

# BACHELOROPPGAVE

## MRSA – Isolasjon: Pasientens psykososiale behov.

Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med MRSA?

av

Marianne Uv

Kandidatnummer 32

MRSA and source isolation: Patients' psychosocial needs.

Emnekode og navn:

SK 152 Bacheloroppgave i sykepleie

---

Innleveringsdato:

02.05.2014

---

Tall ord: 6988

---

Veileder:

Dagrun Kyrkjebø

---

***Our Generation***

*“Our generation will be known for nothing.  
Never will anybody say,  
We were the peak of mankind.  
That is wrong, the truth is  
Our generation was a failure.  
Thinking that  
We actually succeeded  
Is a waste.  
And we know  
Living only for money and power  
Is the way to go.  
Being loving, respectful, and kind  
Is a dumb thing to do.  
Forgetting about that time,  
Will not be easy, but we will try.  
Changing our world for the better  
Is something we never did.  
Giving up  
Was how we handled our problems.  
Working hard  
Was a joke.  
We knew that  
People thought we couldn’t come back  
That might be true,  
Unless we turn things around ”*

***(Read from bottom to top now)***

By Derek Nichols  
(Gordon, 2014).

## Sammendrag

---

**Tittel:** MRSA – Isolasjon: Pasientens psykososiale behov.

**Bakgrunn:** Meticillinresistente staphylococcus aureus er et globalt problem og den mest utbredte resistente bakterien i norske sykehus. Forskning viser at MRSA og isolasjon kan føre til seneffekter i form av stress, angst og depresjon. En pasient som blir langt inn på sykehus, må forholde seg til et strengt smitteregime. Pasienten må takle de psykososiale påkjenningene av å være isolert, og være en smittekilde.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med MRSA?

**Fremgangsmåte:** Metoden er en systematisk litteraturstudie som er basert på pensumlitteratur, fem forskningsartikler og selvvalgt litteratur. Forskningsartiklene er både kvantitative og kvalitative, det er tre oversiktsartikler og to enkeltstudier.

**Oppsummering:** I denne oppgaven vil jeg formidle viktigheten av å se det psykososiale behovet i somatisk sykepleie. Jeg vil prøve å svare på hvordan en sykepleier kan ivareta de psykososiale behovene hos isolerte pasienter med MRSA. Utfordringene med en pasient i krise, og den begrensede kontakten i et kontaktsmitteregime, skaper vanskeligheter med informasjon og relasjonsbygging. Bevissthet fra sykepleierens side om hvordan man utfører bekreftende kommunikasjon, kan hjelpe pasientens psykososiale behov og tilrettelegging av pasientens miljø, og skape en arena for mestring.

## Summary

---

**Title:** MRSA and source isolation: Patients' psychosocial needs.

**Background:** Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is a global health-care issue, and is the most prevalent antibiotic-resistant bacteria in Norwegian hospitals. Studies have shown that patients who have been infected with MRSA and are placed in isolation can display detrimental psychological effects such as emotional stress, increased anxiety, and depression. To minimize the risk of further infection in a healthcare environment, the source patient must be isolated. The patient must then cope with the psychosocial burdens of physical isolation due to contagious infection.

**Problem:** How can a nurse attend to the psychosocial needs of isolated patients with MRSA?

**Method:** A systematic literature review of five peer-reviewed research studies in this field, three review articles, two single studies, syllabus and self-selected literature. Research methodologies displayed in these studies include both quantitative and qualitative analyses.

**Summary:** This thesis evaluates how health care practitioners can effectively attend to the psychosocial needs of isolated patients infected with MRSA. The challenges faced by patients diagnosed MRSA, and the consequent preventative measure of physical isolation has been shown to lead to information and communication issues. Improving nurse awareness and employment of best-practice in providing confirmatory communication is shown to alleviate patients' negative psychosocial symptoms, aid in the adaption of individual patients' environments to suit their needs, and create an arena for mastery of MRSA and isolation.

# Innholdsfortegnelse

---

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN .....	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	1
1.2.1 <i>Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med MRSA?</i> .....	1
1.2.2 <i>Avgrensning</i> .....	2
1.3 GRUNNLAG FOR VALG AV TEMA .....	2
1.4 VINKLING AV TEMA .....	2
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	2
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Metode</i> .....	4
2.2 <i>Søkeprosessen</i> .....	4
2.4 <i>Valg av litteratur</i> .....	5
2.5 <i>Offentlige dokument</i> .....	5
2.6 <i>Kildekritikk</i> .....	5
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>6</b>
3.1 METICILLINRESISTENTE SHAPHYLOCOCCUS AUREUS .....	6
3.1.1 <i>Staphylococcus aureus og MRSA</i> .....	6
3.1.2 <i>MRSA-Veilederen</i> .....	6
3.2 ISOLASJON .....	7
3.2.1 <i>Isolasjonsveilederen</i> .....	7
3.2.2 <i>Kontaktsmitteisoleringsregime</i> .....	8
3.2.3 <i>Informasjon</i> .....	8
3.3 PSYKISKE KONSEKVENSER .....	8
3.3.1 <i>Stress</i> .....	8
3.3.2 <i>Krise</i> .....	9
3.3.3 <i>Angst og Depresjon</i> .....	9
3.4 FORSKNINGSARTIKLER .....	10
3.4.1 <i>Artikkel 1</i> .....	10
3.4.2 <i>Artikkel 2</i> .....	10
3.4.3 <i>Artikkel 3</i> .....	10
3.4.4 <i>Artikkel 4</i> .....	10
3.4.5 <i>Artikkel 5</i> .....	11
3.5 RELASJONER .....	11
3.5.1 <i>Relasjoner</i> .....	11
3.5.2 <i>Kommunikasjon i relasjoner</i> .....	12
3.5.3 <i>Mestring</i> .....	12
3.6 ETIKK .....	13
3.6.1 <i>Autonomi</i> .....	13
3.6.2 <i>Yrkesetiske retningslinjer</i> .....	13
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>14</b>
4.1 <i>DEN ISOLERTE PASIENTEN</i> .....	14
4.2 <i>PASIENTENS AUTONOMI</i> .....	16
4.3 <i>RELASJON MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT</i> .....	18
<b>5.0 SVAKHET OG STYRKE</b> .....	<b>21</b>
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>23</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

---

### 1.1 Bakgrunn

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er en antibiotika resistent bakterie utviklet fra bakterien *Staphylococcus aureus*. Navnet stammer fra Meticillin, en type penicillin der resistensutvikling ble oppdaget. Meticillin brukes ikke lenger i dagens medisin, men lever fortsatt i betegnelsen MRSA (Schøyen, 2011). I dag har bakterien spredd seg globalt og er et internasjonalt problem (Schøyen, 2011). Det første tilfellet av MRSA ble oppdaget i England i 1961 (Lindholm, 2012). I nåtid, kan det virke som England har gitt opp bekjempelse av MRSA med en prevalens opptil 50 % (Grundmann, Aries-de-Sousa, Boyce & Tiemersma, 2006). Skandinavia og Nederland er landene som klarer å holde prevalensen på 1-5 %. Norge hadde sitt første tilfelle på sykehus i 1971-1974 (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2011). I 1995 ble det meldeplikt for smittsomme sykdommer i Norge (MSIS) og det var 20 rapporterte tilfeller. I 2013 var det hele 659 registrerte tilfeller av MRSA (Folkehelseinstituttet, 2014).

MRSA er den mest utbredte resistente bakterien i norske sykehus (Børø Sund & Melbye, 2013). Derfor har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utviklet MRSA- og isolasjonsveilederen, og dette har medført at vi har noen av de strengeste retningslinjene i verden. Det er disse hjelpemidlene som kan ta æren for at vi har liten forekomst av MRSA i norske helseinstitusjoner. Til tross for det strenge regime i helsevesenet, kan vi ikke begrense smitten i samfunnet (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009). Mennesker reiser mer over landegrensene og tar med seg sykdommer og vi blir mer sårbare for pandemier (Børø Sund & Melbye, 2013). Norge har en åpen innvandringspolitikk som gir utfordringer i form av immigrasjon. Manglende antibiotika restriksjoner i utlandet fører til økt resistensutvikling og import av MRSA til Norge (Schøyen, 2011).

### 1.2 Problemstilling og avgrensning

1.2.1 Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med MRSA ?

### 1.2.2 Avgrensning

Avgrensningen er pasienter som har fått påvist MRSA og er innlagt på sykehus. Jeg har valgt å fokusere på førstegangsisolering . Dette er på grunn av påkjenningen ved en ny og ukjent livssituasjon (Renolen, 2010). Jeg har valgt å avgrense til aldergruppen 20-39 år. Denne aldersgruppen har hyppigst forekomst av MRSA infeksjon (Folkehelseinstituttet, 2014).

### 1.3 Grunnlag for valg av tema

Under mitt studie er det noen temaer som tenner en ekstra gnist i meg. Temaer som skaper en trang for kunnskap og forståelse. En av disse er Meticillinresistente staphylococcus aureus, bedre kjent som forkortelsen MRSA. Superbakterien som kjemper mot menneskets innblanding i den naturlige resistensutviklingen (Schøyen, 2011). Mitt første møte med MRSA var i sykehuspraksis. Pasienten hadde kroniske leggsår med MRSA, og jeg var med på behandling med larveterapi. Dette var starten på mitt engasjement i forhold til MRSA. Senere møtte jeg flere tilfeller i sykehuspraksis som utvekslingsstudent i England.

### 1.4 Vinkling av tema

Som sykepleier er man pliktet til å gi helhetlig sykepleie til pasienter (Norsk sykepleie forbund [NSF], 2011). Derfor har jeg i denne oppgaven valgt å fokusere på de psykososiale behovene. Psykososiale behov vil si mennesket psyke, hvordan pasienten opplever det å være syk og omhandler det mentale og sjelelige (Stubberud, 2013). En pasient som blir langt inn på sykehus, må forholde seg til et strengt smitteregime. Pasienten må takle de psykososiale påkjenningene av å være isolert og være en smittekilde. Det kan virke om som jeg har valgt to tema. Jeg føler jeg ikke får et helhetlig sykepleieperspektiv om jeg deler opp MRSA og isolasjon. De psykiske påkjenningene av både isolasjon og infeksjon skaper en belastning som kan betegnes som en krise (Andersson, Lindholm & Fossum, 2011). Jeg vil se på sammenhengen mellom utøvelsen av sykepleie og psyken til pasienten.

### 1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel to viser jeg hvordan jeg fant forskningsartikler og litteratur. Jeg beskriver utfordringer og valgene. Kapittelet avsluttes med kildekritikk.

Kapittel 3 består av: MRSA, isolasjon, psykiske konsekvenser, forskningsartikler, relasjoner og etikk. Teorien er valgt ut for å belyse, drøfte og svare på problemstillingen.

Kapittel 4 er drøfting. Her vil jeg sette argumenter opp mot hverandre og underbygge dem med teorikapittelet. Drøftingen vil ha hovedfokus på informasjon og relasjon.

Svakhet og styrke i kapittel 5 omhandler mine tanker rundt fortrolighet med oppgaven. Til sist i kapittel 6 presenterer jeg en konklusjon med svar på problemstillingen.



## 2.0 Metode

---

### 2.1 Metode

En metode er et hjelpemiddel for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012). Jeg har valgt å bruke metoden systematisk litteraturstudie. Metoden går ut på å finne eksisterende litteratur og tilegne seg kunnskap. Jeg har brukt litteratur fra forskning, pensum og selvvalgt litteratur. Ut i fra kunnskapen, kan jeg besvare problemstillingen på en faglig interessant måte, og belyse viktigheten av mitt tema. De utvalgte forskningsartiklene som oppgaven er basert på har både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gjør informasjon om til prosent og gjennomsnitt. Kvalitativ metode omhandler deltagerens meninger og opplevelser. Begge metodene sikter til en forståelse hvordan samfunn, gruppe og individ samhandler (Dalland, 2012).

### 2.2 Søkeprosessen

Jeg prøvde meg frem med ulike norske søkeord i svemed+ og kom frem til at følgende ord var aktuelle: Source isolation, effects, MRSA, hospital, infectious, experience og psychological. Jeg kombinerte søkeordene i Academic search premier og krysset av for Cinahl, pubmed og medline. Jeg fikk få relevante treff. Mange av artiklene jeg fikk på søkene mine omhandlet MRSA og sår, og ikke psykiske effekter. De som var aktuelle fikk jeg tak i online i søkebasene nevnt ovenfor. Jeg prøvde å bestille en artikkel fra biblioteket men den var på tysk, derav ikke benyttet. Søkeprosessen endte i at jeg måtte gå i litteraturlisten på en litteratursamling: «patient experience of source isolation: lessons for clinical practice» av Barratt, Shaban & Molye (2011). Jeg gikk også i litteraturlisten i kapitlet: «sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer», i boken «utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3» av Knutstad (2013). I disse to kildene fant jeg aktuelle artikler for mitt tema.

Jeg fant til sammen ni aktuelle artikler. Etter å ha analysert dem, så jeg fort at dette er et felt med lite forskning. Storparten av artiklene refererer til hverandre. Utvalgsprosessen videre var å luke ut de gamle artiklene og beholde de systematiske oversiktene. Jeg har tatt med to enkeltstudier fra Sverige, av den grunn at de har ett relativt likt helsevesen som Norge.

Tilslutt satt jeg igjen med 5 forskningsartikler som er aktuelle for min bacheloroppgave, disse blir presentert under teorikapittelet «3.4, Forskningsartikler».

#### 2.4 Valg av litteratur

Oppgaven er i stor grad basert på forskning. Sammen med rettleder og bibliotekar fant vi ikke noen bøker direkte rettet til tema. Jeg valgte ut bøker fra tidligere pensum som har relevante kapitler for oppgaven, disse er referert til på litteraturlisten. Bøkene jeg har benyttet flere kapitler av er: «Forståelse av mennesker» av Renolen (2010) og «Helt- ikke stykkevis og delt» av Hummelvoll (2012). Jeg har en bok som går litt utenfor mitt tema: «Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom» av Stubberud (2013). Denne boken har jeg valgt å ta med siden mye av innholdet kan relateres til min problemstilling.

#### 2.5 Offentlige dokument

MRSA –og isolasjonsveilederen er laget av Helsedirektoratet og folkehelseinstituttet. Målet er å begrense spredningen av smittsomme sykdommer i helsenorge.

Smittevernloven, pasient – og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. Utvalget er gjort i sammenheng med veiledere fra helseinstituttet og sosial- og helsedirektoratet.

#### 2.6 Kildekritikk

Jeg har benyttet meg av bøker som står på pensumlisten gjennom sykepleieutdanningen. Fordelen med denne litteraturen er at Høyskolen i Sogn og Fjordane har gjennomgått bøkene og funnet dem relevante for studiet. Forskningsartiklene er gjennomgått med sjekkliste for vurdering av oversiktsartikler og sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning (Kunnskapssenteret, 2008). Når det gjelder forskningsartiklene har jeg benyttet meg av to kvalitative enkeltstudier med få deltagere som kan skape et innsnevret resultat. Begge artiklene refererer til tidligere forskning. Det er en fordel for kvalitetssikring av oppgaven at jeg har valgt tre systematiske oversikter. Alle artiklene oppfordrer til større studier og mer forskning.

## 3.0 Teori

---

### 3.1 Meticillinresistente shaphylococcus aureus

#### 3.1.1 Staphylococcus aureus og MRSA

Staphylococcus aureus, eller gule stafylokokker, er en del av normalfloraen på hud og slimhinner hos mennesket. Den er en av de mest motstandsdyktige bakteriene og kan overleve i støv og ved inntørring. 20-40 % av befolkningen bærer bakterien i nesen og perineum. Den smitter via kontaktsmitte, dråpesmitte og luftbåren smitte. Infeksjon med gule stafylokokker kan gi alt fra ufarlige hudinfeksjoner til sepsis (Schøyen, 2011).

Resistentutvikling er en forsvarsmekanisme. Ved MRSA blir de penicillinbindende proteinene endret til et modifisert protein. Det resulterer i at antibiotikaen betalaktam, mister sin effekt (Schøyen, 2011). På 1950 tallet så man de første eksemplene på at gule stafylokokker ble penicillinresistente og det første tilfellet av MRSA ble rapportert i Storbritannia i 1961 (Schøyen, 2011; Lindholm, 2011). Helsepersonell kan bli kortvarig kolonisert av MRSA, men friske mennesker som er bærere får oftest ingen følger (Lindholm, 2012). Risikogruppen er personer med huddefekter som eksem og sår, som kan føre til en infeksjon (Lindholm, 2012; Andreassen et al., 2011; Børøsund & Melbye, 2013). Verdens overforbruk av antibiotika fører til at det utvikles mer resistens. Konsekvensen av overforbruket er at det er vanskelig å behandle resistente mikrober og fører til lengre sykehusopphold (Børøsund & Melbye, 2013). På sikt kan dette føre til økt sykkelighet og dødelighet ved infeksjonssykdommer (Schøyen, 2011).

#### 3.1.2 MRSA-Veilederen

Norge har egne tiltak mot spredning av MRSA. Veilederen gir anbefalinger og lovfestede krav i helsetjenesten. Målet for veilederen er at MRSA ikke skal få etablere seg i helseinstitusjoner. Det letes aktivt etter MRSA i sykehus. Alle med mistanke om MRSA gjennomgår screening ved innleggelse og ved ansettelse. Et eksempel er personer som har oppholdt seg i land utenfor Norden i lengre tid, eller arbeidet i helsevesen i andre land. Prøvene tas fra neseborene, svelget, perineum og defekter i huden. Ved påvist MRSA blir smitteoppsporing gjennomført og smittespredningen begrenses gjennom isolering. Hos

personer som er smittebærere blir det utført sanering og arbeidsrestriksjoner (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009).

Den første veilederen i 2004 gjorde at Norge hadde noen av de strengeste tiltakene mot MRSA. Dette har ført til at vi har en lav forekomst av MRSA-tilfeller sammenlignet med andre deler av verden. Import av MRSA til Norge og spredning i befolkningen er umulig å håndtere, men vi kan begrense spredningen i helseinstitusjoner. Tiltakene skal ikke gå på bekostning av livskvaliteten og helsen til pasienten, derfor må man være oppmerksom på at tiltakene ikke blir en uønsket belastning (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009).

Tilfeller av MRSA skal rapporteres til aktuelle instanser og MRSA-positive skal isoleres. Ved isolering skal det følges kontaktsmitteisoleringsregime på enerom og bruk av munnbind. Helsepersonell med sår eller huddefekter skal ikke arbeide med MRSA. Om helsepersonell blir smittebærer, skal pleier ikke ha pasientkontakt, og det anbefales omplassering eller sykemelding. Sanering skal iverksettes og etter 3 negative prøvesvar med 1 ukes mellomrom kan smitteregime oppheves (Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet, 2009).

## **3.2 Isolasjon**

### **3.2.1 Isolasjonsveilederen**

En person med en smittsom sykdom kan være en fare for andre. Derfor har helseorganisasjonene en viktig rolle i å bekjempe smittsomme sykdommer (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, 2009). Betegnelsen smittevern er alle tiltak som blir iverksatt for å hindre infeksjoner i å oppstå og å spre seg. Målet er å bryte smittekjeden og dermed forhindre mikroorganismer å etablere seg (Schøyen, 2011). Smittekjeden er en modell som forklarer hvordan smitte overføres fra person til person. Denne kjeden består av seks ledd: smittekilde, smittestoff, smitemottaker, inngangsport, smitemåte og utgangsport (Børø Sund & Melbye, 2013). Smittevern er grunnlagt på alle samfunnsnivå og har en egen lovgiving: smittevernloven (Smittevernloven [smittel], 1994). Det er meldeplikt for smittsomme sykdommer (MSIS, 2014). Isolasjonsveilederen gir faglige anbefalinger og råd, og beskriver blant annet smittekjeden, retningslinjer og krav for isolater, tiltak ved isolering og aktuelle isolasjonsregimer. Hensikten med veilederen er å forebygge

smittespredning i helseinstitusjoner. Helsepersonell har plikt til å følge veilederen (Folkehelseinstituttet & sosial- og helsedirektoratet, 2004).

### 3.2.2 Kontaktsmitteisoleringsregime

Ved MRSA infeksjon kreves et strengt isoleringsregime som stiller krav til omgivelse. Isoleringsrom skal ha en sluse og bad (Schøyen, 2011). Alt unødvendig utstyr skal fjernes fra rommet for å gjøre smittevasken lettere ved utskrivelse (Børøsund & Melbye, 2013). Arbeid må planlegges slik at bare nødvendig utstyr tas inn på rommet (Andreassen et al., 2011). I tillegg til handsprit, hansker og smittefrakk skal det benyttes munnbind (Børøsund & Melbye, 2013). Ingen kan argumentere mot at isolering er den beste måten å forhindre spredning av smittsomme sykdommer. Men et langvarig isoleringsregime har negativ innvirkning på pasientens psyke. Pasienten vil oppleve lite kontroll over sitt eget liv og begrenset sosial kontakt. Etterfølger av lite stimuli kan føre til økt stressbelastning, angst og depresjon (Børøsund & Melbye, 2013).

### 3.2.3 Informasjon

Det er en plikt for pasienter med allmenfarlige sykdommer å la seg isolere (smittel, 1994). Informasjon til pasient og pårørende er avgjørende for pasientens opplevelse av situasjonen. Som sykepleier er det viktig å informere om hvorfor og hvordan smitteregimet iverksettes. Informasjonen bør være tilpasset pasientens nivå og gis både muntlig og skriftlig. Pasienter som er isolert er mindre tilfreds med pleien enn andre pasientgrupper og utsettes oftere for omsorgssvikt. For å unngå at pasienten føler seg krenket er det viktig å gi pasienten en følelse av kontroll. Ved å veilede pasienten gjennom god informasjon kan sykepleier bidra til at pasienten får forståelse for handlinger og prosedyrer. Pårørende er en viktig del av pasientens nettverk. På lik linje med pasienten trenger de informasjon slik at pasienten kan unngå ubehagelige stigmatisering og frykt (Børøsund & Melbye, 2013). For å bryte smittekjeden må sykepleier informere om bakteriens egenskaper og viktigheten av god hygiene (Lindholm, 2012; Andreassen et al., 2011).

## 3.3 Psykiske konsekvenser

### 3.3.1 Stress

Distress er betegnelsen på stress ved langvarig belastning og akutte situasjoner. Følelsen av ubehag er belastende og motivasjonen svikter. Stressorer er stimuli fra det fysiske, psykiske

og sosiale. Kroppens respons på stressorene er en stressreaksjon og kroppen setter i gang flere mekanismer (Renolen, 2010). Kroppen mobiliserer til aktivitet gjennom det sentrale nervesystemet, det autonome nervesystemet og det endokrine systemet. Resultatet av prosessene er at det skilles ut stresshormoner som setter kroppen i høygir (Stubberud, 2013). Om kroppen har et høyt stressnivå over lenge tid vil kroppslige og psykiske symptomer oppstå. Stress er ikke en sykdom i seg selv men over lengre tid kan det gi utslag i sykdom. En hypotese er at pasienter med kronisk stress er særlig utsatt for infeksjonssykdommer på grunn av at stresset senker immunreaksjonen (Renolen, 2010).

### 3.3.2 Krise

En krise er når man opplever ulike former for tap som funksjon og nettverk. Krise er en hendelse som overskrider mestringsevnen. Traumatiske kriser er når ytre påkjenninger blir vanskelige og oppstår uventende. Når en krise oppstår vil følelsene være kaotiske og reaksjoner som sinne, depresjon, skyld, frykt og angst går ofte over hverandre. Informasjon blir vanskelig å ta inn over seg på grunn av konsentrasjonsvansker. Et kriseforløp har fire faser. Sjokkfasen er preget av uvirkelighet og glemsomhet, pasienter kan virke fra upåvirket til å ha voldsomme følelsesmessige reaksjoner. I reaksjonsfasen blir virkeligheten fremtredende og pasienten vil prøve å finne en mening med situasjonen.

Forsvarsmekanismer som rasjonalisering og sosial isolasjon er vanlig og kan hjelpe eller hindre pasienten å komme videre i kriseforløpet. Bearbeidingsfasen er preget av fremdrift, det å se fremover, erkjenne og godta. I Nyorienteringsfasen lærer pasienten å leve med det som har hendt (Renolen, 2010).

### 3.3.3 Angst og Depresjon

Angst er en vanlig reaksjon på stress og kan oppleves ubehagelig og diffus (Stubberud, 2013). Angst er en subjektiv, følelsesmessig opplevelse som skjer kognitivt og den fysiske responsen er synlig for andre (Hummelvoll, 2012). Angstens symptomer varierer fra menneske til menneske og har ulik styrke. De mest vanlige symptomene er hjertebank, svimmelhet, magesmerter og skjelvinger (Renolen, 2010). Forsvarsmekanismer hos pasienten kan skjule angsten for seg selv. Forsvarsmekanismer er ubevisste og pasienten har lite kontroll over eget liv (Hummelvoll, 2012; Renolen, 2010). En reaksjon på ulike tap og skuffelse, er tristhet og nedstemthet. Ved intense følelser over lengre tid kan det utvikles en depresjon og har ofte grobunn i vanskelig og vonde hendelser (Renolen, 2010). Vanlige

symptomer på depresjon består av tristhet, lav selvforaktelse og pessimisme. Kraftløsheten og håpløsheten tar over hverdagen og pasienten ser ingen mulighet for bedring (Hummelvoll, 2012).

### **3.4 Forskningsartikler**

#### 3.4.1 Artikkel 1

En kvantitativ litteratursamling av Morgan, Diekema, Sepkowitz & Perencevich (2009) er basert på 15 studier. Studien har til hensikt å kartlegge negative effekter av isolasjon. Funnene i litteratursamlingen er mindre pleier-pasient kontakt og forsinkelser i pleierutinene. Pasienttilfredsheten med pleien er lav og det er større hyppighet av symptomer på depresjon og angst (Morgan et al., 2009).

#### 3.4.2 Artikkel 2

En systematisk oversikt av Abad, Fearday & Safdar (2010) er basert på 16 kvalitative og kvantitative studier. Hensikten er å finne ut om isolasjon fører til psykiske problemer. Funnene viser negativ påvirkning av isolasjon. En høyere forekomst av depresjon, angst og sinne var tilstede. Studien viste at pleiere tilbrakte mindre tid hos isolerte pasienter. Pasienttilfredsheten var redusert og pasienttryggheten ble påvirket av omsorgssvikt. I det store bilde fant studien negativ innvirkning i flere områder når det gjelder pasientpleie (Abad et al., 2010).

#### 3.4.3 Artikkel 3

En litteratursamling av Barratt, Shaban & Moyle (2011) tar for seg pasienterfaringer av isolasjon ved MRSA og andre infeksjonssykdommer. Den er basert på 21 kvalitative studier. Fem punkter ble identifisert: psykiske effekter av isolasjon, å takle isolasjon, sosial isolasjon, kommunikasjon og informasjon, og kvalitet på pleie og miljø. Funnene tilsier at pasienter har både negative og positive effekter av isolasjon. Isolasjon kan føre til stress, angst og depresjon og lav kvalitet på pleie. Positive elementer er privatliv og roen med å ha enerom (Barratt et al., 2011).

#### 3.4.4 Artikkel 4

En kvalitativ enkelstudie av Skyman, Sjöström & Hellström (2010) tar for seg pasienterfaringer ved MRSA og isolasjon. Under et utbrudd av MRSA i Sverige fra 1997- 2001

ble 146 pasienter infisert, 6 av disse er intervjuet i ettertid. Funnene fra studie viser at det å bli infisert av MRSA på sykehus var krenkende og isolasjonen var traumatisk. Pasientene tok ansvar for å ikke spre MRSA. De følte de manglet informasjon og fikk ikke lik behandling. De følte seg også sårbar for negative reaksjoner fra helsepersonell, familie og andre pasienter (Skyman et al., 2010).

#### 3.4.5 Artikkel 5

En kvalitativ enkelstudie av Andersson, Lindholm & Fossum (2011) fokuserer på pasient erfaring med MRSA. 15 pasienter med MRSA infiserte sår ble intervjuet. Studien sier at en MRSA diagnose ofte fører til en sjokkreaksjon og pasientene stigmatiserte seg med sykdommer som pest og spedalskhet. Pasientene følte seg skitten og en trussel mot omgivelsene. Frykt for å smitte andre og bli avvist ble ofte nevnt. Mangelfull kunnskap hos pleiere og pasienter fører til unødvendig misforståelser, frykt, sosial isolasjon og lidelse (Andersson et al., 2011).

### 3.5 Relasjoner

#### 3.5.1 Relasjoner

Som sykepleier er evnen til å forstå andre menneskers situasjon og deres erfaring, det som legger grunnlaget for empati. Våre relasjoner med andre mennesker bærer vi med oss gjennom tilknytning, kjærlighet, tap og sorg. Å inngå i en relasjon vil si å bli påvirket av en annens situasjon. Som sykepleier skal man fremme helse og velvære, og være bevisst på menneskets sårbarhet i relasjoner. Sykepleier kan også påføre lidelse og er ansvarlig for konsekvensene av sine handlinger (Kristoffersen & Norvedt, 2011).

Etikk og lover stiller krav til sykepleiere om å vise omsorg og bygge tillit til mennesker. Sykepleierens relasjoner er preget av asymmetri og ensidighet. Forpliktelsen i yrket tilsier at man ikke kan forvente gjensidighet fra pasienten. For å yte god omsorg må sykepleier ha fagkunnskap som er nødvendig for å ha god kompetanse. Sykepleierens verdigrunnlag baseres på verdier som skal være til nytte for andre. Menneskets integritet og ukrenkelighet skal respekteres. Normer og prinsipper i sykepleien gir retningslinjer for ivaretagelse av hele mennesket og ivaretagelse av etikk, ressurser og omsorg. Avledende normer er retningslinjer



i bestemte situasjoner som ivaretagelse av grunnleggende behov (Kristoffersen & Norvedt, 2011).

### 3.5.2 Kommunikasjon i relasjoner

Kommunikasjon i relasjoner forgår verbalt og nonverbalt. Verbal kommunikasjon er formidlet gjennom språk muntlig eller skriftlig. Mens nonverbal kommunikasjon innebærer signaler som kroppsholdning, kroppsspråk, stemmeleie og berøring.

Nonverbal kommunikasjon kan gi dybde i relasjoner ved å formidle flere budskap samtidig og gjenspeiler ofte de indre reaksjonene. Om den nonverbale og verbale kommunikasjonen ikke er i samsvar med hverandre kan den skapes mistillit i relasjonen. Overstimulering av informasjon gjennom kommunikasjon i krisesituasjoner kan gjøre kommunikasjonsprosessen forstyrrende. Det kan føre til at pasienten ikke nyttiggjør seg av informasjonen (Eide & Eide, 2000).

### 3.5.3 Mestring

Mestring er evnen til å lære gjennom å bearbeide erfaringer og utvikle seg selv som person. (Kristoffersen, 2011). Når mennesket står ovenfor belastende situasjoner har personen evne til å tilpasse seg. Kognitiv adaptasjon går i tre faser: å søke mening med livssituasjonen, å prøve å mestre situasjonen og å ta vare på sin egenverd (Hummelvoll, 2012). Ved sykdom er verdier som frihet, helse og livskvalitet truet og personen opplever en stressende livssituasjon. Sykepleierens oppgave er å fremme mestring ved å gjøre vurderinger ut i fra kartlegging av pasienten sin situasjon (Kristoffersen, 2011). Sykepleieren har en plikt i å fremme pasientens evne til å være med å ta beslutninger. Brukermedvirkning styrker selvbildet som bidrar til motivasjon for å bedre sin egen helse. Gjennom god informasjon og kommunikasjon kan sykepleier styre pasientenes verdighet og respekt gjennom medbestemmelse på pasientens premisser (Helsedirektoratet, 2011).

Mestringsstiler som robusthet, optimisme og humor er faktorer som påvirker opplevelsen av sykdom og kan fremme mestring. Håp er sentralt for mennesket evne til å mestre. Håpet kan gi styrke til å mestre situasjonen og gjør det meningsfullt å hente fram ressurser for å fremme helsen. Når mennesker havner i en vanskelig livssituasjon trenger de noen å støtte seg til. Dette betegnes som sosial støtte og er et avgjørende hjelpemiddel for å mestre vanskelige situasjoner (Renolen, 2010).

## 3.6 Etikk

### 3.6.1 Autonomi

Fra gresk betyr autonomi selvbestemmelse eller selvstyre. Menneske har i stor grad rett til å ta beslutninger og valg når det gjelder eget liv (Kristoffersen & Norvedt, 2011).

Pasientautonomi inneholder pasientens rett til å nekte behandling. Men det må også vurderes om pasienten er kompetent og fått tilstrekkelig informasjon. I pasient og brukerrettighetsloven står det at pasienten har krav på nødvendig informasjon for å få forståelse for tilstand og hjelpen som ytes. Pasienter skal også informeres om mulige risikoer (Pasient og brukerrettighetsloven [pasrl], 1999) Helsepersonell har ansvar for å informere pasienter om det de har krav på (Helsepersonelloven [hlspl], 1999). Når pasienter skal ta et selvstendig valg er det viktig at han har mottatt god og objektiv informasjon. Slik at pasienten er i stand til å ta et valg basert på handlingsalternativer og konsekvenser. Psykiske tilstander som depresjon og sterk angst kan påvirke pasientens evne til å ta autonome valg. Autonomi, sårbarhet og integritet henger tett sammen og som helsepersonell kan man krysse grenser som får konsekvenser for pasienten (Binchmann, 2012).

### 3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiens etiske retningslinjer er basert på sykepleiens grunnlag om å se selve mennesket og respektere individets liv og verdighet. I praksis skal sykepleie fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Utøve sykepleie med barmhjertighet, respekt og omsorg. Sykepleier har ansvar for at egen praksis er etisk, juridisk og faglig forsvarlig. Sykepleier har ansvar for å ta vare på integriteten og gi helhetlig sykepleie til pasienten. Pasienten har rett til å være med på avgjørelser med brukermedvirkning og en rett til å ikke bli krenket. Sykepleier skal gi støtte til håp, mestring og livsglede. På arbeidsplassen skal sykepleier melde ifra om uforsvarlige forhold. I samfunnet skal sykepleier være imøtekommende til pasienter som er sårbare og har behov for tjenester (NSF, 2011).

## 4.0 Drøfting

---

### 4.1 Den isolerte pasienten

Det å bli diagnostisert med MRSA oppleves ofte som en krise, og pasienten kan føle at en ikke lenger mestrer situasjonen en er i (Andersson et al., 2011; Renolen, 2010). Mennesker som ikke føler seg spesielt syke, blir satt i en ny livssituasjon der vanskelige, ytre påkjenninger oppstår uventet (Renolen, 2010). I min praksis har jeg sett en pasient bli isolert med MRSA. Pasienten var lite snakkesalig og virket irritabel mot personalet. Jeg oppfattet pasienten som utrygg og jeg følte at pasienten ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon.

Når en pasient blir isolert går pasienten fra en hektisk hverdag til begrenset tilgang på psykisk og fysisk stimuli. Vliet (2003) sier at døgnrytme er en utfordring hos langvarig isolerte pasienter. Når pasienten har et begrenset område å oppholde på seg på, blir balansen med søvn, hvile og aktivitet en utfordring (Stubberud, 2013). Min erfaring med isolerte pasienter at de ofte er rastløse og sover om dagen og er våken om natten. Som sykepleier kan man hjelpe pasienten å opprettholde sin døgnrytme med å sørge for at pasienten har struktur i hverdagen og realitetsorientere pasienten (Stubberud, 2013).

Isolasjon kan få pasienten til å oppleve mangel på kontroll og utvikle en stressreaksjon. Barratt et al., (2011) sier at isolerte pasienter har mindre kontroll enn andre sykehusinnlagte pasienter. Informasjon i situasjoner med stress og krise er en utfordring for pasienten da følelsene er kaotisk og konsentrasjonsvansker påvirker hverdagen. Stress gjør at kroppen går på høygir og slike påkjenninger kan føre til angst (Renolen, 2010). Jo sterke angsten er, jo mindre informasjon tar pasienten inn over seg. Det er viktig å kartlegge pasientens mentale tilstand for å finne ut hvilket nivå man skal legge informasjonen på. Et hjelpemiddel for pasienten er at sykepleier ber pasienten skrive ned spørsmål og gjenta informasjonen med et dagligdags språk tilpasset pasienten. God informasjon kan ses i sammenheng med pasienttilfredshet og forebygger psykiske effekter (Stubberud, 2013). Humor kan hjelpe i krisesituasjoner og redusere stressreaksjoner (Stubberud, 2013). Når sykepleier benytter humor for å bygge relasjon til pasienten kan sykepleier bidra til å mestre vanskelig

livssituasjon og skape positivitet hos pasienten. Selv dro jeg en isolasjonsspøk til en isolert pasient og stemningen i rommet ble mye lettere med latter.

Som sykepleier har man en plikt til å gi pasienter den informasjonen de har krav på (Pasrl, 1999; Hlspl, 1999). Pasienten har krav på informasjon om sykdommen, smittemåte og smittsomhet. Pasienten har også krav på særskilt personlig veiledning for å forhindre videre spredning (Smittel, 1994). Det er sykepleiers ansvar at pasienten forstår den informasjonen som gis. Dette krever at sykepleier selv tar ansvar for sin egen kompetanse (NSF, 2011). Ved å benytte isolasjonsveilederen og MRSA-veilederen kan sykepleier tilegne seg den tekniske kunnskapen rundt pasienten og fremstå selvsikker når pasienten er sårbar. Kjennskap til disse hjelpemidlene er avgjørende for å begrense smittespredning i helseinstitusjoner og for å skape forutsigbarhet for pasienten. Allerede ved innleggelse kan sykepleiere forklare pasienten handlingsforløpet, slik at pasienten settes i færrest mulig utrygge situasjoner og kan mentalt forbedre seg på å bli isolert (Folkehelseinstituttet og helsedirektoratet, 2009).

Pasienter som er isolerte opplever informasjonen som mangelfull og at feilinformering er en realitet (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010; Abad et al., 2010; Morgan et al., 2009). Sykehuset og avdelingene har et ansvar med å praktisere statens lover og forskrifter. Avdelingsledere har ansvar for å formidle om rutine og opplæring til sykepleiere og personalet. Alt ansvar hviler ikke på sykepleieren, men sykepleieren er leddet som har pasientkontakten og dermed er avgjørende for pasientens opplevelse av situasjonen. I artiklene av Abad et al., (2010), Skyman et al., 2010 & Andersson et al., (2011) kommer det frem at unødvendige belastninger og frykt er en komplikasjon av helsepersonells manglende kunnskap om MRSA. Om sykepleieren ikke har kunnskap om MRSA, blir ikke informasjonen fullstendig. Pasienten kan skape seg fantasier og forestillinger som gir unødvendige belastninger. Dette skaper et misforhold mellom pasienten og helseinstitusjonen og bidrar til nedsatt pasienttilfredshet. Sykepleier har ansvar for å gi pasienten helhetlig sykepleie og være imøtekommende til mennesker i sårbare situasjoner (NSF, 2011). Nå kunnskapen er manglende og feilinformasjon oppstår har sykepleieren overtråkket et etisk prinsipp om å ta ansvar for sin egen kunnskap. Helsepersonells manglende kunnskap om isolasjon og MRSA fører til frykt, misforståelser og sosial isolasjon (Andersson et al., 2011).

Andersson et al., 2011 beskriver at pasienter sammenlignet en MRSA infeksjon med spedalskhet og pest. Frykten for MRSA kan relateres til gamle uhelbredelige sykdommer. Resistensutvikling kan på sikt føre til økt sykkelighet og dødelighet ved infeksjonssykdommer (Schøyen, 2011). Det å være smittsom kan begrense pasientens ønske om å være delaktig i sosiale nettverk. Jeg hadde en pasient i England som ikke ønsket å ha familien på besøk, når jeg spurte hvorfor, sa hun at hun var redd for hva de kom til å si. I følge Skyman et al., (2010) er MRSA pasienter redd for negative reaksjoner fra familie, helsepersonell og pasienter. Dette kommer også frem i studien av Andersson et al., (2011) der pasienter ofte nevnte frykt for å bli avvist av andre mennesker og frykt for å smitte andre. Frykten blir en trussel mot individet og skaper en stressreaksjon.

Det kan tenkes at de negative reaksjonene fra medmennesker skyldes lite kunnskap og forståelse. Det kan være årsaken til at MRSA pasienter føler seg skitten og en trussel mot sitt miljø (Andersson et al., 2011). Siden Norge har klart å holde MRSA tilfellene på et lavt nivå, kan det tenkes at bakterien ikke er velkjent i samfunnet og en normal reaksjon på det ukjente er frykt. For sykepleieren er pårørende en viktig medhjelper for kartlegging av pasienten og kan være en ressurs for kommunikasjon og relasjonsdanning. Pårørende har på lik linje med pasienten rett på informasjon så lenge ikke pasienten motsetter seg det (Pasrl, 1999). Informasjon til pårørende kan skåne pasienten for negative reaksjoner og stigmatisering. Om sykepleier bruker pårørende aktivt for å fremme pasientens helse, kan det bedre pasientens opplevelse av situasjonen og pasienten kan få sosial støtte fra familien.

## **4.2 Pasientens autonomi**

Isolering av mennesker med smittsomme sykdommer kan oppfattes som tvang. En pasient med MRSA er pliktig til å la seg isolere i sykehus (Smittel 1994). Dette går på bekostningen av pasientens autonomi, retten til å ta beslutninger over sitt eget liv. Autonomi er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven (Pasrl,1999). Den etiske konflikten som oppstår når man setter disse to lovene opp mot hverandre er en utfordring. Ingen kan argumentere mot at isolasjon er den beste måte å hindre spredning av en smittsom sykdom. I det store bildet kan det ses på som at samfunnets beste går på bekostning av individet. I et samfunnsperspektiv er dette en korrekt tankegang. I gruppeperspektivet kan sykepleier bli splittet. I de etiske

retningslinjene står det at sykepleier er pliktet til å ivareta pasientens integritet (NSF, 2011). I et pasientperspektiv kan pasienten føle seg krenket av å bli frarøvet sin rett over å bestemme over sitt eget liv.

Morgan et al., (2009) har funnet en større hyppighet av klager fra isolerte pasienter enn andre pasientgrupper. En fagartikkel av Vliet (2003) sier at ufullstendig informasjon var kjernen til pasientens utfordring med å mestre de psykiske påkjenningene. Manglende, motstridende og uforståelig informasjon var sykepleiernes oppfatning av pasientens usikkerhet og førte også til problemer for pasientens evne til autonomi (Vliet, 2003). Sykepleiernes oppfatning av pasientens utfordringer kan være korrekte og understreker viktigheten ikke bare å formidle informasjon, men også at pasienten får forståelse for informasjonen som blir gitt, slik at pasienten kan mestre pasientrollen. Som sykepleier må man prøve å gjøre det beste ut av situasjonen. Pasienten vill prøve å tilpasse seg situasjonen og autonomi er et hjelpemiddel for sykepleieren, ikke en begrensning. Sykepleier kan fremme autonomi ved å lage en dagsplan sammen med pasienten. Det kan skape en følelse av kontroll og mestring (Helsedirektoratet, 2011). Dette gjorde jeg sammen med en isolert pasient. Han ble engasjert og følte kontroll når han fikk være med å bestemme. Sykepleier kan bidra med å ivareta pasienten psykososiale behov, i en situasjon der pasientens autonomi er begrenset, ved å benytte den aktivt på de områdene det er gjennomførbart. Eksempel på dette er at pasienten selv bestemmer når han ønsker visittider eller valg av døgnrytme.

I pasient -og brukerrettighetsloven står det at pasienter har krav på å bli informert om mulige risikoer ved behandling, bivirkninger og komplikasjoner (Pasrl, 1999). I sammenheng med isolasjon viser forskning at isolasjon kan føre til stress, depresjon og angst (Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010; Abad et al., 2010; Morgan et al., 2009). Isolasjon er ikke en behandling i seg selv, men et forebyggende tiltak for å hindre spredning av en smittsom sykdom. Som sykepleier skal man informere pasienter om at isolasjon kan føre til angst, depresjon og stress i følge lovverket. Denne informasjonen kan føre til en belastning for pasienten. Pasienten har ikke valgt isoleringen og får informasjon om komplikasjoner som følge av samfunnsbestemmelser. Som sykepleier er det viktig å tenke på

hvordan man legger frem informasjonen, å finne en måte å fortelle pasienten informasjon som unngår økt stressreaksjon.

### **4.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient**

Kontaktsmitteregime utgjør en arena for begrenset sosial kontakt. Smittefrakker munnbind, hansker og sparsom møblering skaper avstand mellom pasienten og sykepleier. Vliet (2003) sier at smittevernsutstyret skapte avstand i seg selv og at isolerte pasienter ikke gjenkjente sykepleierne. Som sykepleier skal man danne relasjoner til pasienter for å gi helhetlig sykepleie og ta seg tid til pasientene. Utstyret skaper en begrensning for den nonverbale kommunikasjonen. Nonverbal kommunikasjon skaper dybde i relasjoner og gjenspeiler indre reaksjoner (Eide & Eide, 2000). I løpet av min praksis som sykepleiestudent har jeg lagt merke til at jeg føler større avstand til isolerte pasienter på grunn av smittevernsutstyret. Jeg har ved flere anledninger opplevd at pasienter på isolat ikke har gjenkjent meg og blitt ukomfortable. Vliet (2003) sier at pasienter på isolat vegrer seg for å spørre om navnet til sykepleieren. Jeg ga bilder av de ansatte med navn til pasienten som et tiltak. Jeg har også følt på at kommunikasjonen blir vanskelig slik mye av min nonverbale kommunikasjon skjules under utstyret. Pasienten la spesielt merke til mitt toneleie, og merket fort om jeg var usikker eller travel. For å oppnå god kommunikasjon kan sykepleier vende seg mot pasienten når hun snakker og ha god øyekontakt med pasienten (Stubberud, 2013).

Morgan et al., (2009) sier at pasienter på isolasjon har mindre pleiekontakt enn ikke isolerte pasienter. Fra sykepleierens side kan det tenkes at dette er på grunn av sykepleierens ansvar til å ikke spre sykdom. Abad et al., (2010) sier at smittevernsutstyret i seg selv, kan ha blitt en årsak til at helsepersonell ikke går inn på isolatet. Sykepleieren kan ha en travel arbeidsdag og isolasjon er ofte forbundet med forsinkelser. Det kan tenkes å ha sammenheng med at sykepleier unngår å gå inn på isolatet. En annen faktor til at isolerte pasienter får mindre tid med sykepleier kan være at sykepleier alltid har et mål med besøket og ikke tar seg tid til omsorg. Generelt har pasienter behov for å snakke om dagligdagse ting. Når sykepleieren fremstår stresset og travel vil kanskje ikke pasienten tørre å kommunisere om emner utenfor prosedyrer og gjøremål. Sykepleierens holdninger og uvitenhet i forhold til MRSA kan også skape frykt for å gå inn på isolatet. I følge Andersson et al., (2010) følte pasienter at helsearbeidere manglet kunnskap om MRSA og det førte til belastninger for

pasienter. Dette fremhever også Barratt et al., (2011) der pasientene har mindre tid med helsepersonell og lavere kvalitet på pleien. Kvaliteten på pleien er avhengig av sykepleierens kunnskap. Det at helsepersonell bruker mindre tid hos isolerte pasienter kan føre til at pasienter er misfornøyd med pleien. Forskning sier at isolerte pasienter er mer misfornøgte med pleien enn andre pasientgrupper og er oftere utsatt for omsorgssvikt (Morgan et al., 2009; Abad et al., 2011; Skyman et al., 2010). Disse faktorene overfor bidrar til at sykepleieren har et dårlig grunnlag for å danne en god relasjon til pasienten. Sykepleiers handling ved å se til pasienten sjelden, og ha manglende kunnskap, kan føre til lidelse hos pasienten og at de psykiske belastningene til pasienten forverres.

Relasjon og kommunikasjon er avgjørende for å ivare ta pasientens psykososiale behov. Abad et al., (2010) sier at isolasjon påvirker pasientpleie negativt i flere dimensjoner. Sykepleier oppgave er å begrense stressorene til pasienten slik at pasienten kan mestre situasjonen best mulig. Om pasienten har problemer med å uttrykke seg på grunn av stress og krise er det viktig at sykepleier gir bekreftelse og viser forståelse. Sykepleier må ta en ting om gangen for å ikke overstimulere pasienten slik at kommunikasjonsprosessen blir forstyrrende og pasienten ikke nyttiggjør seg av det som blir formidlet. Skyman et al., (2010) sier at isolasjonen var traumatisk og å få MRSA var krenkende. I en krisesituasjon er det viktig å formidle mening til pasienten. For at pasienten skal mestre en krisesituasjon er første steget å finne mening med situasjonen. Sykepleier kan hjelpe pasienten ved å kartlegge det som gir mening for pasienten og gjerne benytte pårørende. Informasjon om MRSA og isolasjon kan skape mening i det meningsløse og tilrettelegge for et godt miljø.

Isolasjon kan føre til stress, angst og depresjon ( Andersson et al., 2011; Barratt et al., 2011; Skyman et al., 2010; Abad et al., 2010; Morgan et al., 2009). Som sykepleier må man være i stand til å fange opp symptomer på stress, angst og depresjon. Barratt et al., (2011) sier at isolerte pasienter har lav tilfredshet med pleien som gis og dette underbygger Abad et al., (2010) med hyppigere omsorgssvikt hos isolerte pasienter. Når sykepleieren viser usikkerhet til pasienten kan det føre til at pasienten føler angst og frustrasjon (Stubberud, 2013). For at pasienten skal oppnå mestring i en vanskelig livssituasjon kan sykepleier bidra ved å skape forutsigbarhet for pasient slik at pasients tankekaos resulterer i klarhet i den nye livssituasjonen. Derfor er det viktig at sykepleier har god kompetanse slik at sykepleier



vinner pasientens tillit. Sykepleier må fremme pasientens autonomi og gjøre pasienten til en aktiv deltager slik at pasienten kan mestre hendelser. Sykepleier må se mulighetene i isolasjonsregimet til å fremme brukermedvirkning slik at pasienten oppnår forståelse for sin egen livssituasjon og føler kontroll over sitt eget liv. Å fremme autonomi er pålagt både i etiske retningslinjer og lovverket (Pasrl, 1999; NSF, 2011). For å danne relasjon kan sykepleie kommunisere med pasienten med bekreftende kommunikasjon (Stubberud, 2013). Når sykepleier kommer inn på rommet til pasienten må sykepleier respondere på pasientens kommunikasjon uten å overstyre samtalen, slik at pasienten kan få tillit til sykepleieren. Sykepleier kan oppmuntre pasienten til å fortelle om sine følelser og gi anerkjennelse på det pasienten forteller. Ved å gjenta pasientens ord, som er viktige for pasienten viser sykepleieren interesse. Sykepleier kan speile pasientens følelser for å forsterke budskapet om at pasienten ikke er alene. Sykepleier kan også bidra med egne erfaringer og følelser for å skape likevekt i relasjonen.

Selv har jeg erfart, når jeg er åpen mot pasienter og forteller om mitt liv, så vil pasienten oftest respondere med fortellinger og følelser fra sine opplevelser. Når pasienten er isolert kan sykepleier fremme pasientens opplevelse av isolasjonen ved å gi pasienten et godt miljø. For at pasienten skal få en følelse av tilhørighet kan pasienten ha gjenstander fra hjemmet på isolasjonsrommet. Barratt et al., (2011) sier at hjelpemidler som datamaskin, tv, telefon og bøker kan hjelpe pasienten å fordrive alenetiden på isolatet og forbedre opplevelsen av situasjonen. Pasienter beskrev at et vindu med utsikt var viktig for å se hva som foregikk på utsiden (Barratt et al., 2011). At sykepleier reflekterer om hvilke tiltak som kan bedre miljøet for pasienten kan fremme mestring hos pasienten, ved å føle seg vel i sine omgivelser. Håp er sentralt for at pasienten skal mestre (Kristoffersen, 2011). Sykepleier kan hjelpe pasienten til å styrke sin oppfatning av håp, tro og kjærlighet ved å være tilgjengelig, vise forståelse og interesse. Eksempel på dette kan være å tilkalle pasientens familie eller prest og ta pasientens problemer på alvor.

## 5.0 Svakhhet og styrke

---

En styrke ved min oppgave er at jeg har valgt et tema som er interessant sett i et samfunnsperspektiv og som kan bidra til ny kunnskap for leseren. Min problemstilling belyser viktigheten av å tenke på psykisk helse også hos somatisk syke pasienter.

En styrke med oppgaven er at den er relevant for fremtiden. MRSA er et internasjonalt problem. Kunnskapen om MRSA og Isolasjon hos helsepersonell er essensielt for at vi skal klare å holde forekomsten nede og gi helhetlig sykepleie.

En styrke med min oppgave er at den er skrevet med et enkelt faglig språk slik at personer utenfor helsesektoren kan forstå oppgaven.

En svakhhet i min oppgave er at forskningsfeltet er lite. Samtlige artikler sier at det trengs større undersøkelser med flere deltagere og kontrollgrupper for å forstå konsekvensene. Artikkelen referer til hverandre som kan være både en svakhhet og en styrke.

Det at jeg har tolket faglitteratur opp mot hverandre kan være en svakhhet med tanke på at min tolkning kan være feil. Men det viser at jeg har lagt ned mye arbeid for å få et resultat som dekker sykepleiens grunnleggende prinsipper.

En svakhhet med min oppgave er at jeg har valgt to tema. Dette kan har ført til at oppgaven ikke går dypt nok i fagstoffet.

En svakhhet med oppgaven er at den er skrevet med et enkelt språk som kan føre til at den mister troverdigheten når den leses av helsepersonell.

## 6.0 Konklusjon

---

Pasienten som blir isolert på grunn av MRSA blir satt i en ny livssituasjon preget av krise, stress og manglende kontroll. Grunnlaget for å gi god informasjon blir utfordrende. Pasientens usikkerhet kan relateres til vansker med å nyttiggjøre seg av informasjon og sykepleieres manglende kompetanse. Sykepleier må sørge for at pasienten forstår informasjonen som blir gitt og ha ansvar for sin egen kompetanse for å ivareta pasientens psykososiale behov. Isoleringsregimets lover og retningslinjer går på bekostning av pasientens autonomi. Sykepleiers evne til å benytte brukermedvirkning er avgjørende for pasientens psyke. Kontaktsmitteregime utgjør en arena for begrenset sosial- og pleiekontakt, pasienten kan trekke seg tilbake fra samfunnet for å unngå stigmatisering. Bevissthet fra sykepleierens side om hvordan man utfører bekreftende kommunikasjon kan hjelpe pasientens psykososiale behov, ved tilrettelegging av pasientens miljø og skape en arena for mestring. Sykepleier må hjelpe pasienten til å mestres sitt miljø gjennom å danne gode relasjoner og bruke pårørende aktivt.

I følge forskning har sykepleier manglende kunnskap om MRSA og isolasjon. Sykepleier må se det psykososiale behovet i somatisk sykepleie for å gi helhetlig sykepleie. Undervisning i sykepleieutdanningen og på arbeidsplassen om MRSA og isolasjon kan bedre pasientens opplevelse av isolasjon og ivareta psykososiale behov.

## Litteraturliste

---

- Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital infection*, 76(2) 97-102.  
doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Andersson H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2011). MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International nursing review*, 58(1), 47-53. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x
- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. -L. & Stubberud, D. -G. (2011). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D. -G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 61-105). (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barratt, R. L., Shaban, R. & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180-193 doi:10.5172/conu.2011.180
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Børøsund, E. & Melbye, L. V. (2013). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (s. 778-829). (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet (2014). *Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS): MRSA-infeksjon*. Hentet fra

<http://www.msis.no/emsisexternalweb/RapportEnkeltSykdom.aspx>

Folkehelseinstituttet & Helsedirektoratet (2009). *MRSA-veilederen*. Hentet fra

<http://www.fhi.no/dokumenter/9bc2e5e450.pdf>

Folkehelseinstituttet & Sosial -og helsedirektoratet (2004). *Isoleringsveilederen*. Hentet fra

<http://www.fhi.no/dokumenter/A6C04CB312.pdf>

Gordon, R. (2014, 27. february). This 14-Year-Old Boy Just Wrote The Most Important Poem Of The 21st Century. *Elite Daily The Voice of Generation-Y*. Hentet fra

<http://elitedaily.com/news/world/14-year-old-boy-just-wrote-important-poem-21st-century/>

Grundmann, H., Aires-de-Sousa, M., Boyce, J. & Tiemersma (2006). Emergence and resurgence of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. *The Lancet*, 386(9538), 874-885. doi:10.1016/S0140-6736(06)68853-3

Helsedirektoratet. (2011). *Brukermedvirkning*. Hentet fra

<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>

Helsepersonelloven. (1999). *Lom om helsepersonell m. V. (helsepersonelloven)*. Hentet fra

[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell+loven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell+loven*)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, J. N. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Norvedt & E. -A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 133-196) (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & Skaug, E. -A (Red.). *Bind 1 Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 84-129) (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler;sessionid=F09E312341E97BD8D38FB97B9142390E>
- Lindholm, C. (2012). *Sårinfeksjon*. (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Morgan, D. J., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J infect controll*, 37(2), 85-93. doi:10.1016/j.ajic.2008.04.257
- Norsk Sykepleie Forbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra [https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslova\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslova*)
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schøyen, R. (2011). *Mikroorganismer og sykdom: Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell* (9. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)*.

Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernsløven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernsløven*)

Stubberud, D. -G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo Gyldendal akademisk.

Vliet, E. V. (2003). Erfaringer med luftsmitteisolerte pasienter. *Sykepleien*, 91(14), 32-36.  
doi:10.4220/sykepleiens.2003.0033

## Vedlegg

---

### MRSA infeksjoner

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<1	8	6	9	8	9	13	12	17	10	12	8
1 - 9	17	16	26	34	26	39	43	48	56	84	12
10 - 19	16	18	31	36	41	35	42	65	62	41	20
20 - 29	28	32	38	51	53	66	72	98	97	115	25
30 - 39	29	52	56	36	61	53	48	79	85	123	25
40 - 49	31	32	40	43	34	50	52	77	71	61	21
50 - 59	20	18	31	36	29	56	32	60	50	66	23
60 - 69	17	19	28	23	30	34	37	44	52	54	10
70 - 79	20	32	33	28	24	26	36	25	31	37	12
80 - 89	33	33	29	38	32	29	43	37	45	51	12
90+	9	7	17	8	11	16	14	13	16	15	3
Ukjent	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>228</b>	<b>265</b>	<b>338</b>	<b>341</b>	<b>350</b>	<b>417</b>	<b>431</b>	<b>563</b>	<b>575</b>	<b>659</b>	<b>171</b>

Tabellen viser antall tilfeller diagnostisert per år siste 10 år, fordelt på aldersgrupper

"Mrsa-infeksjon" av folkehelseinstituttet, 2014, *MSIS statistikk*. Hentet dato: 30.04.14 fra <http://www.msis.no>