

Hvordan ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med påvist MRSA?

Kandidatnummer: 382 og 464
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8559
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 05.04.2021
Tittel: Hvordan ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med påvist MRSA?	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med påvist MRSA?»»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgaven belyses teori om MRSA, smittevern, psykososiale behov, Virginia Hendersons sykepleieteori, lovverk og yrkesetiske retningslinjer, og sykepleiers helsefremmende funksjon til denne pasientgruppen. Teori om sykepleiers informerende funksjon, kompetanse og lederens rolle blir også presentert.</p> <p><u>Metode</u> Anvendt metode er en litterær oppgave som bygger på eksisterende pensum-, fag- og forskningslitteratur. I tillegg er egen erfaring fra praksisfelt inkludert når problemstillingen diskuteres. Databasene Cinahl, SveMed+ og PudMed er benyttet for å finne relevant forskning.</p> <p><u>Drøfting</u> Diskusjonen er delt inn i tre hovedtemaer: pasientens perspektiv, sykepleiers utfordringer og sykepleiers helsefremmende funksjon. Innenfor disse temaene har vi gått i dybden på pasientens psykososiale reaksjoner på isolasjon og sykepleiers utfordringer som avstand og tidspress. Til slutt drøftes sykepleiers informerende rolle opp mot behovet for et kompetanseløft, og lederes nøkkelrolle i dette arbeidet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Smitteisolasjon og MRSA-infeksjon er en belastning for pasienten. Sykepleier er den som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Å se hver enkelt pasients situasjon er et viktig grunnlag for å kunne ivareta deres psykososiale behov. Sykepleier kan gjennom sin helsefremmende funksjon bidra til informasjonsflyt, som kan være med på å skape en trygg situasjon for pasienten. Det kan stilles spørsmål om det er behov for økt kompetanse hos sykepleiere. Utfordringer som tidspress og avstand er noe sykepleier må forholde seg til.</p>	

(Totalt antall ord:264)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Begrepsavklaring	2
2	Teori.....	4
2.1	MRSA.....	4
2.2	Smittevern ved MRSA.....	5
2.3	Psykososiale behov	5
2.4	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	6
2.5	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	7
2.6	Sykepleiers helsefremmende funksjon	8
2.6.1	Sykepleiers informerende funksjon	9
2.6.2	Kompetanse	10
2.6.3	Lederens ansvar	10
3	Metode	12
3.1	Valg av databaser og søkeord	12
3.2	Inklusjonskriterier	15
3.3	Øvrig faglitteratur.....	15
3.4	Kildekritikk	16
3.5	Etiske vurderinger	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Psykiske reaksjoner på isolasjon.	17
4.2	Pasientopplevelser	17
4.3	Sykepleiers funksjon.....	17
5	Diskusjon.....	20
5.1	Pasientens perspektiv.....	20
5.1.1	Pasientens psykososiale reaksjoner på isolasjon	20
5.2	Sykepleiers utfordringer.....	22
5.2.1	Avstand	24
5.2.2	Tidspress	25
5.3	Sykepleiers helsefremmende funksjon	26
5.3.1	Informerende rolle	26
5.3.2	Er det behov for økt kompetanse?	28
5.3.3	Lederens nøkkelrolle	29
6	Oppsummering/Avslutning	30
7	Referanseliste	31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Økt reisevirksomhet og større flyt over landegrensene kjennetegner vår globaliserte verden (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 31). Helsepersonell rekrutteres fra andre land, og enkelte tar utdannelsen sin i utlandet. Dette fører til stadig utveksling av bakterier, og utgjør en trussel for smittsomme sykdommer, som følger med over landegrensene og inn på norske sykehus (Hernæs, 2001a sitert i Stordalen 2015, s. 50). Bakterier det kan være vanskelig å bli kvitt utgjør en særlig frykt, og Meticillinresistent Staphylococcus Aureus er et eksempel på denne typen bakterie. Av tilfellene med gule stafylokokker i Norge kan omtrent én prosent refereres til MRSA, mens resten av Europa nærmer seg 50 % (Rygh et al., 2016, s. 84). Norge har gode tall å vise til sammenlignet med resten av verden, men trenden er stadig økende. En medvirkende årsak til at Norge har klart å holde forekomsten på et minimum, er at MRSA-positiv pasienter isoleres umiddelbart i norske sykehus (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 204). Til tross for at det er et virkningsfullt tiltak, skaper det en avstand mellom pasient og sykepleier. Dette reiser spørsmål om sykepleier klarer å imøtekomme pasientens behov, samt hjelpe han eller hun som ligger på isolat med de opplevelser og reaksjoner som følger bakterien.

Egen erfaring fra praksis i spesialisthelsetjenesten har gitt oss et inntrykk av manglende kompetanse om smittevern hos sykepleiere. Vi har erfart at smitteisolerte pasienter får færre kontaktpunkt og mindre besøk enn andre pasienter. Dette har gjort oss nysgjerrige på om pasienters psykososiale behov i isolat utfordres. Den pågående koronapandemien har satt høye krav til smittevern og i dette arbeidet har sykepleiere en viktig rolle (Hansen & Lunde, 2020). Dette har gjort oss ytterligere nysgjerrig på hvordan smitteisolasjon påvirker pasienten. Videre har vi fått kjenne på dobbeltrollen, ved å på den ene siden være pasientens nærmeste og på den andre siden være isolatets vokter. Tema isolering viser dermed hvor kompleks sykepleierrollen kan være (Johansen, 2018).

Virginia Henderson beskriver sykepleierens hovedfokus som: «mennesket i spesifikke situasjoner og menneskets opplevelse av og forståelse for sykdom og situasjonen». Videre

understreker hun dette hovedfokuset med at sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe pasienten med de gjøremål som bidrar til helse eller helbred. I hennes overordnede teori om sykepleie inngår pasientens psykososiale behov, blant annet å kunne uttrykke følelser, behov eller frykt gjennom kommunikasjon (Eriksen, 2015, s. 896-897). Et isolasjonskrevende opphold på sykehus oppleves for mange ensomt, tidkrevende og en følelse av tapt kontroll (Rygh et al., 2016, s. 70). Derfor blir det viktig å se og møte mennesket som en helhet, som i praksis betyr å ta vel så mye hensyn til det psykiske, sosiale og emosjonelle, som det fysiske. På den måten inkluderes hvordan pasienten har det. Sykepleier er den som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og må imøtekomme dette (Eriksen, 2015, s. 896).

1.2 Problemstilling

«Hvordan ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med påvist MRSA?».

1.3 Avgrensning

Oppgaven begrenses til pasienter over 18 år. Barn utelukkes da deres psykososiale behov avhenger av andre faktorer enn voksnes (Sjøbjerg, 2015, s. 127). Underliggende sykdom og eventuelle funksjonsnedsettelse vil ikke bli videre omtalt i oppgaven.

I 2016 var gjennomsnittlig liggetid på somatisk sykehus 4,2 døgn (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Derfor tar vi utgangspunkt i et minimum på 4 liggedøgn.

Sykepleier har et særskilt ansvar i å ivareta helhetlig omsorg for den enkelte pasient. (Stubberud, 2019b, s. 18). Ved påvist MRSA som fører til isolasjon, vil sykepleier møte på flere utfordringer som kan bidra til at pasientens psykososiale behov blir truet (Rygh et al., 2016, s. 80). Vi vil i denne oppgaven diskutere hvordan sykepleier kan bidra til at disse behovene blir ivaretatt.

1.4 Begrepsavklaring

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* er bakterier, som i motsetning til andre gule stafylokokker er resistente mot de vanligste typene penicillin som brukes i Norge. I tillegg til

dette er bakteriene resistente mot andre type antibiotika, såkalt multiresistente. Disse bakteriene utgjør derfor en trussel i norske sykehus (Rygh et al., 2016, s. 85).

Psykososiale behov vil beskrives som de utfordringene som har med menneskets psyke å gjøre. Disse er en del av pasientens grunnleggende behov og vil påvirkes ved eventuell sykdom. Hvordan pasienten opplever sykdom vil påvirke og utfordre ens psykososiale behov (Stubberud, 2019b, s. 18).

Isolering vil si at vedkommende plasseres på enerom for å hindre smittespredning (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009).

2 Teori

2.1 MRSA

Siden 1980 har generell antibiotikabruk økt med over 50%. Da penicillin ble oppdaget ble det mindre fokus på håndhygiene og andre infeksjonsforebyggende tiltak. Infeksjoner som kunne vært forhindrede med håndhygiene ble heller behandlet med penicillin. Økt reisevirksomhet bidrar til at bakterier spres på tvers av landegrensene. Dette er faktorer som har bidratt til en økt forekomst av resistente bakterier (Stordalen, 2015, s. 50). Norge har gode tall å vise til i utviklingen og antibiotikaresistens utgjør ikke et like stort problem som i mange andre land. Et eventuelt MRSA-utbrudd på norske sykehus vil føre til at behandlingen blir mindre effektiv og betraktelig dyrere. Økt forekomst vil føre til endring av hvilken type antibiotika som brukes. Dette kan igjen øke forekomsten av resistens hos bakterier. Dette er grunner til de strenge tiltakene mot MRSA i Norge (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009, s. 3).

