013, kap. 3). Undervisning og veiledning har flere likehetstrekk, hensikten er å fremme læring. De henger mer eller mindre sammen, forskjellene ligger i at undervisning i større grad styrt av sykepleier og først og fremst dreier seg om kunnskapsformidling. Veiledning på sin side handler mer om å legge til rette for at pasienten, gjennom dialog og spørsmål, kan innta en deltakende rolle ved å belyse problemstillinger eller bestemme hva som er aktuelt å tilegne seg av kunnskap (Christiansen, 2013, kap. 3; Tveiten, 2013). Med utgangspunkt i pasientens forutsetninger og situasjonsforståelse skal det altså tilrettelegges for at helseveiledning skal bidra til forutsigbarhet og mestring (Christiansen, 2013, kap. 3). Veiledning vil ofte inneholde elementer av undervisning, sykepleierens ansvar blir å vurdere når det er nødvendig å trekke inn relevant undervisning i veiledningen. Ved å kombinere muntlig og skriftlig informasjon, samt handlingsnære elementer som demonstrasjon, tegning og konkretisering vil man kunne øke pasientens forståelse (Tveiten, 2013).

Informasjonsformidling har gjerne et lineært preg, men det er en forutsetning at det skjer gjennom dialog og på pasientens premisser. Dialog innebærer et samspill med vekselvis initiativ og respons. Dialogen i undervisnings- og veiledningssammenheng har ofte bevisst en faglig hensikt og drives gjerne framover ved at sykepleier tar faglige baserte initiativer (Eide & Eide, 2013, kap. 3). Kommunikativ kompetanse er en forutsetning for helseveiledning, som en del av dette er dialog sentralt for å innlede og vedlikeholde en relasjon. Dialogen skifter vekselvis mellom initierende- og responderende ferdigheter, hvor responderende brukes når sykepleier gir tilbakemeldinger eller svarer på pasientens spørsmål. Før sykepleier innleder

nye temaer, bør den tilstrebe å respondere på pasientens initiativ. Respons, svar, tilbakemeldinger eller bekreftelser gjør det at pasienten føler seg sett og forstått, bidrar til å skape gode forutsetninger for en trygg og bekreftende relasjon (Christiansen, 2013, kap. 3; Eide & Eide, 2013, kap. 3). Det er viktig at sykepleier allerede fra starten av, tilstreber å skape en tillitsfull sykepleier-pasientrelasjon og kontinuerlig holder fokus på denne gjennom isolasjonsforløpet (Tveiten, 2013). Relasjon er nemlig grunnleggende for samarbeidet og informasjonsutvekslingen som inngår i undervisning og veiledning. Relasjon handler om skape kontakt i sykepleier-pasientforholdet og er viktig for å danne trygghet som skal til å identifisere problemstillinger eller utforske bekymringer (Eide & Eide, 2013, kap. 9). Spesielt er relasjonen viktig i reaksjonsfasen av en krisetilstand, slik at pasienten kan åpne seg for sykepleieren om emosjonelle reaksjoner og tanker knyttet til situasjonen. Sykepleieren vil etterhvert i veiledningsprosessen bli bedre kjent med pasienten og gjennom relasjonen få økt innsikt i pasientens opplevelse av situasjonen. På bakgrunn av dette, erfaringsbasert og sykepleierfaglige kunnskaper, blir det lettere å kunne hjelpe pasienten til hvordan isoleringsperioden kan håndteres best mulig. Eksempelvis gjennom undervisning om behandlingsforløpet eller veiledning om hva pasienten kan fylle dagene på isolat med. Dette understrekes av ansvaret sykepleieren har gjennom sin undervisende og veiledende funksjon, som handler om å fremme trygghet og mestring for pasienten gjennom behandlingsforløpet (Christiansen, 2013, kap. 3; Grønseth & Nordtvedt, 2013).

Samtidig må helsepersonellet på avdelingen også sørge for å være samstemte og tilrettelegge for å unngå at motsigende, ulik og upresis informasjon blir gitt til pasienten og pårørende (Christiansen, 2013, kap. 3). De pedagogiske oppgavene til sykepleieren vil, som Brataas & Furunes (2011) beskriver det, alltid inngå som en del av flere faggruppers oppgaver som pasienten må forholde seg til. Alle faggrupper har et pedagogisk ansvar for å bidra med sin fagkunnskap knyttet til læring og utvikling (Dalland, 2010, kap. 9). Samhandling forutsetter vilje til samarbeid, koordinering av oppgaver, ikke minst evne til å spill hverandre gode. Som nevnt vil også den kollektive erfaringen og faglige diskusjonen på avdelingen bidra til økt faglig nivå (Brataas & Furunes, 2011; Lunde & Moen, 2014). Av sykepleieren forventes det kompetanse knyttet til tverrfaglig samarbeid og bidrag til koordinert informasjonsformidling (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieren har en sentral, koordinerende rolle når det gjelder å få samarbeidet mellom faggruppene til å fungere, samt et yrkesetisk ansvar for å fremme gode tverrfaglige samarbeid i alle deler av helsetjenesten (Brataas & Furunes, 2011; Norsk sykepleierforbund, 2011). Imidlertid kan det være utfordrende å kartlegge alle

