

Kandidatnummer: 6200 og 6214

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleieres erfaringer med smitteisolerte pasienter i sykehus



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.21]

x

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det er økende antall tilfeller av koloniserte antibiotikaresistente bakterier og smittsomme sykdommer i befolkningen. Dette fører til at flere pasienter må smitteisolerers under innleggelse på sykehus, noe som kan by på utfordringer for sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med smitteisolerte pasienter i sykehus, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag.

Metode: Vi har valgt å bruke integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven med fem forskningsartikler som skal analyseres. Vi bruker resultatene fra artiklene, relevant litteratur og egne erfaringer for å besvare oppgavens hensikt.

Resultater: Resultatene viser at sykepleiere har manglende kunnskap og erfaring i forbindelse med smitteisolering av pasienter. Sykepleiere opplever at smittevernutstyr gir utfordringer ved utførelse av prosedyrer og i relasjonsbyggingen med pasienter. Pasienter opplever utfordringer med å være isolert fordi de mister kontroll og medbestemmelse over egen situasjon.

Nøkkelord: Smittevern, isolasjon, sykepleie, pasient, sykehus, kunnskap, erfaring, pleielidelse, faglig forsvarlighet.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger	2
<i>1.4.1 Smitteisolering</i>	2
<i>1.4.2 Covid-19</i>	2
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2.0 TEORI	4
2.1 Smittevern.....	4
2.2 Smittespredning og antibiotikabruk.....	4
2.3 Isolering bryter smittekjeden	5
2.4 Isolasjon som påkjenning	6
2.5 Sykepleieres rolle	7
2.6 Pleiekultur.....	8
2.7 Lidelse	9
3.0 METODE	11
3.1 Søkeprosess	11
<i>3.1.1 Valg av databaser og søkeord</i>	11
<i>3.1.2 Valg av søketeknikk og avgrensninger</i>	12
<i>3.1.3 Sekundærsøk</i>	13
3.2 Analyse	13
4.0 RESULTATER	15
4.1 Manglende kunnskap og erfaring	15
<i>4.1.1 Opplevelse av utrygghet</i>	16
4.2 Utfordringer med smitteverntiltakene	16

4.2.1 Tidkrevende	16
4.2.2 Beskyttelsesutstyret	17
4.2.3 Informasjon og undervisning	18
4.3 Sykepleiernes opplevelse av pasientomsorgen.....	19
4.3.1 Barrierer i pasientrelasjonen.....	20
4.4 Pasientenes opplevelse av isolasjon	20
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Søkeprosessen	22
5.1.2 Studienes deltakere	23
5.1.3 Studienes arena	23
5.1.4 Kvalitative og kvantitative studier	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1 Manglende kunnskap og erfaring	25
5.2.2 Utfordringer med smitteverntiltakene	26
5.2.3 Sykepleiernes opplevelse av pasientomsorgen.....	27
5.2.4 Pasientenes opplevelse av isolasjon	28
6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS	30
LITTERATURLISTE.....	32
VEDLEGG 1: Utvidet oversikt over analyserte artikler	35

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det var på 1850-tallet Florence Nightingale forsto viktigheten med håndhygiene, god ernæring og å skille urent fra rent (Fee & Garofalo, 2010, s. 1591). Penicillin ble oppdaget i 1928, og befolkningen fikk et mer avslappet forhold til sykdom. Tilfellene av antibiotikaresistens har økt jevnt etter produksjonen av nye antibiotika stoppet på 1990-tallet (Folkehelseinstituttet, 2012). Likevel utgjør pasienter med antibiotikaresistens bare en liten andel av de pasientene som må smitteisolerers på norske sykehus. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at tilfellene av smittsomme sykdommer hadde en økning på cirka 47 prosent fra 2015 til 2019 (Folkehelseinstituttet, 2020, s. 8).

Smittevernloven verner befolkningen mot smittsomme sykdommer gjennom forebygging og iverksetting av tiltak (Smittevernloven, 1999, § 1-1). Helsepersonelloven (1999, § 4) gir sykepleiere en plikt til å handle faglig forsvarlig gjennom å innhente faglige kvalifikasjoner og søke veiledning ved behov. Det er regionale helseforetak som har det overordnede ansvaret for å sikre at kompetanse om smittevern fordeles mellom institusjonene og til helsepersonellet (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005, § 3-1).

Gjennom praksis og jobb på infeksjonsmedisinsk avdeling på sykehuset har vi opparbeidet erfaring i håndtering av smitteisolerte pasienter. Vi har opplevd at ansatte som jobber med smitteisolerte pasienter anser dette som en belastning i arbeidshverdagen, og at pasientene ofte blir nedprioritert på travle vakter. Vi har erfart slurv ved smitteverntiltak blant ansatte, noe som ofte blir unnskyldt med at det er tidkrevende. Vi synes temaet er interessant siden vi har opplevd utfordringer knyttet til smitteisolering på sykehus, og fordi det er lite belyst i pensum på sykepleierutdanningen. I tillegg kan temaet sees på som særlig relevant nå som vi står i en pandemi med mange pasienter i isolasjon. Vi ønsker å undersøke om sykepleieres kunnskap og erfaringer kan ha sammenheng med den påkjenningen mange smitteisolerte pasienter opplever under isolasjon.

1.2 Problemformulering

Problemformuleringen ble utformet på grunnlag av våre erfaringer med å jobbe rundt sykepleiere som fremstår uerfarne og utrygge i møte med smitteisolerte pasienter. Manglende kunnskaper og erfaringer fører til utfordringer i utførelsen av helsehjelpen til smitteisolerte pasienter, og hvordan sykepleiere føler seg ivaretatt på arbeidsplassen. Å utforske sykepleieperspektivet ved smitteisolering er nødvendig for å forstå hvilke utfordringer sykepleiere står overfor med et økende antall isoleringskrevende infeksjoner i samfunnet. Kunnskap om dette temaet kan bidra til økt forståelse av sykepleieres påkjenning rundt behandling av smitteisolerte pasienter. Det er nødvendig for å kunne forbedre informasjons- og undervisningsopplegget til sykepleiere om smittevernhandtering.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med smitteisolerte pasienter i sykehus, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag.

1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

1.4.1 Smitteisolering

Vi bruker begrepet smitteisolering som et fellesbegrep. Begrepet inkluderer kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte. Vi har valgt å ekskludere blodsmitte i oppgaven, og har ikke tatt stilling til beskyttende isolering.

1.4.2 Covid-19

Vi har valgt å ekskludere artikler som omhandler covid-19 og sykepleiere i møte pandemien i oppgaven. Dette er fordi pandemien fortsatt er pågående og temaet fremdeles er under forskning.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av seks kapitler: Innledning, teori, metode, resultat, diskusjon og anvendelse av resultatene i praksis.

Teorikapitlet handler om relevant og faglig bakgrunnsstoff som kan sees i sammenheng med oppgavens hensikt. Kapitlet tar for seg smittevern og smittespredning, isolering som smitteverntiltak og som påkjenning, sykepleieres rolle, pleiekultur og lidelse. I metodekapitlet har vi beskrevet hva en litteraturstudie er, og hva som kjennetegner metodene i de forskningsartiklene vi har benyttet. Vi har også beskrevet søkeprosessen og kildekritikk. Resultatene består av hovedkategorier og underkategorier som beskriver funnene fra artiklene vi har valgt å bruke. I diskusjonskapitlet drøftes metoden vi har brukt i oppgaven og resultatene vi kom frem til i sammenheng med relevant litteratur og egne erfaringer. Siste kapittel handler om anvendelse av resultatene i praksis. Her presenterer vi en kort konklusjon av oppgavens funn og forslag til tiltak som kan forbedre praksis.

2.0 TEORI

2.1 Smittevern

Mikroorganismer er små organismer man ikke kan se med det blotte øye, men som likevel kan frembringe infeksjoner hos mennesker og dyr. For å beskytte oss mot disse mikrobenene må vi iverksette ulike smitteverntiltak (Stordalen, 2015, s. 13).

Rygh et al. (2016, s. 72) sier at å hindre smittespredning er en viktig oppgave i det forebyggende helsearbeidet. Smittevern er en fellesbetegnelse på tiltak som bidrar til å hindre spredning av mikrober. Basale smittevernrutiner er nødvendig når man arbeider med pasienter for å hindre smitteoverføring av kjente og ukjente smittekilder. Stordalen (2015, s. 13-17) forteller at med de kunnskapene og midlene vi har om hygiene i dag, kan vi ta nødvendige forhåndsregler for å hindre eller begrense smittespredning i pleie- og omsorgsarbeidet. De viktigste hygieniske prinsippene er håndhygiene, å skille rent og urent, og anvendelse av antiseptisk og aseptisk teknikk.

Stordalen (2015, s. 181) viser til at pasienter med smittsomme infeksjoner og sykdommer som kan smitte gjennom kontakt, kroppsvæsker eller luft, anses som en risiko for omgivelsene. Det blir aktuelt å isolere disse pasientene for å hindre smittespredning. Begrepet isolasjon brukes vanligvis i den betydningen at pasienter legges på enerom. Ved enhver form for isolering er det viktig at man tar spesielle forholdsregler for å hindre smittespredning.