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* skiller seg fra gule stafylokokker som er vanlig å finne hos mennesker ved at de er resistente mot betalaktamantibiotika. Dette er de vanligste typene antibiotika. Resistensen gjør behandlingen mer komplisert, og gir dermed økt fare for et lengre sykdomsforløp og komplikasjoner (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009, s. 3). I Norge regnes både bærerskap og infeksjon med MRSA som en allmennfarlig smittsom sykdom, og pasienter skal derfor smitteisoleres (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 206). Det skilles mellom pasienter som har MRSA- infeksjon eller er bærere. Som bærer har pasienten MRSA i nese eller hals uten å være syk, men du kan likevel smitte andre og må isoleres. Du kan også ha påvist MRSA i en prøve, uten å ha infeksjon. Dette kalles kolonisering. Da er bakterien en del av pasientens normalflora. Metode for å fjerne MRSA-bakterier hos pasienter som er bærere, kolonisert eller gjennomgått infeksjon kalles sanering (Rygh et al., 2016, s. 85). I Norge relateres MRSA som oftest til importsmitte, men de siste 20 årene har det vært en jevn økning i tilfeller av MRSA-infeksjoner der smitten er påført i Norge (Stordalen, 2015, s. 52). Infeksjonskontroll er den eneste måten å redusere forekomsten av multiresistente bakterier på (Andersen, 2005, s. 145). Sykepleiers arbeid innebærer å forebygge spredning og smitte av denne mikroben. Dette gjøres ved isolering og sanering av smitten (Rygh et al., 2016, s. 84-85). Kunnskap og forståelse hos helsepersonell er en forutsetning for å klare å bekjempe MRSA (Stordalen, 2015, s. 52).

2.2 Smittevern ved MRSA

MRSA-veilederen er et oppdatert nasjonalt verktøy for å forebygge spredning av MRSA i helseinstitusjoner. Norge står i en særstilling når det gjelder forekomsten av resistente bakterier, og helsepersonell oppfordres til å følge veilederens anbefalinger og råd. Enkelte anbefalinger og råd er knyttet direkte til krav hjemlet i lov eller forskrift. Dette for å beholde den gunstige situasjonen lengst mulig. Ved påvist eller mistanke om MRSA skal alle pasienter, ifølge MRSA-veilederen, isoleres på enerom. Anbefalt regime er kontaktsmitteisolering, i tillegg til bruk av kirurgisk munnbind (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009). Dette medfører hansker, frakk med lange ermer og mansjetter og bruk av munnbind i kontakt med de smitteisolerte. Mistanke om MRSA gjelder alle pasienter som har vært innlagt i helseinstitusjon i utlandet de siste 12 månedene. Alle mulige eksponerte pasienter blir behandlet som en smittekilde inntil testresultat foreligger (Andersen, 2005, s. 145).

Luftsmitteisolat med definert undertrykk (minimum -16 pascal i pasientrom), romslig sluse for sikker på- og avkledding er best egnet og foretrukket ved MRSA (Andersen, 2005, s. 145). Etter endt bruk av rommet må det desinfiseres og rengjøres. God rengjøring og desinfeksjon har en betydelig reduserende effekt på smittestoff i pasientrom. Rommene bør være innredet med utstyr som er lett å rengjøre og som tåler desinfeksjon. Tv, telefon og annet utstyr bør tildekkes (Andersen, 2005, s. 146).

2.3 Psykososiale behov

Tanker rundt oss selv og helsen vår er ikke nødvendigvis noe vi reflekterer over dersom alt er som det pleier. Ved sykdom og isolasjonsopphold vil tilværelsen endre seg drastisk og våre grunnleggende behov vil påvirkes. Våre psykososiale behov er en del av de grunnleggende behov og beskrives som universelle og fundamentale (Stubberud, 2019b, s. 16). Ved isolering blir pasienten stadig minnet på at det er en smittsom sykdom, og dette kan påvirke forholdet til seg selv og omgivelsene (Eriksen, 2015, s. 889).

Psykososiale behov deles inn i en emosjonell og en relasjonell del, der den emosjonelle delen dreier seg om behov for å oppleve trygghet, kontroll og behov for individuell og målrettet sykepleie. Hvordan det oppleves å være pasient er relevant her, både ens følelser og opplevelser relatert til sykdommen. Den relasjonelle delen dreier seg om behov for sosial

kontakt, gode relasjoner og følelsesmessig støtte. Ved sykdom har man behov for å mestre den situasjonen man befinner seg i, og de nevnte faktorene vil være avgjørende for å oppleve nettopp dette (Stubberud, 2019b, s. 18).

Sykdom kan defineres på ulike måter. Man kan skille mellom “illness”, “disease” og “sickness”. Ved “illness” menes den subjektive opplevelsen ved å ha en sykdom. Dette innebærer pasientopplevelser som blant annet smerte, ubehag og tap av funksjon. Her kommer også pasientens opplevelser av å være syk og aspekter som angst, utrygghet, isolasjon og sårbarhet inn (Stubberud, 2019b, s. 16). “Disease” forklares derimot som de objektive opplevelsene ved sykdom. Dette innebærer de patologiske prosessene i kroppen som puls, blodtrykk og kroppstemperatur. Her har man en mer vitenskapelig tilnærming der hensikten er å diagnostisere, behandle og lindre. Siste fenomenet ved sykdom forklares som “sickness” og defineres som samfunnets syn på sykdom. Psykososiale behov ved sykdom tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen av sykdom, altså hvordan pasienten opplever å være syk. I kontakt mellom sykepleier og smitteisolert pasient er det viktig å se pasientens individuelle opplevde situasjon (Stubberud, 2019b, s. 17).

Det er viktig å nevne at det er ulike faktorer som påvirker hver enkelt pasients psykososiale behov. Eksempler er pasientens følelser, opplevelse av pasientrollen, sykdommens alvorlighetsgrad, personlighet, utdanning og emosjonelle faktorer (Stubberud, 2019b, s. 23).

2.4 Virginia Hendersons sykepleieteori

Den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson mente sykepleiere burde stoppe opp og blant annet tenke «Er det viktig å hjelpe pasienten med å ivareta andre behov enn bare de som dreier seg om livsviktige funksjoner?». Hun ønsket at sykepleiere skulle reflektere over liknende spørsmål for å vurdere riktig løsningsstrategi i en bestemt pasientsituasjon (Mathisen, 2015, s. 123). Hun bidro til utviklingen av sykepleiefaget ved å gi en definisjon av sykepleierens arbeidsområde:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette (Henderson, 1998, s. 10).

Definisjonen understreker sykepleiers selvstendige ansvar. Ansvaret krever et lyttende øre, konstant observasjon og tolkning av ikke-verbal atferd, for pasientens styrke, vilje og kunnskap er svært individuell (Mathisen, 2015, s. 126). Derfor mente Henderson at sykepleiers hovedfokus burde være mennesket i den spesifikke situasjonen og deres opplevelse av og forståelse av sykdom og situasjonen (Eriksen, 2015, s. 896). Pasienten består ikke bare av en kropp, men også et sinn med tanker, følelser, ønsker og behov (Mathisen, 2015, s. 123). Med en slik helhetstenkning mente hun å vektlegge psykiske, sosiale og eksistensielle behov på lik linje som de fysiske (Eriksen, 2015, s. 897). Henderson oppsummerer derfor sykepleie som en sammensatt og kompleks aktivitet. Det forutsetter engasjement og personlig investering i relasjonsdannelsen til en pasient, som er rettet mot dens ve og vel (Henderson, 1998, s. 13).

Videre er Henderson kjent for sine 14 punkter hun mente sykepleieren har ansvaret for å hjelpe pasienten med. I punkt 10 trekker hun fram kommunikasjon med andre for å kunne uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger (Henderson, 1998, s. 46). Dette ansvarsområdet kan ses på som særlig relevant i arbeid med isolasjonskrevende sykdom for å vite hvordan pasienten har det.

2.5 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Norske sykehus skal etter helsepersonelloven (1999, § 16) organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten poengterer at det er ledelsen som har ansvar for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomheten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker at grunnlaget for all sykepleie bygger på respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, med utgangspunkt i menneskerettighetene. Her står barmhjertighet, omsorg og respekt sentralt (Norsk sykepleieforbund, 2011). I de senere årene har det som sykepleier må forholde seg til ved sin profesjonsutøvelse og yrkesrolle blitt rettslig regulert, for til enhver tid å kunne sikre adekvat helsehjelp (Molven, 2016, s. 17). Sykepleiere må av den grunn kjenne til de sentrale bestemmelsene i lovverket.

I helsepersonelloven (1999, § 4) står det at sykepleier skal utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. I forlengelsen av dette skal sykepleier etter punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykehusisolasjon og ansatte iført smittefrakk, hansker og munnbind kan for enkelte oppleves som en belastning (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 130). Det indikerer at ivaretagelse av behovene som har med menneskets psyke, hvordan pasienten opplever sykdommen og isolasjonsoppholdet, bør prioriteres. Pasienten ser på sine grunnleggende behov som en helhet, der de psykososiale behovene er vel så viktig som de fysiske (Stubberud, 2019b, s. 18).