involvertes rolle og legge grunnlaget for en felles forståelse av hva som er den enkelte MRSA-isolerte pasientens informasjonsbehov og på hvilken måte de ulike faggruppene kan bidra for å dekke dette. Konflikt vil kunne oppstå dersom det finnes motstridende meninger knyttet til tverrfaglige samarbeidet. Det vil videre kunne føre til et uoversiktlig og lite koordinert arbeid som vil gå negativt utover pasienten (Brataas & Furunes, 2011), for eksempel i form av forsterket følelse av angst, sinne, frustrasjon og forvirring som artiklene til Andersson et al. (2011); Jones (2010) belyser. På tross av informasjon fra flere ulike helsepersonell inkludert infeksjonsspesialister, opplever pasienter misforståelser, at kunnskapene om MRSA heller spriker etter å ha fått informasjon fra flere faggrupper. Mange pasienter hadde dårlig forståelse av hva MRSA innebærer eller hvor lenge infeksjonsperioden varer. Mangelfull og til dels misvisende og motstridende informasjon kan forklare dette. Kvaliteten på tverrfaglige samarbeidet påvirker altså pasientens opplevelse av isolasjonsperioden, det er derfor avgjørende for sykepleieren å ha kjennskap til egen og andres faggruppene og deres rolle i tilknytning til pasienten. På den måten oppstår gjensidig respekt for de ulike fagområdene og forpliktelse i det samkoordinert arbeidet mot en felles tverrfaglig, ikke flerfaglig målsetning (Dalland, 2010, kap. 9).

#### **4.6 Vurdering og evaluering**

Hvor pasienten befinner seg i undervisnings- og veiledningsforløpet, hva som virker inn og eventuelle endringer som oppstår, bør evalueres og vurderes fortløpende. § 3-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) påpeker at helsepersonell skal sikre at innholdet og betydningen av informasjonen som gis skal forstås av pasienten. Hva pasienten har forstått eller lært og hva som savnes, samt grunner til dårlig opplevelser må altså belyses og tas hensyn til (Christiansen, 2013, kap. 3). Krisereaksjonen i forbindelse med MRSA-diagnosen kan ha påvirket pasientens mottakelighet i undervisning- og veiledningssettingen. Informasjon kan eksempelvis ha blitt feiltolket i sjokkfasen eller kaos i reaksjonsfasen kan ha påvirket konsentrasjonsevnen. Det er godt mulig at informasjon må gjentas, repeteres eller tydeliggjøres senere i isolasjonsforløpet (Eide & Eide, 2013, kap. 6). Sykepleierens observasjoner er nyttig for å kartlegge om pasienten mestrer å tilegne seg kunnskapen og klarer å anvende den på en hensiktsmessig måte. Kroppsspråk kan for eksempel gi indikasjon om pasienten er forvirret eller ikke kapabel til motta undervisning og veiledning (Dalland, 2001, gjengitt etter Granum, 2007). Samtaler eller nye pasientintervjuer kan bidra til å vurdere veiledning og undervisning gitt tidligere i forløpet (Christiansen, 2013, kap. 3). Å stille

direkte spørsmål angående veiledning- og undervisningssituasjonen, muliggjør tilbakemeldinger og kommentarer fra pasienten som igjen vil kunne danne et bedre felles utgangspunkt for planleggingen videre og eventuelle endringer som bør foretas (Granum, 2007).