2.2 Smittespredning og antibiotikabruk

Fee og Garofalo (2010, s. 1591) forteller at Florence Nightingale arbeidet som frivillig på sykehuset i Scutari under Krimkrigen. Sykehuset hadde den høyeste dødeligheten i regionen, noe Nightingale mente var forårsaket av dårlig hygiene og ernæring. Ved å innføre enkle tiltak som såpe, riktig ernæring og rene kluter og klær til de sårede, sank dødeligheten betraktelig. Dette viste seg senere å være et funn med stor betydning for folkehelsen (Fee & Garofalo, 2010, s. 1591). På 1900-tallet var infeksjonssykdommer de tre vanligste dødsårsakene i befolkningen. Nesten hundre år senere ser vi at influensa er den eneste infeksjonssykdommen som fortsatt ligger på topplisten, nå som nummer fem (Lassen, 2020, s. 63). Da Alexander Fleming oppdaget penicillin ble håndhygiene og andre

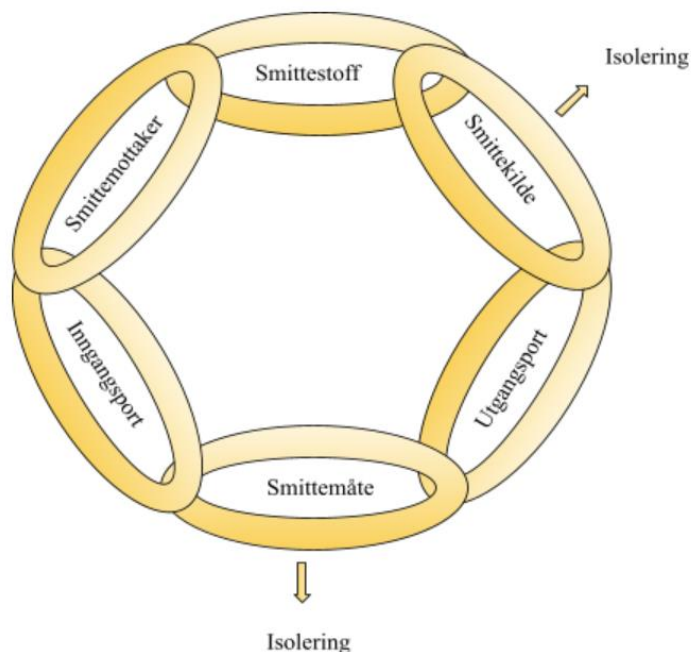
infeksjonsforebyggende tiltak nedprioritert fordi penicillin kunne ta hånd om problemene (Stordalen, 2015, s. 50). Etter andre verdenskrig ble penicillin tilgjengelig for alle, og det oppsto en falsk trygghet om at antibiotika kunne kurere alle bakterieinfeksjoner. Siden 1980-tallet har antibiotikabruken økt med 50 prosent, og vi kan samtidig se at det har vært en økning av resistente bakterier mot antibiotika. Økende antibiotikaresistente bakterier er en alvorlig trussel mot medisinsk behandling i fremtiden (Stordalen, 2015, s. 165).

2.3 Isolering bryter smittekjeden

Stordalen (2015, s. 21) sier at ved hjelp av kunnskap om smittekjeden, får vi et grunnlag for å kunne bryte den og hindre smittespredning. Tiltakene som settes i verk baseres på kunnskap og erfaring om de ulike leddene i smittekjeden og om infeksjonssykdommenes natur. Stordalen (2015, s. 185) forteller at formålet med isolering er å beskytte pasientenes omgivelser. Det vil si miljøet, andre pasienter, besøkende og helsepersonellet.

Figur 1 viser hvordan isolasjon bidrar til å bryte smittekjeden. Smittekjeden blir brutt på to ulike plasser, ved smittekilde og smittemåte. Isolering og bruk av smittevernustyr hindrer at smittekilden sprer seg ved å blokkere for smittekildens naturlige vei (Stordalen 2015, s. 185).

Figur 1: Smittekjeden, (basert på Stordalen, 2015, s. 185).



Når en pasient blir isolert er det viktig å informere og undervise de som skal entre isolatet om smitteverntiltakene for å hindre smittespredning. Dette gjelder både helsepersonell, pasienter og andre besøkende. For å sikre best mulig pasientpleie, er det viktig å undervise og veilede i samarbeid med pasientene. Sykepleiere kan ikke forvente at pasienter har kunnskap om hvordan smittespredning forebygges og viktigheten av de ulike tiltakene. Det er derfor viktig å gi veiledning og undervisning (Stordalen, 2015, s. 149).

2.4 Isolasjon som påkjenning

Stordalen (2015, s. 182) sier at enhver form for isolasjon er en psykisk belastning både for pasient og pårørende. Når pasienter isoleres er det viktig at sykepleiere tar hensyn til hver enkelt pasient. Sykepleiere bør tenke over hvordan isolasjonen påvirker pasientene og sette seg inn i deres situasjon. I tillegg må sykepleiere være bevisst på hvordan pasienters fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle behov blir ivaretatt når de er isolert. Kristoffersen (2016b, s. 266) fremhever at pårørende kan føle seg stresset og belastet av at pasienten er isolert, og kjenne på maktesløshet og en manglende følelse av kontroll på hverdagen.

Rygh et al. (2017, s. 80) forteller at pasienter ofte er uforberedt når beskjeden om isolering blir gitt, og at isolasjonen skjer plutselig. Det brukes spesielle tøysekker, gule avfallssekker, desinfeksjonsvæsker, og de som entrer isolatet har på beskyttelsesutstyr. Pasienter kan oppleve det som ubehagelig å bli tatt på med hansker, og har ikke mulighet til å se sykepleiernes ansikt. Kvalme, nedsatt matlyst, forvirring, irritasjon, skyldfølelse, inaktivitet, opplevelse av frihetsberøvelse og manglende privatliv er de vanligste problemene smitteisolerte pasienter opplever. Tiltak som kan bidra til å ivareta pasienters psykososiale behov under isolasjonen omhandler blant annet å tilby besøk selv når de ikke har brukt ringesnoren, samtale utenfor tiden brukt ved utførelse av prosedyrer og gjenta informasjon om sykdommen og isoleringstiden. Det er viktig at pasienter opplever forutsigbarhet i isolasjonsperioden, derfor bør man tilstrebe en god dialog og hjelpe med daglige gjøremål. Noen pasienter kan reagere med sinne, utagering og hallusinasjoner på isolasjonen. Primærsykepleie og god dokumentasjon kan derfor være nødvendig for å observere pasienters reaksjoner på isolasjonen (Rygh et al., 2017, s. 80).

Sykepleiere gir uttrykk for at det er utfordrende å jobbe med smitteisolerte pasienter. Dette er blant annet på grunn av at det er tidkrevende og sykepleiere opplever en følelse av at de ikke strekker til for å møte pasienters behov. Det fører til at de sitter igjen med dårlig samvittighet som følge av at de ikke bruker nok tid inne hos pasientene (Rygh et al, 2016, s. 70). Stordalen (2015, s. 182) skriver at travle dager forhindrer sykepleiere i å bidra fullt i den psykiske støtten til pasientene. Denne støtten er ikke pårørende eller besøkende i stand til å yte alene, ettersom de selv kan føle seg usikre og bekymret på grunn av smittefaren. Det er derfor viktig at pårørende og besøkende får informasjon og veiledning i hvordan de skal beskytte seg selv (Stordalen, 2015, s. 183-184).

Den vanligste årsaken til infeksjon er dårlig personlig hygiene eller dårlig generell hygiene blant sykepleiere. Det kan skyldes slurv, men også være forårsaket av at sykepleiere føler press på effektivitet, rasjonalitet og produktivitet, noe som skaper utfordrende og vanskelige arbeidsforhold (Stordalen, 2015, s. 52). New Public Management ble innført med mål om å øke produktiviteten og effektiviteten i offentlig tjenesteyting. Det fører til mer fokus på ledelse og brukerorientering, og sykehusene styres i større grad av økonomi og budsjett. Det økte fokuset på økonomi kan medføre at kvaliteten på arbeidet ikke får like stor plass som tallfestede mål (Halvorsen et al., 2018, s. 116-117). Etter innføringen har også antall innlagte pasienter på sykehus steget. Dette bidrar til et økt tempo i arbeidshverdagen med følgende mindre tid hos hver enkelt pasient. På den måten kommer et høyere antall ansatte i kontakt med pasientene, noe som fører til at smittefaren øker (Stordalen, 2015, s. 50).

2.5 Sykepleieres rolle

Kristoffersen et al. (2016, s. 15) sier at målet med sykepleierutdanningen er å utdanne selvstendige og ansvarsbevisste yrkesutøvere med en bevisst og reflektert holdning til utøvelse av sykepleie. Kristoffersen et al. (2016, s. 16-17) sier videre at utøvelsen av sykepleie er basert på verdiene barmhjertighet, nestekjærlighet, og respekt for menneskets liv og verdighet. Sykepleiere skal handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt, noe som krever at de har tilstrekkelig med faglige kunnskaper til å utføre ferdigheter riktig.

En sentral del av sykepleieres funksjon og rolle er den pedagogiske funksjonen. Det har tradisjonelt vært vektlagt et fokus på informasjon og undervisning til pasienter og pårørende i

sykepleierutdanningen og sykepleiepraksis (Kristoffersen, 2016d, s. 360). Sykepleiere har ansvar for å fremme pasienters mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Informasjon er en forutsetning for at pasientene og pårørende kan delta aktivt i brukermedvirkningen (Kristoffersen, 2016c, s. 19).

Travelbee (1999, s. 31) forteller at begrepet helse er viktig fordi profesjonell sykepleie dreier seg om å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre sykdom. Travelbee (1999, s. 36-37) mener at dersom sykepleiere ikke kan hjelpe pasienter med å gjenvinne helse på grunn av sykdom, får de en utvidet funksjon med å hjelpe pasienter å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå. Travelbee viser til verdens helseorganisasjons definisjon på helse:

Helse er en tilstand av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet. Retten til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard er en av de grunnleggende rettighetene for alle mennesker uansett rase, religion, politisk overbevisning, økonomiske eller sosiale forhold. (World Health Organization, 2020, s. 1, egen oversettelse)

For å hjelpe mennesker med å mestre sykdom og lidelse må sykepleiere etablere en tilknytning til de syke. Sykepleiere må vise med handlinger at de ønsker å hjelpe. Det er viktig at pasienter blir forstått og ikke opplever en følelse av å være alene. Det er ikke en enkel oppgave å hjelpe et menneske å mestre sin sykdom (Travelbee, 1999, s. 35).

Sykepleiere er pliktet til å ha en profesjonell relasjon til pasienter i sitt yrke, og kan ikke forvente noe tilbake av den hjelpen de yter. Profesjonell sykepleier-pasient-relasjon kan bidra til at pasienter åpner seg om sine tanker, ønsker og behov, som er grunnlaget for sykepleieres handlinger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Enhver sykepleier vil oppleve skyldfølelse i løpet av sin yrkeskarriere gjennom å føle at de ikke ivaretar sitt ansvar overfor pasienter. Hendelsene kan føre til at sykepleiere som har opplevd dette, kjenner på personlig sårbarhet. Sykepleiere utsettes for dyptgripende erfaringer og krav som ikke oppleves av mennesker i andre yrker (Travelbee, 1999, s. 75-76).

2.6 Pleiekultur

Eide og Aadland (2008, s. 58-59) forteller at pleiekultur ofte beskrives som “måten vi har det på her hos oss”. Kulturen består av vaner og uvaner, roller og ritualer, språk og koder avdelingen har. Pleiekulturen dannes av fellesskapet, gjerne ubevisst, og danner grunnlaget for handlingene. Pleiekulturen kan bidra til at handlinger blir utført uten grundig refleksjon,

da handlingene baseres på selvfølgelighetshandlinger. Etske spørsmål og dilemmaer kommer dermed ikke til syne i handlingene. Dette gjør det vanskelig å påpeke eller oppdage feil, og fellesskapet i kulturen bidrar til at vanene gror fast. Det tydeligste kjennetegnet på god pleiekultur er når refleksjon og diskusjon er et integrert tankesett hvor man er fokusert på å forbedre praksis (Eide & Aadland, 2008, s. 58-59).

Det kan være vanskelig å endre pleiekulturen. Avdelingens holdninger og vaner blir vanskeligere å legge merke til etter hvert som tiden går. Man stopper å stille spørsmål og aksepterer at "slik er det bare". Den største utfordringen blir derfor å oppdage hva som burde endres på i kulturen. Den som forsøker å endre kulturens vaner og ritualer kan bli møtt med sterk motstand (Eide & Aadland, 2008, s. 59). Før man kan gå i gang med å endre pleiekulturen, må man først danne seg et bilde av hva som kjennetegner den nåværende kulturen. Kulturen består av mentale oppfatninger, og kan derfor ikke studeres direkte. Dermed er det de ansattes oppførsel og handlinger som må observeres (Eide & Aadland, 2008, s. 60).

2.7 Lidelse

"Å få en isolasjonskrevende sykdom oppleves av mange pasienter som en livskrise" (Rygh et al., 2017, s. 70). Katie Eriksson (1999, s. 66) forteller det er tre forskjellige former for lidelse i sykepleien; sykdomslidelse, livslidelse og pleielidelse. De tre formene for lidelse går ofte inn i hverandre, noe som kan gjøre det vanskelig å skille mellom dem.

Sykdomslidelsen beskrives som sjelelig og åndelig. Lidelsen kan oppstå dersom pasienter opplever ydmykelse, skam eller skyld i forbindelse med sykdommen og dens behandling. Disse opplevelsene henger sammen med å føle at man ikke når opp til sitt ideal (Eriksson, 1999, s. 67-68).

Livslidelse er lidelse som omhandler hele livssituasjonen. Lidelsen er relatert til å leve og å være menneske blant andre mennesker. Livslidelse kan komme av sykdom, dårlig helse eller å være pasient. Det kan handle om å gi opp som følge av at man ikke orker situasjonen man står i, ved å føle at man ikke blir sett eller at man skal dø (Eriksson, 1999, s. 74-75).

Pleielidelse betyr ifølge Eriksson (1999, s. 69-70) å krenke gjennom pleien som gis eller ikke gis. Krenking av pasienters verdighet og menneskeverd er den vanligste formen for pleielidelse. Krenkelsen kan oppstå gjennom direkte og konkrete handlinger, for eksempel ved slurv i pleien fra sykepleiere. Krenkelsen kan også være abstrakt ved mangelfull etisk holdning gjennom at pasientene ikke blir "sett". Å krenke innebærer å frata mennesker mulighet til å være menneske, dermed reduserer man pasientenes muligheter til å benytte sine innerste helseressurser. Isolasjon kan være en måte å krenke verdighet på siden pasientene ikke kan forlate rommet og dermed fratras følelsen av egen frihet. Eriksson (1999, s. 74) mener uteblitt pleie kan være en medvirkende årsak til pleielidelse. Uteblitt pleie kan oppstå dersom sykepleiere har en manglende evne til å se og bedømme hva pasienter trenger av pleie og hjelp.

3.0 METODE

I forskning skiller man mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir data om målbare enheter, for eksempel prosenter (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitativ metode skaper forståelse for en persons opplevelser, erfaringer, forventninger og behov (Friberg, 2017, s. 107). Vi har tatt i bruk begge metodene i oppgaven, da dette gir oss et subjektivt og objektivt syn på oppgavens hensikt.

En litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over et avgrenset kunnskapsområde, gi en beskrivelse av området, sette sammen publiserte forskningsresultater og skape et grunnlag for kritisk granskning av området (Friberg, 2017, s. 144). Allmenn og integrativ litteraturoversikt er to måter å utføre en litteraturstudie på. Integrativ litteraturoversikt innebærer å sammenlikne og dra slutninger fra funnene i studiene, noe som skiller seg fra allmenn litteraturoversikt. Man tar oppgaven et steg lengre og lager “en ny helhet” (Friberg, 2017, s. 150). Vi har valgt å bruke integrativ litteraturoversikt ettersom denne metoden danner en god oversikt og samler resultatene slik at det blir enklere å se sammenhenger og dra slutninger.

Vi har brukt litteraturbasert studie som metode i oppgaven. En litteraturbasert studie benytter tekst som materiale og har til hensikt å utvikle kunnskaper og få en dypere forståelse innenfor et valgt tema (Friberg, 2017, s. 25).

3.1 Søkeprosess

3.1.1 Valg av databaser og søkeord

Vi var åpne for å bruke både kvantitative og kvalitative studier i oppgaven for å få et bredt perspektiv og en større forståelse for teamet vi har valgt. I løpet av søkeprosessen fant vi tre kvalitative og to kvantitative studier som passet vår hensikt. Studiene bidrar til å vise sykepleieres opplevelse av å jobbe med smitteisolerte pasienter, og hvor stor andel sykepleiere som opplever dette som utfordrende.

Vi brukte ulike søkedatabaser gjennom universitetsbibliotekets hjemmeside for å finne artikler til oppgaven. Vi brukte Cinahl, SveMed+, British Nursing Index og PubMed, men fant kun relevante artikler på Cinahl. Denne databasen publiserer artikler faglig rettet mot

blant annet sykepleie, og passet derfor godt til vår oppgave. Siden Cinahl for det meste består av engelske artikler, brukte vi engelske søkeord i søket vårt. Vi søkte med ulike kombinasjoner av ordene “isolation or quarantine”, “infection”, “experience”, “infection control” og “patient experience”.

De to første artiklene fant vi med søkeordene “isolation”, “experience” og “infection control”. Vi fikk 57 resultater og fant artiklene ved å lese overskrifter og sammendrag. Den tredje artikkelen vi valgte å ta med, fant vi gjennom å bruke søkeordene “isolation”, “infection” og “Clostridium difficile”. Vi fikk 88 resultater. Vi valgte å søke på Clostridium difficile for å avgrense søket, og da det er en vanlig årsak til smitteisolering. Vi ønsket også å inkludere en studie med pasientperspektiv i oppgaven. Vi søkte dermed med ordene “isolation or quarantine”, “infection” og “patient experience”. Vi fikk 31 resultater og fant den fjerde artikkelen blant dem. Etter å ha startet å utforme oppgavens resultater, ønsket vi en femte artikkel for å bedre besvare oppgavens hensikt. Vi brukte igjen Cinahl som søkedatabase og søkte på “nurse or nurses or nursing” og “impact or effect or influence” og “isolation or quarantine”. Søket ga 288 resultater og vi fant artikkelen etter å ha lest sammendrag fra toppen av listen.

3.1.2 Valg av søketeknikk og avgrensninger

Vi valgte å bruke strukturert litteratursøking som søkestrategi, da denne strategien bidrar til å avgrense søkeresultatene slik at vi får mest mulig relevante artikler i søket. Vi brukte avgrensningene tidsspenn, språklig avgrensning og geografisk avgrensning (Dalland, 2017, s. 156-157). Artiklene skulle ikke være eldre enn 10 år, for å sikre at innholdet i artiklene var oppdatert. Vi søkte etter artikler skrevet på engelsk eller skandinaviske språk for å unngå at viktig informasjon ble borte i oversettelsen. I tillegg ønsket vi artikler innhentet fra geografiske områder som kunne sammenlignes med det norske helsesystemet. Dermed valgte vi å ekskludere artikler fra Asia, Afrika, Sør-Amerika og Midtøsten.

3.1.3 Sekundærsøk

Friberg (2017, s. 78) mener at sekundærsøk er en effektiv metode som bør brukes etter hvert søk, og er nødvendig for å få et bra sluttresultat. For å kvalitetssikre artiklene vi fant til oppgaven, utførte vi sekundærsøk. Først sjekket vi om artiklene kom fra troverdige og godkjente tidsskrifter. Alle artiklene vi fant var publisert i tidsskrifter som kun publiserte fagfellevurderte artikler. Deretter undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn og erfaringer for å undersøke artiklenes gyldighet. Forfatterne hadde helsefaglig bakgrunn, og flertallet hadde master- eller doktorgrad. I tillegg hadde forfatterne skrevet flere forskningsartikler. Vi opplevde at sekundærsøkene gjorde oss trygge på at artiklene var kvalitetssikret og vitenskapelig holdbare.

3.2 Analyse

Ved analysearbeid er det vanlig å bevege seg fra helheten og videre til delene for å kunne lage en ny helhet. Den nye helheten skapes gjennom det vi kaller resultater (Friberg, 2017, s. 135).

Dalland (2017, s. 229) skriver at analyse er et granskingsarbeid der utfordringen er å finne ut hva materialet har å formidle. Vi har valgt å bruke Fribergs (2017, s. 135) femtrinnsmodell for å gjennomføre analysen av artiklene. I denne modellen består helheten av de valgte artiklene. Første trinn var å lese gjennom artiklene flere ganger for å få en forståelse om hva de handlet om. Mens vi leste, hadde vi hovedfokus på artiklenes resultat, da det er av størst betydning for vår oppgave. Andre trinn var å identifisere hva som var de viktigste og mest relevante funnene fra artiklene relatert til vår hensikt. Tredje trinn var å lage et sammendrag fra hver artikkel på grunnlag av funnene. Sammendragene ble satt inn i en oversiktstabell, se tabell 1. Fjerde trinn i analysen var å se artiklene i sammenheng med hverandre. Her oppdaget vi hvilke likheter og forskjeller artiklene bydde på. Femte trinn var å sette funnene i hoved- og underkategorier, og lage et sammendrag basert på resultatene vi fant gjennom analysearbeidet.

Tabell 1: Oversikt over utvalgte artikler

Artikkelnavn	Forfattere (år)	Hensikt	Metode	Resultat	Database
Multi-professional simulation and risk perception of health care workers caring for Ebola-infected patients.	Carvalho, E., Castro, P., León, E., Del Río, A., Crespo, F., Trigo, L., Fernández, S., Trilla, A., Varela, P., & Nicolás, J. M. (2018)	Vurdere effekten av tverrprofesjonell simuleringstrening hos helsearbeidere som jobber med pasienter som er i risiko eller har fått påvist Ebola.	Kvantitativ 58 helsearbeidere, hvorav 22 sykepleiere, deltok i et simuleringkurs etterfulgt av spørreskjema om egen læring og mestring.	Helsepersonellet hadde manglende kunnskap og erfaring. Etter kurset opplevde flere økt selvtillit og mestring. Likevel var opplevelsen av utrygghet uforandret.	Cinahl
«Recognizing rapport»: Health professionals' lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting.	Godsell, M.-R., Shaban, R. Z., & Gamble, J (2013)	Utforske helsepersonells erfaringer med pleie og behandling av smitteisolerte pasienter.	Kvalitativ 9 sykepleiere, 2 leger og 1 fysioterapeut ble intervjuet.	Helsepersonellet hadde manglende kunnskap og opplevde tiltakene som tidkrevende. Smitteverniltakene gjorde det utfordrende for helsepersonellet å utføre god pleie og behandling.	Cinahl
How do Clostridium difficile infections affect nurses' everyday hospital work: A qualitative study.	Guillemin, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., Reygrobelle, C., & Arnould, B. (2015)	Undersøke hvordan Clostridium difficile påvirker sykepleieres arbeidshverdag.	Kvalitativ 12 sykepleiere ble intervjuet.	Sykepleierne hadde lite kunnskap og erfaring. Sykepleierne opplevde at det var utfordrende å utøve pleie og behandling da smittevernutstyret bydde på utfordringer.	Cinahl
Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant Staphylococcus aureus positive patients admitted to medical-surgical units.	Gold sack, J. C., DeRitter, C., Power, M., Spencer, A., Taylor, C. L., Kim, S. F., Kirk, R., & Drees, M. (2014)	Undersøke den kliniske pasientopplevelsen av isolasjonen.	Kvantitativ 162 pasienter deltok i screeningprosessen. 32 MRSA positive pasienter svarte på spørreundersøkelse om hvordan isolasjonen hadde påvirket sykehusoppholdet.	130 av 162 pasienter kunne avisoleres etter screeningen. De smitteisolerte pasientene uttrykte at isolasjonen hadde påvirket sykehusoppholdet deres negativt.	Cinahl
A descriptive case study of the changing nature of nurses' work: The impact of managing infectious diseases requiring isolation	Kaba, A., Baumann, A., Kolotylo, C., & Akhtar-Danes, N. (2017)	Kartlegge isolasjonskrevende infeksjoners innvirkning på sykepleierens daglige arbeid.	Kvalitativ 18 sykepleiere ble intervjuet.	Det ble nødvendig med avveininger og snarveier for å møte det ekstra arbeidet isolasjonsregimene krevde. Sykepleierne følte kvaliteten av pasientpleien ble dårligere grunnet smitteverniltakene.	Cinahl

4.0 RESULTATER

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med smitteisolerte pasienter i sykehus, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. Gjennom analysen av artiklene kom vi frem til fire hovedkategorier og fem underkategorier som passet godt til å besvare oppgavens hensikt. En oversikt over kategoriene er fremstilt i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Manglende kunnskap og erfaring	Opplevelse av utrygghet
Utfordringer med smitteverntiltakene	Tidkrevende Beskyttelsesutstyret Informasjon og undervisning
Sykepleiernes opplevelse av pasientomsorgen	Barrierer i pasientrelasjonen
Pasientenes opplevelse av isolasjon	

4.1 Manglende kunnskap og erfaring

Carvalho et al. (2018) og Guillemain et al. (2015) avdekket manglende kunnskap og erfaring knyttet til smittevernhåndtering hos sykepleierne. Dette førte til at flere følte seg utrygge i behandlingen av smitteisolerte pasienter.

Carvalho et al. (2018) sa: “[...] a lack of knowledge can lead health care workers to a false sense of security, which can pose a real risk to them” (Carvalho et al., 2018, s. 259).

Sykepleierne hadde ikke nødvendig kunnskap eller erfaring til å beskytte seg mot smitte før de hadde gjennomgått simuleringskurset. 46,2 prosent av deltakerne hadde mer enn 20 års erfaring, men kun 25 prosent hadde erfaring innen det høyeste isolasjonsregimet. Det viste seg å være en signifikant økning i deltakernes opplevde evne til å håndtere smitteisolerte pasienter etter simuleringskurset sammenliknet med før (Carvalho et al., 2018, s. 258).

I Guillemain et al. (2015, s. 43) var sykepleiernes kunnskap om *Clostridium difficile* for det meste teoribasert. I tillegg var erfaringene de hadde om praktisk håndtering av smitteisolerte pasienter begrenset til det de lærte under opplæringen.

4.1.1 Opplevelse av utrygghet

Både Carvalho et al. (2018) og Godsell et al. (2013) viste til at sykepleierne følte seg utrygge i smittevernhåndteringen.

I Carvalho et al. (2018, s. 258) kom det frem at sykepleierne hadde manglende selvtillit og tro på smitteverntiltakenes sikkerhet, noe som bydde på utfordringer når de skulle behandle smitteisolerte pasienter. Etter å ha fullført simuleringskurset, var sykepleiernes følelse av trygghet økt. Likevel var det ikke betydelige endringer i sykepleiernes følelse av frykt før og etter kurset.

I Godsell et al. (2013, s. 973) var sykepleierne bekymret for hvor god effekt beskyttelsesutstyret ga, og noen mente utstyret ikke beskyttet mot eksponering for kroppsvæsker. I tillegg var det uttrykt bekymring angående hvordan påkledning skulle foregå i nødsituasjoner med økt tidspress. Sykepleierne var heller ikke sikre på indikasjonene for smitteverntiltakene.

4.2 Utfordringer med smitteverntiltakene

Tre av artiklene skrev om sykepleiernes utfordringer knyttet til smitteverntiltakene. Dette gjelder blant annet tidspress, problemer med beskyttelsesutstyret og informasjon og undervisning til besøkende (Godsell et al., 2013, Guillemain et al., 2015 & Kaba et al., 2017).

4.2.1 Tidkrevende

I artikkelen til Godsell et al. (2013, s. 974) opplevde sykepleierne det som sløsing av tid å måtte be om hjelp fra kolleger eller forlate isolatet for å hente utstyr dersom noe manglet. Det var ofte manglende bemanning på avdelingene ved økt antall smitteisolerte pasienter innlagt.

Det førte til et ekstra press på sykepleierne fordi smitteverntiltakene var tidkrevende. Sykepleierne mente også sikkerheten var dårligere grunnet tidspresset, noe som førte til at de daglige sikkerhetskontrollene ikke ble gjennomført på isolatene. Legene brukte ofte lengre tid på diagnostisering og å starte behandling, noe som økte risikoen for komplikasjoner og uønskede hendelser hos de smitteisolerte pasientene.

Sykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 42) ga uttrykk for at det var tidkrevende å ha pasienter med *Clostridium difficile* fordi mange var pleietrengende. Prosedyrer ble nøye planlagt og kombinert med andre gjøremål inne hos pasientene, blant annet for å begrense antall besøk og for å spare tid på av- og påkledning. En sykepleier var frustrert over tidspresset de hadde til å svare på ringesnoren når pasientene med *Clostridium difficile* ringte på: “It’s true that when the patients have diarrhoea, clearly, they can’t hold it very long so the time to get dressed and everything, sometimes they can have accidents that aren’t very pleasant for them” (Guillemin et al., 2015, s. 43).

Sykepleierne i Kaba et al. (2017, s. 201) fortalte de kunne bruke alt fra 20 minutter opp til 2 timer av vekten på smitteverntiltak, noe som gjorde at de fikk mindre tid til andre gjøremål. Det ble derfor nødvendig med avveininger og snarveier for å imøtekomme det ekstra arbeidet isolasjonsregimet krevde.

4.2.2 Beskyttelsesutstyret

Godsell et al. (2013, s. 973) avdekket at beskyttelsesutstyret gjorde det utfordrende å utføre pleie og behandling. Beskyttelsesutstyret var for mange av sykepleierne varmt, ukomfortabelt og klaustrofobisk. En sykepleier sa:

The worst aspect really for me is that you’ve got a gown on and a mask, and I think sometimes I feel a little bit claustrophobic with having all that gear on as well. And it’s actually quite hot wearing all that gear. (Godsell et al., 2013, s. 973)

Å bruke hansker reduserte finmotorikken, noe som førte til at utførelsen av prosedyrene ble vanskeligere. Noen valgte dermed å ta av seg hanskene under visse prosedyrer. Sykepleierne erfarte vanskeligheter med å bruke søsteruret på isolatet som følge av at smittefrakken dekket tallene. De opplevde også at det av og til manglet penner på isolatet, noe som bydde på

utfordringer for sykepleierne å huske målingene. Dette kunne føre til feil i dokumentasjonen (Godsell et al., 2013, s. 973-974).

I Guillemin et al. (2015, s. 41) sin artikkel mente sykepleierne at å bruke beskyttelsesfrakk og hansker var det mest krevende smitteverntiltaket. Dette var hovedsakelig på grunn av at det var tidkrevende og måtte gjøres hver gang de skulle entre isolatet. En sykepleier fortalte:

It just makes it harder on the nurse because each time you go in, you have to wear all these things like protective garments and then go back in there [...] You have to go out again and you have to take everything off and make sure you wash your hands carefully. So it's just like extra things like that, you know, if you have several of this kind of patient in your shift, it's not going to be happy nurse. (Guillemin et al., 2015, s. 41)

Sykepleierne rapporterte at å bruke hansker var varmt og ubehagelig siden man raskt ble klam eller svett. Det ble derfor vanskelig å konsentrere seg og gjennomføre prosedyrene like godt som de ville gjort uten hansker (Guillemin et al., 2015, s. 41).

4.2.3 Informasjon og undervisning

Godsell et al. (2013) og Guillemin et al. (2015) adresserte viktigheten med å undervise pårørende og besøkende som skulle besøke smitteisolerte pasienter.

Sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 973) anså kommunikasjon med pårørende som viktig da informasjon og opplæring i smittevern var nødvendig for å hindre smittespredning. De uttrykte likevel noen utfordringer knyttet til dette: "You're supposed to restrict the amount of visitors ... and then trying to educate the family about when they are actually supposed to de-robe... some are better on the uptake than others." (Godsell et al., 2013, s. 973). Sykepleierne rapporterte om liten tid til å informere og undervise besøkende. Skriftlige retningslinjer og visuelle instruksjoner hjalp dem med undervisningen på travle vakter. Sykepleierne var usikre på om dette var nødvendig i og med at de ikke hadde kjennskap til effekten av undervisningen, noe som førte til at dette ikke ble grundig gjennomført (Godsell et al., 2013, s. 973).

I Guillemin et al. (2015, s. 41) mente sykepleierne det var nødvendig å informere og undervise besøkende. Skilt med informasjon om *Clostridium difficile* og påbudte forhåndsregler ble hengt på pasientenes dør, slik at besøkende kunne få nødvendig informasjon og veiledning om smittevern før de gikk inn på pasientrommet.

4.3 Sykepleiernes opplevelse av pasientomsorgen

Sykepleierne fant det vanskelig å møte pasientenes behov, og opplevde at de ikke strakk til i pleien eller behandlingen av de smitteisolerte pasientene (Kaba et al., 2017, Godsell et al., 2013 & Guillemin et al., 2015).

Kaba et al. (2017, s. 201) avdekket at sykepleierne opplevde kvaliteten på pasientpleien og behandlingen som dårligere hos smitteisolerte pasienter. Sykepleierne var bekymret for om pasientenes psykososiale behov ble ivaretatt på en like god måte som hos ikke-isolerte pasienter. Det ble etablert pasienttavler, daglige teammøter og kommunikasjonsnettverk for å forbedre pasientomsorgen til smitteisolerte pasienter.

I Godsell et al. (2013, s. 973) kom det frem utfordringer knyttet til å gi omsorg til smitteisolerte pasienter. Sykepleierne følte de ga begrenset psykologisk støtte til pasientene: “I know physically I'm doing all the things I need to do, but I think the therapeutic relationship is a big part of nursing, and I don't feel that we do that as well with precautions in place” (Godsell et al., 2013, s. 973). Sykepleierne brukte bevisst lengre tid på isolatet og gjorde en større innsats for å føre samtale med pasientene (Godsell et al., 2013, s. 973).

Fire av sykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 42) ga uttrykk for at pleien til pasienter med *Clostridium difficile* var bedre enn til andre pasienter. De tok seg bedre tid på pasientrommet og pasientene fikk mer oppmerksomhet grunnet ekstra behov for pleie og stell. Andre hevdet omsorgen til de smitteisolerte pasientene var dårligere grunnet smitteverntiltakene. Flere av sykepleierne rapporterte at smitteverntiltakene forhindret dem i å besøke pasientene oftere, og en sykepleier fortalte at det var en påkjenning å ikke kunne være like mye tilstede hos de smitteisolerte pasientene. Pasientene ble nedprioritert sammenliknet med ikke-isolerte pasienter. De fikk servert mat sist, og de fikk sist tilbud om hjelp i stell. Dette var hovedsakelig for å forhindre kryssmitte, men også for å spare tid (Guillemin et al., 2015, s. 42).

Ansvarssykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 41) så på det som “a pain in the neck” å fordele smitteisolerte pasienter. De uttrykte også at å igangsette forebyggende smitteverntiltak “really wrecks my whole world” (Guillemin et al., 2015, s. 41). Dette var særlig utfordrende i

og med at tiltakene ikke gikk ut over enkeltpersoner, men hele avdelingen og dens funksjon og oppbygning. Sykepleierne beskrev utføringen av pleie og behandling til pasienter med *Clostridium difficile* som en fysisk og psykisk byrde. En sykepleier fortalte at dersom man fikk tildelt mer enn en smitteisolert pasient på en vakt, ble ikke sykepleierne særlig fornøyde (Guillemin et al., 2015, s. 41).

4.3.1 Barrierer i pasientrelasjonen

I Godsell et al. (2013) og Guillemin et al. (2015) mente sykepleierne at smitteverntiltakene gjorde det utfordrende å bygge relasjon med pasientene.

En av sykepleierne sa: “Obviously, you’re trying not to catch what they’ve got.. [however you don't want to] make them feel like you don't want to go near them” (Godsell et al., 2013, s. 973). Sykepleierne brukte humor, unnskyldninger eller forklaringer for bruk av beskyttelsesutstyr når de var hos pasientene. Smittevernutstyret bidro til å fremmedgjøre sykepleierne, noe som gjorde det utfordrende å utvikle tillit til pasientene. Munnbind forhindret pasientene i å se sykepleiernes ansiktsuttrykk og høre dem tydelig. Sykepleierne mente dette reduserte følelsen av personlig forbindelse med pasientene og beskrev dette som den største utfordringen i behandlingen av de smitteisolerte pasientene (Godsell et al., 2013, s. 972-973).

I Guillemin et al. (2015, s. 41) opplevde sykepleierne utfordringer med at beskyttelsesutstyret ble som en barriere mellom dem og pasientene. En av sykepleierne sa: “Being always in fancy dress when you manage the patients, they might feel isolated, this could be very difficult socially for them to live with” (Guillemin et al., 2015, s. 41).

4.4 Pasientenes opplevelse av isolasjon

Artiklene til Guillemin et al. (2015) og Goldsack et al. (2014) fortalte om pasientenes opplevelse av å være smitteisolert.

Det kom frem i Guillemin et al. (2015, s. 41) at antall besøkende og varigheten av besøkene ble begrenset for å redusere risikoen for smittespredning. Det viste seg også at engangsutstyr

og engangsservise ofte ble benyttet til de smitteisolerte pasientene. Pasientene kunne ha uhell eller lekkasjer dersom sykepleierne ikke var raske nok inn på rommet for å hjelpe dem til toalettet. Dette opplevde pasientene som nedverdiggende, og en sykepleier sa: “They say I’m sorry, it doesn’t smell very good, or they excuse themselves, or say i got my sheets dirty again” (Guillemin et al., 2015, s. 43). Flere sykepleiere ga uttrykk for at de følte med pasientene som opplevde dette. De prøvde å berolige pasientene ved å fortelle dem at de ikke trengte å beklage for det som hadde skjedd (Guillemin et al., 2015, s. 43).

Goldsack et al. (2014, s. 1041) foretok testing av de tidligere koloniserte pasientene. Det viste seg at 130 av 163 pasienter kunne avisoleres siden de ikke lengre var koloniserte. Dette utgjorde 80,2 prosent av pasientene som deltok i studien. 41 prosent av pasientene som fortsatt var koloniserte fortalte at isolasjonen hadde påvirket sykehusoppholdet deres. Pasientene fikk færre besøk sammenlignet med ikke-isolerte pasienter. En pasient ga uttrykk for å være bekymret for å smitte de besøkende. Flere ga uttrykk for at familie hadde unngått å komme på besøk grunnet smitteverntiltakene, noe som førte til at pasientene var mye alene under sykehusoppholdet. Flere pasienter følte på emosjonelt stress under isolasjonen. Dette var for noen på grunn av følelsen av å miste deler av sin frihet og sine rettigheter, for andre var det fordi de følte seg stigmatisert grunnet infeksjonen. En pasient følte seg nedprioritert, og en annen følte seg forskjellsbehandlet. Pasientene opplevde håpløshet over situasjonen de var i, og var i en sårbar situasjon der de ikke hadde kontroll over eget liv (Goldsack et al., 2014, s. 1041).

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet skal vi diskutere metoden vi har brukt i oppgaven, integrativ litteraturoversikt, og vurdere de valgte artiklenes kvalitet og gyldighet. I resultatdiskusjonen skal vi diskutere resultatene i artiklene og sette de i sammenheng med relevant litteratur og egne erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

Vi har brukt integrativ litteraturoversikt med fem forskningsartikler i oppgaven. Grunnet den begrensede tiden til å utføre oppgaven, valgte vi å ikke inkludere flere artikler. Etter å ha vurdert sterke og svake sider, mener vi artiklene er tilstrekkelige til å besvare oppgavens hensikt.

5.1.1 Søkeprosessen

Vi brukte Cinahl som søkedatabase til å gjennomføre litteratursøk. Det kan vurderes som en svakhet at vi ikke inkluderte artikler fra andre databaser i oppgaven. Dette begrunnes med at vi ikke fikk tilstrekkelige treff på andre databaser. Noen av søkene i Cinahl ga høye antall resultater, noe som gjorde det utfordrende å velge ut materiale. For å begrense resultatene, leste vi kun artikler med relevante overskrifter og sammendrag fra disse. Det kan ha ført til at vi har oversett andre aktuelle artikler. Alt tatt i betraktning satt vi igjen med artikler vi vurderte som gode til å besvare oppgavens hensikt.

For å få et bredere perspektiv på oppgaven, valgte vi studier som omhandlet ulike smittekilder og smittemåter, innenfor oppgavens avgrensninger. Dette begrunnes med at vi ønsket å sammenligne sykepleieres erfaringer. Godsell et al. (2013) sin studie handler om smitteisolering generelt uten fokus på en spesiell form for smitte, mens resten av studiene handler om bestemte smittekilder. Vi mener at dette ikke er et hinder for å svare på oppgaven da flere av studiene kom frem til liknende resultater. Studiene viser til at etiske forhold er ivare tatt gjennom frivillig deltakelse og anonymitet.

5.1.2 Studienes deltakere

Vi opplevde det som utfordrende å finne studier basert kun på sykepleieres erfaringer. Dette ble grunnlaget for at vi valgte to studier som inkluderte annet helsepersonell i deltakelsen. Carvalho et al. (2018) hadde med assistenter, leger, vaskepersonell, portører og vakter og Godsell et al. (2013) hadde med leger og en fysioterapeut. Dette kan påvirke oppgavens resultat av den grunn at de ulike profesjonene har ulike forutsetninger, faglige kunnskaper og erfaringer. Vi valgte å bruke studiene da de svarer til oppgavens hensikt. Flertallet av deltakerne var sykepleiere, og dermed kunne vi fokusere på deres deltakelse i studiene. Vi valgte også å inkludere en studie med pasientperspektiv for å utforske om pasienters erfaring av isolasjon kunne være forårsaket av sykepleieres kunnskapshull og holdninger. Under utformingen av resultatene mente vi de utvalgte artiklene ikke kunne støtte oppgavens hensikt tilstrekkelig. Vi anså dette som en svakhet for resultatene i oppgaven, og fant dermed en femte artikkel basert på sykepleieperspektiv for å forsterke resultatene.

Faktorer som alder, kjønn og erfaring kan ha betydning for utfallet av resultatene. Carvalho et al. (2018) og Guillemin et al. (2015) oppga deltakernes erfaringer, alder og kjønn, mens Godsell et al. (2013) oppga kun erfaringer. Kaba et al. (2017) informerte om sykepleierens arbeidsstillinger, men ga ikke informasjon om alder, kjønn eller erfaringer. Ettersom disse faktorene ikke er av stor betydning for studienes resultater, ser vi ikke på det som en svakhet at studiene ikke er like åpne om denne informasjonen.

Antall deltakere i studiene var varierende. Studiene til Godsell et al. (2013) og Guillemin et al. (2015) hadde 12 deltakere. Det kan ses på som en svakhet i og med at et lite antall deltakere gir grunnlag for et smalere spekter av meninger. Likevel velger vi å se på studiene som pålitelige siden resultatene samsvarer med de andre studienes resultater.

5.1.3 Studienes arena

Forskningen i studiene er utført i Spania, Frankrike, USA, Canada og Australia. Vi mener disse landene er representative for det norske helsevesenet ettersom de er godt utviklet teknologisk og medisinsk, i tillegg har de høyt utdannet helsepersonell. Av den grunn vil små forskjeller mellom disse landene ikke være av betydning for resultatene i studiene. Vi valgte

studier skrevet på engelsk da det er et språk vi behersker godt. Vi mener vi har fått frem det viktigste i studienes resultater, men dette gir rom for feil i oversettelsen og tolkningen.

Studiene vi har presentert i oppgaven har gjennomført studiene sine fullt eller delvis på sykehus. Guillemin et al. (2015) er den eneste som inkluderte et sykehjem i studien. Ettersom vi ønsket å fokusere på smittevern i sykehus, mener vi studiene er relevante for oppgavens hensikt.

5.1.4 Kvalitative og kvantitative studier

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med smitteisolerte pasienter i sykehus, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. Dette ble bakgrunnen for at vi hovedsakelig ønsket kvalitative studier til oppgaven. Vi har likevel valgt å bruke både kvalitative og kvantitative studier i oppgaven vår ettersom dette gir oss et objektivt og et subjektivt syn på sykepleieres opplevelser og erfaringer.

Vi fant tre kvalitative studier som bidro til å gi oss en dypere forståelse for sykepleieres opplevelser og erfaringer i møte med smitteisolerte pasienter. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Ifølge Friberg (2017, s. 107) skal kvalitative studier bidra til å skape en forståelse for en person og deres livssituasjon.

Vi fant to kvantitative studier. Vi valgte å inkludere disse i oppgaven grunnet studienes relevans, til tross for at de ikke ga oss en dypere forståelse av sykepleieres opplevelser og erfaringer. De kvantitative studiene bidro derimot til at vi kunne tallfeste hvor stor andel sykepleiere og pasienter som hadde de samme opplevelsene og erfaringene. Tallene gir oss mulighet til å måle effekter, forskjeller og sammenhenger. Metoden går i bredden og får frem det som er felles for den deltakende gruppen (Dalland, 2017, s. 52-53).

En svakhet med Carvalho et al. (2018) sin studie er at deltakerne svarte på et spørreskjema med ferdigstilte spørsmål og svaralternativer. Dette gir begrensninger i svarmulighetene og fører til at deltakerne ikke får mulighet til å komme med egne innspill eller gi leseren en dypere forståelse av sine opplevelser og erfaringer. Vi mener likevel at studien er relevant i og

med at vi har valgt flere studier rettet mot sykepleieres følelser og opplevelser, og studiene sett i sammenheng kan understøtte oppgavens hensikt.

5.2 Resultatdiskusjon

Det kom frem i resultatene at sykepleierne hadde manglende kunnskap og erfaring knyttet til smittevernhandtering. Sykepleierne opplevde problemer med smittevernutstyret og hadde vanskeligheter med å bygge relasjon med de smitteisolerte pasientene. Pasientene følte seg nedprioriterte og opplevde at de mistet deler av sin frihet.

5.2.1 Manglende kunnskap og erfaring

Carvalho et al. (2018, s. 258) avdekket at selv de erfarne sykepleierne manglet kunnskap om smittevern. Simuleringstreningen ga betydelig mer selvsikre sykepleiere som stolte på seg selv og sine kolleger i smittevernhandteringen. Sykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 43) hadde manglende praktisk kunnskap om smittevern og isolasjon, og sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 975) var usikre på indikasjonene for smitteverntiltakene. Stordalen (2015, s. 21) forteller at det er viktig å ha kjennskap til indikasjonene for smitteverntiltak, da kunnskap bidrar til at sykepleiere kan iverksette tiltak for å bryte smittekjeden. Sykepleierutdanningen skal bidra til at sykepleiere blir selvstendige og ansvarsbevisste yrkesutøvere. Sykepleiere skal handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt, noe som krever at de har tilstrekkelig med faglige kunnskaper til å utføre ferdigheter riktig (Kristoffersen et al., 2016, s. 15-17). Gjennom forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (1999, § 4) er sykepleiere pliktige til å ha kunnskap om prinsippene for smittevernhandtering når de jobber med smitteisolerte pasienter. Da en av oss var i psykiatrisk praksis, måtte en av pasientene smitteisoleres i påvente av svar på covid-19-test. Grunnet de ansattes engstelse og uerfarenhet i forbindelse med smitteisoleringen, fikk studenten ansvaret for pasienten frem til prøvesvaret ankom. Dette belyser viktigheten av god opplæring og jevnlig oppfrisking av kunnskap, også til erfarne sykepleiere.

Flere av artiklene la frem sykepleiernes engstelse og utrygghet i møte med smitteisolerte pasienter (Carvalho et al., 2018 & Godsell et al., 2013). Carvalho et al. (2018, s. 258)

avdekket dårlig selvtillit i forhold til smittevernhåndteringen, mens sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 973) hadde mistro til smittevernstyrets beskyttelse. Rygh et al. (2017, s. 70) skriver at smittefrykt kan oppstå blant sykepleiere, og deres uvitenhet og fordommer kan føre til usikkerhet. Sykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 41) uttrykte ikke redsel for å bli smittet som følge av at de mente smitteverntiltakene ga beskyttelse så lenge de ble korrekt utført. Sykepleiere bør være varsomme med overflødig bruk av beskyttelsesutstyr og kun bruke det i nødvendige situasjoner (Rygh et al., 2017, s. 80). For at sykepleiere skal føle seg trygge i arbeidet de gjør med smitteisolerte pasienter, er det nødvendig med nok kunnskap om smittevernhåndtering og smitteverntiltakenes beskyttelse.

5.2.2 Utfordringer med smitteverntiltakene

Resultatene av studiene viste at tidspress var det mest utfordrende med smitteverntiltakene. Sykepleierne ga uttrykk for at det var frustrerende å bruke ekstra tid på å gjennomføre smitteverntiltak ettersom det gikk på bekostning av tiden inne hos pasientene (Godsell et al., 2013, Guillemin et al., 2015 & Kaba et al., 2017).

I Godsell et al. (2013, s. 974) fortalte sykepleierne at det ble et irritasjonsmoment å hente utstyr dersom noe manglet inne på isolatet, fordi beskyttelsesutstyret var tidkrevende å ta av og på. Dette støttes av sykepleierne i Kaba et al. (2017, s. 201), som brukte opptil to timer av vekten på å utføre smitteverntiltak. De kunne forlate isolatet med beskyttelsesutstyret på da de hentet manglende utstyr, for å unngå av- og påkledning. Sykepleierne fortalte det var nødvendig med avveininger og snarveier for å imøtekomme det ekstra arbeidet isolasjonsregimet krevde (Kaba et al., 2017, s. 201). I Godsell et al. (2013, s. 974) kom det frem at sikkerheten var dårligere hos de smitteisolerte pasientene, noe som økte risikoen for uønskede hendelser. Rygh et al. (2017, s. 70) sier stor arbeidsbelastning øker smittefaren som følge av at risikoen for slurv blir mer fremtredende. Det kan tenkes at den ekstra tidsbruken smitteverntiltakene fører med seg, bidrar til slurv i smittevernhåndteringen. Halvorsen et al. (2018, s. 117) skriver at målet med New Public Management er økt effektivisering, noe som har ført til mer press på sykepleiere i arbeidshverdagen. Ordningen bidrar til at kvaliteten på sykepleien blir dårligere som følge av at fokuset på produktivitet og inntekt blir mer fremtredende. Funnene kan tyde på at det økte behovet for produktivitet i sykehusene kan by på problemer for sykepleiere når det kommer til ivaretagelse av pasientsikkerheten til

smitteisolerte pasienter. Dette er også noe Stordalen (2015, s. 50) bekrefter. Antall innlagte pasienter har økt, og i sammenheng med innføringen av New Public Management har dette bidratt til et høyere tempo i arbeidshverdagen. Følgene av dette er mindre tid hos hver enkelt pasient. Stordalen (2015, s. 52) mener effektiviseringen har gått på bekostning av hygien.

Sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 973) og Guillemin et al. (2015, s. 41) var enige i at informasjon og undervisning til besøkende om smitteverntiltak var viktig. De ga uttrykk for at dette var utfordrende grunnet travle vakter og stor arbeidsmengde. Sykepleiere har en pedagogisk funksjon med å informere og undervise pasienter og pårørende (Kristoffersen, 2016d, s. 360). Videre skriver Kristoffersen (2016c, s. 19) at informasjon er en forutsetning for at pasienter og pårørende kan delta aktivt i brukervedvirkningen. Stordalen (2015, s. 149) understøtter at informasjon og undervisning til pårørende er nødvendig for å forhindre smittespredning. Stordalen forteller videre at det ikke kan forventes at pårørende har kunnskap eller erfaring om smittevern fra før, og det er dermed viktig å prioritere informasjon og undervisning i en travel hverdag.

5.2.3 Sykepleiernes opplevelse av pasientomsorgen

Et overraskende funn var at noen sykepleiere i Guillemin et al. (2015, s. 42) uttrykte at smitteisolerte pasienter fikk bedre pleie og behandling enn andre pasienter. Dette ble begrunnet med at sykepleierne brukte mer tid når de først var inne hos pasientene, slik at de fikk mulighet til å bygge en relasjon med pasientene. Flertallet av sykepleierne i Guillemin et al. (2015, s. 42) var uenige og mente pleien til smitteisolerte pasienter var redusert. Dette støttes av sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 973). Sykepleierne rapporterte om en følelse av å gi begrenset psykologisk støtte til pasientene, noe som bidro til at sykepleierne brukte lengre tid inne på isolatet (Godsell et al., 2013, s. 973). Travelbee (1999, s. 76) sier at sykepleiere kan oppleve skyldfølelse. Skyldfølelsen kan oppstå når sykepleiere føler de ikke har ivaretatt sitt ansvar overfor pasienter. Rygh et al. (2017, s. 70) bekrefter at mange sykepleiere opplever dårlig samvittighet når de ikke strekker til, i og med at det er utfordrende å jobbe med smitteisolerte pasienter. Som tidligere skrevet, foreslår Rygh et al. (2017, s. 80) ulike tiltak som bidrar til å ivareta pasienters psykososiale behov under isolasjon. Tiltakene omhandler blant annet å gjengi informasjon om sykdomsforløpet, eller tilby besøk og samtale utenfor tiden brukt ved utførelsen av prosedyrer. Tiltak som primærsykepleie og god

dokumentasjon om hvordan pasientene påvirkes av isoleringen kan være nødvendig da noen pasienter kan reagere på isolasjonen.

Det kom frem i Guillemin et al. (2015, s. 42) at prosedyrer ble kombinert med andre gjøremål, for å spare tid og begrense antall besøk. Dette gikk på bekostning av pasientenes psykososiale behov. Sykepleierne beskrev at å utføre pleie og behandling til pasienter med *Clostridium difficile* var en byrde, noe som gjorde det utfordrende å fordele pasientene blant sykepleierne (Guillemin et al., 2015, s. 41). Pleiekulturen i avdelingen kan bidra til at sykepleierne ikke reflekterer over utførelsen av ulike gjøremål. Holdninger og vaner fører til at handlinger skjer automatisk, uten videre tanker om hvordan de bør gjennomføres. På den måten forsvinner fokuset på det etiske i handlingene. For at avdelingen skal oppnå god pleiekultur må sykepleiere reflektere over handlingene som utføres, og være åpne for kontinuerlig forbedring. Dette bidrar til at sykepleiere får et kritisk blick på egen kompetanse og egne holdninger (Eide & Aadland, 2008, s. 58).

Guillemin et al. (2015) og Godsell et al. (2013) pekte på utfordringer knyttet til bruken av smittevernutstyr. Blant annet gjorde beskyttelsesutstyret det utfordrende å bygge relasjon med pasientene (Guillemin et al., 2015, s. 41). Denne utfordringen støttes av sykepleierne i Godsell et al. (2013, s. 973) som brukte humor, unnskyldninger og forklaringer for bruk av beskyttelsesutstyr. Travelbee (1999, s. 35) sier at sykepleiere skal hjelpe pasienter med å mestre sykdom og lidelse gjennom å bygge tilknytning. Rygh et al. (2017, s. 70) forteller at beskyttelsesutstyret kan ha negativ innvirkning på pasientrelasjonen som følge av at utstyret skaper en barriere mellom sykepleier og pasient. Pasienter kan oppleve det ubehagelig at ethvert møte med et annet menneske også er et nytt møte med smittevernutstyr. Dette gjør relasjonsbyggingen utfordrende da beskyttelsesutstyret blir en barriere som er vanskelig å bryte gjennom. Sykepleiere bør likevel ha fokus på relasjonsbygging for at pasienter skal oppnå høyest mulig nivå av helse.

5.2.4 Pasientenes opplevelse av isolasjon

I Goldsack et al. (2014, s. 1041) hadde isolasjonen påvirket sykehusoppholdet til nesten halvparten av pasientene. De følte på stress, frihetsberøvelse, irritasjon og stigmatisering, og en pasient ga uttrykk for å føle seg som et "pestoffer". Stordalen (2015, s. 182) bekrefter at

enhver form for isolasjon er en psykisk belastning for pasienter. Rygh et al. (2017, s. 80) bekrefter også dette, og nevner flere psykiske plager pasienter kan oppleve under isolasjonen. Å stadig bli påminnet at de har en smittsom sykdom, kan gi følelsen av å ha "pest" og å føle seg som en smittespreder. Pasienter kan oppleve at de er farlige å være rundt (Rygh et al., 2017, s. 80). Det er viktig at sykepleiere baserer handlingene sine på barmhjertighet, nestekjærlighet og respekt for menneskets liv og verdighet, slik at pasientene føler seg ivaretatt under isolasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 16-17).

I Goldsack et al. (2014, s. 1041) følte pasientene seg forskjellsbehandlet og glemt grunnet færre besøk på isolatet og lang svartid på ringeklokkene. Pasientene fortalte at visse rettigheter og privilegier ble begrenset grunnet isolasjonen. Disse følelsene kan gi opphav til pleielidelse fordi pasientene opplever at verdigheten blir krenket. Smitteisolerte pasienter kan også oppleve pleielidelse fordi de blir avhengige av andre og fratras muligheten til å kontrollere eget liv (Eriksson, 1999, s. 69-70). Også livslidelse kan bli fremtredende ved at pasienter føler seg begrenset av sykdommen og isolasjonen (Eriksson, 1999, s. 75). Det ble i Guillemain et al. (2015, s. 41) avdekket at engangsutstyr ofte ble brukt til de smitteisolerte pasientene. Vi har selv opplevd at sykepleiere serverer smitteisolerte pasienter måltider med engangsservise for å spare tid på å rengjøre servise i etterkant. Vi mener dette går utover pasientenes følelse av ivaretagelse. Verdens helseorganisasjon skriver at alle mennesker har rett på å oppnå høyest mulig helsestandard, ikke bare når det kommer til fysisk sykdom, men også mentalt og sosialt (World Health Organisation, 2020, s. 1). Dermed er det viktig med lik pleie og omsorg til isolerte og ikke-isolerte pasienter. Målet med helsehjelpen er å unngå opplevelsen av ensomhet og krenkelse forårsaket av frihetsbegrensning og forskjellsbehandling.

Det kom frem i Goldsack et al. (2014, s. 1041) at cirka 80 prosent av pasientene ikke lenger var koloniserte og derfor kunne avisoleres. Stordalen (2016, s. 182) minner om at sykepleiere må være oppmerksomme på overisolering. Av den grunn at pasienter ikke nødvendigvis er kolonisert av antibiotikaresistente bakterier etter en periode, er jevnlig testing viktig for å forhindre unødvendig isolering.

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Oppgavens hensikt var å utforske hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med smitteisolerte pasienter i sykehus, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. Vi mener oppgavens resultater henger sammen og påvirker hverandre. Sykepleiere har manglende kunnskap og erfaring, som bidrar til utrygghet i møte med smitteisolerte pasienter. Smittevernutstyret byr på utfordringer som fører til at relasjonsbyggingen med pasienter blir krevende. Sykepleiere opplever de ikke imøtekommer pasienters behov, noe som gjenspeiles i pasienters opplevelse av isolasjon. Vi vil presentere forslag vi mener bidrar til å øke kunnskap og erfaring blant sykepleiere, og som kan redusere påkjenningene sykepleiere opplever i arbeidet med smitteisolerte pasienter. Vi foreslår følgende tiltak:

- Vi oppfordrer til større fokus på undervisning, kurs og simulering om smittevern. Undervisning kan foregå en gang i uken på gunstige tidspunkter slik at flest mulig kan delta. Hensikten er å øke sykepleieres kunnskap om smittevernhåndtering. Kurs og jevnlig simuleringer om smittevern og isolasjon gjør sykepleiere mer forberedt i behandlingen av smitteisolerte pasienter.
- Vi anbefaler å innføre retningslinjer for hvordan smitteverntiltakene skal gjennomføres, for å sikre at tiltakene blir korrekt utført. Eksempelvis ved å ha plakater som viser av- og påkledning utenfor isolatet. Slike plakater kan også besøkende benytte seg av. Referansekort om smittevernhåndtering kan gis til ansatte slik at de har informasjonen lett tilgjengelig. Brosjyrer med informasjon om smittevern og isolasjon kan deles ut til pasienter som isoleres og besøkende. Det blir også et hjelpemiddel for sykepleiere ved undervisning av besøkende på travle vakter.
- Vi foreslår at det dannes veiledningsdager på avdelingen. Her åpnes det for refleksjon og tilbakemeldinger rundt ulike situasjoner. Hensikten vil være å lære av hverandre og skape fokus på forbedring. Dersom fokuset flyttes fra det utfordrende ved smitteverntiltakene og over på hvordan man best mulig kan ivareta smitteisolerte pasienter, vil også pleiekulturen i avdelingen forandres.
- Vi oppfordrer til god bemanning på vakter hvor det er økende antall smitteisolerte pasienter innlagt. Hensikten blir å redusere tidspresset sykepleiere opplever at smitteverntiltakene fører til. I tillegg er det viktig at avdelingen er utformet

tilstrekkelig for at det skal være enkelt for sykepleiere å anvende utstyr. Dette kan for eksempel gjøres ved å klargjøre sluser og isolat med nødvendig utstyr før pasienter ankommer avdelingen.

Under utformingen av oppgaven klarte vi ikke å avdekke om arbeidet med smitteisolerte pasienter var en påkjenning for sykepleiere utenfor arbeidshverdagen. Vi mener det er relevant med videre forskning om dette. Videre tenker vi det kan være aktuelt å studere hvor stor påvirkning sykepleieres kunnskap og erfaringer har på pasienters opplevelse av isolasjon. Eksempelvis om smitteisolerte pasienter har bedre opplevelse av isolasjonen dersom de mottar pleie og behandling fra erfarne sykepleiere kontra fra uerfarne sykepleiere. Det kan også være relevant å utforske hvordan sykepleiere erfarer å jobbe med smitteisolerte pasienter utenfor sykehus. Kommunehelsetjenesten må behandle pasienter på lik linje med spesialisthelsetjenesten, og de har derfor et like stort behov for erfaring om temaet.

LITTERATURLISTE

Carvalho, E., Castro, P., León, E., Del Río, A., Crespo, F., Trigo, L., Fernández, S., Trilla, A., Varela, P., & Nicolás, J. M. (2018). Multi-professional simulation and risk perception of health care workers caring for Ebola-infected patients. *Nursing in Critical Care*, 24(5), 256–262. <https://doi.org/10.1111/nicc.12396>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, T. & Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka: For kommunenes helse- og omsorgstjenester* (1. utg.). Kommuneforlaget.

Eriksson, K. (1999). *Det lidende mennesket* (1. utg.). TANO forlag.

Fee, E. og Garofalo, M. E. (2010). Florence Nightingale and the Crimean War. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1591.

<https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2009.188607>

Friberg, F. (Red.) (2017). *Dags for uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Folkehelseinstituttet (2020, 11. juni). *Årsrapport: Utbrudd av smittsomme sykdommer i 2019*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/arsrapport-utbrudd-i-2019.pdf>

Folkehelseinstituttet (2012, 29. juli). *Antibiotikaresistens, antibiotikabruk og antiviral resistens - Veileder for helsepersonell*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/antibiotikaresistens/>

Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005). Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2005-06-17-610). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2005-06-17-610>

Godsell, M.-R., Shaban, R. Z., & Gamble, J. (2013). “Recognizing rapport”: Health professionals’ lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 971–975.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.022>

Goldsack, J. C., DeRitter, C., Power, M., Spencer, A., Taylor, C. L., Kim, S. F., Kirk, R., & Drees, M. (2014). Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive patients admitted to medical-surgical units. *American Journal of Infection Control*, 42(10), 1039–1043.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.07.011>

Guillemin, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., Reygrobellet, C., & Arnould, B. (2015). How do *Clostridium difficile* infections affect nurses' everyday hospital work: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 21(2), 38–45. <https://doi.org/10.1111/ijn.12166>

Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2018). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (6. utg.). Universitetsforlaget.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kaba, A., Bauman, A., Kolotylo, C & Akhtar-Danesh, N. (2017). A descriptive case study of the changing nature of nurses' work: The impact of managing infectious diseases requiring isolation. *American Journal of Infection Control*, 45(2), s. 200-202.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.06.036>

Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 295-348). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N., J., (2016b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 237-294). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N., J., (2016d). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3:*

Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., bind 3, s. 349-406). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 89-138). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal Norsk Forlag.

Lassen, L. (2020). Fra infeksjonssykdommenes utviklingshistorie. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (3. utg., s. 60-64). Gyldendal Akademisk.

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., bind 1, s. 69-115). Gyldendal Akademisk.

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

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

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

World Health Organization (2020). Basic Documents Forty-Ninth Edition. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#

VEDLEGG 1: Utvidet oversikt over analyserte artikler

(Friberg, 2017, s. 47)

Artikkel 1	
Tittel	Multi-professional simulation and risk perception of health care workers caring for Ebola-infected patients
Tidsskrift/årstall	Nursing in Critical Care 2018
Forfatter(e)	Eva Carvalho, Pedro Castro, Ester León, Ana Del Río, Félix Crespo, Laura Trigo, Sara Fernández, Antoni Trilla, Pilar Varela & Jose Maria Nicolás.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Behandling av infeksjoner som krever et høyt isolasjonsnivå kan føre til angst og frykt hos helsepersonell.
Hensikt/formål	Vurdere effekten av tverrprofesjonell simuleringstrening om risikovurderingen og beredskap hos helsepersonell som jobber med pasienter som er vurdert til å være i risiko eller har fått bekreftet Ebola.
Metode	Kvalitativ. Studien inkluderte sykepleiere, assistenter, leger, vaskepersonell, portører og vakter. 58 deltakere hvorav 22 sykepleiere. Deltakerne fikk undervisning, opplæring og simuleringstrening over to uker. Spørreundersøkelse før og etter kurset om egenvurdering og tilfredshet av kurset.
Resultater	Før kurset hadde deltakerne manglende tillit til prosedyrenes sikkerhet og måten teamet samarbeidet under behandlingen av smitteisolerte pasienter. Etter kurset følte deltakerne seg tryggere og mer forberedt til håndtering av smitteisolerte pasienter. Deltakerne stolte mer på sine kolleger etter gjennomgått simulering. Til tross for økende selvtillit og kunnskap var følelsen om "frykt" knyttet til håndtering av smitteisolerte pasienter ikke endret.

(Fortsettelse av tabell)

Artikkel 2	
Tittel	“Recognizing rapport”: Health professionals’ lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting
Tidsskrift/årstall	American Journal of Infection Control 2013
Forfatter(e)	Mary-Rose Godsell, Ramon Z. Shaban, & Jenny Gamble.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Forebygging av nosokomiale infeksjoner er viktig for tryggheten og kvaliteten på helsetjenestene som gis. Selv om pasientenes opplevelse av omsorg ved isolasjon er godt etablert, er det lite kjent hva helsepersonell erfarer når de yter slik helsehjelp.
Hensikt/formål	Utforske helsepersonells erfaringer med pleie av pasienter ved smitteverntiltak.
Metode	Kvalitativ Tolv helsearbeidere (ni sykepleiere) fra tre ulike helsetjenester i Australia deltok. Ti gjennomgikk semistrukturerte intervjuer og tre ble observert når de praktiserte smittevern.
Resultater	Smitteverntiltakene var tidkrevende. Deltakerne mente beskyttelsesutstyret var nødvendig for beskyttelse, men oppga at det var ukomfortabelt og bød på utfordringer under utførelsen av prosedyrer. Deltakerne oppga at det oppsto uønskede hendelser hos disse pasientene fordi de fikk senere og sjeldnere tilsyn. Daglige sikkerhetskontroller ble ikke gjennomført like ofte som de skulle. Smitteverntiltakene gjorde at sykepleierne ikke fikk en like god tilknytning til pasientene, noe som førte til en følelse av å gi begrenset psykologisk støtte til pasientene. Godt samarbeid med kolleger var viktig for å ivareta pasientene og gi god behandling. Undervisning og informasjon til pårørende og besøkende om smittevern var noe flere oppga som utfordrende når de hadde lite tid tilgjengelig.

(Fortsettelse av tabell)

Artikkel 3	
Tittel	How do Clostridium difficile infections affect nurses' everyday hospital work: A qualitative study
Tidsskrift/årstall	International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.) 2015
Forfatter(e)	Isabelle Guillemin, Alexia Marrel, Axelle Beriot-Mathiot, Carole Doucet, Odysseas Kazoglou, Christine Luxemburger, Camille Reygrobellet & Benoit Arnould.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Clostridium difficile er den viktigste årsaken til smittsom diaré hos sykehuspasienter og er årsak til 30% av diarétilfeller. Pasientene må smitteisolereres, noe som kan by på flere utfordringer for sykepleiere når de skal gi pleie og behandling.
Hensikt/formål	Å undersøke hvordan Clostridium difficile påvirker sykepleieres arbeidshverdag. Det kan hjelpe interessenter med å bedre forstå sykepleieres bekymringer og behov når det gjelder ledelse rundt Clostridium difficile infeksjon, og hjelpe til med å identifisere midler for å minimere belastningen for sykehuspersonell.
Metode	Kvalitativ Tolv sykepleiere fra Frankrike og USA ble intervjuet mellom oktober 2011 og januar 2012. Kravene for deltakelse i intervjuene var at sykepleieren måtte være over 18 år og hatt minst to tilfeller av pasienter med Clostridium difficile året før intervjuet.
Resultater	Sykepleierne ga uttrykk for utfordringer knyttet til smitteverntiltakene. Det var blant annet utfordringer med beskyttelsesutstyret og tidsbruken. Studien avdekket at sykepleiernes kunnskap ofte er teoribasert og at de generelt har lite erfaring med håndtering av pasienter med Clostridium difficile. Sykepleierne uttrykte at de følte pasienter som overveldende og belastende, og de følte at det gikk ut over omsorgen pasientene fikk.

(Fortsettelse av tabell)

Artikkel 4	
Tittel	Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant Staphylococcus aureus positive patients admitted to medical-surgical units
Tidsskrift/årstall	American Journal of Infection Control 2014
Forfatter(e)	Jennifer C. Goldsack, Christine DeRitter, Michelle Power, Amy Spencer, Cynthia L. Taylor, Sofia F. Kim, Ryan Kirk, & Marci Drees.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Pasienter som tidligere har fått påvist MRSA isoleres når de innlegges på sykehus, uten kartlegging og screening. Dette blir dyrt for sykehusene og en påkjenning for pasientene.
Hensikt/formål	Å undersøke den kliniske opplevelsen til pasienter som har påvist MRSA når de innlegges i sykehus.
Metode	Kvantitativ Studien varte over ni måneder og tok for seg pasienter oppført som MRSA-positive. Pasienter som ble behandlet med antibiotika eller som hadde fått påvist MRSA for mindre enn tolv måneder siden ble ekskludert. Pasientene som fortsatt var MRSA-positive besvarte et spørreskjema om pasienters kunnskap og forståelse av deres MRSA-status, hvordan MRSA-isolasjon påvirket sykehusoppholdet, og følelsesmessig påvirkning av isolasjonen.
Resultater	130 (80,2%) av 162 pasienter, isolert grunnet positiv MRSA test for over 12 måneder siden, kunne avisoleres. Kun 32 (19,2%) av pasientene var fremdeles MRSA-positive. 13 (41%) av pasientene, som deltok på spørreundersøkelsen, følte isoleringen hadde påvirket sykehusoppholdet. Dette gikk ut på at de fikk færre besøk, redsel for å smitte andre og følelsen av forskjellsbehandling. 9 (28%) pasienter rapporterte om emosjonell engstelse fra isolasjonen da de følte de mistet rettigheter og frihet, og kjente på stigma grunnet infeksjonen.

(Fortsettelse av tabell)

Artikkel 5	
Tittel	A descriptive case study of the changing nature of nurses' work: The impact of managing infectious diseases requiring isolation
Tidsskrift/årstall	American Journal of Infection control 2017
Forfatter(e)	Alyshah Kaba, Andrea Baumann, Camille Kolotylo og Noori Akhtar-Danesh
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Antibiotikaresistente organismer og pasientsikkerhet er av internasjonal bekymring. Slike organismer har blitt mer vanlig i helseorganisasjoner, noe som gir en større sykdomsbyrde for sykepleiere.
Hensikt/formål	Kartlegge isolasjonskrevende infeksjoners innvirkning på sykepleieres daglige arbeid.
Metode	Kvalitativ Studien varte fra mars til april i 2011 i Canada. 18 sykepleiere fra fem sykehusenheter ble intervjuet. Spørsmålene hadde fokus på økningen i infeksjoner som krever isolering, endringer i sykepleieres arbeid og oppfatninger av pasientarbeid.
Resultater	Sykepleierne kunne bruke opptil to timer av skiftet på å gjennomføre smitteverntiltakene. Sykepleierne erkjente at det ble nødvendig med avveininger og snarveier for å imøtekomme det ekstra arbeidet isolasjonsregimene krevde. Dette førte til at kvaliteten og kontinuiteten av pasientpleien ble dårligere, og de fikk ikke møtt pasientenes psykososiale behov. For å forbedre pasientpleien til smitteisolerte pasienter, fikk de tavler som ga informasjon om smitteisolerte pasienter. For å forbedre kommunikasjonen, begynte de med daglige møter og formidling av data på klinisk nivå, og fremhevet nye problemer ved infeksjonskontroll. De brukte verbale og skriftlige rapporteringssystemer og elektroniske kunngjøringer for å dele informasjon om smittsomme sykdommer.