Sykepleiere møter sårbare pasienter som er utsatt for helsesvikt eller funksjonssvikt. Det kan være mennesker som permanent eller midlertidig er ute av stand til å ivareta sine egne behov. Som sykepleier og fagperson har man makt til å ta vare på andre menneskers liv og livsmuligheter. Denne makten må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte, og er en del av yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren skal blant annet ivareta pasientens rett til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Formuleringene i yrkesetikken harmonerer i stor grad med lovverket (Sneltvedt, 2016, s. 100-103).

En forutsetning for å ivareta retten til medbestemmelse er informasjon. Pasienten har krav på tilstrekkelig med informasjon, for å blant annet sikre at pasienten har forstått prinsippene og formålet med isolering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2. Formålet står forankret i smittevernloven. Befolkningen skal vernes mot smittsomme sykdommer ved å forebygge og motvirke overføringen av smittestoff (Smittevernloven, 1995, § 1-1). Videre klargjør loven individets rettigheter og plikter ved smittsomme sykdommer (Stordalen, 2015, s. 22).

2.6 Sykepleiers helsefremmende funksjon

Sykepleiers helsefremmende funksjon vil i denne sammenhengen dreie seg om pasientens følelse av kontroll og å skape støttende omgivelser. For denne smitteisolerte pasientgruppen betyr det å legge til rette for økt mestring og trygghet (Tveiten, 2016, s. 21-22). Sykepleier må imøtekomme dette.

Helsefremmende arbeid er basert på empowerment-ideologien. Empowerment kan forklares som en prosess der pasienten mobiliserer sine ressurser til å håndtere ulike utfordringer, og på den måten bli myndiggjort. På et individuelt eller psykologisk nivå er faktorer som kunnskap, selvbilde og opplevd kompetanse med på å påvirke dette. Mål for sykepleiers arbeid bør derfor være å vektlegge økt viten om sykdomssituasjonen, styrke positiv påvirkning og fremme mestringsopplevelser (Sørensen et al., 2002).

2.6.1 Sykepleiers informerende funksjon

Som nevnt i avsnitt 2.5 har pasienten lovpålagt rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand. Sykepleier har et informasjonsansvar. Ansvarer innebærer at innholdet og betydningen av informasjon blir forstått (Nævra et al., 2020). Dette er ønskelig for å skape en forutsigbarhet overfor pasienten. I tillegg skal den informasjonen som gis tilpasses alder, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon kan øke oversikten og skape kontroll over situasjonen, og på den måten gjøre at pasienten føler seg trygg i rollen som pasient (Stubberud, 2019c, s. 89). Smitteisolerte pasienter kan ha et behov for informasjon om hva som er årsaken til smitte, hensikten med smittetøy og kunnskap om MRSA. Ved at sykepleier informerer om dette kan situasjonen oppleves mindre skremmende og dempe engstelsen for det ukjente (Stubberud, 2019c, s. 89). Vanligvis er pasienten interessert i å vite om det som angår dem selv, og på den måten kunne forholde seg mer aktivt og konstruktivt til helsetilstanden og helsehjelpen (Molven, 2016, s. 160).

Å gi informasjon er en av hjelperens viktigste oppgaver, og herunder vil kommunikasjonsferdigheter være viktig. Andre viktige områder vil være å undersøke hva pasienten behøver av informasjon og kunnskap, å skaffe informasjonen og å informere på en god måte (Eide & Eide, 2017, s. 220). Stress kan føre til redusert evne til å ta imot informasjon (Stubberud, 2019c, s. 89-90). Å skape forutsigbarhet innebærer å informere om eventuelle undersøkelser og hensikten med disse. Informasjonen bør gis på et språk som pasienten forstår, dette innebærer ofte å unngå medisinsk fagterminologi (Eide & Eide, 2017, s. 220). Formidling av informasjon kan på den måten være en del av det helsefremmende arbeid.

2.6.2 Kompetanse

Kompetanse defineres som den kunnskapen, ferdighetene og holdningene en person har og hvordan disse brukes om hverandre (Stubberud, 2019a, s. 51). Det kreves kompetanse for å mestre utfordringer og konkrete situasjoner. For å kunne mestre situasjoner der pasienten er smitteisolert med MRSA kreves det at sykepleieren har tilstrekkelig og konkret kunnskap om både MRSA og smitteisolering. På en mer generell basis er det viktig med kunnskap om hvordan sykdom, skade og forandret funksjon påvirker pasienten (Stubberud, 2019a, s. 51). Det ligger også en forventning hos pasientene om at sykepleiere er faglig kompetente. Mangel på kompetanse kan føre til usikkerhet som igjen kan skape angst, frustrasjon og motløshet hos pasienten. Det å møte kompetent helsepersonell er av stor betydning for at pasienten skal kunne føle seg trygg og ivaretatt. Dette innebærer at sykepleier har en rolig væremåte, god oversikt over situasjonen og forståelse for pasientens ressurser og problemer. Å sikre forsvarlige tjenester som viser at sykepleieren er faglig oppdatert og mestrer praktiske ferdigheter er svært viktig for at pasienten skal føle seg tilfreds (Stubberud, 2019a, s. 48). Samtidig som kompetanse og kontroll hos sykepleier er viktig, er det også viktig at sykepleier ikke går utenfor sitt kompetansenivå.

2.6.3 Lederens ansvar

Ledere som aktivt involverer ansatte og deres kompetanse, lytter til innspill og legger til rette for kompetanseheving vil som oftest få igjen for det. Det kan gjenspeiles i motiverte, aktive og dyktige ansatte som igjen kan være med på å videreutvikle virksomheten og gi fornøyde pasienter (Befring, 2015, s. 142). Kunnskapsbasert praksis handler om å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap i situasjoner der det skal tas faglige avgjørelser. Dette krever brukermedvirkning der sykepleier inkluderer pasienten med sine ønsker og behov (Helsebiblioteket, u.å.b). Det å ha sykepleiere som utøver kunnskapsbasert praksis vil sikre best mulig tjenester for pasienten (Graverholt et al., 2015, s. 185).

En slik praksis forutsetter en jevnlig og gjensidig dialog mellom de ansatte og ledelsen. De ansatte har fordel av å forstå betydningen av deres synspunkt. Å vite hvordan de ansatte kan benyttes for å nå resultater krever at lederen ser hver enkelt med sine særegne egenskaper. Det må tilrettelegges for at ansatte skal få tid til å øke sin kompetanse. Lederen har ansvar for å

vite hvilken kompetanse som behøves, hvordan denne kan tilegnes og hvilke verktøy som kan benyttes (Befring, 2015, s. 143).

3 Metode

Bacheloroppgaven er en litteræroppgave, hvor hensikten er flerfoldig. Denne oppgaven skal gi oss kunnskap, erfaring og innsikt i en selvvalgt problemstilling innen sykepleien. Videre skal vi analysere, tolke, vurdere kritisk og diskutere ved å pendle fram og tilbake i eksisterende kildemateriale (Thidemann, 2015, s. 20-21). Ved å anvende relevant fag- og forskningslitteratur, ivareta krav til etikk samt følge Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving, skal vi til slutt stå igjen med en kronologisk besvarelse av problemstillingen.

Videre i dette kapittelet vil valg av database og søkeord beskrives. Litteratursøk vil bli presentert. Deretter vil inklusjonskriterier, øvrig faglitteratur og kildekritikk bli lagt fram. Avslutningsvis vil etiske vurderinger nevnes.

3.1 Valg av databaser og søkeord

Våre litteratursøk er tatt utgangspunkt i sentrale databaser innen helsefag. Databasene vi har brukt er: Cinahl, SveMed+ og PubMed. Cinahl oppdateres hver måned og er en sentral bibliografisk database innen helsefag. Databasen inneholder en rekke relevant litteratur om sykepleie. Videre inkluderer denne databasen engelskspråklig tidsskriftartikler som følger IMRAD-struktur. Svemed+ er en oppdatert nordisk database innenfor medisin og helse som inkluderer nordiske tidsskrifter. PubMed er en database som omfatter Medline, som er verdens største database med medisinske publikasjoner. Alle de tre databasene innehar stoff om pasienterfaring som er nødvendig for å besvare vår problemstilling (Helsebiblioteket, u.å.a).

I litteratursøket handler det om å utvikle en god søkestrategi for et effektivt søkearbeid. Søkeord og kombinasjonene av disse er derfor nøye valgt ut. Valgte søkeord kan også ses på som emneord, da databasene ofte har egne emneordsystemer. Emneordene beskriver innholdet i artiklene, og gjør det derfor enklere å vite hva man skal søke etter (Thidemann, 2015, s. 87). Oppslagsverk som MeSH har hjulpet oss med oversettelsen mellom norsk og engelsk, og gitt oss en oversikt over relevante søkeord.