Dokumentasjonsplikten sykepleiere er lovpålagt gjennom § 39 i helsepersonelloven, skal bidra til ivareta kontinuitet i behandlingsforløpet (Moen, 2011). Dokumentasjon av pasientens informasjonsbehov blir derimot sjeldent rutinemessig gjennomført. Studier kan tyde på at sykepleiere i liten grad dokumenterer hvordan den undervisende og veiledende funksjonen utøves. Spontane undervisningssituasjoner, som jo ofte pasientens selv tar initiativ til, ansees ikke nødvendigvis av sykepleiere som helseveiledning og undervisning. Pasientens uttrykk for et udekket informasjonsbehov vil ikke løftes fram og synliggjøres (Gedda, 2001 gjengitt etter Granum, 2007; Friberg, 2007). Som en konsekvens blir kontinuiteten og det helhetlige arbeidet svekket og det blir vanskeligere å evaluere arbeidet underveis i isolasjonsforløpet. Dette er for eksempel lite gunstig i et tverrfaglig samarbeid eller ved turnusarbeid, hvor manglende, misvisende og motstridende informasjon til pasienten kan oppstå dersom ikke alle involvert har oversikt over hva som er gjort tidligere av undervisning og veiledning. Dokumentasjon er en form for kvalitetssikring og vil tydeliggjøre hva pasienten har tilegnet seg av kunnskap så langt i forløpet, belyse om målsetningene er nådd eller om informasjonen er tilpasset godt nok til pasientens forutsetninger. I tillegg bidrar dokumentasjon i å til å avdekke eventuelle mangler eller ytterligere behov. Kanskje det bør gjøres endringer for å nå målene for undervisningen og veiledningen (Granum, 2007).

Å avdekke årsaker, barrierer og hindringer for dårlig måloppnåelse av helseveiledning hører også til evalueringen (Christiansen, 2013, kap. 3). Det har vist seg å være reel problemstilling at pasienter opplever å ikke forstå hvorfor de isoleres, hvordan smitte sprer seg og at dette forårsaker følelse av stigmatisering. Flere følte det som en straff å bli lukket inne, noe trakk paralleller med å sitte i fengsel. Anvendelse av smittevernsutstyr forverret denne oppfatningen, på tross av at flere hadde forståelse for bruken. Varselskilter på dørene bygget også oppunder følelsene av å være urene og skitne. Det er verdt å merke seg er at det ikke nødvendigvis bare er MRSA-infeksjonen i seg selv som resulterte i dette, men holdningene MRSA-pasienter møtte. Utrygghet, usikkerhet og unødvendig overforbruk av smittevernsutstyr blant sykepleiere som følge av dette, økte følelsen av forhåndsdømming og stigmatisering. Uro, stress og forvirring ble også rapportert dersom sykepleiere var



inkonsekvente i forhold til retningslinjene. Undervisning og veiledning av sykepleiere om etisk ivaretagelse av isolerte, bevisstgjøring av faren for stigmatisering, smittespredning ved MRSA og retningslinjer innen smittevernstiltak vil bidra til å forebygge problematikken. Samtidig vil dette hemme følelse av stigmatisering blant pasientgruppen, avdekke redsel, avklare misforståelser og bakgrunnen til forvirring, samt legge til rette for undervisning i smittevernstiltakene og behandlingsforløpet og styrke mulighetene for å sikre konsekvent og korrekt informasjon (Barratt et al., 2011; Braut & Holt, 2011; Jones, 2010; Lindberg et al., 2012).

## 5. Konklusjon

Den didaktiske relasjonsmodellen er brukt for å besvare problemstillingen i oppgaven. Den gir et bilde på hvor sammensatt utøvelsen av undervisnings- og veiledningsfunksjonen kan være, samtidig hvor viktig enkeltpunktene er for at den helhetlige utøvelsen skal lykkes. Pasient- og sykepleiererfarte problemstillinger hentet sykehushverdagen er trukket inn, for å vise relevant aspekter ved sykepleierfunksjonen.

Både lovverket og nasjonale retningslinjer for håndtering av MRSA er tydelige på at isolering er det mest faglig forsvarlige tiltaket for å minimere smittespredning av MRSA.

Isolasjonstiltaket medfører ofte utfordringer, blant annet psykiske påkjenninger som angst, ensomhet, tap av autonomi og stigmatisering. Sykepleieren må gjennom sin undervisende- og veiledende funksjon tilrettelegge for at isolasjonsperioden blir best mulig, ved å skape trygge rammer med fokus på forutsigbarhet og mestring. For å klare dette er kunnskap grunnleggende. Tildels manglende kunnskaper blant sykepleiere kan sees i sammenheng med til nå lav forekomst av MRSA og dermed lite erfaringsbasert kunnskap. Sykepleieren må være trygg på prosedyrene tilknyttet MRSA, men også ha kjennskap til hvordan krisereaksjoner påvirker pasientens evne til å motta informasjon og veiledning. Avdelingsledelsen bør sørge for opplæring, samtidig er det et individuelt ansvar hos den enkelte sykepleier å holde seg faglig oppdatert. Pårørende er støttespillere for mange pasienter, spesielt gjelder dette ved langvarige isolasjonsforløp. Sykepleier må sørge for at også disse opplever trygghet og mestring. Evaluering og dokumentasjon knyttet til undervisning og veiledning har vist seg å ha forbedringspotensial. Dette viser seg å være en kvalitetssikring for at pasienten får all informasjon og veiledning den har krav på, samtidig som det sørger for kontinuitet og oversikt i tverrfaglig samarbeid, ikke minst økt fokus på funksjonsområdet, slik at ikke undervisning og veiledning ikke bare blir en del av andre arbeidsoppgaver.

Lite tyder på at den negative MRSA-trenden i Norge vil snu med det første, siden år 2000 har utbredelsen økt gradvis i omfang. Selv om regjeringen har laget tiltaksplan for resistensproblematikk fram mot 2020, skyldes mye av økningen omfattende globalisering og reising. Planen vil ikke alene være nok for å møte utfordringen. For å nå målsetningen om å hindre at MRSA blir en del av normalfloraen på norske sykehus er man avhengig av et velfungerende isolasjonstiltak, samt sykepleiere som kan ivareta isoleringskrevende pasienter.

## 6. Litteraturliste

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal Of Hospital Infection*, 76(2), 97-102 6p.  
doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Akselsen, P., & Elstrøm, P. (2012). MRSA og andre multiresistente bakterier. I P. E. Akselsen, P. Elstrøm, & P. Elstrøm (Red.), *Smittevern i helsetjensten* (s. 204-212). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Andersson H., Lindholm C., & Fossum B. (2011). MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review* 58, 47–53. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x/epdf>
- Andreassen, G. T., Fjellet, A., Stubberud, D.-G., & Wilhelmsen, I.-L. (2013). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 61-105). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193 14p. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33789aa8-1f95-4a04-8fd7b4b6979f095a%40sessionmgr112&vid=1&hid=105>
- Bergvik, S., & Sørli, T. (2013). Pasientinformasjon i sykehus - med særlig vekt på ivartakelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 78-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Brataas, H. V. (2011). Pedagogisk grunnlagsmodell som verktøy for pasientsentrert praksis. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brataas, H. V., & Furunes, K. (2011). Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 223-238). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Braut, G., & Holt, J. (2011). Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection - the infectious stigma of our time?. *Journal Of Hospital Infection*, 77(2), 148-152 5p. doi:10.1016/j.jhin.2010.09.029
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskrivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Degre, M., & Steen, M. (2014). *Mikrober, helse og sykdom*. (M. Degre, Red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i realsjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eikeland, A., & Stubberud, D.-G. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 165-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Elstrøm, P., Kacelnik, O., Bruun, T., Iversen, B., Hauge, S., & Aavitsland, P. (2012). Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Norway, a low-incidence country, 2006-2010. *Journal Of Hospital Infection*, 80(1), 36-40 5p. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670111004038>
- Friberg, F. (2007). Sykepleierens spontane undervisning. I V. Granum, *Praktisk pasientundervisning* (s. 62-69). Bergen: Fagbokforlaget.
- Granum, V. (2007). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Nordtvedt, P. (2013). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud, *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/5eaf66ac392143b3b2054aed90b85210/strategi\\_antibiotikaresistens\\_230615.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5eaf66ac392143b3b2054aed90b85210/strategi_antibiotikaresistens_230615.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. 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 on patients. *Nursing Times*, 106(36), 14-16 3p. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/1034739535?accountid=32877>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2012). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3/4), 424-436 13p. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2014). *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Hentet fra [http://www.ldh.no/bibliotek/\\_attachment/2655?\\_ts=15037378cbc](http://www.ldh.no/bibliotek/_attachment/2655?_ts=15037378cbc)
- Lunde, L., & Moen, A. (2014). Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 260-269. Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication\\_pdf/14fo3\\_art.\\_lunde\\_3365.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication_pdf/14fo3_art._lunde_3365.pdf)
- Moen, O. (2011). Helsepersonellens rettigheter og plikter. I I. Holter, & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 328-350). Oslo: Akribe.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2016). *Meldingssystem for smittsomme sykdommer, MRSA-infeksjon, år 1977-2015*. Hentet fra <http://www.msis.no/emsisexternalweb/RapportEnkeltSykdom.aspx>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet. (2004). *Isoleringsveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=46300>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt og helsedirektoratet. (2009). *MRSA-veilederen. Nasjonalveileder for å forebygge infeksjoner med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/9bc2e5e450.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Ormaasen, V. (2013). Legemidler ved infeksjonssykdommer. I H. Nordeng, O. Spigset, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 105-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Seibert, D. J., Gabel Speroni, K., Kyeung Mi, O., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal Of Infection Control*, 42(4), 405-411 7p. doi:10.1016/j.ajic2013.10.008

Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107 7p. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevern>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget.