

Anna Eidsand Gårder
Ingvild Haugo
Marianne Vålen Garberg

Smitteisolasjon i somatisk sykehus; Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Anna Eidsand Gårder
Ingvild Haugo
Marianne Vålen Garberg

**Smitteisolasjon i somatisk sykehus;
Hvordan kan sykepleier ivareta
psykososiale behov hos pasienter med
Meticillinresistente Staphylococcus
aureus (MRSA)?**

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Smitteisolasjon i somatisk sykehus; Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)?	Dato : 16.05.19
Deltakere:	Anna Eidsand Gårder Ingvild Haugo Marianne Vålen Garberg	
Veileder:	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Stikkord/nøkkelord	psykososiale behov, multiresistente bakterier, isolasjon, MRSA, sykepleie	
Antall sider/ord: 41/10865	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Introduksjon: Isolasjon grunnet infeksjon kan føre til utfordringer både for pasient og helsepersonell. Smitteverntiltak i somatisk sykehus vil være nødvendig for å hindre at smitten sprer seg. Pasienten kan føle det som en psykisk påkjenning å være isolert over en lengre periode.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å belyse hvordan psykososiale behov hos pasienter med MRSA påvirkes av isolasjon. I tillegg hva vi som sykepleiere kan gjøre for å ivareta den psykiske helsen til denne pasientgruppen.</p> <p>Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie med strukturert søk i databasene: Cinahl, Medline og SweMed+. Det er inkludert 5 artikler av både kvalitativ og kvantitativ forskning, som er vurdert, analysert og funn er identifisert.</p> <p>Resultat: Respondentene i studiene vi har analysert hadde forskjellige erfaringer knyttet til isolering. Depresjon, angst, svekket livskvalitet og lite sosial kontakt ble sagt i flere av studiene. I motsetning likte noen av respondentene privatliv og stillheten som isolering medførte. De fleste respondentene mente at de fikk mangelfull informasjon om egen helsetilstand, og trodde dette hadde sammenheng med lite kunnskap blant helsepersonell.</p> <p>Konklusjon: Manglende kunnskap og informasjon hos sykepleiere er faktorer som påvirker de psykososiale behovene og oppholdet på isolat. Gode relasjoner, god kommunikasjon og økt kunnskap om aktuelt temaet vil kunne bidra til bedre ivaretagelse av den psykososiale helsen, samt flere positive opplevelser på isolat.</p>		

ABSTRACT

Title:	Infectious disease isolation in the somatic hospital; how can nurses tend to and maintain psychosocial needs for patients with Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)?	Date : 16.05.19
Participants:	<u>Anna Eidsand Gårder</u> <u>Ingvild Haugo</u> <u>Marianne Vålen Garberg</u>	
Supervisor:	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Keywords	<u>psychosocial needs, multi-resistant bacteria, isolation, MRSA, nursing</u>	
Number of pages/words: 41/10865	Number of appendix: 0	Availability: Yes
<p>Introduction: Isolation due to infection can lead to challenges for both patient and the healthcare professionals. Infection preventive measures in somatic hospitals will be necessary to prevent infections from spreading. The patient may feel it as a mental burden to stay isolated for a longer period of time.</p> <p>Purpose: The purpose is to highlight how psychosocial needs in patients with MRSA are affected by isolation, and in addition, what we as nurses can do to protect and preserve the mental health of this patient group.</p> <p>Method: The research paper is a systematic literature study with structured searches within these databases: Cinahl, Medline and SweMed+. It includes five articles of both qualitative and quantitative research, which are evaluated, analysed, and findings are identified.</p> <p>Results: The respondents in the studies analysed had different experiences related to infection isolation. Depression, anxiety, impaired quality of life and little social contact with others came up in several of the studies. In contrast to these findings, some of the respondents enjoyed the privacy and silence that came of isolation. Most respondents believed that they had insufficient information about their own state of health during the isolation and thought this was related to lacking or poor knowledge among the healthcare professionals.</p> <p>Conclusion: Inadequate knowledge and lack of information among nurses are factors that influence psychosocial needs and occupancy in isolation. Good relations, effective communication and increased knowledge of the relevant topics at hand would contribute to better safeguarding of psychosocial health, as well as other positive experiences in isolate.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)	6
2.2 Isolering og smitte	6
2.3 Psykososiale behov og reaksjoner på isolasjon	7
2.3.1 Ensomhet	8
2.3.2 Krise og mestring	9
2.4 Sykepleierens oppgaver og ansvarsområde	10
2.5 Aaron Antonovsky - salutogenese	11
2.6 Lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer	12
2.7 Hensikt med oppgaven	13
2.8 Problemstilling	13
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Søkeprosess og innhenting av litteratur	13
3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier - vitenskapelige artikler	14
3.2.2 Utvalg av artikler	15
3.2.3 Kvalitative og kvantitative studier	16
3.2.5 Analyse og vurdering av artikler	17
4.0 Resultatpresentasjon	17
4.1.1 Artikkel 1	18
4.1.2 Artikkel 2	19
4.1.3 Artikkel 3	20
4.1.4 Artikkel 4	21
4.1.5 Artikkel 5	22
4.2 Oppsummering av resultater	23
4.2.1 Psykiske reaksjoner på isolasjon	23
4.2.2 Kompetanse og kunnskap	23
4.2.3 Informasjon og veiledning	24

5.0 Diskusjon	25
5.1 Psykososiale reaksjoner på isolasjon	25
5.2 Sykepleierens veiledende og informerende funksjon	29
5.3 Kunnskap, kompetanse og holdninger	31
5.4 Metodediskusjon	33
6.0 Konklusjon	35
7.0 Litteraturliste	37

1.0 Innledning

Høyt forbruk av antibiotika kan føre til resistensutvikling hos mikroorganismer. Siden 1980 har bruken av antibiotika økt med over 50%. Norge og Danmark har gode tall å vise til i denne utviklingen, men problemet er stadig økende. Siden 2000 har det vært en jevn økning i tilfeller av infeksjoner forårsaket av Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), hvor smitten er påført i Norge (Stordalen, 2015). Blir MRSA en naturlig del av bakteriefloraen vil resistensutviklingen og bruken av antibiotika fortsette å øke. På bakgrunn av dette har man blitt mer opptatt av forekomst og spredning av antibiotikaresistente mikroorganismer (Stordalen, 2015).

Helseinstitusjoner jobber hardt for å motarbeide denne utviklingen (Andreassen *et al.* 2015) og det er utviklet flere rutiner og prosedyrer for håndtering av MRSA infeksjoner, blant annet ved sykehus. En av disse rutinene er at ved påvisning eller mistanke om MRSA skal pasienter ved somatiske avdelinger på sykehus isoleres (Stordalen, 2015).

Isolering er nødvendig og viktig under MRSA-behandlingen, men likevel kan det stilles spørsmålstegn ved isoleringen og hvordan dette påvirker psykososiale behov hos pasienter. Det å skulle oppholde seg alene i et lite rom over tid er en påkjenning, og kan føre til flere negative og utfordrende psykiske reaksjoner (Andreassen *et al.* 2015).

For sykepleieren kan det være utfordrende å vite hvordan man skal ivareta isolerte pasienter, spesielt deres psykiske behov (Stordalen, 2015). En av sykepleierens viktigste funksjoner er å forebygge spredning og smitte av mikrober (Andreassen *et al.* 2015). For å gjøre dette må man innordne seg etter, og overholde ulike smitteregimer og prosedyrer (Stordalen, 2015). Samtidig må man som sykepleier ta hensyn til pasientenes individuelle behov, og være oppmerksom på hvordan pasientene påvirkes av isolasjonen (Stordalen, 2015). Isolerte pasienter er en utfordrende pasientgruppe som kan reagere på måter man vanligvis ikke opplever hos andre pasientgrupper (Andreassen *et al.* 2015). Faktorer som for eksempel travelhet i avdelingen kan være til hinder for sykepleieren når det kommer til å yte den psykiske støtten som kreves. Det stilles derfor store krav til sykepleierens kunnskap og kompetanse (Stordalen, 2015), kommunikasjonsferdigheter og personlige egenskaper (Håkonsen, 2014).

Denne litteraturstudien handler om hvordan psykososiale behov påvirkes hos voksne pasienter innlagt på sykehus som er isolert med MRSA. Erfaringer gjort i somatisk praksis og arbeid på sykehus i møte med isolerte pasienter er bakgrunnen for valg av tema. Gjennom vår

praksis i spesialisthelsetjenesten, under sykepleierutdanningen, sitter vi igjen med den erfaringen at det er manglende fokus på psykisk helse ved isolering.

2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere generelt om MRSA, isolering og smitte. Videre tar vi for oss ulike temaer vi mener er med på å påvirke opplevelsene av isolering.

2.1 Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)

Staphylococcus aureus (gule stafylokokker) er bakterier som er vanlige å finne hos mennesker. De fleste av oss vil komme i kontakt med disse bakteriene en eller annen gang i løpet av livet. Gule stafylokokker gir sjeldent sykdom hos friske personer, men på helseinstitusjoner er de en av bakterietypene som oftest er årsaken til infeksjoner (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, 2009).

Noen gule stafylokokker er resistente (motstandsdyktige) for viktige typer antibiotikum. Med antibiotikaresistens menes antibiotika som ikke lenger stopper veksten av bestemte typer bakterier, og dermed blir de resistente. Dette er tilfellet ved MRSA, hvor bakteriene kan være vanskelig eller umulig å kurere (Folkehelseinstituttet, 2015). På grunn av dette kan MRSA-infeksjoner i verste fall være dødelig (Stordalen, 2015). I 1995 hadde Norge 20 registrerte tilfeller av MRSA, mens det i 2014 var økt til hele 1866 registrerte tilfeller. Av disse var i overkant av halvparten smittet i Norge. I Norden har vi vært restriktive med bruken av antibiotika, likevel er problemet økende (Stordalen, 2015).

På helseinstitusjoner i Norge er det egne tiltak mot MRSA-spredning. Grunnen til dette er at økt forekomst av MRSA vil gi større resistens hos bakterier, både gule stafylokokker og andre bakterier, og i tillegg øke antibiotikaforbruk. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet (2009) har utarbeidet en MRSA-veileder som beskriver nasjonale smitteverntiltak.

2.2 Isolering og smitte

Pasienter med smittsomme sykdommer kan representere en fare for andre mennesker. Hvis det er påvist eller mistanke om slik sykdom hos en pasient må vedkommende isoleres (Andreassen *et al.* 2015). Begrepet isolasjon betyr vanligvis at pasienten legges på enerom (Stordalen, 2015). Formålet er at man ønsker å bryte smittekjeden ved å isolere smitekilden.

Med smittsom sykdom mener vi personer med sykdom eller bærer av smitte forårsaket av mikroorganismer eller parasitter (Andreassen *et al.* 2015).

Ved mistanke om MRSA legges pasienten på enerom med kontaktsmitteregeime, herunder smitte ved kontakt med infiserte sår, hender, utstyr og inventar. Dette regimet overholdes til prøvesvar foreligger. Dersom det er risiko for spredning vurderes det om dråpesmitte-tiltak er nødvendig (von der Lippe, 2012). Ved direkte kontakt med pasienter eller utstyr som kan være forurenset, brukes hansker og smittefrakk. Ved MRSA skal også kirurgisk munnbind brukes av alle som går inn i pasientrommet (Stordalen, 2015). Det er viktig at det blir gitt informasjon og veiledning både til pasienten og besøkende angående smitteregime da de besøkende kan være nervøse og usikre grunnet smittefaren. Pasienter og besøkende som er velinformert og som samarbeider, er avgjørende for å hindre smittespredning (Stordalen, 2015).

Statens helsetilsyn har utarbeidet Isoleringsveilederen (Folkehelseinstituttet, 2004). Dette er en veileder som gir faglige råd og anbefalinger, og beskriver blant annet smittekjeden, tiltak og retningslinjer ved isolering og isolasjonsregimer. Hensikten med veilederen er å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner, og er ment som veiledning i det lokale kvalitetssikrings- og forbedringsarbeidet (Folkehelseinstituttet, 2004).

I Norge er det også utarbeidet en smittevernlov (Smittevernloven, 1994). Den har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge og motvirke at de overføres i befolkningen, samt hindre at slike sykdommer føres inn eller ut av Norge. Loven skal sikre at nødvendige smitteverntiltak og smittevernarbeid samordnes og blir iverksatt (Smittevernloven, 1994). Det er viktig at sykepleier kjenner til veiledere, håndbøker og lover omhandlende smittevern for å utøve sykepleie til pasienter med smittsomme sykdommer (Andreassen *et al.* 2015).

2.3 Psykososiale behov og reaksjoner på isolasjon

Psykososiale behov sier noe om hvordan vi opplever og erfarer tilværelsen, og kan sees på som et bilde for hvordan vi lever. Å være tilfreds, finne mening, mestring, oppleve fellesskap og støtte er noen av begrepene som kan knyttes til psykososiale behov (Eriksen, 2015).

Psykososiale behov har et emosjonelt perspektiv og et relasjonelt perspektiv. Menneskets sinnsstemninger og reaksjoner, følelser og opplevelser er det som omfatter det emosjonelle perspektivet. Behov for fellesskap og sosial kontakt, anerkjennelse og følelsesmessig støtte er

det som omfatter et relasjonelt perspektiv (Eriksen, 2015). Det er viktig å vektlegge psykososiale behov i sykepleie, da det erkjenner ulike perspektiver på samme tid, slik at pasienten kan ha det optimalt både i forebygging og under behandling (Eriksen, 2015). De aller fleste vil oppleve en eller flere negative psykiske reaksjoner på isolasjon (Andreassen *et al.* 2015). Angst og depresjon kan være eksempler på dette (Abad, Fearday og Safdar, 2010).

Angst kan beskrives som en irrasjonell frykt, og kan knyttes opp mot en bestemt situasjon eller bære preg av vedvarende uro og bekymring (Helsedirektoratet, 2018). Symptomene blir beskrevet som anstrengt respirasjon, irritabilitet, sinne, skjelvninger eller hjertebank (Blix og Breivik, 2006). Angst kan også komme som plutselige anfall (Helsedirektoratet, 2018).

Ved en depresjon kan individet beskrives som apatisk eller fortvilet. En klinisk depresjon påvirker stemningsleiet, søvn, appetitt, konsentrasjon og beslutningsevnen. Pasienten kan ha vanskeligheter med å finne glede, og ser mørkt på alt (Kringlen, 2011). Mangel på stimuli og økt følelse av sykdom kan føre til at pasienten kan føle på en forvirringstilstand og depresjon (Sørensen, 2015). I tillegg til angst og depresjon kan også andre reaksjoner oppstå. Det kan være reaksjoner som kvalme/dårlig appetitt, følelsesmessig avstand, skyldfølelse, irritasjon, rastløshet og opplevelse av frihetsberøvelse (Andreassen *et al.* 2015).

2.3.1 Ensomhet

Isolering er en situasjon hvor pasienter kan føle seg alene, og de sosiale behovene er utilstrekkelig ivaretatt (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Tap av kontroll over egen hverdag og følelsen av å bli fanget i en fengselscelle er opplevelsen flere sitter igjen med etter isolasjon (Andreassen *et al.* 2015). Flere pasienter opplever også mindre besøk og oppmerksomhet av sykepleiere. Isolasjonen skaper emosjonelle reaksjoner og en av de vanligste er ensomhet (Abad, Fearday og Safdar, 2010).

Ensomhet kan være en smertefull og ubehagelig situasjon hvor man kan føle savn etter ønsket kontakt (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Selve opplevelsen av ensomhet kan erfares forskjellig fra menneske til menneske. Det beskrives fire dimensjoner som kan oppleves under ensomhet. Den første er depresjon som kan lede til for eksempel tristhet, tomhet, og selvmedlidenhet. Den andre er utålmodig kjedsomhet, ledsaget av en lengsel av å komme bort, konsentrasjonsvansker og sinne. Den tredje er nedvurdering av selvet som igjen kan føre til redusert sosial kontakt og tilbaketrekning. Den siste er desperasjon med følelser som hjelpeløshet, panikk, redsel og håpløshet (Blix og Breivik, 2006).

Pasienten kan ønske mer kontakt enn det den allerede har, eller bedre kvaliteten på kontakten. Livskvaliteten kan også bli svekket, og noen føler at meningen med livet blir borte. Dårlig helse og nedsatt førlighet kan bidra til å føle på ensomheten, og de med dårlig psykisk helse er spesielt utsatt (Blix og Breivik, 2006).

2.3.2 Krise og mestring

Pasienter med MRSA opplever ofte å få sjokkbekjeden om at de har fått påvist en isolasjonskrevende infeksjon. Dermed kan de ha en lang isolasjonsperiode foran seg med utfordringer og prøvelser (Andreassen *et al.* 2015). Pasientene vil være i en ny situasjon hvor påkjenningene overstiger mestringsevnen, og de opplever da en psykisk reaksjon i form av en krise (Kåss, 2018). “Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen, 2014, s. 255).

En krise utløses vanligvis av opplevelser eller situasjoner som er forbundet med tap eller krenkelse og som virker truende på individets integritet, selvforståelse og følelse av stabilitet og kontinuitet (Håkonsen, 2014). Et tap vil være opplevelsen av å miste noe, enten konkret i form av noen som står oss nær, eller mer symbolsk i form av tap av integritet og respekt. Krenkelse innebærer at selvforståelsen eller selvfølelsen vår settes på prøve. For noen kan det å bli innlagt på sykehus og måtte forholde seg til sykehusets rutiner gi en følelse av avmakt, noe som kan oppleves svært krenkende. Situasjoner som er forbundet med ekstrem opplevelse av skam og skyld kan også utløse krisereaksjoner (Håkonsen, 2014).

Kriser, stress, konflikter og andre psykologiske påkjenninger er forbundet med følelser av ubehag og mistriivsel. Negative opplevelser som dette, skaper alltid en motivasjon for å endre situasjonen (Håkonsen, 2014). Mestring defineres som handlingsorienterte og mentale forsøk på å beherske, tolerere og redusere belastninger som man er utsatt for (Eide og Eide, 2009). Man kan skille mellom to hovedformer for mestring, problemfokuset mestring og følelsesmessig mestring. Problemfokuset mestring går ut på at individet fokuserer på den gjeldende situasjonen og prøver å endre, avslutte eller løse problemene som er forbundet med situasjonen. Følelsesmessig fokusert mestring innebærer at individet fokuserer på de følelsesmessige problemene som situasjonen eller hendelsen medfører, og prøver å minske eller eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen (Håkonsen, 2014). I situasjoner der man blir isolert med MRSA infeksjon vil følelsesmessig fokusert mestring

være mest aktuell.

Følelsesmessig mestring vil ikke endre på den vanskelige eller ubehagelige situasjonen. Derimot vil det kunne bidra til at man kan akseptere eller leve med situasjonen, eller hjelpe oss gjennom den (Håkonsen, 2014).

2.4 Sykepleierens oppgaver og ansvarsområde

I regjeringens rammeplan for utdanning av sykepleiere sies det at:

Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Undervisningsansvaret omfatter også medarbeidere og studenter. En nyutdannet sykepleier vil ha behov for kunnskaper og erfaringer om praksisstedets egenart for å inneha tilfredsstillende handlingskompetanse innen undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6).

Ifølge Helsepersonelloven (1999, §4) stilles det krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. I dette tilfelle er det nødvendig at sykepleieren tilegner seg kunnskap om infeksjonssykdommer, hvordan de smitter og hvilket regime det isoleres etter. I en slik prosess er det viktig å vise trygghet overfor pasienten og i sykepleierrollen, slik at oppfølgingen blir tilstrekkelig (Andreassen *et al.* 2015).

Utøvelse av sykepleie omhandler ivaretagelse av pasienten, og direkte oppgaver som forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner. De indirekte pasientrettede oppgavene kan være undervisning og veiledning, samt fagutvikling og forskning. Fremme trygghet, forutsigbarhet og mestring er svært relevant for de pasientene som er spesielt utsatt for helsesvikt eller sykdom (Nortvedt og Grønseth, 2015). Frykt, usikkerhet, fordommer og uvitenhet er utfordringer helsepersonell møter i kontakt med infeksjonssykdommer, for eksempel MRSA-positive pasienter. Ved overflødig bruk av beskyttelsesutstyr, kan forholdet mellom pasient og sykepleier skape en unødvendig avstand. I møte med denne pasientgruppen er det viktig at sykepleieren reflekterer over egne holdninger (Andreassen *et al.* 2015).

Kommunikasjon omhandler samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar et budskap. Under denne prosessen er hensikten å bringe informasjon fra en person til en annen (Håkonsen, 2014). Kommunikasjon foregår både verbalt og nonverbalt. Verbal

kommunikasjon omhandler formidling gjennom muntlig eller skriftlig språk. Mens nonverbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk, stemmeleie og berøring (Eide og Eide, 2009).

Bekreftende kommunikasjon omhandler ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått budskapet til formidleren. Dette skaper trygghet og tillit, samt oppbygging av god relasjon mellom sykepleier og pasient (Eide og Eide, 2009).

2.5 Aaron Antonovsky - salutogenese

Salutogenese fokuserer på å fremme menneskets evne til aktiv tilpasning til mer eller mindre stressende indre og ytre omgivelser (Langeland, 2017). Det er vanskelig å forutse hvilke konsekvenser stress vil få for menneskers helse, men dette forsøker den salutogene modellen å løse (Antonovsky, 2005). I en salutogen tilnærming forstår man stress som potensielt helsefremmende, mens man i patogenesen ser på stress som sykdomsskapende (Langeland, 2017). Det å bli utsatt for stress gjør at man havner i en spenningstilstand som må håndteres. Om resultatet blir sykdom, helse eller noe der imellom avhenger av hvor effektiv håndteringen av denne spenningen er (Antonovsky, 2005). I patogenesen bruker man begreper som motstandsressurser, noe som innebærer at vi blir syke. I salutogenese blir dette begrepet omformulert og sett på som faktorer som kan være med å fremme helse (generelle motstandsressurser). Det vil si alt som kan gi kraft til å bekjempe stressfaktorer (Antonovsky, 2005). Generelle motstandsressurser kan være flere ulike faktorer avhengig av personen, omgivelser og kultur. Noen eksempler på dette kan være identitet, kunnskap, religion og verdier, mestringsstrategier og kvaliteten på sosial støtte (Langeland, 2017).

Antonovsky mente at felles for alle generelle motstandsressurser var at de bidro til å utgjøre stressfaktorene, som vi stadig utsettes for, begripelige. Det finnes ingen regel på hva som kan defineres som en generell motstandsressurs. Ved å gjentatte ganger gi oss en form for erfaring vil disse faktorene skape en sterk følelse av sammenheng, noe som utgjør Antonovsky's hovedbudskap. Han utviklet teorien «opplevelse av sammenheng» (OAS) for å forklare sammenhengen mellom helse og salutogenese (Antonovsky, 2005). Dette er en grunninnstilling, ikke et personlighetstrekk. Teorien er satt sammen av tre begreper: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For at personen skal kunne oppleve en sammenheng må situasjonen oppleves som forståelig. Personen må også ha tro på at han besitter ressurser til å håndtere utfordringene, og må være motivert og se en mening i å møte med gitte utfordringer. I et salutogent perspektiv må disse tre begrepene ligge til grunn for å

oppnå god helse (Antonovsky, 2005). Disse begrepene påvirker også våre valg av mestringsstrategier. Opplevelse av sammenheng påvirker positivt pasientens mestring av påkjenninger. Antonovsky fremhever betydningen av å identifisere og støtte pasientens mestringsressurser. Forutsigbarhet og opplevelse av kontroll bidrar til å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (Sørensen, 2015).

2.6 Lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på grunnlaget om respekt for den enkeltes liv og verdighet. Sykepleierens plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gi en verdig avslutning på livet. Retningslinjene omhandler barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. De gir ikke et konkret svar på etiske dilemmaer, men er en veiledende oversikt. Sykepleieren har selv ansvar for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten, samt vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Sykepleiere og andre personell i helsesektoren er de som møter pasienter med funksjonssvikt og helsesvikt. Disse personene kan være permanent eller midlertidig ute av stand til å ta vare på egne interesser. Sykepleierens oppgave er å ta vare på menneskers liv og livsmuligheter. Denne makten og muligheten må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte, og er en del av de yrkesetiske retningslinjene (Sneltvedt, 2016). I smittevernloven (1994, §4-9) står det at helsepersonell har plikt til å gjennomgå opplæring for å kunne delta i de oppgavene som smittevernarbeidet krever. En allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer.

Autonomi er et begrep som innen etikken innebærer å respektere pasientens rett til å velge eller nekte helsehjelp (Nortvedt og Grønseth, 2015). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) står det at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer. Pasienten skal også informeres om eventuelle risikoer knyttet til deres valg. Om pasienten ønsker å nekte helsehjelp må en forsikre seg om at pasienten er samtykkekompetent, med dette menes om pasienten er mentalt skikket til å ta et bestemt valg (Nortvedt og Grønseth, 2015).

2.7 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan psykososiale behov hos pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus Aureus (MRSA) påvirkes av isolasjon, og hva vi som sykepleiere kan gjøre for å ivareta disse behovene.

2.8 Problemstilling

Smitteisolasjon i somatisk sykehus; Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)?

3.0 Metode

I dette kapittelet vil litteraturstudie som metode beskrives først. Det vil deretter presenteres søkeprosess og innhenting av litteratur, samt en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deretter vil utvalg av artikler beskrives med fremvisning av tilhørende søkematrise og en kritisk gjennomgang av litteraturen med tanke på IMRAD-struktur. Avslutningsvis vil vi presentere kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, samt vurdering av artiklene.

3.1 Litteraturstudie som metode

Aveyard (2014, s. 2) definerer en litteraturstudie som “In short, a literature review is the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic”. I en litteraturstudie finner du en problemstilling og prøver å finne svaret på dette problemet ved å søke og analysere relevant litteratur på en systematisk måte (Aveyard, 2014).

I en litterær oppgave tar en i bruk eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å innhente data. En litteraturstudie vil kunne gi et bredt spekter av opplevelser både fra helsepersonell og pasienter (Dalland, 2017). I denne bacheloroppgaven er det gjort et strukturert litteratursøk innen temaet psykososiale behov hos isolerte pasienter smittet med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) og hvordan sykepleier kan ivareta psykososiale behov.

3.2 Søkeprosess og innhenting av litteratur

På bakgrunn av erfaringer gjort i praksis og en interesse av å tilegne seg ny kunnskap ble hensikt med litteraturstudien og foreløpig problemstilling valgt. Deretter satte vi igang med en

strukturert søkeprosess etter vitenskapelige artikler i ulike databaser. Dette for å gjøre oss kjent med litteraturen som fantes innen vårt tema. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi valgt å bruke bøker fra pensumlisten for sykepleierutdanningen som er relevante for temaet. Vi opplever at bøker som blir brukt som pensum ved høyere utdanning er troverdige kilder. I tillegg har vi tenkt å ta i bruk andre bøker, retningslinjer, statistikk og lovverk som er konkret rettet mot vårt valg av tema og problemstilling.

3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier - vitenskapelige artikler

I en litteraturstudie er det hensiktsmessig å sette inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. En får da tilgang på de vitenskapelige artiklene som kan svare på valgt problemstilling. Inklusjonskriteriene skal sikre at en får tilgang på artikler av den kvalitet som er ønsket og som svarer til hensikten med oppgaven, på den andre siden skal eksklusjonskriteriene vise hva artiklene ikke skal inneholde (Polit og Beck, 2012).

Tabell 1.0 - Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alder >18 år	Alder <18 år
Artikler med IMRAD-struktur	Artikler uten IMRAD-struktur
Publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2	Ikke fagfelleurdert
Artikler skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk	Studier skrevet på andre språk enn nevnte
Pasienter innlagt på somatisk sykehus	Pasienter innlagt på psykiatrisk sykehus/institusjon, i kommune- og helsetjenesten og sykehjem
Studier gjort i Europa	Studier gjort utenfor Europa
Artikler som er 10 år eller yngre	Artikler eldre enn 10 år
Vitenskapelige artikler	Fagartikler

Før arbeidet med søk ble gjort satt vi våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har sett etter studier gjort på personer over 18 år. At studiene skulle være gjort i Europa hadde vi ikke satt som inklusjonskriterie på forhånd av søkene, men oppdaget at samtlige studier vi fant var fra Europa. Derfor ble også dette et inklusjonskriterie. Vi valgte også å se etter studier gjort på pasienter innlagt på sykehus, og valgte søkeord deretter for å innsnevre/spesifisere søkene

våre. Artikkene skulle ikke være eldre enn 10 år, da MRSA som nevnt har økt i omfang de siste årene, og det ses på som hensiktsmessig å anvende nye studier.

3.2.2 Utvalg av artikler

For å finne vitenskapelige artikler har vi brukt databaser som vi har fått tilgang til som studenter ved skolen gjennom søketjenesten Oria. Databaser som vi har brukt er: Cinahl, Svemed+, PubMed og Medline. Cinahl oppdateres hver måned og inneholder referanser til tidsskrifter innenfor blant annet sykepleie. Databasen innehar mye kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer som passer godt til vår hensikt med oppgaven (Helsebiblioteket, 2013). Svemed+ inneholder skandinaviske artikler innenfor medisin og helse (Helsebiblioteket, u.å.a). PubMed/Medline er også databaser innenfor medisin/helse og sykepleie, med artikler på forskjellige språk som oppdateres jevnlig (Helsebiblioteket, u.å.b).

I disse databasene gjennomførte vi strukturerte søk hvor vi brukte ulike søkeord og kombinasjoner. For å finne relevante artikler for vårt tema og problemstilling brukte vi kombinasjonene AND og OR. Det å kombinere flere ord samtidig gir oss færre, men mer konkrete søkeresultater. Likevel så vi at i noen tilfeller ga søkeordene mange treff, men 0 treff ved å legge til et ord til. Vi plukket ut artikler ved å først lese overskriftene, deretter leste vi sammendraget som ga oss innsikt i hva artikkelen handlet om og om det svarte til vår hensikt og problemstilling. Søkeord som vi har brukt vil bli presentert i tabell nr. 2.0

Tabell 2.0 - Vitenskapelige artikler - søkematrise

Artiklene nummerert etter rekkefølge i resultatpresentasjon	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Artikkel 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient isolation 2. Psychosocial factors 3. Nursing practice 4. Patient attitudes 	CINAHL	1 AND 2 AND 3 AND 4	2 288 358 662 68 371 36 233 Antall treff: 2
Artikkel 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Source isolation. 	SveMed+	1	Antall treff: 1
Artikkel 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychosocial 2. Isolation 3. Nursing 4. Hospital 	CINAHL	1 AND 2 AND 3 AND 4	429025 23572 643512 304358 Antall treff: 112
Artikkel 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleie 2. Bakterier 	Svemed+	1 AND 2	6054 1946 Antall treff: 2
Artikkel 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychological impact 2. Infection 3. Depression 4. Isolation 	Medline	1 AND 2 AND 3 AND 4	2018 394627 79436 674022 Antall treff: 1

3.2.3 Kvalitative og kvantitative studier

Kvantitative studier viser til data i målbare enheter, som kan være en fordel da man kan gjøre regneoperasjoner med tallene og finne for eksempel gjennomsnitt eller prosentandelen av noe. Kvalitative studier er studier hvor en prøver å fange opp mening og opplevelsen av noe som da ikke er målbart i form av tall. Begge disse forskningsmetodene vil kunne bedre forståelsen av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler og handler, samt av samfunnet vi lever i (Dalland, 2017).

3.2.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet

Før en kan ta i bruk en kilde må man se om den er brukbar gjennom en prosess, hvor en vurderer kvaliteten og relevansen. Det finnes to sider ved kildekritikk; selve litteratursøkingen og å gjøre rede for anvendt litteratur (Dalland, 2017). I denne litteraturstudien har vi utenom en sekundærstudie tatt i bruk primærstudier. Primærstudier er vitenskapelige artikler som presenterer forskning for første gang og er den opprinnelige utgaven av teksten.

Sekundærstudie på den andre siden er forskning som benytter data fra eksisterende primærstudier der data reanalyseres (Dalland, 2017). For å se om de aktuelle artiklene er vitenskapelige har vi sørget for at de følger en såkalt IMRAD-struktur. Dette er mye brukt i selve oppbyggingen av vitenskapelige artikler og er en forkortelse for: *Introduction, Methods, Result And Discussion*.

Å skille vitenskapelige artikler fra fagartikler ses på som viktig å kunne. I fagspesifikke fulltekstdatabaser og i spesielle referansedatabaser får en tilgang til de aktuelle artiklene (Dalland, 2017). Artiklene gis publiseringspoeng som en vurdering på kvalitet og omfang som videre gir de en rangering i kvalitetsnivå. Rangeringen har to nivåer: Nivå 1:

Vitenskapelig publiseringskanal og Nivå 2: Vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje (NSD, 2019).

3.2.5 Analyse og vurdering av artikler

Analyse skal være en vurdering av hva materialet forteller. Vurdering av kilder som du vil benytte vil si at du analyserer hva slags type artikkel det er, hva den kan bidra med og hvorfor den skal benyttes i oppgaven. Vurdering av forskningsartikler kan gjøres systematisk slik at det lar seg sammenligne punkt for punkt (Dalland, 2017). I vår systematiske oversikt har vi analysert artiklene etter følgende spørsmål: Hva er hensikten? Hvilken metode er tatt i bruk? Hva ble resultatet og hva viste diskusjonsdelen? Hvilken relevans har det for vår oppgave?

4.0 Resultatpresentasjon

I denne delen av oppgaven presenteres resultater av analysen av artiklene vi har funnet som er presentert i tabell 3.0. Av analysen fremkom det fellestrekk som er beskrevet under tre hovedtema som er relatert til problemstillingen: Psykiske reaksjoner på isolasjon, kompetanse og kunnskap og informasjon og veiledning.

4.1 Fremstilling av artikler

4.1.1 Artikkel 1

Tabell 3.0 Systematisk analyse av artikler

Artikkel 1	<p>Barratt, R. L., Shaban, R. og Moyle, W. (2011)</p> <p>«<i>Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice</i>»</p> <p>Contemporary Nurse: a Journal of the Australian Nursing Profession</p> <p>URL: https://search.proquest.com/docview/1022984004?accountid=12870</p> <p>Hentet: 28.01.19</p>
Hensikt	<p>Studien viser hvilke psykiske og fysiske påkjenninger isolasjon har på pasienten. Den fokuserer også på å finne ut hvilke tiltak som utføres i praksis for å forbedre isolasjonen.</p>
Metode	<p>Review-artikkel som gjennomgår 21 andre studier. Den presenterer og oppsummerer funn i forhold til hvordan pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) og andre smittsomme sykdommer opplever isolasjon. Litteratursøk gjort i ulike databaser: MEDLINE, CINAHL, PSYCInfo og Cochrane Library.</p>
Resultat og diskusjon	<p>Studien legger vekt på temaene; psykologiske effekter av isolering, håndtering av isolering, sosial isolasjon, kommunikasjon og informasjon, samt omgivelser og kvalitet på pleien.</p> <p>Respondentenes opplevelse av isolasjon er både positive og negative. De positive omhandler egentid, privatliv og tid til refleksjon. De negative baserer seg på psykologiske lidelser som angst, depresjon, stress, ensomhet, kjedsomhet, stigmatisering og frustrasjon. I tillegg kunne pasientene føle seg glemt eller utestengt. Studien viser til at pleietilbudet til denne pasientgruppen er betydelig dårligere, og dermed kan det oppstå høyere risiko for uønskede hendelser. Hendelsene kan reduseres ved hyppige tilsyn, forebygge ensomhet og øke pasientens følelse av kontroll. Den psykiske helsen kan styrkes ved at helsepersonell gir pasienten presis og tilstrekkelig informasjon rundt egen sykdom og smitteregime.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Artikkelen viser at pasienters opplevelse av isolasjon varierer, og at opplevelsene både er negative og positive. Den legger mye vekt på de psykologiske utfordringene pasientene utsettes for når de isoleres, og de kommer med flere forbedringstiltak til helsepersonell.</p>

4.1.2 Artikkel 2

Artikkel 2	Skyman, E., Sjøstrøm, H. T. og Hellstrøm L. (2010) <i>«Patient's experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated»</i> Scandinavian Journal of Care Sciences DOI: https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
Hensikt	Å få mer kunnskap om pasientens opplevelse av å ha fått MRSA på sykehus. Studien ser også på opplevelsen av å bli innlagt på isolat ved infeksjonsavdeling.
Metode	Forskning basert på en kvalitativ metode. 6 respondenter, 35 - 76 år, ble innlagt i minst en uke ved Sahlgrenska sykehus. Respondentene var smittet med MRSA og ble intervjuet om deres tilstand. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere analysert.
Resultat og diskusjon	Respondentene følte det som en form for krenkelse å bli smittet med MRSA på sykehus, og at isolasjonen ble beskrevet som traumatisk. Likevel aksepterte respondentene isoleringen til en viss grad, da de følte ansvar for å forhindre spredning av MRSA. Pasientene følte at de ble nedprioritert i forhold til rehabilitering, enn de pasientene med samme diagnose som ikke ble isolert. Mangel på informasjon var også en utfordring. Respondentene følte seg sårbare på grunn av negative reaksjoner fra de ansatte på sykehuset, familiemedlemmer og andre pasienters omgivelser.
Relevans for oppgaven	Artikkelen har fokus på MRSA og isolering, hvordan dette oppleves for pasienten og hvordan det påvirker den psykiske helsen til pasienten.

4.1.3 Artikkel 3

Artikkel 3	<p>Persson E., Anderberg P. og Ekwall A. K. (2014)</p> <p><i>«A room of one`s own- Being cared for in a hospital with a single- bed room design».</i></p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1111/scs.12168</p>
Hensikt	<p>Å belyse hvordan det er å bli innlagt på enerom i somatisk sykehus. Studien tar for seg hvilke erfaringer pasientene sitter igjen med i etterkant av innleggelsen.</p>
Metode	<p>Studien er kvalitativ metode, som er brukt sammen med «hermeneutical-phenomenological approach». Studien ble gjennomført med 16 pasienter fra kirurgisk avdeling. Medianalderen var 60 år, og innleggelsesårsak var at pasientene var operert eller var/hadde vært alvorlig syk. Kriteriene for å delta var at respondentene måtte være inneliggende på sykehus i mer enn 3 dager og kapabel for deltakelse i intervju.</p>
Resultat og diskusjon	<p>Respondentene syntes enkeltrom var å foretrekke på sykehus. De mente det ga rom for å skape et personlig miljø uten forstyrrende elementer. Rommet ga privatliv og nattesøvn ble bedre.</p> <p>Det kunne også oppstå noen utfordringer med enerom. Følelsen av ensomhet kunne forekomme, og pasientene ble avhengige av personalet når pårørende ikke stilte opp. Sosiale settinger ble sett på som vanskelig, da de andre pasientene på samme avdeling oppholdt seg på eget rom. Når pasientene var veldig dårlige var personalet mye inne på rommet, noe som skapte trygghet og sosial stimuli. Når pasientene ble bedre, fikk de mindre oppmerksomhet fra personalet. Dette kunne føre til at pasientene følte seg forlatte.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne artikkelen belyser positive og negative sider ved å ha enerom på sykehus. Studien viser at man som sykepleier må være bevisst på ivaretagelse av ensomme pasienter på enerom. Selv om studien ikke handler om MRSA og isolasjon, sees den som relevant på grunn av utfordringer knyttet til psykososial helse på enerom.</p>

4.1.4 Artikkel 4

Artikkel 4	Lunde, L og Moen, A. (2014) <i>“Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier”</i> Sykepleien DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0144
Hensikt	Undersøke sykepleiernes egenrapporterte kunnskap og atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier, samt påvirkningsfaktorer i forhold til kompetanse og trygghet.
Metode	The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ) er spørreskjemaet som er brukt i den kvantitative undersøkelsen, og som er basert på en beskrivende tverrsnittsstudie. Sju medisinske sengeposter ved to norske sykehus mottok 237 spørreskjemaer, hvor 107 av de ble returnert. Sykepleierne jobber på infeksjonsposter eller medisinske sengeposter på sykehus og resultatene ble sammenlignet i mellom avdelingene.
Resultat og diskusjon	Sykepleierne fra infeksjonsposten svarer betydelig bedre på kunnskapsspørsmål om MRSA enn sykepleiere fra andre sengeposter. Det samme gjelder kunnskap om smittevern og mikrobiologiske egenskaper. Begge gruppene svarer like godt på spørsmålene om smittespredning og behandling. Infeksjonsposten viser til en høyere følelsesmessig respons, som vil si profesjonell tilnærming, kompetanse og sinnsstemning. Sykepleierne som har deltatt i studien vet hvilke smittevernstutstyr som skal brukes, men ikke alle kan redegjøre for hvorfor.
Relevans for oppgaven	Studien gir et innblikk i hvordan sykepleiere kan redusere risiko for sykehusinfeksjoner, og hvordan redusere forekomst av multiresistente bakterier. I tillegg sier studien noe om hvordan kunnskap eller mangel på kunnskap kan påvirke sykepleiers holdninger.

4.1.5 Artikkel 5

Artikkel 5	<p>Wassenberg M.W.M, Severs D. og Bonten M.J.M (2010)</p> <p><i>“Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients”</i></p> <p>Journal of hospital infection</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.01.023</p> <p>Hentet: 24.01.19</p>
Hensikt	<p>Studien undersøker om korttids-isolering hadde negative effekter på den psykiske helsen til pasientene. Den legger også vekt på å sammenlikne nivåer av angst, depresjon og livskvalitet hos pasienter som ble korttids-isolert, i forhold til de som ikke var isolert.</p>
Metode	<p>Tverrsnittstudie gjort mellom 2006 og 2007. Det ble brukt «Hospital Anxiety and Depression Scale» og «HADS-D (Depression)». Studien ble gjort på pasienter over 18 år og som var isolert på enerom fra 24 timer opptil 48 timer. Det var også en kontrollgruppe som var på samme avdeling, men som ikke var isolert. 60 pasienter deltok i studien hvor 42 ble inkludert. 99 kontrollpasienter deltok og 84 ble inkludert.</p>
Resultat og diskusjon	<p>Resultatet viser ingen forskjeller hos de pasientene som ble isolert, sammenlignet med de som ikke ble isolert i forhold til angst og depresjon. Studien viser heller ingen forskjell i selv vurdering av livskvalitet. De isolerte pasientene hadde en positiv innstilling til infeksjonsforebyggende regimer. De isolerte respondentene opplevde at de fikk god informasjon om infeksjonsbekjempende tiltak.</p> <p>Kortvarige isolasjonsperioder viser å ikke ha innvirkning på den psykiske velvære til pasientene i denne studien. Resultatene i denne studien motvirker tidligere utsagn om at isolasjon er en psykisk byrde.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Studien legger vekt på de positive sidene ved isolasjon. Den kan brukes til i sammenlikning med studier gjort på langtids-isolerte pasienter.</p>

4.2 Oppsummering av resultater

4.2.1 Psykiske reaksjoner på isolasjon

Persson, Anderberg og Ekwall (2014) gjennomførte en studie som fokuserer på hvordan det er å ha enerom på sykehus, uavhengig av smitte. De konkluderer med at enerom ofte er å foretrekke, da de er mest behagelige, man får mest privatliv, sover bedre og slipper å tenke på at man forstyrrer andre. Følelser som ensomhet og isolasjon kan også forekomme. Pasientene følte seg sosialt avhengige av personalet når pårørende ikke var tilstede. Noen pasienter fortalte at de også kunne føle seg forlatt (Persson, Anderberg og Ekwall, 2014).

Hos isolerte pasienter med MRSA kan forskjellige psykiske reaksjoner forekomme. Ifølge Barratt, Shaban og Moyle (2011) sin review artikkel er det overveldende bevis som støtter bruken av isolering når det kommer til pasienter smittet med MRSA. De mener også at bruken av isolering er assosiert med et kompromiss med psykologisk velferd. De understreker at psykologiske reaksjoner som stress, angst og depresjon er klart dokumentert i mange studier som konsekvenser av isolering. Reaksjoner som ensomhet, sinne og kjedsomhet ble også nevnt (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) viser til at det kan oppleves traumatisk å være smittsom med MRSA og på isolat. Det ble brukt ord som skitten, redsel, skyld, neglekt, stigmatisering og krenkelse når pasientene skulle beskrive sine opplevelser. En følelse av fangenskap kan også forekomme og studien konkluderer blant annet med at isoleringen bør være så kort som mulig for å minske denne følelsen. Med tanke på kort isoleringstid har Wassenberg, Severs og Bonten (2010) studert om det vil forekomme psykiske belastninger ved korttids-isolering mellom 24 og 48 timer. Studien viser at i disse tilfellene var pasientene mer positive til infeksjonsforebyggende regimer, samt at kvaliteten på pleien ikke ble påvirket. De fant også at nivåer av angst og depresjon ikke ble påvirket, sammenlignet med pasienter som ikke ble isolert (Wassenberg, Severs og Bonten, 2010).

4.2.2 Kompetanse og kunnskap

Barratt, Shaban og Moyle (2011) har samlet materiale med ulike perspektiver og reaksjoner av både pasient og helsepersonell relatert til isolering. Videre forteller de at ved å ta i bruk slikt materiale vil helsepersonell kunne forbedre kvaliteten og sikkerheten ved isolering. Det vil kunne gi omfattende kompetanse som kan være til hjelp i planleggingen, samt bidra til

helhetlig omsorg under isolering. Denne kunnskapen kan også bidra til å unngå de negative psykososiale konsekvensene ved isolering (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

I studien til Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) kom det frem fra noen av respondentene at kunnskapen om smitteoverføring var dårlig og at helsepersonellet ikke brukte korrekt smittevernsutstyr. Det ble påpekt at det var visse omstendigheter som måtte understrekes med tanke på ivaretagelsen av pasienter isolert med MRSA; Å tilegne seg nok kunnskap om hvordan smitte overføres og hvordan mikroorganismer oppfører seg.

Lunde og Moens (2014) studie undersøkte sykepleiers kunnskap og atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier. Funn i studien viser at manglende kunnskap, mistolkning og manglende etterlevelse av smitteverntiltak er medvirkende årsaker til sykehusinfeksjoner. Med gode smittevernrutiner, både basale og spesifikke vil slike infeksjoner reduseres. Når det gjelder multiresistente bakterier er mangel på kunnskap en av de viktigste og potensielle risikoer for smitteoverføring. Det å øke kunnskapen rundt smitte vil kunne gjøre sykepleieren tryggere, pleien sikrere og minske frykten for multiresistente bakterier. Sykepleieren er også en viktig aktør i smittevern, da de kontinuerlig er inne hos pasienten (Lunde og Moen, 2014). Opplæringen innen smittevern og multiresistente bakterier vil være best om det tilpasses lokale behov innen hver avdeling og faggruppe. Undervisning, kombinert med gode rollemodeller vil kunne gi kompetente sykepleiere. Målet skal være å øke kunnskapen og stimulere til korrekt utøvelse av prosedyrer (Lunde og Moen, 2014).

4.2.3 Informasjon og veiledning

I studien til Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) forklarte respondentene at de hadde fått lite eller ingen informasjon om egen helsetilstand. Holdningene til helsepersonellet ble beskrevet som uprofesjonelt, og pasientene følte frykt for omgivelsene. Det samme gjenspeiler seg i funnene til Barratt, Shaban og Moyle (2011). Pasientene mener selv de får for lite informasjon og kunnskap om årsak til innleggelsen på isolat. Behovet for informasjon om MRSA-infeksjon og egen helsetilstand ble ikke oppfylt. I konklusjonen er det beskrevet at tilstrekkelig informasjon og veiledning om isolasjonsregimer er avgjørende for pasientens psykiske tilstand på isolat (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Videre ser en i resultatene i studien til Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) at helsepersonell gav forskjellig og blandet informasjon til pasientene. Dette skapte usikkerhet og forvirring, og svært viktig informasjon

kunne gå tapt. En pasient hadde for eksempel ikke fått informasjon om at han var smittet med resistente bakterier.

I studien til Wassenberg, Severs og Bonten (2010) var respondentene positive til informasjonen de mottok. 95% av de som deltok i studien opplevde å bli informert om infeksjonsbekjempende tiltak, og 47% mottok skriftlig informasjon. Ingen av deltakerne var negative til kvaliteten på sykepleien de mottok, men en stor andel mente at de hadde for lite kontakt med sykepleieren.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil resultatene drøftes opp mot relevant forskning, sykepleieteori og faglitteratur. I samsvar med temaene presentert under oppsummeringen i resultatdelen, vil vi dele diskusjonsdelen inn i: psykososiale reaksjoner på isolasjon, sykepleierens veiledende og informerende funksjon, og kunnskap, kompetanse og holdninger. Avslutningsvis ønsker vi gjennom denne litteraturstudien å gi svar på problemstillingen; *Smitteisolasjon i somatisk sykehus; Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos pasienter med Meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)?*

5.1 Psykososiale reaksjoner på isolasjon

Enhver form for isolasjon er en psykisk belastning for pasienten (Stordalen, 2015). På den ene siden er den psykiske påkjenningen av isolasjon stor og kan resultere i flere konsekvenser. Angst, kvalme, følelsesmessig avstand, skyldfølelse, opplevelse av frihetsberøvelse, irritasjon, rastløshet (Andreassen *et al.* 2015), samt depresjon er eksempler på dette (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010; Barratt, Shaban og Moyle, 2011). På den andre siden ser man viktigheten av å isolere pasienter som er smittet med MRSA. Dette gjøres fordi det er manglende behandlingsalternativer til pasienter med multiresistente bakterier (Lunde og Moen, 2014) og at man ønsker å beskytte omgivelsene mot den smittefaren vedkommende utgjør (Stordalen, 2015).

Ved at utbredelsen av MRSA og andre resistente bakterier øker, vil det blant annet resultere i lengre opphold på sykehus for smittede pasienter (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). I Barratt, Shaban og Moyle (2011) sin review artikkel sammenlignes opplevelsene ved å være isolert på

sykehus med det å ikke være isolert. Denne studien fant ut at isolerte pasienter hadde en høyere følelse av angst og depresjon, samt en lavere selvfølelse og opplevelse av kontroll. Studien argumenterte med at selv om innleggelse i seg selv resulterte i mange negative følelser for pasientene, hadde isolasjonen en enda større psykisk påvirkning på pasientene (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

Til forskjell fra denne studien viser Wassenberg, Severs og Bonten (2010) at pasienter på isolat ikke opplever signifikante forskjeller fra ikke-isolerte pasienter når det kommer til psykiske reaksjoner. Forskjellen er at Wassenberg, Severs og Bonten (2010) spesifikt tar for seg korttids- isolerte pasienter som isoleres i perioder mellom 24 og 48 timer.

Uansett om det isoleres over lang eller kort tid ses det på som hensiktsmessig å ivareta psykososiale behov. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på hvordan pasienten opplever egen situasjon, noe som er en forutsetning for å gi god sykepleie (Blix og Breivik, 2006). Deretter kan sykepleieren iverksette tiltak for å bedre pasientens opplevelse (Andreassen *et al.* 2015). Sykepleieren kan bruke tid inne hos pasienten uten at ringesnoren er tatt i bruk, sørge for god dialog og gjennomføring av daglige gjøremål, samt gjenta informasjon om sykdom og isolering (Andreassen *et al.* 2015). I tillegg er det viktig at sykepleieren bruker sine empatiske evner for å vise sin forståelse av situasjonen, slik at pasienten føler seg forstått og respektert (Håkonsen, 2014).

Det å få enerom når man blir innlagt på sykehus er for de aller fleste å foretrekke (Persson, Anderberg og Ekwall, 2014). Pasienter opplever at enerom gir de mulighet til å fokusere på egen helse og bedring. Det gir også mer privatliv, man sover bedre og slipper å tenke på at man forstyrrer andre (Persson, Anderberg og Ekwall, 2014). De samme positive aspektene ved enerom kan også gjenspeile seg hos pasienter på isolat. Likevel opplever mange isolering som psykisk utfordrende og negativt, i tillegg til at det begrenser sosial stimuli (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

Det er en viktig jobb for sykepleiere å kunne være bevisst på ivaretagelse av denne pasientgruppen, da isolering resulterer i adskillelse fra andre pasienter og minsker muligheten for sosial kontakt (Andreassen *et al.* 2015).

Det å føle seg innestengt kan være en ubehagelig og smertefull opplevelse, noe som kan utvikle seg til ensomhet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Pasientene vil automatisk bli avhengige av personalet når det kommer til det sosiale på isolat. Likevel kommer det fram at sykepleierne ikke klarer å tilfredsstille dette behovet og ikke bruker nok

tid inne hos pasientene (Andreassen *et al.* 2015). Sykepleieren må kartlegge hvorfor behovet for sosial kontakt ikke er tilfredsstillt, samt avdekke faktorer som påvirker ensomhetsfølelsen. Å utarbeide realistiske mål og tiltak er relevant for at pasienten kan gjenopprette kontakt med andre mennesker. Sykepleieren burde motivere pasienten til å vedlikeholde kontakten med familien og pårørende (Blix og Breivik, 2006). Pårørende kan ha en viktig funksjon med tanke på pasientens omgivelser og til verden utenfor sykehuset. Pasienten kan føle seg mindre isolert og forlatt hvis pårørende kommer med informasjon og nyheter (Stubberud, 2013). Som sykepleier er støtte til pårørende også svært relevant i møte med ensomme mennesker. Det kan være vanskelig å takle at den nærmeste forandrer seg og ikke finner meningen med livet (Blix og Breivik, 2006).

Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på situasjoner som kan utløse krisereaksjoner hos pasientene (Håkonsen, 2014), slik som å bli isolert på grunn av en MRSA infeksjon.

Flere pasienter som blir lagt på isolat opplever tap av selvbestemmelse og uavhengighet, og føler svært lite kontroll over sitt eget liv og situasjon (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Følelsen av å være smittsom kan være dramatisk og fører til mye skam og skyldfølelse (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010). Dette kan utdypes videre gjennom teorien til Antonovsky som omhandler opplevelse av sammenheng (OAS). Når man isoleres med MRSA kan rommet oppleves som en fengselscelle der veggene avskjærer pasienten fra omverden og alt som skjer der ute (Andreassen *et al.* 2015). Da vil man ikke lenger føle like stor grad av sammenheng, på grunn av at situasjonen ikke er like strukturert, forutsigbar og forklarlig som før (Langeland, 2017). Å være involvert i daglige aktiviteter som oppleves som meningsfulle, og at livet stort sett oppleves som forståelig og håndterbart, vil bli karakterisert som en god OAS (Langeland, 2017). Det viser seg imidlertid at dette ikke bestandig er mulig å oppnå på isolat. Pasientene fortalte at de følte seg innestengte og opplevde isolasjonen som krenkende. De ble adskilt fra andre pasienter og fikk ingen spontane besøk fra personalet utenom når det skulle gjøres noen medisinske oppgaver (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010).

Når man blir isolert med MRSA er man i en situasjon med høy grad av ubehag og mistrivsel, men det er lite man kan gjøre for å endre den. For å minske angsten som er forbundet med denne stressopplevelsen bruker man ofte ubevisste mestringsstrategier (Håkonsen, 2014). Noen mestringsstrategier er både hensiktsmessige, modne og gode fordi de hjelper oss å leve

med og akseptere noe vanskelig. Eksempler på dette kan være å søke sosial støtte, akseptere eller tolke situasjonen på nytt, bruke humor eller finne en eksistensiell forståelse (Håkonsen, 2014). Flere pasienter har fortalt at isolasjonen ble enklere å forstå og godta når de ble klare over konsekvensene MRSA-infeksjonen kan få for andre. Når de innså dette fant de en slags mening med isolasjonen (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010). I motsetning til disse positive strategiene finnes det også andre umodne og u hensiktsmessige strategier som har mest til hensikt å hjelpe oss å “overleve”. Slike strategier kan være at man benekter det som har skjedd, kobler ut tanker og følelser, blir oppgitt eller lar følelsene slippe fri og ikke tar ansvar for handlinger (Håkonsen, 2014). Pasienter kan for eksempel ha episoder med voldsom og voldelig utagering mot personalet i et forsøk på å gjenvinne kontrollen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

Som sykepleier må man være klar over at mennesker som utsettes for store psykiske påkjenninger ofte kan endre adferd og ha flere store reaksjoner (Håkonsen, 2014).

I møte med mennesker i krise stilles det store krav til sykepleierens faglige innsikt og personlige egenskaper (Håkonsen, 2014). Å være tilstede og lytte til pasienten vil ofte være den beste hjelpen man kan gi. Det er også viktig å normalisere og akseptere situasjonen. Sykepleieren kan føle seg ukomfortabel ovenfor de emosjonelle reaksjonene som mennesket i krise viser. Da er det viktig å ikke bagatellisere disse hendelsene for å dempe sin egen usikkerhet. Når pasienten som er i krise har fått muligheten til å gi uttrykk for sine tanker og følelser, vil sykepleieren etter hvert kunne nå fram med mulige løsninger eller lyspunkter i situasjonen. Det er også viktig for helsepersonell å legge til rette for sosial støtte, da mennesker i krise ofte ikke oppsøker dette selv (Håkonsen, 2014).

Imidlertid er det også viktig at sykepleieren er klar over at om det å få en isolasjonskrevende sykdom oppleves som en krise eller ikke, vil variere fra person til person. Dette kan utdypes videre ved å ta utgangspunkt i sårbarhet- stress- modellen (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). På den ene siden skapes de fleste psykiske utfordringer av en kombinasjon av en bakenforliggende sårbarhet, og på den andre siden stress som når et nivå som overstiger det personen makter å hankes med. Dette gjør at vedkommende sin vanlige psykiske likevekt bryter sammen. Hva som anses som sårbarhet og hva som anses som stress varierer altså fra person til person (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). For eksempel kan noen pasienter føle seg urene og skitten når helsearbeidere tar på dem iført hansker. De liker ikke bruken av beskyttelsesutstyr og er redde for stigmaet dette kan medføre. Andre pasienter føler derimot at bruken av beskyttelsesutstyr er til stor hjelp, og viktig for at de skal forstå og akseptere situasjonen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

5.2 Sykepleierens veiledende og informerende funksjon

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren kan gi pasienten mulighet til å ta egne avgjørelser, om tilpasset og tilstrekkelig informasjon er gitt. Sykepleierens ansvar er også å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) hevder at pasienter fikk lite eller ingen informasjon om egen helsetilstand. Om man betrakter dette fra en annen synsvinkel ser man at pasienter på isolat kan ha vanskeligheter for å motta informasjon. Økt stress og utmattelse kan føre til redusert hukommelse (Stubberud, 2013). Likevel er det sykepleieren som skal ivareta pasienten og deres tilstand, samt hvordan situasjonen blir erfart og opplevd. Den faglige kunnskapen må være til stede for å forstå hvilke tiltak som skal igangsettes og konsekvensene som medføres (Nortvedt og Grønseth, 2015).

Dersom pasienten og pårørende er godt informert om sykdom og situasjon vil det kunne dempe reaksjoner som frykt og angst. For det første er det viktig at helsepersonell samarbeider godt om informasjon. For det andre skal denne informasjonen være klar og tydelig slik at pasienten ikke opplever at det blir sagt forskjellig (Blix og Breivik, 2006). Det skapes usikkerhet og forvirring når det er for mange informanter involvert og forskjellige beskjeder blir gitt (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010). Dette kan føre til at viktig informasjon går tapt. For å kunne mestre egen sykdom og kunne lære seg å leve med den, er det relevant med informasjon, veiledning og undervisning. Sykepleierens oppgave er å dokumentere hvilken informasjon som er gitt, samt pasientens synspunkter og reaksjoner på informasjonen. Pasientjournalen skal også inneholde pasientens planlagte og gjennomførte helsehjelp (Hellesø, 2015). Sykepleieren må kommunisere slik at pasienten oppfatter informasjonen da pasienten kan befinne seg i en situasjon der konsentrasjonsevnen er svekket og tanker og følelser tar overhånd (Eide og Eide, 2009). For at pasienten skal forstå veiledning og informasjon korrekt kan det i tillegg til muntlig veiledning være aktuelt å gi den syke skriftlig informasjon. Herunder informasjon om smittefare og tiltak (Folkehelseinstituttet, 2010).

På den ene siden ser man at informasjon og veiledning er viktig for pasienten, samt at de har rett på informasjon ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2). På den andre siden viser det seg at det er utfordringer og mangler knyttet til informasjon (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Mangel på informasjon om egen helsetilstand er noe som skaper frykt og

pasienten opplever holdningsendringer til helsepersonell (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010). Informasjon er nødvendig slik at pasienten kan få innsikt i behandlingen og mestre rollen som pasient og det negative stresset forbundet med eksempelvis ubehagelige prosedyrer (Stubberud, 2013). Dette kan utdypes videre gjennom Antonovsky's (2005) teori, opplevelse av sammenheng (OAS). Hvis en pasient opplever høy OAS vil dette holde personen stabil til tross for opplevelse av store belastninger. Dette kan ses i sammenheng med behovet for informasjon for følelsen av trygghet og hvordan dette formidles av sykepleieren (Antonovsky, 2005). Videre kan pasienten kan få en bedre forståelse av hvorfor de blir isolert og godta situasjonen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011).

Sykepleieren er ofte den personen som tilbringer mest tid med pasienten, og som bruker kommunikasjon og formidlingsevne til å gjøre situasjonen håndterbar for pasienten (Heyn, 2015). Sykepleieren skal undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap, samt informere på en god måte gjennom dialog og samhandling (Eide og Eide, 2009). Målrettet og effektiv kommunikasjon vil oppleves som positivt for pasienten (Håkonsen, 2014). Barratt, Shaban og Moyle (2011) sier at det fysiske miljøet skaper en barriere for kommunikasjon med helsepersonell. Videre hevder de at pasientene følte seg krevende om de ønsket kontakt med personalet ved å ringe i snoren. Dette er negativt da det er viktig for pasienten å ha personalet å kommunisere med da det gjør hverdagen forutsigbar, og beviser at pleiepersonalet er til å stole på (Andreassen *et al.* 2015).

Det er ikke bare det fysiske miljøet som skaper en barriere for kommunikasjon. Pasienten kan også oppleve utfordringer knyttet til fortolkning av den nonverbale kommunikasjonen da sykepleieren bruker beskyttelsesutstyr (Eide og Eide, 2009). Påkledning av hansker, smittefrakker og munnbind kan skape en avstand mellom sykepleier og pasient. I forhold til smittevernutstyr kan pasienter oppleve det som krenkende å bli berørt av personalet (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Berøring er en form for kommunikasjon som kan oppfattes som trygghet og tillit. Likevel må sykepleiere tenke på at det kan oppfattes som upassende og påtrengende for noen (Håkonsen, 2014). Smittevernutstyret gjør også at pasienten kun ser øynene til sykepleieren (Andreassen *et al.* 2015). For å oppnå god kommunikasjon kan sykepleieren vende seg mot pasienten når de snakker sammen og gi god blikkontakt (Stubberud, 2013).

Uvisshet rundt smittefaren ved MRSA, dårlig informasjon og selve oppholdet på isolat var opplevelser som gjorde pasientene usikre (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010).

Informasjon knyttet til smittemåte, -regime og selve isolasjonen er viktig, samt informasjon rundt selve sykdommen (Blix og Breivik, 2006). Dette skaper trygghet og forståelse rundt isolasjonen, og kan legge til rette for at pasientene lettere godtar tilværelsen (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). Videre kan pasientene ta autonome valg som de har krav på ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). I relasjon mellom sykepleier og pasient er trygghet en forutsetning for samhandling. Denne tryggheten kan sykepleier gi gjennom erfaring, kunnskap, informasjon og bekreftelse. Under et sykehusopphold kan trygghet forekomme når sykepleieren kan faget sitt og at hjelpen som gis har effekt (Blix og Breivik, 2006).

Som sykepleier skal en være oppmerksom på at isolering kan være psykisk belastende for pasienten, og at det kan påvirke pasientens behov for sosial kontakt (Stordalen, 2015).

Maslows behovspyramide omhandler det individet trenger for å overleve, og for å utvikle seg til et menneske. De grunnleggende behovene som innebærer sosial kontakt, samt behov for trygghet er svært relevant i denne sammenheng (Eriksen, 2015). Sykepleieren må bidra til å fremme kontakt med pårørende. Besøkende kan være usikre og nervøse grunnet smittefaren (Stordalen, 2015), derfor må sykepleieren sørge for å gi god informasjon til pasienten og pårørende, venner og besøkende om viktigheten av beskyttelsesutstyr (Andreassen *et al.* 2015). MRSA-veilederen sier imidlertid at besøkende ikke behøver å bruke beskyttelsesutstyr, men kun utføre håndhygiene da de forlater rommet. Samtidig sier veilederen at disse rutinene vil variere fra sykehus til sykehus (Folkehelseinstituttet, 2009).

5.3 Kunnskap, kompetanse og holdninger

I Helsepersonelloven (1999, §4) stilles det krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Videre stilles det krav til at sykepleiere skal holde seg oppdatert om utvikling, forskning og dokumentert praksis. I tillegg skal sykepleieren bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Derimot fremkommer det i flere studier at det er betydelig mangel på kunnskap hos helsepersonell, som påvirket kvaliteten av helsehjelpen (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010; Barratt, Shaban og Moyle, 2011; Lunde og Moen, 2014). Pasienter har fortalt om vanskelige og krenkende situasjoner, som at personalet ikke har overholdt smittevernrutiner. Det blir også beskrevet en følelse av frykt og mangel på helhetlig omsorg med tanke på at det er manglende kompetanse om hvordan MRSA smitter (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010).

Det trenger ikke nødvendigvis være mangel på kunnskap som er årsaken til at smitteregimer ikke blir fulgt. Håndhygiene, som er vår mest effektive, billigste og enkleste metode for å

unngå smittespredning blir noen ganger glemt (Blix og Breivik, 2006). Dette kan ses i sammenheng med den store arbeidsbelastningen og tidspresset sykepleiere blir utsatt for. Likevel er det viktig for sykepleier å ha kunnskap om hvorfor slike tiltak er viktige i henhold til smittespredning og hvilken teknikk som er riktig slik at det ikke forekommer unødig pasientskade (Blix og Breivik, 2006).

Stubberud (2013) hevder derimot at det ikke er tiden som avgjør om pasienten blir sett og får helhetlig omsorg av pleiepersonell. Det handler mer om hvordan sykepleier opptrer i situasjonen. Holdningene og de personlige egenskapene er like betydningsfulle som alt det en vet og kan. Likevel er det viktig å ikke nedvurdere betydningen av kunnskap og ferdigheter. Som sykepleier må du integrere fagets grunnleggende verdier, slik at de vises i væremåte og holdninger (Kristoffersen og Nortvedt, 2016). Den atferdsmessige delen av holdninger kommer frem ved måten vi oppfører oss på som mennesker (Håkonsen, 2009). Dette kan utdypes videre gjennom studien til Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010). Her blir det beskrevet at helsepersonellets holdninger til isolerte pasienter opplevdes som stigmatiserende, da de tydelig ikke ønsket å oppholde seg inne på isolatene (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010).

Barratt, Shaban og Moyle (2011) viser også til at samhandlingen med pasientene blir vanskelig grunnet manglende kunnskap, og at sykepleiere var til stede på rommet bare når det var nødvendig. Å bli behandlet uten respekt, møtt av skepsis og mangel på mellommenneskelige ferdigheter fra helsepersonell kan oppleves sårende og som en avvisning (Grov, 2015).

Selv om forebygging av smitte er nødvendig, er selve gjennomføringen av smittevernrutinene viktig for hvordan sykepleiernes holdninger blir fremstilt. En av respondentene i Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøms (2010) artikkel fortalte at en sykepleier kledde seg opp i beskyttelsesutstyr og kastet hånddesinfeksjon rundt seg, noe som ble oppfattet som nedlatende for pasienten. Påkledning og isolat skal ikke være et hinder for å yte god sykepleie (Andreassen *et al.* 2015).

Det er viktig å ha kunnskap om resistente bakterier og hvordan de smitter, samt smitteverntiltak. Samtidig er det også viktig å ha kunnskap om hvordan isolasjon påvirker psykososiale behov, opparbeide seg gode holdninger og bryte ned stigma. (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010; Barratt, Shaban og Moyle, 2011; Lunde og Moen, 2014). Sykepleieren kan også opparbeide seg et "bibliotek" av referansesituasjoner som inneholder pasienters

erfaringer i pasientrollen. Denne typen kunnskap kan legges til grunn i møte med den enkelte pasient. Helsepersonell i klinisk praksis kan også ha god nytte av kommunikasjonsferdigheter, korreksjon fra andre og refleksjon over egne handlinger (Grov, 2015). Det er viktig som sykepleier å være oppmerksom på hvordan en forholder seg til pasienten. For å få en riktig forståelse av pasientens behov, problemer og ressurser er det viktig å se hele mennesket. Dette kan ses i sammenheng med begrepet holisme som omhandler at sykepleieren er oppmerksom på at det er et menneske, ikke en sykdom vi pleier (Kim, 2015).

Enkelte helsepersonell har ikke nok kunnskap om hvorfor man isolerer pasienter med MRSA, noe som fører til negative pasientopplevelser (Barratt, Shaban og Moyle, 2011). På den ene siden ser man at som sykepleier er det forventet og lovpålagt å inneha nødvendig kompetanse og arbeide faglig forsvarlig. På den andre siden har vi sett bevis på i aktuelle studier at det fremkommer betydelige mangler på kunnskap og kompetanse hos helsepersonell (Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm, 2010; Barratt, Shaban og Moyle, 2011; Lunde og Moen, 2014). Det viser seg også at det kan forekomme forskjeller i kompetansenivå med tanke på ulike avdelinger på sykehus. Sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter innehar et signifikant høyere kunnskapsnivå gjeldende isolering og smitte, enn de sykepleierne som jobber på andre medisinske avdelinger (Lunde og Moen, 2014). Det er nødvendig å tilegne seg kunnskap om infeksjonssykdommer, hvordan de smitter og hvilket regime det isoleres etter (Andreassen *et al.* 2015).

Derimot ser man at det muligens ikke er like stort fokus på slik kunnskap på alle avdelinger i sykehus (Lunde og Moen, 2014). For å tilegne seg denne typen kunnskap har vi i Norge ulike veiledere som sykepleiere kan bruke som mulige hjelpemidler. MRSA-veilederen, isoleringsveilederen og smittevernveilederen er eksempler på dette.

5.4 Metodediskusjon

I denne litteraturstudien har vi inkludert flest kvalitative studier, som omhandler pasientens meninger, holdninger og erfaringer. Ved kvalitativ forskning er det ofte få respondenter noe som gir dybde i datainnsamlingen. Dette kan være positivt for vårt tema og problemstilling. Gjennom vår søkeprosess har vi funnet lite kvantitative studier innen vårt valg av tema. Ettersom vi har vektlagt pasientens opplevelse av det å bli smittet med MRSA føler vi derimot at det passer godt med innhenting av kvalitative studier. Da får man blant annet mer detaljert og beskrivende opplysninger fra hver enkelt respondent.

Ved innhenting av litteratur diskuterte vi om artikler som var så gamle som 10 år ville svekke denne litteraturstudien, samt om artiklene fortsatt var relevante for problemstillingen og tema. Her konkluderte vi med at psykososiale reaksjonene på isolasjon er de samme nå, som for 10 år siden. Forskning rundt smitteregimer og isolasjon kan derimot ha blitt oppdatert de senere årene. Vi har gjennom denne litteraturstudien tatt i bruk anbefalt fag- og pensumlitteratur. Tre av bøkene som er tatt i bruk er 10 år gamle eller eldre, noe som vi har vært oppmerksomme på. Likevel anser vi de som relevante for vår oppgave, da de omhandler sykepleieteori, grunnleggende sykepleie og kommunikasjon, noe som er like aktuelt i dag.

Arbeidet med inklusjons- og eksklusjonskriteriene kan ha ført til ekskludering av relevant forskning. Disse kriteriene ble opparbeidet i forkant og under søkeprosessen. Det ble et inklusjonskriterie at artiklene som har blitt brukt i denne litteraturstudien kommer fra land i Europa. Dette kan gi bacheloroppgaven et innsnevret syn i forhold til resten av verden. Dette kan være negativt da land utenfor Europa kan være like gode, eller bedre, på smittehåndtering og behandling av MRSA. Vi hadde også satt pasienter over 18 år som et inklusjonskriterie. Likevel burde man være oppmerksom på at det kan forekomme forskjeller i psykiske reaksjoner på isolasjon hos unge voksne og eldre.

Fire av fem av artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven vår er engelskspråklige, noe som kan by på utfordringer. Viktige poeng kan gå tapt under lesingen av teksten eller at man misforstår den faktiske meningen. Teksten kan også bli oversatt feil hvor betydningen blir en annen og setningsoppbyggingen kan endres. I tillegg kan bruk av oversettelsesprogram, som i noen tilfeller er brukt, gjøre at kildene må tolkes med forsiktighet. Vi har valgt å trekke ut stoff fra artiklene som er mest relevant for vårt tema. Da vil man kunne risikere at kilden ikke blir fremstilt korrekt, men samtidig er det ikke alltid relevant å legge fram alt. Det er imidlertid brukt mye tid på å sikre data som er nødvendig for å tolke kilden rett.

Ettersom alle våre utvalgte artikler er basert på forskning av mennesker, er det viktig at etikken er i fokus. I fire av fem av artiklene står det beskrevet hvilke etiske overveielser forfatterne og forskerne har gjort. I disse artiklene har alle deltagere fått informasjon om studiet, samt gitt muntlig og/eller skriftlig samtykke. Disse artiklene har også blitt godkjent av forskjellige etikkutvalg og institusjonelle kontrollpanel. Det er imidlertid negativt at en av artiklene ikke viser til noen etiske overveielser, da vi ikke kan vite sikkert om etikken har vært i fokus.

I arbeidet med denne litteraturstudien har vi funnet forskning på hvordan psykososiale behov påvirkes under isolasjon. MRSA og isolasjon er et tema som stadig blir mer aktuelt i mange avdelinger på sykehus. Vi har observert og sett at det fokuseres på smittevernrutiner og prosedyrer ved isolasjon, men at det er mindre fokus på pasientens psykiske reaksjoner. Vi håper at ivaretagelse av psykososiale behov også kan være noe som vil implementeres i sykepleietjenesten. Hvis sykepleier bruker tid inne hos pasienten, samt er bevisst på psykiske konsekvenser vil det kunne bidra til en bedre opplevelse av isolasjonen. Det ses på som hensiktsmessig å utføre internundervisning om MRSA for å unngå stigma, samt informasjon om psykiske påkjenninger av isolasjon. Dette vil kunne minske symptomer som for eksempel ensomhet, angst og depresjon. Funn og erfaringer i denne litteraturstudien kan bidra i en innovasjonsprosess hvor nytenkning kan være en forutsetning for å gi gode sykepleietjenester i fremtiden.

6.0 Konklusjon

Smitteisolasjon og MRSA-infeksjon medfører ofte betydelige negative opplevelser for pasientene. Ulike studier viser at det er økt risiko for utvikling av psykososiale reaksjoner som angst, depresjon, krise, og ensomhet. Å bli infisert med MRSA medbringer ofte store påkjenninger, og i tillegg blir de psykososiale behovene betydelig påvirket under opphold på isolat. Likevel må MRSA-smittede pasienter la seg isolere, og sykepleieren må ta del i ansvaret av å opprettholde de psykososiale behovene. Sykepleier må ha forståelse og være oppmerksom på påvirkningen isolasjon har på psykisk helse. Med tanke på ensomhet er det viktig at sykepleier gjør seg tilgjengelig og tar i bruk sine empatiske evner som kan bidra til at pasienten føler seg forstått og respektert. Samtidig påvirker isolasjon nære relasjoner, noe som sykepleier må være oppmerksom på slik at det kan tilrettelegges for sosial kontakt.

Informasjon og kommunikasjon må være tilstrekkelig for at pasienten skal føle forutsigbarhet, opplevelse av mening og trygghet. Hos noen pasienter på isolat vil det være vanskelig å motta informasjon. Tilstrekkelig, korrekt og forståelig informasjon må være gitt etter pasientens forutsetninger. Funn viser at informasjon vil kunne dempe psykologiske symptomer som angst og frykt. Samhandling mellom helsepersonell, pasient og pårørende er viktig for å få et

godt behandlingsresultat. Det fysiske miljøet under isolering av MRSA, samt smittevernrutiner og påkledning vil kunne skape kommunikasjonsbarrierer.

Sykepleierens kunnskap og kompetanse er nødvendig i møte med MRSA-smittede pasienter. Funn viser at det vil bidra til bedre ivaretagelse av psykososiale behov. Sykepleieren har selv ansvar for å være oppdatert på fagkunnskap. Ved å inneha god kompetanse om MRSA, smittevern og isolasjon kan sykepleieren observere hvordan pasienten opplever og erfarer tilværelsen, og deretter igangsette tiltak. Det fremkommer i anvendte studier at pasientene kjenner på utrygghet med tanke på mangelfull kunnskap hos sykepleiere. Ved å inneha den nødvendige kunnskapen vil også sykepleiers holdninger påvirkes, og det uttrykker en form for trygghet. Dette vil også kunne bidra til å bryte ned stigmaet isolerte pasienter med MRSA kan kjenne på.

Ved å ta i bruk kunnskap og kompetanse, samt ha fokus på god kommunikasjon og informasjon vil sykepleier kunne bidra til å ivareta psykososiale behov hos isolerte MRSA-pasienter. Ved at sykepleieren er oppmerksom på de negative reaksjonene som forekommer vedrørende isolasjon og infeksjon, har man mulighet til å yte helhetlig omsorg og sykepleie til pasientene. Funn i artiklene viser at det å finne et konkret og entydig svar på hvordan man ivaretar psykososial behov hos MRSA- isolerte pasienter er utfordrende. I denne litteraturstudien har vi sett at sykepleieren må være bevisst på at pasientene har individuelle behov og kan oppleve isolering ulikt. Dermed ses det på som hensiktsmessig å legge til rette for hver enkelt sine behov og ønsker. Samtidig har vi også funnet flere generelle tiltak som tar utgangspunkt i sykepleiers grunnleggende funksjon og ansvar og som bør ligge til grunn ved enhver isolering.

7.0 Litteraturliste

Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010), Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital infection*, 76(2) s. 97-102.
doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027.

Andreassen *et al.* (2015) Sykepleie ved infeksjonssykdommer, i Grønseth, R. (red), *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 61-105

Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. 2. Utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care - a practical guide*. 3rd edition. England: Mcgraw-Hill Education, Open University Press

Barratt, R. L., Shaban, R. og Moyle, W. (2011), Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: a Journal of the Australian Nursing Profession*, 39(2), s. 180-193. URL:
<https://search.proquest.com/docview/1022984004?accountid=12870> (Hentet 28. Januar 2019)

Blix, E. S og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie - om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. Og Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887 – 907

Folkehelseinstituttet (2004) *Isoleringsveilederen*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf> (Hentet: 20. Mars 2019)

Folkehelseinstituttet (2010) Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner) - veileder for helsepersonell i *Smitteveilederen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/#om-meticillinresistente-gule-stafylokokker-mrsa>(Hentet: 11. Mars 2019)

Folkehelseinstituttet (2015) *Om antibiotikaresistens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/sv/antibiotikaresistens/om-antibiotikaresistens/>(Hentet: 26. Februar 2019)

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet (2009) *MRSA - veilederen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf>
(Hentet: 14. Februar 2019)

Grov. E.K (2015) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Holter, I.M (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 37-53

Hellesø, R. (2015) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Holter, M.I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 209-241

Helsebiblioteket (2013) *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>(Hentet: 02. April 2019)

Helsebiblioteket (u.å.a) *Svemed+* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed-karolinska-institutet>(Hentet: 02 April 2019)

Helsebiblioteket (u.å.b) *Medline*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline>(Hentet: 02 April 2019)

Helsedirektoratet (2018) *Angstlidelser*. Tilgjengelig fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser>(Hentet: 20. Mars 2019)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Hentet: 20. Februar 2019)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Holter, M.I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363 - 395

Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kim, H. S. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, i Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 142 - 156

Kringlen, E. (2011) *Psykiatri*. 10. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2016) Pasient og sykepleier- verdier og samhandling i Nortvedt, F. (red.) *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie-Fag og funksjon*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf(Hentet: 26. Februar 2019)

Kåss, E. (2018) *Krise*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/krise> (Hentet: 20. Mars 2019)

Langeland, E. (2017) Salutogenese og tilhørighet, i Tellnes, G. (red.) *Helsefremmende samhandling - natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lunde, L. og Moen, A. (2014) Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. *Sykepleien*, 9(3), s. 260-270. doi:[10.4220/sykepleienf.2014.0144](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0144)

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>. (Hentet: 25. Mars 2019)

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2015) *Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar*, i Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 17 - 31

NSD (2019) *Vitenskapelig publisering*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (Hentet: 25. Mars 2019)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. (Hentet: 25. Mars 2019)

Persson, E., Anderberg, P og Ekwall, A.K. (2014) A room of one's one - being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 29(2), s. 340-346. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12168>

Polit, D.F og Beck, C.T (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health

Skyman, E., Sjøstrøm, H. T. og Hellstrøm, L. (2010) Patients' experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 24(1), s. 101-107. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. Og Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*, 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. Og Stänicke, E. (2018) *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Smittevernloven (1994) *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55#KAPITTEL_1 (hentet: 11. Mars 2019)

Sneltvedt, T. (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, i Brinchmann, B. S (red). *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Stordalen, J. (2015) *Smittevern og hygiene- Den usynlige fare*. 5. Utg. Bergen: Fagbokforlaget

Stubberud, D.G. (2013) Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov, i Stubberud, D.G. (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 66 - 113

Sørensen, U. (2015) Hygiene og smittevern, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 776 - 818.

Von der Lippe, E. (2012) *MRSA - forhåndsundersøkelse, infeksjon og sanering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/infeksjonssykdommer/mrsa> (Hentet: 21. Mars 2019)

Wassenberg, M.W.M., Severs, D. og Bonten, M.J.M. (2010) Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*, 75(2), s. 124-127. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.01.023>