Søkeord som er brukt er blant annet: «pasient isolation», «psychosocial aspect of illness», «MRSA», «pasient experience», «multiresistente bakterier», «hospital» og «adults». Ved å kombinere flere ord og søkeordkombinasjonen AND, som inkluderer både søkeord 1, 2 og 3, ga det oss færre resultater, men konkrete artikler (Thidemann, 2015, s. 88). Våre søk ble begrenset ved at publiseringsdato er senest år 2010. I ett tilfelle begrenset vi også språk til norsk og engelsk for å begrense antall treff. Vi plukket artikler ved å først lese overskrifter, og deretter sammendraget for å vurdere om artiklene kunne brukes i oppgavebesvarelsen. Slik har vi funnet frem til seks artikler som belyser ulike aspekter ved vår problemstilling, og som vil benyttes i diskusjonsdelen.

3.2 Gjennomføring av litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkluder	Valgte artikler
25.11.2020	1	Cinahl	1: Pasient isolation 2: Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus 3: Psychosocial aspect of illness 4: 1. AND 2. AND 3.	11	11	5	2	Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). <i>The stigmatization of source isolation: a literature review.</i> Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). <i>Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers attitudes and suggestions.</i>

28.11.2020	2	Cinahl	1: Pasient isolation 2: Attitude 3: Psychosocial aspect of illness 4: 1 AND 2 AND 3. Language: English, Norwegian	85	11	5	1	Hereng, O., Aurélien D., Salomon J. & Davido B. (2019). <i>Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection</i>
20.01.2021	3	Svemed+	1: Multiresistente bakterier	14	4	2	1	Lunde, L. & Moen, A. (2014). <i>Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier</i>
25.02.2021	4	PubMed	1: Patient's experience 2: MRSA 3: Hospital 4: Adults	141	10	4	1	Skyman, E., Sjostrom, H. T. & Hellstrom, L. (2010). <i>Patient's experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.</i>
26.02.2021	5	Svemed+	1: Helsepersonell 2: Kunnskapsbasert praksis	35	6	2	1	Røkholt, G., Davidsen, L-S., Johnsen, N. H. & Hilli Y. (2017). <i>Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge.</i>

3.2 Inklusjonskriterier

I en litterær oppgave er det fordelaktig å sette inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for litteratursøket. Det tydeliggjør hva en ønsker å oppnå med søket, og avgrenser mengden litteratur (Thidemann, 2015, s. 84).

I tabellen under er inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven presentert.

Inklusjonskriteriene på sin side inkluderer alder, somatisk sykehus og liggedøgn for å treffe rett pasientgruppe i artiklene. Videre tydeliggjør inklusjonskriteriene type publikasjon, herunder fagfellevurderte artikler, språk og struktur. På den andre siden viser eksklusjonskriteriene hva artiklene ikke skal inneholde (Thidemann, 2015, s. 84).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alder > 18 år	Pasienter med underliggende sykdom
Pasienter innlagt på sengepost på somatisk sykehus	Studier som ikke er overførbare til norske forhold
Liggedøgn \geq 4	Artikler som er eldre enn 11 år
Fagfellevurderte artikler	
Engelsk-, norsk, svensk og danskspråklig artikler	
IMRAD-struktur	

3.3 Øvrig faglitteratur

Vi har benyttet søkemotoren Oria, hvor vi kunne søke i hele boksamlingen til Lovisenberg Diakonale Høyskole. Her har vi gjort søk etter relevante fagbøker om smittevern, epidemiologi i forbindelse med MRSA og psykososiale behov. Valgene ble gjort ved først å finne relevante titler og deretter lese innholdsfortegnelse. Vi har også gjort kjedesøk i gamle bacheloroppgaver. I tillegg har vi brukt relevant faglitteratur fra pensumbøker gjennom tre år som sykepleiestudenter. Dette innebærer blant annet pensum om grunnleggende sykepleie, lovverk, yrkesetiske retningslinjer, teoretikere og sykepleierfunksjonen.

3.4 Kildekritikk

Cinahl består i størst grad av amerikanske tidsskrifter. Svemed+ dekker derimot nordiske tidsskrifter, og på den måten kan forholdene være overførbare til norske forhold. Samtidig er Cinahl en større database som dekker et enda bredere spekter av forskning.

Vi har deltatt på kurs i litteratursøk på biblioteket ved vår skole for å kunne gjøre gode litteratursøk. Vi har også tilegnet oss erfaring fra tidligere eksamensoppgaver. Likevel må vi stille oss kritisk til egne ferdigheter i søk og poengtere at dette kan ha innvirkning på resultatene våre søk har gitt oss.

I problemstillingen poengterer vi at vi vil ta utgangspunkt i hvordan man kan ivareta pasientens psykososiale behov. Dermed vil det først og fremst være relevant å finne kvalitative studier som tar utgangspunkt i pasientopplevelser. Likevel har vi inkludert studier som intervjuer sykepleiere og hvordan de opplever utfordringer hos smitteisolerte pasienter, da dette oppleves som en relevant side av vår problemstilling.

Svakheter med anvendt forskningslitteratur kan eksempelvis være at enkelte studier inkluderer andre infeksjoner enn kun MRSA, og at det ikke kun er sykepleiere som intervjues, men helsepersonell generelt.

Vi har for det meste anvendt primærkilder. Bibliotekets periodevise nedstenging og begrensede åpningstider har derimot skapt noen utfordringer. Dette har ført til at vi i noen tilfeller har henvist til sekundærkilder. De fleste artiklene våre er originalartikler, altså primærstudier. Det betyr at det presenteres ny kunnskap i en forskningsartikkel. Kunnskapen er grunnlag for videre forskning, anvendt metode skal altså kunne kontrolleres og etterprøves (Dalland & Trygstad, 2020, s. 156). Det er viktig å nevne at vi stiller oss kritisk til den kunnskapen artiklene presenterer og at det er behov for ytterligere forskning. Likevel ser vi klare sammenhenger mellom funnene i de ulike forskningsartiklene. Dette kan tyde på at funnene er relevante og stemmer overens med virkeligheten.

3.5 Ethiske vurderinger

Vi har ved bruk av personlige erfaringer bevisst ivaretatt anonymitet til institusjoner vi har vært student/ansatt i. Vi har derfor brukt begrepene pasient, sykepleier og personell/ansatt i oppgaven. Opplysninger om tid og sted er også utelatt.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Psykiske reaksjoner på isolasjon.

Gammon, Hunt og Musselwhite (2019) sin studie viser en klar sammenheng mellom stigmatisering og isolasjon. Litteraturgjennomgangen av 14 ulike studier viste at sykehusisolasjon ga utelukkende negativt utfall for pasientens psykiske helse.

4.2 Pasientopplevelser

Skyman, Sjöström og Hellström (2010) tar for seg pasienterfaringer etter et MRSA-utbrudd i Sverige, hvor flere pasienter ble isolert etter smitteeksponering. Funn tyder på at informasjonsbehovet deltakerne hadde, i liten grad ble dekket. Pasientene følte de ikke fikk behandling under de samme forholdene som andre pasienter.

Hereng, Dinh, Salomon og Davido (2019) påpeker i sine funn at pasientene opplevde engstelse angående opprinnelse til infeksjonen og uklarhet rundt infeksjonskilde.

4.3 Sykepleiers funksjon

Forskningsresultatene til Seibert, Speroni, Oh, DeVoe og Jacobsen (2014) poengterer at deltakerne, blant annet 16 sykepleiere, følte seg ansvarlig for å forhindre smitteoverføring og ivareta pasientomsorgen. Funn belyser videre at faktorer som smittevernutstyr og tidspress er utfordringer som gjør at de ikke strekker til.

Funn fra Hereng et al., (2019) sin studie påpeker også at bedre kommunikasjon og økt kunnskap er nødvendig for å forhindre negative psykososiale konsekvenser. Deltakerne mente at helsepersonell må formidle mer kunnskap til pasientene. Røkholt, Davidsen, Johnsen og Hilli (2017) sin studie poengterer med sine funn at kunnskapsbasert praksis krever en ledelse som tilrettelegger og prioriterer implementering av kompetanse i praksishverdagen på sykehus. Lunde og Moen (2014) påpeker at dersom sykepleiere får opplæring i smittevern kan man hindre at multiresistente sykdommer som MRSA spres, som igjen er med på å øke pasientsikkerheten. Funn viser at undervisning, kombinert med gode rollemodeller og tydelig ledelse er viktige forutsetninger for godt smittevernarbeid.

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1	Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite. (2019)	The stigmatization of source isolation: a literature review	<i>Journal of Research in Nursing</i>	Utforske pasient- opplevelser fra sykehus- isolasjon med påvist MRSA	Litteratur- gjennomgang: 14 artikler ble gjennomgått ved bruk av rammeverket Arksey og O'Malley (2007)	Klar sammenheng mellom stigmatisering og sykehusisolasjon. Etter litteratur- gjennomgangen av 14 studier var utfallet utelukkende negativt for pasienten i sykehusisolasjon
2	Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L. (2010)	Patient's experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Å få kunnskap om pasienters erfaring smittet med MRSA på sykehus og som deretter er blitt isolert	Kvalitativ studie: Dybdeintervju av seks pasienter i alderen 35-76 år, som lå isolert i minst en uke	Funnene er relatert til et MRSA-utbrudd i Sverige der flere pasienter ble isolert etter smitte- eksponering. Informasjon pasientene fikk var mangelfull, lite konkret eller motstridende. Opplevelsene er i hovedsak negative, da pasienten følte de ikke fikk behandling under de samme forholdene som ikke-isolerte pasienter
3	Hereng, A., Dihn, A., Salomon, J. & Davido, B. (2015)	Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug- resistant infection	<i>American Journal of infection control</i>	Evaluere pasienters følelse etter en innleggelse med en multiresistent infeksjon	Kvalitativ studie: dybdeintervju av 11 pasienter på enerom med en multiresistent infeksjon, gjennomsnittlig liggedøgn var ti dager	Pasientene rapporterte hovedsakelig negative følelser. Førte til angst spesielt angående opprinnelse til infeksjonen og uklarhet rundt infeksjonskilde. Ønsket at det formidles mer kunnskap fra helsepersonell
4	Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014)	Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions	<i>American Journal of Infection Control</i>	Identifisering av helsepersonells, derav 16 sykepleieres, holdninger, utfordringer og barrierer knyttet til arbeid med MRSA- smitteisolerte pasienter.	Kvalitativ studie: Semistrukturerte intervjuer av et utvalg på 26 helsepersonell	Deltakerne hadde generelt positive holdninger i deres evne og vilje til å reducere MRSA- overføring. Det negative var bekymringen om at beskyttelsesutstyr skaper en avstand til pasienten
5	Røkholt, G., Davidsen, L- S., Johnsen, H. N. &	Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert	<i>Nordisk sygeplejeforskning</i>	Å innhente helsepersonells erfaringer med å anvende	En kvalitativ tilnærming: det ble gjennomført en kulturanalyse	Funnene poengterer behovet for en ledelse som

	Hilli, Y. (2017)	praksis på et sykehus i Norge		forskningsfunn og tilegnet kunnskap i praksis. Hvordan erfarer helsepersonell kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag?	i form av brevmetode. Metoden er en mellomting mellom intervju og spørreskjema. Deltakerne skrev et brev til forskeren om det aktuelle temaet. 23 brev ble levert inn.	motiverer og fungerer som en pådriver til bruk av kunnskapsbasert praksis i arbeidshverdagen. Organisatoriske forhold er av stor betydning. Tidspres, travelhet og varierende kompetanse er hindringer for implementeringen
6	Lunde, L. & Moen, A. (2014)	Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier	<i>Sykepleie forskning</i>	Undersøke egenrapportert kunnskap og adferd hos sykepleiere i møte med pasienter med multiresistente bakterier. Fokusområder i undersøkelsen: Smittespredning, behandling, mikrobiologiske egenskaper og smittevern	En kvantitativ tversnittstudie der det empiriske materialet ble hentet inn via spørreskjema sendt ut på sengeposter. 38 spørsmål fordelt på tre områder. 107 spørreskjema ble inkludert i studien	Funnene poengterer behovet for en ledelse som motiverer og fungerer som en pådriver til bruk av kunnskapsbasert praksis i arbeidshverdagen. Organisatoriske forhold er av stor betydning. Tidspres, travelhet og varierende kompetanse er hindringer for implementeringen

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven drøftes oppgavens teorigrunnlag opp mot forskningsresultater, øvrig faglitteratur og Hendersons sykepleieteori. For å besvare problemstillingen er diskusjonsdelen delt inn i pasientens perspektiv, sykepleiers utfordringer og sykepleiers helsefremmende funksjon. Med dette som utgangspunkt ønsker vi å diskutere problemstillingen «*Hvordan ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med påvist MRSA?*»

5.1 Pasientens perspektiv

Sykepleier må kjenne til pasientens subjektive opplevelse av sin situasjon. Det betyr at sykepleier må sette seg inn i hvordan det arter seg å være pasient (Grov, 2015, s. 44), i dette tilfellet smitteisolert med MRSA. MRSA-veilederen indikerer at Norge er blant de landene med strengest tiltak mot MRSA, og det nevnes at man må være påpasselig med at tiltakene ikke blir for omfattende og medfører en belastning for pasientens livskvalitet og helse (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009, s. 10). Beskjeden om at en må legges på isolat er en psykisk belastning, og kommer ofte som et sjokk (Rygh et al., 2016, s. 70). Ofte er pasienten uforberedt når beskjeden om isolasjon blir gitt, og denne prosessen kan utløse ulike reaksjoner (Rygh et al., 2016, s. 80). Derfor vil det være nødvendig å vite noe om pasientens perspektiv, før sykepleier igangsetter tiltak for å ivareta psykososiale behov.

5.1.1 Pasientens psykososiale reaksjoner på isolasjon

Pasientens emosjonelle reaksjoner dreier seg om pasientopplevelser i forhold til seg selv, sin historie og sine omgivelser (Stubberud, 2019b, s. 18). Opplevelsene retter seg mot den psykososiale påkjenningen det er å være isolert, og å være en smittekilde. Isolat kan for noen symbolisere et sted de sykeste blir plassert (Mathisen, 2015, s. 136). Påkjenningen ved å skulle oppholde seg i et lite rom alene kan vekke reaksjoner som forvirring og uvirkelighetsfølelse. Pasienten kan med andre ord tro at dette er en misforståelse. Etter hvert som det går opp for pasienten kan reaksjoner som sinne og irritasjon oppstå, både ovenfor personale, venner og familie (Rygh et al., 2016, s. 80). På den andre siden ser man viktigheten med isolasjon ved at den er forebyggende mot nosokomial MRSA (Andersen, 2005, s. 145), og at man ikke unødig utsetter andre for smitte eller smitterisiko (Akselsen &

Elstrøm, 2012, s. 46). Likevel kan begrensningene isolasjonen fører til, eksempelvis ensomhet, depresjon og stigmatisering påvirke kvaliteten på omsorgen og forlenge sykdomsforløpet (Gammon et al., 2019).

Studier har vist at isolasjon kan være forbundet med negative følelsesmessige reaksjoner. Funn viser at stigmatisering er et fenomen i sykehusisolasjon. Stigma forstyrrer eller forverrer ulike prosesser, og er nært forbundet med depresjon. Det kan føre til ytterligere psykologiske reaksjoner som angst, stress, frykt, mistillit til andre og raske humørsvingninger (Gammon et al., 2019). Hereng et al., (2019) sin studie viser også funn i form av psykologiske reaksjoner som angst ved å ha en multiresistent infeksjon. Dette vil være spesielt gjeldende når sykehusinnleggelsen er lang, som i denne studien der gjennomsnittlig liggetid var 10 døgn.

Enkelte pasienter kan imidlertid oppleve at enerom og isolasjon gir frihet, ved at man slipper å ta hensyn til andre (Rygh et al., 2016, s. 81). For noen kan det være nok å ha en samtalepartner for å ivareta psykososiale behov (Mathisen, 2015, s. 134). Det blir derfor viktig at sykepleiers hovedfokus er mennesket i den spesifikke situasjonen og tar hensyn til deres opplevelser (Holter, 2015, s. 112). Sykepleieren må vurdere hvordan de ulike behovene kommer til uttrykk hos den enkelte pasienten med de ressursene som foreligger i vedkommendes situasjon (Mathisen, 2015, s. 129). På den måten kan sykepleier gi individuell behandling, som er en forutsetning for god sykepleie (Holter, 2015, s. 112). Det er ikke uvanlig at pasienten er påvirket av isolasjon uten at det framkommer spesifikt hva problemene innebærer. I slike tilfeller kan sykepleier gå inn til pasienten selv om ringesnora ikke har alarmert. Sykepleier kan bruke tid inne hos pasienten, uten at det er avtalt på forhånd. På den måten kan sykepleier kartlegge og empatisk prøve å forstå pasientens reaksjoner, for så å igangsette rette tiltak (Rygh et al., 2016, s. 80).

Den relasjonelle delen ved psykososiale behov handler om pasientens behov for nettverk og fellesskap, som kan bidra til sosial kontakt, gode relasjoner og følelsesmessig støtte (Stubberud, 2019b, s. 18). Det er ikke til å legge skjul på at smitteisolering fører til mindre kontakt med andre pasienter, begrensede besøk og mindre interaksjoner med personalet. I en studie gjort av Gammon et al., (2019) førte smitteisolering til ensomhet og sosial isolasjon blant pasientene. På den ene siden

satte pasientene pris på stillheten om natten ved å ha enerom, mens på den andre siden savnet de selskap på dagtid. Pasientene opplevde lite spontane besøk av personalet. Besøkene var som oftest i forbindelse med matservering eller pleieoppgaver. Isolasjonen ble derfor opplevd som begrensende. Enkelte pasienter kan på sin side ha mye kontakt og besøk av pårørende, og krever i liten grad støtte fra sykehuspersonalet (Hernæs, 2018).

I noen tilfeller kan fraværelse av personal føre til utrygghet hos pasienten. Pasienten kan føle på manglende ivaretagelse og en eventuell forverring kan risikeres å ikke bli fanget opp. Det at det er mange ulike helsepersonell på vakt kan også føre til en opplevelse av mangel på målrettet og individuell sykepleie (Stubberud, 2019b, s. 25). Sykepleier har en viktig rolle i å sikre at pasienten skal oppleve emosjonell kontroll ved sykdom. Det er behov for sosial støtte som gjør at pasienten opplever nærhet og trygghet fremfor separasjon og tap (Stubberud, 2019c, s. 113).

Som sykepleier må man forholde seg til hver enkelt pasient og dens opplevelse av sykdom. Da må sykdomssituasjonen ses i sammenheng med pasientens livssituasjon. Dette innebærer pasientens subjektive og objektive situasjon, altså både "illness" og "disease". Ved å på denne måten se pasientens individuelle grunnleggende behov kan sykepleier bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2019b, s. 17).

5.2 Sykepleiers utfordringer

Ifølge Henderson skal sykepleier utføre de oppgaver pasienten ellers ville gjort selv, dersom styrken, viljen og kunnskapen var til stede. Hun mente sykepleie burde være noe individuelt og høyst personlig (Henderson, 1998, s. 10). På den ene siden skal sykepleier ta hensyn til yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lovverk for å ivareta pasientens integritet, rett til medbestemmelse og unngå krenkelse. På den andre siden er det sykepleier som iverksetter og vokter frihetsberøvelsen isolatet medfører (Johansen, 2018).

Retten til å være medbestemmende er et etisk og faglig prinsipp, som også har fått økende rettslig gjennomslag. Det forplikter sykepleieren til å involvere pasienten i ulike prosesser og beslutninger, med forbehold om at tilpasset og tilstrekkelig informasjon er gitt (Molven, 2016, s. 161). Det er et sunt prinsipp å gi pasienten valgmuligheter mellom tilgjengelige og

forsvarlige tjenesteformer, men stiller også strenge krav til helsetjenesten. Enkelte pasienter har lest seg opp på nett, og stiller høye krav. Det kan true sykepleieres profesjonelle kompetanse på områder som kunnskap og psykososiale elementer (Leonardsen, 2019). Sett fra et annet perspektiv har pasientrollen endret seg med tiden. Pasientene har idag større grunnlag for å kunne delta i utformingen av helsetjenesten, ettersom kunnskapen og ressursene har økt i takt med bedret allmennutdanning og enklere tilgang på kunnskap (Ingstad, 2013, s. 188). Muligheten til å ta valg er et sentralt element i det å være et myndig individ. Det kan betraktes som en fremgangsmåte til å fremme mestring og velvære i pasienten. Dette er en positiv påvirkning sykepleier bør styrke, som kan gjenspeile et tryggere selvbilde. Dessuten kan det fremme det kvalitativt beste individuelle resultatet (Hage, 2017).

Det moderne helsevesenet er blitt beskyldt for å bruke pasienter som et middel for å oppnå egne og uavhengige mål. Pasienter opplevde arrogante ansatte som handlet over hodet på dem, og utsatte dem for uventede bivirkninger (Hoffmann, 2009). Dette er urovekkende ettersom hovedprinsippet i forsvarlighetskravet er å gjøre det som gagnar pasienten og ikke det som skader (Molven, 2016, s. 130). Dette kan skyldes at det ikke alltid er like klart og entydig hvordan pasienten skal involveres. Årsaken til dette er ofte ikke en bevisst prosess fra sykepleiers side, men adferdsmønstrene på sykehus er ofte standardiserte og i faste former. Hverdagen på sengepost er rutinepreget (Ingstad, 2013, s. 145), og isolasjonspraksisen følger en medisinsk tilnærming som kan gå på bekostning av det psykososiale (Gammon et al., 2019). Det kan resultere i at fokuset ofte er på konsekvensene av smitte, og formålet om å bryte smittekjeden, fremfor å se mennesket som befinner seg i den spesifikke situasjonen.

Studien til Gammon et al., (2019) belyser at isolering kan være forbundet med bivirkninger som skaper barrierer for pasientens fysiske, sosiale og emosjonelle behov, eksempelvis ekskludering og skyldfølelse. Studien viser en klar sammenheng mellom stigmatisering og isolasjon, der stigmatiseringen har en negativ effekt på pasienten i sykehusisolasjon. Stigmatiseringen avhenger riktignok av hvilken type person du er, og faktorer som alder, kultur og yrke spiller inn (Ingstad, 2013, s. 39). Gammon et al., (2019) påstår at stigmatiseringen reduserer synet av pasienten som en «hel person». Videre innebærer det at diagnosen eller sykdomsårsaken blir hovedkjennetegnet ved personen, og at andre egenskaper trenges i bakgrunnen (Ingstad, 2013, s. 39). Dette kan utfordre pasientens selvbilde. Likevel har institusjoner et mål om å fremme rollen som frisk, til tross for at det motsatte ofte skjer i praksis. Sykepleier har et selvstendig ansvar for å legge vekt på myndiggjøring og behandle

pasienten som en likestilt part. Pasientene må gis mulighet til å opparbeide seg styrke og kraft til å endre på uheldige forhold, slik at vedkommende opplever kontroll. Det krever et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier (Ingstad, 2016, s. 174-175).

5.2.1 Avstand

Sykepleiere er som nevnt i avsnitt 1.1 de som tilbringer mest tid sammen med pasienten (Eriksen, 2015, s. 896). Ved smitteisolering benyttes det smittefrakk, hansker og munnbind. Dette kan skape en slags avstand mellom pasient og sykepleier, og vil vanskeliggjøre det å ivareta deres psykososiale behov (Rygh et al., 2016, s. 80). Gammon et al., (2019) påpeker i sine funn at smittetøy kan skape en slags fysisk barriere mellom sykepleier og pasient. Pasienter følte seg urene når sykepleier kommer inn i fullt smittetøy. I tillegg følte pasientene at bruk av munnbind gjorde at de ikke kunne se sykepleiers ansiktsuttrykk og dermed ikke fikk se et smil på lang tid. Funn fra Skymann et al., (2010) viser også at pasientene følte seg krenket og redde i forbindelse med å bli ansett som smittsom. Pasienter følte på skyldfølelse ved at de følte seg urene og at de ikke ville spre smitte videre. Studien til Seibert et al., (2014) viser at det forekommer automatisk en barriere når sykepleiere får vite at pasienten er smittsom, til tross for at basale smittevernsrutiner beskytter helsepersonell mot smitte. Barrieren går ut over pasientberøringen, men også evnen til å gi omsorg og komfort. Det er viktig å presisere at smittevernstiltak ikke skal gi noen begrensinger utover det å måtte bruke smittetøy (Stordalen, 2015, s. 58). Smittetøy og isolering skal ikke være et hinder for å yte sykepleie av god kvalitet (Rygh et al., 2016, s. 80).

Studien til Seibert et al., (2014) viser at helsepersonell følte seg ansvarlig, og hadde en positiv holdning, om ivaretagelsen av pasientomsorgen til de isolerte. På den andre siden ble det uttrykt bekymring om at isolasjon og forhåndsregler har innvirkning på omsorgen og den fysiske kontakten. En sykepleier innser at hun ser til pasienten sjeldnere, enn hun normalt ville gjort, blant annet fordi hun må kle seg om (Seibert et al., 2014). På en annen side sier en sykepleier at når hun først går inn til pasienten, er hun der lenger, planlegger og gjør flere oppgaver på samme besøk, så totalt tidsbruk blir den samme om de er på isolat eller ikke (Hernæs, 2018).

Det er ikke uvanlig at pasienten føler seg innesperret. Veggene på isolatet avskjærer pasienten fra omverdenen, og blir en stadig påminner om at pasienten er smittsom.

Pasienten er mye alene, og dag og natt går i ett (Rygh et al., 2016, s. 80).

Utformingen av rommet bærer preg av praktiske hensyn om at isolatene bør innredes med tanke på at vegger og gulv skal tåle sterke desinfeksjonsmidler, og være lette å rengjøre (Andersen et al., 2005, s. 145). Utformingen tar dermed ikke hensyn til at pasientgruppen kan ha mange liggedøgn, slik som deltakerne i studien til Hereng et al., (2019) hvor gjennomsnittlig liggetid var ti døgn. Deltakeren til Skyman et al., (2010) lå minst en uke på isolat. Mange sier at de føler seg fanget i en fengselscelle (Rygh et al., 2016, s. 70). Sikkerheten ved å høre lyden fra personalet, som normalt høres i korridoren, forsvinner i et isolert rom (Skymann et al., 2010).

Utformingen av rommet kan for andre oppleves som positivt, ved å ha plass nok til å gå litt rundt på rommet (Rygh et al., 2016, s. 81).

5.2.2 Tidspress

Det rapporteres om hele 45 000 tilfeller av sykehusinfeksjoner på norske sykehus årlig (Lunde & Moen, 2014, s. 261). Dette kan skyldes slurv som kommer av høyere krav når det gjelder effektivitet. I tillegg er også pasientene generelt dårligere og derfor mer mottakelig for infeksjoner. Dette er igjen med på å øke kravene til hygiene (Stordalen, 2015, s. 53). Kravet til effektivitet kan derimot virke mot sin hensikt da en slik infeksjon kan føre til forlenget liggetid. I tillegg kan det være behov for økt behandling, undersøkelse og pleie som igjen gir økte kostnader. Dette kan være belastende for pasienten og. Det kan føre til redusert funksjonsnivå, unødig lidelse og økt dødelighet (Stordalen, 2015, s. 56).

Tidspress og travelhet kan også påvirke implementering av kunnskapsbasert forskning i praksis. Røkholt et al., (2017) påpeker i sin studie at tidspress gjorde at fagdiskusjoner og undervisning ikke ble prioritert. Noen av deltakerne uttrykte at det rett og slett ikke fantes tid til å sette seg ned å ha faglige diskusjoner.

Studien til Seibert et al., (2014) beskriver tidsbyrden som en utfordring og barriere for å fremme et trygt klinisk miljø for omsorg i isolasjon. En isolasjonspasient krever gjerne at to ansatte tar seg av vedkommende sammen. Hvilket betyr en ansatt ikledd smittevern, og en annen ren som kan assistere fra utsiden. Det krever arbeidsplanlegging, som ofte resulterer i at MRSA-pasienten blir prioritert til sist versus først. Sykepleiere kan likevel til en viss grad

disponere sin egen arbeidstid. Spørsmålet blir da om tiden brukes sammen med de pasientene med størst behov, eller de pasientene som er tilgjengelige eller enklere å kommunisere med? (Ingstad, 2013, s. 167).

Vår erfaring er at sykepleiere på sengepost har enklere for å slå av en prat med den pasienten som ønsker å ha døren til korridoren åpen. Pasienten som ber om å få ha døren åpen, er ofte kontaktsøken og sosial. Vi opplever dermed at det ikke krever så mye å stikke hodet innom, og spørre hvordan går det går, eller tilby en kopp kaffe. Denne muligheten frarøves de som ligger på isolat. Vår erfaring stemmer overens med funnene til Seibert et al., (2014) som understreker at pasienter med smitteregime får færre besøk og mindre direkte kontakttid enn de som ikke har smitteregime.

5.3 Sykepleiers helsefremmende funksjon

Som nevnt i avsnitt 2.6 skal sykepleier fremme helsen til pasienten. For smitteisolerte vil det være aktuelt å vektlegge å ta kontroll i eget liv, samt skape støttende omgivelser i isolasjonen. Kontroll kan betraktes som nøkkelen til et godt liv (Andrews, 2002 & 2003 sitert i Tveiten, 2016, s. 27). Sykepleier må imøtekomme faktorer som bidrar til dette. Det kan være tilstrekkelig informasjon. Det forutsetter er visst kompetansegrunnlag. Til tross for at sykepleiere har et selvstendig ansvar i å være faglig oppdatert, tydeliggjør forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring at ledelsen også har et ansvar for dette (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017).

5.3.1 Informerende rolle

Sykepleier må snakke med pasienten for å få oversikt over hva slags informasjon pasienten har behov for. Da kan ulike kommunikasjonsferdigheter være nyttig. Henderson trekker frem i sitt punkt 10: Kommunikasjon med andre for å kunne uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger (Henderson, 1998, s. 46). Et enkelt spørsmål å stille kan være å spørre hvordan pasienten har det. På den måten kan pasientens egen fortelling slippe fram (Eide & Eide, 2017, s. 220). Ved å vite hva pasienten føler eller frykter, kan sykepleier gjøre en vurdering av hvilken informasjon pasienten trenger (Eide & Eide, 2017, s. 220). En syk pasient har ofte et behov for informasjon om sykdommen, prognosen, behandlingen, bivirkninger og psykiske reaksjoner (Eide & Eide, 2017, s. 218). En smittet pasient vil blant annet være opptatt av om det er farlig, og smitteoverføring til sine nærmeste (Akselsen & Elstrøm, 2012, s. 207). En

pasient med MRSA vil være opptatt av utfordringen ved å ikke bli kvitt bakterien (Hernæs, 2018). Ifølge Hereng et al., (2019) er pasienter med multiresistent infeksjon engstelig over mangelen på informasjon om smittekilde og smittemåte. Kunnskapen om dette er en strategi sykepleier kan bruke for å styrke pasientens innsikt og kontroll (Sørensen et al., 2020).

Til tross for at pasienten har en lovpålagt rett til informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), viser pasienterfaringer i en studie gjort av Skyman et al., (2010) at informasjonen ikke var tilstrekkelig. Pasienter smittet med MRSA ble dårlig informert eller ikke informert i det hele tatt. Opplevelsen de satt igjen med var at personalet forsømte det faktum at de var smittet med resistente bakterier. Pasientene opplevde dermed at deres kunnskap om sykdommen var den samme som før de ble smittet, det vil si lite eller ingenting. Det skaper forstyrrelser rundt forutsigbarheten, og evnen til å mestre det å være isolert (Rygh et al., 2016, s. 81). Studien konkluderer derfor at pasienter som får påvist MRSA trenger informasjon om hva MRSA-smitte innebærer, og at det er behov for økt kunnskap blant ansatte (Skyman et al., 2010).

Om man betrakter funnene i studien til Skyman et al., fra en annen synsvinkel ser man at smitteisolerte pasienter kan ha vanskeligheter for å motta informasjon. I en krevende situasjon kan pasienters evne til å huske og til å ta imot være redusert (Eide & Eide, 2017, s. 218), og pasienten kan ha behov for gjentakende informasjon (Rygh et al., 2016, s. 80). Sykepleier kan tydelig formidle at «nå har jeg viktig informasjon til deg» (Eide & Eide, 2017, s. 219). Sykepleier må likevel gjennom sin helsefremmende funksjon forsikre seg om at pasienten er mottakelig for den type informasjon. Slik kan man unngå fremstillingen som en autoritær part som etterlater pasienten som en passiv mottaker (Hestvold, 2018, s. 151). Vedkommende som tilpasser informasjonen må hele tiden forholde seg til pasientens emosjonelle signaler, for å finne ut hva pasienten har behov for (Jansen mfl, 2008 sitert i Eide & Eide, 2017, s. 218).

Pasienter uttrykker at helseinformasjon er krevende å forstå. Språket er ofte vanskelig og informasjonsmengden kan være for stor. Når ordene og formalitetene blir for omfattende oppnår man ikke den dynamikken som er ønskelig å skape i samtalen (Nævra et al., 2020). Sykepleier må derfor informere pasienten på deres premisser. Videre må sykepleier ha i bakhodet at pasienten både skal høre, forstå og huske det som er nødvendig for å oppleve å bli ivaretatt på en god måte (Hargie, 2017 sitert i Eide & Eide, 2017, s. 218). Det krever at sykepleier tar seg tid, og unngår å formidle viktig informasjon mens undersøkelser og

prosedyrer pågår. Da er ofte oppmerksomheten et helt annet sted. Pasienten kan oppleve mestring og trygghet ved at sykepleier gir informasjon som oppleves som nyttig for pasienten. Slik kan det å gi informasjon bli en del av empowermentprosessen og bidra til å ivareta psykososiale behov (Eide & Eide, 2017, s. 218-219).

Erfaringer fra eget arbeidsliv på sengepost har vist oss at skriftlig informasjon om smitteisolasjon er et godt og virkningsfullt tiltak. Ved å gi skriftlig informasjon om smittesituasjonen og regler rundt dette kan pasienten føle at informasjonsbehovet blir ivaretatt. Da kan pasienten ta opp temaet i situasjoner der det er mulighet for sykepleier å gi utfyllende informasjon på pasientens premisser. Dette kan igjen virke helsefremmede ved at pasienten opplever kontroll og føler seg trygg i situasjonen.

5.3.2 Er det behov for økt kompetanse?

For å sikre pasientsikkerheten og forebygge infeksjoner forårsaket av MRSA er kunnskap om multiresistente bakterier og smittevern en forutsetning. Som sykepleier kan man møte MRSA-smittede pasienter på de fleste avdelinger. Likevel viser forskning at sykepleiere på infeksjonsavdeling har mer kunnskap om multiresistente bakterier og smitteisolering enn sykepleiere på andre avdelinger (Lunde & Moen, 2014, s. 260). Studien viste også at kun halvparten av deltakerne var kjent med spredningsmåten for MRSA. Dette reiser et spørsmål om det er behov for kompetanseheving. Ved økt kunnskap kan sykepleiere bli tryggere i sin utøvelse av sykepleie og dette kan igjen føre til redusert frykt hos pasientene. Et kompetanseløft der sykepleierne får opplæring i smittevern kan føre til at prosedyrene blir utført riktig og hindre at multiresistente sykdommer som MRSA spres (Lunde & Moen, 2014, s. 266-267). Samtidig kan det oppleves betryggende for pasientene at man har helsepersonell som er trygge i sitt arbeid. I dagens samfunn er det ikke uvanlig at pasienter bruker internett som kunnskapskilde (Hereng et al., 2019, s. 1078). Det vil være lite gunstig dersom pasienten kan mer om et tema enn sykepleier. Dette kan føre til økt bekymring som igjen kan gå utover pasientenes psykososiale behov som trygghet, individuell og målrettet sykepleie.

Undervisning er tiltak som kan benyttes for å øke kunnskap, samt sikre at smittevern blir utført korrekt. Dette er avgjørende for å hindre at multiresistente bakterier spres på sykehus (Lunde & Moen, 2014, s. 267). Hereng et. al., (2019) understreker dette i sin studie der det presiseres at det er behov for økt formidling av kunnskap for å forhindre negative psykososiale konsekvenser. Pasientene opplevde spesielt engstelse angående infeksjonskilde

og ønsket at det ble formidlet mer kunnskap fra helsepersonellets side. Dette styrker argumentet om at det er behov for økt kompetanse hos sykepleiere.

5.3.3 Lederens nøkkelrolle

Studien til Røkholt et al., (2017) påpeker at det ofte er en lang vei fra forskning og utvikling av ny kunnskap til den blir tatt i bruk i praksis. Det understrekes at det er behov for å utnytte forsknings-, erfaring- og brukerbasert kunnskap på en bedre måte. Ulike tiltak for å utøve kunnskapsbasert praksis vil være opplæring i kunnskapshåndtering, tilgang på forskning og kliniske anbefalinger. Dette er faktorer som kan gjøre det mulig for helsepersonell og være faglig oppdaterte. En siste faktor for å utvikle kunnskapsbasert praksis vil være at arbeidet er lederforankret. Ledere må legge til rette for kompetanseheving og formidling jmf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017). De må vise både direkte og indirekte støtte, sette av tid og ha en positiv holdning til et kompetanseløft (Røkholt et al., 2017, s. 197). Dette kan motivere ansatte til å tilegne seg ny kunnskap. Det må være et arbeidsmiljø der det er åpenhet for å stille spørsmål, dele erfaringer og reflektere over praksis. Lederen har altså en nøkkelrolle som tilrettelegger og pådriver i å utøve kunnskapsbasert praksis (Røkholt et al., s. 205). Lunde og Moen (2014) presenterer også funn om at undervisning og tydelig ledelse er forutsetninger for et godt smittevernsarbeid. Sykepleiere som får opplæring i smittevern, kan hindre at multiresistente sykdommer spres. Dette vil igjen være med på å øke pasientsikkerheten.

6 Oppsummering/Avslutning

Å ivareta psykososiale behov hos smitteisolerte pasienter med MRSA kan være en krevende oppgave grunnet smittevernstiltakene som må ivaretas. Sykepleier skal både være pasientens nærmeste, men også isolates vokter. Det viser hvor kompleks sykepleierollen kan være. Oppsummert ser vi at smitteisolasjon og MRSA-infeksjon ofte innebærer en betydelig belastning for pasientene. Studier viser at de blir utsatt for psykiske påkjenninger som angst, ensomhet og sosial isolasjon. Stigmatiseringen kan føre til ytterligere negative psykologiske reaksjoner. Likevel må MRSA-smittede pasienter la seg isoleres for å unngå og unødig utsette andre for smitte. Det indikerer at denne pasientgruppen trenger en styrket form for støtte, samt tjenester med god kvalitet.

God sykepleie handler om å hjelpe pasienten der han eller hun er. Derfor er Henderson sin sykepleieteori fremdeles relevant, ved at man må se mennesket i den spesifikke situasjonen og ta hensyn til deres opplevelser. Sykdomssituasjonen må ses i sammenheng med livssituasjonen. Pasienten må betraktes som et individuelt og unikt individ med ulike behov og ønsker. Det er nødvendig for å kunne yte helhetlig omsorg og sykepleie.

Sykepleiere har en helsefremmende funksjon i utøvelsen av sykepleie til smitteisolerte pasienter ved at de vektlegger faktorer som bidrar til ivaretagelse av psykososiale behov. For å bidra til at pasienter skal oppleve kontroll over eget liv er tilstrekkelig informasjon nødvendig. Flere studier viser at pasienter opplevde at informasjonsbehovet ikke ble tilstrekkelig dekt. Funn viser også at pasienter kan befinne seg i en situasjon hvor det å motta informasjon er utfordrende. Her har sykepleier en viktig rolle. Kompetente sykepleiere er å foretrekke i møte med pasienter med MRSA. For å øke pasientsikkerheten kan det være behov for et kompetanseløft hos sykepleiere med fokus på kunnskap om smittevern og MRSA. På den måten kan man sikre at pasienter får den informasjonen det er behov for.

Det kan oppsummeres med at det er utfordrende å ivareta psykososiale behov hos innlagte smitteisolerte pasienter med MRSA. Likevel gir studiene begrenset mulighet til å generalisere. Vi har forsøkt å belyse ulike aspekter, samtidig som vi har diskutert ulike tiltak som kan bidra til at pasientene føler seg ivaretatt.

7 Referanseliste

- Akselsen, P. E. & Elstrøm, P. (Red.). (2012). *Smittevern i helsetjenesten* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- Andersen, B. M. (2005) *Bakterier og sykdom: epidemiologi, infeksjoner og smittevern*. Gyldendal Akademisk.
- Befring, A., K. (2015) *Helsepolitikk og ledelse: styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Cappelen damm akademisk.
- Dalland, O & Trygstad, H. (2020) Kunnskapskilder og kildekritikk I O. Dalland (Red.), *Metode og Oppgaveskriving* (7.utg, s.139-166). Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 887-905). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet. (2009). *MRSA-veilederen*. (ISSN: 1500-8479). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- omsorgstjenesten. (2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). The stigmatization of source isolation: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677-693.
<https://doi.org/10.1177%2F1744987119845031>

- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 179-191). Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. (2015). Å bli pasient og hjelpetrengende. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 37-53). Cappelen Damm Akademisk.
- Hage, A. M. (2017, 09. januar). Det gode samarbeidet er et vesentlig moment i det å utøve kvalitativ sykepleie. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/blogg/2016/12/det-gode-samarbeidet-er-et-vesentlig-moment-i-det-utove-god-og-kvalitativ-sykepleie>
- Hansen M. J .T. & Lunde E. B. (2020, 08.juli) *Ja til flere smittevernsnerder!* Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/07/ja-til-flere-smittevernsnerder>
- Helsebiblioteket. (u.å.a). *Alle databaser*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=20>
- Helsebiblioteket. (u.å.b). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget.
- Hereng, O., Aurélien D., Salomon J. & Davido B. (2019) Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *American Journal of Infection Control*, 47(9), 1077-1082. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>

- Hernæs, N. (2018). De kan nok føle seg ensomme. *Sykepleien*, #isolert.
<https://sykepleien.no/2018/05/de-kan-nok-fole-seg-ensomme>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer. I L.G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-157). Gyldendal Akademisk.
- Hofmann, B. (2009). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 90(17), 39-44. [10.4220/sykepleiens.2002.0048](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0048)(link is external)
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 107-117). Cappelen Damm Akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Johansen, B. L. (2018). Av hensyn til andre. *Sykepleien*, #Isolert.
<https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2018/05/av-hensyn-til-andre>
- Leonardsen, A-C, L. (2019). Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester. *Sykepleien*. 107(79137), e-79137.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79137>
- Lunde, L. & Moen A. Sykepleiere til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien*, 2014 (9), 260-269. [10.4220/sykepleienf.2014.0144](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0144)
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5 utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse- felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Gyldendal juridisk.

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nævra, M. C. J., Olsen, K. B., Romundstad, L. & Larrson, P. G. (2020). Kliniske studier: Får deltakerne god nok skriftlig informasjon? *Sykepleien* 108(80715), Artikkel e80715.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80715>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 69-113). Gyldendal akademisk.

Røkholt, G., Davidsen, L-S., Johnsen, H.N. & Hilli Y. (2017) Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(3), s.195.208. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03>

Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., 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), 406-411.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008>

Skyman, E., Sjöström, H. T. & 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. [10.1111 / j.1471-6712.2009.00692.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x)

Smittevernloven. (1994). *Lov om smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55/§1-1>

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg., s. 97-110). Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (u.å). *Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn*. Hentet 27. november 2020 fra <https://www.ssb.no/304492/dognopphold-liggedager-og-gjennomsnittlig-liggetid-ved-somatiske-sykehus-etter-kjonn-sa-134>

Stordalen, J. (2015) *Smittevern og hygiene: den usynlige fare*. (5.utg). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Stubberud D-G. (2019a). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Gyldendal akademisk.

Stubberud D-G. (2019b). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal akademisk.

Stubberud D-G. (2019c). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 78-125). Gyldendal akademisk.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet den norske legeforening* 122(24), 2379-2383. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>

Søbjerg, I. L. (2015). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016) *Helsepedagogikk - Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagforlaget.