

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Hvordan sykepleier kan ivareta pasientens psykososiale behov ved
smitteisolering i somatisk sykehus*

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12/05-2021

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Isolering som tilleggsfaktor for innlagte pasienter i somatisk sykehus forekommer ofte. Det å bli isolert kan gå på bekostningen av pasientens psykososiale behov. Det er viktig at man som sykepleier vet hva som skjer med pasienter som blir isolert og hvorfor de får reaksjoner. Man må ha kunnskaper for å gi god sykepleie til pasienter som er isolert.

Hensikt: Hvordan sykepleier kan ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering i somatisk sykehus.

Metode: Vi har foretatt en litteraturstudie der fire vitenskapelige forskningsartikler blir brukt. To kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel. Den fjerde artikkelen brukte både kvalitativ og kvantitativ metode. Vi brukte Fribergs analysemetode. Funnene i artiklene ble kategorisert inn i tre hovedkategorier og seks underkategorier. Ved bruk av både Virginia Henderson og Katie Erikssons teorier kom vi frem til gode drøftinger. For å kunne svare på hensikten har vi først identifisert hvordan pasienten har det, for å så si noe om sykepleietiltak.

Resultater: Ut ifra funnene knyttet opp mot teori fant vi ut at pasienten opplever isolat som psykisk og sosialt belastende. Flere av pasientens reaksjoner kommer av utilstrekkelig sykepleie. Få og korte besøk, manglende kommunikasjon og lite informasjon førte til at pasienten følte seg ensom og stigmatisert. Vi kom frem til flere tiltak som sykepleier kan iverksette for å bedre pasientens situasjon.

Nøkkelord: Isolasjon, psykososiale behov, sykepleier, sykehus.

Forord

'No Man is an Island'

*No man is an island entire of itself, every man
is a piece of the continent, a part of the main.*

John Donne, 1624

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemformulering	5
1.3	Begrepsavklaring.....	6
1.4	Hensikt	6
2.0	TEORI	8
2.1	Smittevern	8
	2.1.1 Isolering.....	8
	2.1.2 Smittemåter.....	8
2.2	Kommunikasjon	9
2.3	Psykiske reaksjoner på isolasjon	10
	2.3.1 Ivaretagelse av psykososiale behov	10
2.4	Virginia Henderson	12
	2.4.1 Grunnleggende sykepleieprinsipper	12
	2.4.2 Sykepleierens ansvarsområde	13
2.5	Katie Eriksson	13
3.0	METODE	14
3.1	Valg av metode.....	14
3.2	Søkeprosessen	15
	3.2.1 Valg av søkestrategi	15
	3.2.2 Valg av databaser.....	15
	3.2.3 Valg av søkeord.....	15
	3.2.4 Valg av artikler.....	16
3.3	Analyse av artikler.....	18
4.0	RESULTATER	20
4.1	Isolasjonsregimets belastninger.....	20
	4.1.1 Smittevernets betydning for pasienten.....	20
	4.1.2 Enerommets betydning for pasienten	21
4.2	Pasientens behov for kontakt og informasjon	22
	4.2.1 Sosial kontakt med pårørende	22
	4.2.2 Sykepleiernes kommunikasjon og informasjon til pasientene	23
4.3	Pasientens helhetlige behov.....	24

4.3.1	<i>Pasientens psykiske og emosjonelle reaksjon</i>	24
4.3.2	<i>Kvaliteten på omsorg i isolasjon</i>	24
5.0	DISKUSJON	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.1.1	<i>Kildekritikk</i>	26
5.1.2	<i>Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode</i>	28
5.1.3	<i>Forfattere og forlag</i>	28
5.1.4	<i>Deltakere og arena</i>	28
5.1.5	<i>Språk</i>	29
5.1.6	<i>Land</i>	29
5.2	Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1	<i>Sykepleie ved smittevern</i>	30
5.2.2	<i>Betydningen av kontakt og informasjon</i>	32
5.2.3	<i>Helhetlig sykepleie</i>	34
6.0	ANVENDELSE I PRAKSIS	37
	LITTERATURLISTE	39
	VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	43
	VEDLEGG 2. GRUNNLEGGENDE SYKEPLEIEPRINSIPPER	47

Antall ord: 10732

1.0 INNLEDNING

I 2019 ble det rapportert om 2138 smittsomme sykdomstilfeller i helseinstitusjoner i Norge. Norovirus, influensavirus, MRSA, campylobacter og E. Coli infeksjon var dominerende (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 9). I tillegg til dette er vi i dag preget av en pandemi. Dette gjør at stadig flere pasienter blir smitteisolerte under sykehusoppholdet. Å bli isolert innenfor fire vegger over lengre tid er en påkjenning, og for mange oppleves det som en livskrise (Almås, 2016, s. 70). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sies det at sykepleier skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019). Dette inkluderer ivaretagelse av psykososiale behov hos smitteisolerte pasienter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smitteisolering av pasienter er noe vi begge har erfart ute i praksis, og i våre jobber på sykehuset. Vi har gjennom arbeidserfaring observert at sykepleiere har ulike kunnskaper og holdninger knyttet til smitteisolerte pasienter. Vi har opplevd at det kan gå lang tid mellom hver gang sykepleier går fysisk inn på pasientrommet. Ved å bare kikke inn gjennom døren opplever vi at det er større rom for sosial distansering. Vi har opplevelse at omsorgen som ytes til smitteisolerte pasienter er redusert. Vi synes at dette er et viktig tema å ta fatt i. For det første har man som sykepleier i oppgave å dekke pasientens psykososiale behov, uavhengig om pasienten er isolert eller ikke. For det andre anser vi dette som et tidsaktuelt tema. På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke hvordan man som sykepleier kan ivareta de psykososiale behovene hos smitteisolerte pasienter.

1.2 Problemformulering

Uansett hvilken sykehusavdeling man jobber på, møter man pasienter i isolasjon. Sykepleierens omsorgsevne ovenfor den smitteisolerte pasient spiller en viktig rolle for hvordan pasienten opplever å bli sett og ivaretatt. Konsekvensene av isolasjon kan føre til psykisk belastning for pasienten. Samtidig som smittevernregler må følges, har sykepleier i oppgave å ivareta pasientens psykososiale behov. Vi har erfart i praksis at dette kan være utfordrende på grunn av manglende kunnskap og fokus på dette temaet. Vi har valgt å sette søkelys på smitteisolering på enerom, da dette er normal praksis på en sengepost ved norske sykehus. Vi har valgt å ta utgangspunkt i hvordan psykososiale reaksjoner kommer til uttrykk

hos isolerte pasienter, uavhengig av mikrobe som fører til isolasjon. Vi har valgt å se på pasienter som er smitteisolerte over flere døgn. Det er først og fremst når isolasjonen varer en stund det kan gå utover pasientens psykiske helse. Flere døgn definerer vi som 3 dager og utover. Vi er bevisst på at vi ikke kan fange alle aspekter ved problemstillingen. Pårørende er en ressurs, og kan være til hjelp for å observere hvordan pasienten har det. I denne oppgaven har vi ikke anledning til å ta dette aspektet med, grunnet ord og tidsbegrensninger. Pårørendes perspektiv er heller ikke direkte relevant for oppgavens hensikt. Vi har derfor valgt problemformuleringen om hvordan sykepleier kan ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering i somatisk sykehus (Friberg, 2017, s. 40).

1.3 Begrepsavklaring

Isolat er i denne oppgaven et pasientrom som er bebodd av en pasient med smittsom sykdom. Isolatet er opprettet for å unngå smittespredning til andre pasienter og helsearbeidere. Det er viktig å opprette isolat så fort som mulig ved mistanke om infeksjon for å unngå smittespredning.

Psykososiale behov er grunnleggende psykiske og sosiale behov for å ha en god psykisk helse, og fungering. “*Psykososial er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering*” (Svartdal, 2020). Psykososiale behov på isolat vil være hvordan pasienten håndterer situasjonen psykisk, og hvordan det sosiale miljøet rundt pasienten er.

Smittevernutstyr er utstyr som blir brukt for å verne seg mot mikrober.

Sertifisering er “en bekreftelse fra en uavhengig part om at et produkt eller en tjeneste tilfredsstillt kravene i et eller flere kravdokumenter” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5).

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap om skriveprosessen, samt å anvende og analysere artikler opp mot hverandre. Oppgaven vil gi oss dypere kunnskap om pasientens psykososiale behov ved smitteisolering på sykehus. Hensikten med oppgaven er å undersøke

hvordan sykepleier kan ivareta psykososiale behov hos pasienter som er smitteisolerte over flere døgn på somatisk sykehus.

2.0 TEORI

I denne delen vil vi utdype hva smittevern innebærer. Videre vil vi se nærmere på kommunikasjonens betydning når pasienten blir møtt av sykepleier i smittevernutstyr. Deretter gis det en utdypende forklaring på pasientens reaksjoner på isolasjon, og hvordan sykepleier kan utøve sykepleie på en måte som ivaretar pasientens psykososiale behov. Til slutt vil vi trekke inn to sykepleieteoretikere.

2.1 Smittevern

Kjennskap til basale og grunnleggende smitteverntiltak er viktig for å bryte smittekjeden og hindre videre spredning (Almås, 2016, s. 71). Lov om smittevern er regulert i smittevernloven. Denne loven har som formål å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer, ved å forebygge og motvirke at de blir overført til andre (Smittevernloven, 1994, §1-1). Et godt fungerende smittevern på sykehus med fokus på kvalitet er viktig. Dette kan føre til at sykepleier er mer trygg i sitt arbeid, noe som kan påvirke pasienten på en positiv måte (Steen & Degré, 2016, s. 289).

2.1.1 Isolering

Isolering på sykehus skal iverksettes som tiltak ved mistanke om smittsom infeksjon, eller hvis pasienten blir innlagt og har en underliggende smittsom sykdom (Folkehelseinstituttet, 2015). Hensikten med isolering er å bryte smittekjeden. Hva slags isoleringsregime som skal iverksettes er det lege og sykepleie som vurderer, ut fra hvilken type smitte pasienten har. Informasjon til pasienten om isolasjonsregimet og hva dette innebærer, er et samarbeid mellom lege og sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleier har gode kunnskaper om hvordan de forskjellige infeksjonssykdommene smitter. På denne måten kan riktig informasjon gis og riktig isoleringsregime bli iverksatt (Almås, 2016, s. 75). Sykepleier skal tilpasse informasjon til den enkelte, og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

2.1.2 Smittemåter

Smittemåten og bekledningen til kontakt, dråpe og luftsmitte er ulik. Nødvendig beskyttelsesutstyr ved kontaktsmitte er engangshansker og smittefrakk. Ved dråpe- og luft smitte kreves det full tildekking med smittefrakk, engangshansker, visir/briller og

munnebind. Ved luftsmitte er det i tillegg nødvendig med åndedrettsvern (Folkehelseinstituttet, 2020, 20:30). Det kreves at sykepleier har kunnskap om smittemåtene, slik at riktig beskyttelsesutstyr brukes. Det kreves også ferdigheter i av- og påkledning. Dette er essensielt for at smitten ikke skal overføres til andre, noe som er smittevernlovens formål (Almås, 2016, s. 78-79).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2017, s. 17). Ifølge Joyce Travelbee er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskaper. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person, og kan på denne måten imøtekomme den enkeltes behov (Grimsbø, 2016, s. 34). Det sies at nonverbal kommunikasjon står for 70% av det mottakeren tolker, noe som betyr at kroppsspråket vårt sier mer enn ord (Dahl, 2019).

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Sykepleierens ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, tonefall og berøring avslører om sykepleier er interessert. Enten oppleves sykepleier som lyttende og hjelpende, eller avisende og uengasjert (Eide & Eide, 2017, s. 135). Å bekrefte med kroppsspråket kan ses på som et terapeutisk middel, ved at det formidler medfølelse, omtenksomhet og trygghet. Smittevernutstyr gjør at kroppsspråket blir skjult, noe som byr på utfordringer knyttet til kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 141).

Måten sykepleier ser pasienten på gjennom øyekontakt kan ha avgjørende betydning for om pasienten føler seg hørt eller oversett. Sykepleier møter pasienten gjennom blikket, og øyekontakt er viktig i personsentrert kommunikasjon. Sykepleier kan gjennom blikket uttrykke oppmerksomhet og omtanke ovenfor pasienten, og dermed kan det bidra til å fremme relasjonen mellom dem (Eide & Eide, 2017, s. 144).

Sykepleierens kroppsholdning, bevegelser og nærhet/avstand er også en del av den nonverbale kommunikasjonen. I samtale med pasienten er det viktig at sykepleier er vendt mot pasienten for å vise empati og interesse. Kroppslig ro viser at sykepleier har god tid, noe som er viktig for at pasienten skal føle seg sett som et enkelt individ. Dersom sykepleier er urolig og utfører praktiske gjøremål samtidig som man fører en dialog med pasienten, kan det

tolkes som at sykepleier ikke er interessert eller har knapt med tid (Eide & Eide, 2017, s. 146).

Sykepleierens tonefall kan formidle ro eller uro, og derfor er det viktig at tonefallet tilpasses enhver situasjon. Berøring kan brukes for å skape kontakt mellom sykepleier og pasient, og i tillegg formidler det håp og tillit. Hvor stor grad den enkelte liker berøring er varierende. Sykepleier må derfor bruke sitt kliniske blikk, og foreta en individuell vurdering om berøring kan ha positiv innvirkning på pasienten. Fysisk berøring for sykepleier er en måte å vise omsorg på. Å vise med sitt kroppsspråk at man ser pasienten der han/hun er, sees på som viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt. Følelse av at sykepleier ikke forstår, kan føre til økt opplevelse av ensomhet i et ukjent sykehusmiljø (Eide & Eide, 2017, s. 147-149).

2.3 Psykiske reaksjoner på isolasjon

Som individ har vi grunnleggende behov; fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/kulturelle behov. Pasienter i isolasjon er avhengig av andre for å få dekket sine grunnleggende behov. Hvordan den enkelte reagerer på isolasjon kan være forskjellig. Viktige faktorer som spiller inn er pasientens psykiske og fysiske helse, samt isolasjonstiden. Psykiske reaksjoner som kan komme til uttrykk ved isolasjon er mange, blant annet angst, ensomhet, tap av kontroll, stress og skyldfølelse (Almås, 2016, s. 80).

Almås (2016, s. 80) trekker frem at pasientrommet kan bli assosiert med en fengselscelle, noe som kan skape barriere mellom pasient og omverden. Videre skriver Almås (2016, s. 80) at bruk av smittevernsutstyr, særlig det å bli berørt med hansker, oppleves som utfordrende for pasienten. Samtidig kan det være utfordrende for pasienter på dråpe og luftsmitte regime å kommunisere med sykepleiere som er totalt tildekket, der bare øynene synes.

2.3.1 Ivaretagelse av psykososiale behov

Det å jobbe med isolerte pasienter er både utfordrende og tidkrevende. Pasienten i isolasjon er avhengig av andre for å få dekket sine behov, særlig de psykiske og sosiale behovene. Etablering av en god relasjon med sykepleier som er basert på tillit, er viktig for pasienten (Almås, 2016, s. 70). En god relasjon mellom sykepleier og pasient skjer gjennom utvikling av et menneske til menneske forhold. Dette er et gjensidig forhold, noe som betyr at det er

meningsfylt for både sykepleier og pasient. Tegn på at pasient og sykepleier har utviklet dette forholdet er at pasienten får sine behov ivaretatt, samt at pasienten finner mening med sin tilværelse (Kirkevold, 2006, s. 117). Ved at sykepleier blir bedre kjent med pasienten gjennom kommunikasjon, har sykepleier større forutsetning for å forstå pasientens reaksjoner. Sykepleier kan dermed hjelpe pasienten til å mestre hverdagen i isolasjon, ved å iverksette individuelle tiltak (Almås, 2016, s. 70).

En annen sentral faktor er at sykepleier bruker god tid inne hos pasienten. Almås (2016, s. 80) trekker frem at pasienten helst bør ha en time med samtale hver dag. Denne tiden skal beregnes utenom det sykepleier utfører av nødvendige gjøremål. Selv om pasienten ikke har ringt i ringesnoren, er det likevel viktig å gå ofte inn til pasienten. Almås (2016, s. 80) påpeker at pasienten får økt følelse av kontroll over sin hverdag, ved å få sitt informasjonsbehov dekket. Det er viktig at sykepleier gir oppdatert og gjentagende informasjon om planen videre, og om det eventuelt er noe nytt om sykdommen og isoleringstiden.

For å gjør tiden i isolasjon lettere kan det være til hjelp for pasienten å normalisere reaksjonene. Ifølge Almås (2016, s. 80) kan dette gjøres ved at sykepleier snakker med pasienten om tidligere pasienters reaksjoner, og hvordan de håndterte dem. Å vite at andre har erfart det samme, kan gi følelse av fellesskap ved at man ikke er den eneste som synes isolasjonstiden er vanskelig.

Besøk av pårørende kan være positivt med tanke på pasientens psykososiale behov. Samtidig må man forberede pasienten på at pårørende må bruke beskyttelsesutstyr på lik linje som sykepleier, og at de må oppholde seg på pasientens værelse. Det er viktig at sykepleier observerer psykiske forandringer hos pasienten. Dette er fordi sykepleier skal kunne gripe inn tidlig og forebygge utagering, hallusinasjoner og psykose som kan oppstå hos pasienter i isolasjon (Almås, 2016, s. 80).

2.4 Virginia Henderson

Sykepleie kan tolkes på mange måter og det finnes mange teorier og definisjoner. Virginia Henderson var en av de første som satte ord på hva sykepleie er, og hennes teori ble bygget på grunnleggende universelle behov (Kirkevold, 2006, s. 102).

Målet for sykepleie er, ifølge Henderson, å fremme helse og helbredelse, samt sørge for en fredfull død, dersom døden er unngåelig. Sykepleierens rolle er å hjelpe eller veilede personer med å utføre gjøremål, som de selv hadde gjort hvis de hadde hatt nok ressurser til det. Med dette mener hun at sykepleier skal hjelpe det friske eller syke mennesket med det som er nødvendig. Målet er hele tiden at pasienten skal gjenvinne sin selvstendighet, og bli uavhengig av sykepleier, slik at pasienten selv kan dekke de grunnleggende behovene (Kirkevold, 2006, s.102).

2.4.1 Grunnleggende sykepleieprinsipper

Henderson utarbeidet 14 punkter som hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. Punktene tar utgangspunkt i menneskelige behov, og omhandler fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Tre av Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper har betydning for pasientens psykososiale behov;

Å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre

Dette er punkt 9 i grunnleggende sykepleieprinsipper. Både syke og friske kan bære en unødig frykt for farer. Desto mer kunnskap sykepleier har om farer, desto større forutsetninger er det for at sykepleier kan fjerne faren. Å fjerne faren bidrar til å berolige pasienten. Henderson mener at det å beskytte andre og seg selv er en tidkrevende oppgave, og at mye av tiden inne hos smitteisolerte pasienter går til dette. Det er ikke alltid pasienten har nok kunnskap om hvor smittsom deres sykdom/infeksjon kan være for andre. Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten til å tilegne seg kunnskap, slik at pasienten ikke kan skade andre (Norsk sykepleierforbund [NSF], 1997, s. 49).

Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser

Dette er punkt 10 i grunnleggende sykepleieprinsipper. Ifølge Henderson er det å være i et ukjent sykehusmiljø, hvor man er adskilt fra pårørende og venner, en lidelse i seg selv. Henderson understreker viktigheten av sykepleierens forståelse, slik at pasienten får hjelp til å

mestre psykologiske farer. Henderson sier videre at det ofte er sykepleier som hjelper pasienten med å få kontakt med andre som betyr mye for dem. Det å holde kontakt med sine nære og kjære er viktig for at pasienten ikke skal føle seg ensom. Det er viktig å skape rom for at pasienten skal få mulighet til å uttrykke sine følelser og behov (Norsk sykepleieforbund [NSF], 1997, s. 54).

Å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler

Dette er punkt 13 i Hendersons sykepleieprinsipper. Normalt er menneskets hverdag preget av rekreasjon. Med dette menes stimulering i form av underholdning og sysselsetning, for eksempel lese en bok, gå tur, se fjernsyn, og det å være sammen med andre mennesker. Mennesket kan ved sykdom oppleve å bli fratatt denne muligheten. Ifølge Henderson bør utøvelsen av sykepleie inkludere en eller annen form for rekreasjon tilpasset pasienten. Sykepleier bør føle seg ansvarlig for å finne muligheter til underholdning, og oppmuntre pasienten til det (Norsk sykepleieforbund [NSF], 1997, s. 60).

2.4.2 Sykepleierens ansvarsområde

Henderson utviklet ikke bare de 14 grunnleggende gjøremålene, men definerte også sykepleiers ansvarsområder. Ett av disse er *relevante aspekter ved pasientens omgivelser*. Henderson påsto at omgivelsene kunne virke inn på pasientens fysiske og psykiske helse. Sykepleier har ansvar for et helsefremmende og trygt miljø. Dette omhandler aspekter som har med rommets fysiske utforming å gjøre, for eksempel renslighet. Henderson trekker også inn betydningen av kvaliteten på luft og lys (Kirkevold, 2006, s. 105).

2.5 Katie Eriksson

Å ha kontroll i eget liv og være uavhengig av andre mennesker er viktige verdier i det å være menneske. Lidelse kan oppstå når mennesket har behov for hjelp av andre over lengre tid. Ved sykdomslidelse føler pasienten på fysisk smerte, følelse av skam og at de føler seg mindre verdt. Det å bli isolert fra omverden, betegner Eriksson som en form for livslidelse. Uteblitt pleie er en form for pleielidelse, og forekommer når omsorgsdimensjonen mangler. Pasienten får ikke ivaretatt sine grunnleggende behov. Ved pleielidelse mangler sykepleieren evne til å observere hva pasienten trenger, og har manglende motivasjon for å utøve pleien som trengs (Grimsbø, 2016, s. 195-197).

3.0 METODE

Ifølge Dalland benyttes metode som redskap for å få frem ny kunnskap eller for å etterprøve allerede eksisterende kunnskap. Metode kan ses på som en fremgangsmåte for å innhente data, eller som et hjelpemiddel for å besvare en problemformulering. Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metode. Valg av metode avhenger av hva man ønsker å undersøke. Metoden som blir valg skal egne seg for å få belyse den enkelte problemformuleringen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51-52). Kvantitativ metode gir data som kan tallfestes, og brukes for å få breddekunnskap, finne årsakssammenhenger og for å teste spesifikke hypoteser (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 102). Kvalitativ metode gir data i form av tekst, som gir informasjon om den enkeltes mening og opplevelse. Begge metodetilnærningene brukes i samfunnsvitenskapen, hver for seg eller som en kombinasjon (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, noe som vil si at oppgaven er basert på allerede eksisterende kunnskap fra vitenskapelige forskningsartikler. Ifølge sykepleieforsker Febe Friberg handler litteraturstudie om å få oversikt over kunnskap innenfor et bestemt område eller problem (Friberg, 2017, s. 141) I oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i Fribergs arbeidsmåte og tankemodell, gjennom å utføre en integrativ litteraturoversikt. Det innebærer at vi først foretar en datasamling, hvor vi innhenter data fra artiklene som er relevant for vår oppgave. Hensikt, metode og resultater fra enhver studie, ble satt inn i en oversiktstabell. Deretter ble resultatene fra artiklene sammenlignet og vurdert opp mot hverandre. Ved å dra konklusjoner fra studienes resultater, skal man ifølge Friberg sitte igjen med “en ny helhet” (Friberg, 2017, s. 148-150)

En litteraturstudie kan basere seg på kvantitative eller kvalitative artikler, eller en kombinasjon av disse (Friberg, 2017, s. 108). Til forskjell fra kvantitativ tilnærming som gir bred kunnskapsforståelse ovenfor et område, gir kvalitativ tilnærming dypere forståelse (Dalland, 2017, s. 52). Ved å bruke begge disse tilnærningene i oppgaven får vi en mer sammensatt forståelse. Datasamlingen vår er hentet fra vitenskapelige forskningsartikler som omhandler psykososiale behov hos smitteisolerte pasienter. Ved å benytte oss av Friberg sin metode leste vi mange forskningsartikler. På den måten fikk vi et overblikk over hvilke artikler som var relevante for vår oppgave. Resultatene fra studiene ble sammenfattet og

analysert, og er utgangspunktet for å besvare oppgavens problemformulering og hensikt (Friberg, 2017, s. 179)

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Valg av søkestrategi

Vi har valgt å bruke strukturert litteratursøk som søkestrategi. Vi søkte gjennom flere databaser for å finne de mest relevante artiklene som besvarer oppgavens hensikt. I vår oppgave ønsket vi å bruke forskning publisert i nyere tid. Dette var for å få mest mulig oppdatert informasjon på området. Vi ønsket å bruke forskning fra land som har tilsvarende lik sykehusstand som Norge, slik at det kan være overførbart.

3.2.2 Valg av databaser

Vi har brukt fjerntilgang via skolens studentnettside for å få tilgang til databasene hjemmefra. For å finne artikler som kunne svare på oppgavens hensikt, har vi brukt to databaser: CHINAL og Idunn. Begge databasene publiserer forskning rettet mot helsefag og sykepleie. Under søkeprosessen dukket flere av de utvalgte artiklene opp i andre databaser. Det er forskjellige grunner til at vi har valgt å bruke disse to databasene. Blant annet gav databasene oss et bredt utvalg av vitenskapelige artikler. I tillegg er vi begge kjent med disse databasene fra tidligere, noe som lettet søket vårt etter vitenskapelige artikler.

3.2.3 Valg av søkeord

Bakgrunn for valg av søkeord var å bruke ord som vi ønsket skulle være relevant i artiklene. Vi begynte å søke med norske ord som for eksempel isolasjon, psykososial, sykehus og smitte. Etter hvert som vi leste artikler fant vi ut at vi burde benytte oss av engelske søkeord. Selv om vi brukte engelske søkeord, fikk vi fortsatt opp skandinaviske tekster. Vi fant nye søkeord ved å se på “key words” i artiklene vi leste. På den måten fant vi mange gode søkeord som vi brukte blant annet for å finne våre fire artikler. Hvilke søkeord vi brukte for å komme frem til hver enkelt artikkel, se tabell 1.

3.2.4 Valg av artikler

For å velge artikler hadde vi flere inklusjons og eksklusjonskriterier. Kriteriene blir presentert i tabell 2. Vi valgte i prosjektplanen å bruke kvalitative studier for å få med de autentiske pasientopplevelsene og erfaringene ved isolasjon. Da vi begynte å søke fant vi ut at vi måtte ta med kvantitative studier for å få nok relevant bakgrunnsmateriale til denne bacheloren. Desto flere pasienter studiet innhenter informasjon fra, jo mer representativt blir resultatet.

Ved bruk av søkeord, inklusjons og eksklusjonskriterier på databasene, fikk vi maksimalt 15 treff. Dette gjorde jobben med å lese sammendrag og resultat overkommelig. Vi valgte å se bort ifra artikler som omhandlet SARS-CoV. Covid-19 er relativt nytt virus med flere mutasjoner. Man vet ikke hvor syk hver enkelt person kan bli av viruset, noe som kan gjøre pasienter engstelige. Ved “etablerte” infeksjoner er det mer forutsigbart hvor syk pasientene kan bli av sykdommen i seg selv.

I databasene benyttet vi oss av funksjonen avansert søk. Der huket vi av boksen med peer reviewd, engelsk og skandinavisk tekst, og årstall. Vi brukte ordet, AND, mellom hvert søkeord. Grunnen til det, var at vi ønsket å få opp artikler som hadde alle søkeordene i seg. At søkeordene ble søkt på som en sammenheng, gjordet at vi fikk opp færre artikler på hvert søk enn om vi skulle hatt, OR, mellom søkeordene.

For å komme frem til de fire valgte artiklene gikk vi gjennom flere evalueringer. Vi leste først artikkelens overskrift. De overskriftene som virket interessante tok vi en nærmere titt på, ved å lese artiklens sammendrag og resultater.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

Database	Søkeord og avgrensning	Antall treff	Artikkel	Metode
Idunn	Source isolation AND patient AND effect Avgrensning: 2011	6	Bag lukkede døre – patienter og pårørendes oplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation	Kvalitativ
Chinal	Patient isolation AND cross infection AND psychosocial factors Avgrensning: English language, Peer reviewed, Full text, 2010	15	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillinresistant Staphylococcus aureus (MRSA)	Kvalitativ
Chinal	Patient isolation AND cross infection AND psychosocial factors Avgrensning: English language, Peer reviewed, Full text, 2011	10	Effects of isolation on patients and staff	Kvalitativ og kvantitativ
Chinal	Patient isolation AND psychosocial factors AND infection control AND experience Avgrensning: English Language, Peer reviewed, 2011	10	Patient isolation for infection control and patient experience	Kvantitativ

Tabell 2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Peer Review	Systematic Review
Tilnærmet likt helsevesen som Norge	Literature Review
Vestlig medisin	Ikke vestlig medisin
Utgivelsesår <10 år	Utgivelsesår >10år
Pasienter isolert >3 dager	Pasienter isolert <3 dager
Studier fra sykehus	Studier fra sykehjem og hjemmet
Engelsk og skandinavisk tekst	Andre enn engelsk eller skandinavisk tekst
Vanlig isolasjonsrom/enerom	Kohortstudie

3.3 Analyse av artikler

Ifølge Friberg dreier analysearbeidet seg om å bevege seg fra helhet til del, og deretter sette delene sammen slik at det blir en ny helhet. Vi startet analysearbeidet vårt ved å studere resultatene fra alle studiene. Ved å lese resultatene fikk vi også mer forståelse for hva artiklene dreide seg om. Dermed kunne vi forsikre oss om at funnene hadde relevans for å besvare vår hensikt. For å få en tydelig oversikt, markerte vi i deler av teksten med forskjellige farger som representerte forskjellige kategorier. På denne måten kunne vi tydelig trekke likheter og ulikheter mellom studiene. Kategorier og tema ble identifisert, og til slutt kunne vi se et gjennomgående mønster i artiklene som var med på å skape nye tema (Friberg, 2017, s. 178). Gjennom vårt analysearbeid kom vi frem til tre hovedkategorier og seks underkategorier. Disse kategoriene er sentrale for å besvare vår problemformulering og hensikt. Kategoriene presenteres i tabell 3.

Tabell 3.

Hovedkategori	Underkategori
Isolasjonsregimets belastninger	Smittevernets betydning for pasienten
	Enerommets betydning for pasienten
Pasientens behov for kontakt og informasjon	Sosial kontakt med pårørende
	Sykepleiernes kommunikasjon og informasjon til pasientene
Pasientens helhetlige behov	Pasientenes psykiske og emosjonelle reaksjoner
	Kvaliteten på omsorg i isolasjon

4.0 RESULTATER

4.1 Isolasjonsregimets belastninger

4.1.1 Smittevernets betydning for pasienten

Smittevernsutstyret har en sentral rolle i isolasjon. Smittevern er med på å beskytte oss selv fra å få sykdommen, men og unngå å spre den videre. Selv om smittevern er ment for å beskytte, kan det gi en negativ innvirkning på pasienten. I tre av artiklene blir det tatt opp negative følger av smittevernsutstyr.

I Petersen et al. (2021, s. 59) sin studie kommer det frem at bruk av smittevernsutstyr gjør at pasienten føler seg kontaminert, og som en trussel mot omgivelsene. Studien viser at bruk av smittevernsutstyr gjør at pasienten får økt sykdomsfølelse. Pasientene relaterer seg til en mer smittsom og dødelig sykdom, enn det vedkommende er isolert for. Pasientene kjenner på en distansering til pleierne, fordi det er vanskelig å skille hvem som er hvem grunnet pleiernes bekledding. Dette fører også til utfordringer i forhold til den nonverbale kommunikasjonen, noe studien også peker på. Pasientene i studien utført av Petersen et al. (2021, s. 59) trekker frem at smittevernsutstyret skaper en barriere mellom pleier og pasienten. Denne avstanden mellom dem ble skapt gjennom to aspekter. Det første var bruken av smitteutstyr, særlig munnbind. En av deltagerne i studien sa: «*Så masken ... den er lidt træls. For det betyder meget for udtryk og mimik. Man kan godt se på øjnene om de smiler eller sådan, men alligevel så sker der jo meget fra øjnene og ned efter*» (Petersen et al., 2021, s. 59).

En annen faktor i Petersen et al. (2021, s. 59) som skapte avstand var at pasienten opplevde færre og kortere besøk, samt mindre spontane besøk. I samme studie kom det frem at pleierne kun kom inn når de hadde en grunn. Studien trekker frem at pasienten følte seg til bry hvis de trengte hjelp, fordi personalet måtte bruke tid på å kle seg opp (Petersen et al., 2021, s. 60).

I likhet studien utført av Petersens et al. (2021, s. 59) kommer også studien til Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 399) frem til at pasientenes fikk færre tilsyn fra helsepersonellet. Dette kunne bekreftes av helsepersonellet i samme studie (Lupión-Mendoza et al., 2015, s. 398). “it takes time wearing the gown, so you tend to enter the room only when necessary,

and they may be the last ones to be attended to for routine activities” (Lupi3n-Mendoza et al., 2015, s. 399). Helsepersonellet begrunner dette med at det tar tid 3 kles seg opp. Pasientene blir i denne studien prioritert sist p3 rutinerunder. I studien sier helsepersonellet selv at de ikke tror pasienter i isolasjon f3r samme kvalitet p3 pleien, sammenlignet med ikke-isolerte. Lupi3n-Mendoza siterer ogs3 en pleier som sa at de av og til brukes p3r3rende for 3 g3 mellom pleier og pasient, dette er for 3 unng3 3 bruke tid p3 3 kles seg opp (Lupi3n-Mendoza et al., 2015, s. 399).

Stigmatisering som resultat av helsepersonellets smittevernsutstyr ble trukket frem i studien til Barratt et al. (2010, s. 55). Selv om pasienten hadde forst3else for viktigheten av bruk av smittevernsutstyr, viste resultatene i studien at pasienten f3lte seg kontaminert og nedgradert. Med likhet til Petersen et al. (2021, s. 63) sin studie, kommer ogs3 studien utf3rt av Barratt et al. (2010, s. 55) frem til at smittevernsutstyret skaper en barriere for interaksjon med helsepersonellet. Pasientene som deltok i studien sier at helsepersonellet i noen tilfeller samtaler med pasienten med d3ren p3 gl3tt, istedenfor 3 komme fysisk inn p3 pasientrommet (Barratt et al., 2010, s. 57).

4.1.2 Enerommets betydning for pasienten

I den kvalitative delen til Lupi3n-Mendoza et al. (2015, s. 398) trakk pasientene frem fordeler og ulemper med 3 v3re isolert p3 enerom. Pasientene uttrykket at de likte privatlivet og roen ved 3 v3re alene. Samtidig uttrykket de et 3nske om 3 dele rom med noen for 3 ha en samtalepartner. Pasientene savnet ogs3 det 3 kunne forlate rommet n3r de f3lte for det. “I feel a bit overwhelmed here because I cannot leave or walk around” (Lupi3n-Mendoza et al., 2015, s. 398).

I Petersen et al. (2021, s. 58) sin studie kommer det frem at enerom gav mer frihet i form av privatliv. Pasientene satte pris p3 3 kunne planlegge bes3k n3r det passet dem. Dette styrket forholdet til p3r3rende. Pasientene i Petersen et al. (2021) sin studie hadde et 3nske om 3 ha mer kontakt med medpasienter, og v3re oppdatert p3 verden utenfor.

«Stuck in your little room and kept away from people» (Barratt et al., 2010, s. 57) slik uttrykket en isolert pasient seg, om sin oppfatning av enerommet. Pasientene hadde forst3else for hvorfor de var isolert, og viktigheten av 3 v3re isolert. Likevel uttrykket pasientene

frustrasjon over det å være begrenset til rommet, noe som igjen begrenset deres uavhengighet. Ved å være isolert trengte pasientene plutselig hjelp til ting som de tidligere kunne klart på egenhånd. Eksempelvis å finne et glass vann eller ta seg en tur i dusjen som lå utenfor isolatet. Studien tar også opp isolatets interiør. Pasienten opplevde at deres livsverden var innenfor fire vegger, og derfor hadde rommets utforming betydning for hvordan pasientene opplevde isolasjonen. Pasientene i studien til Barratt et al. (2010, s. 57) kom frem til at det var små ting som kunne forbedre oppholdet deres. For eksempel å ha døren på gløtt, slik at de kunne se og høre menneskene som gikk på gangen, eller høre på radio. Ved å ha et vindu med utsikt, gjorde at pasientene følte seg mindre isolert. Noen uttrykte at de følte seg bedre om de fikk se solen. Selv om isolatet gav mange begrensninger, kommer det frem at enerommet kunne hjelpe pasientene til å håndtere situasjonen, i form av privatliv (Barratt et al., 2010, s. 56).

4.2 Pasientens behov for kontakt og informasjon

4.2.1 Sosial kontakt med pårørende

I studien til Petersen et al. (2021, s. 59) fanget de opp at pasientene kunne få endret syn på egen kropp. Studien peker videre på at dette kan endre måten pasienten oppføre seg sosialt på, ved at de tar mer avstand til pårørende for å skåne dem mot smitte. Pårørende fikk også endret syn på pasienten sin kropp og holdt mer avstand. Petersen et al. (2021, s. 59) avdekket at begge parter holder en bevisst fysisk avstand, hvor de unnlot å ta på hverandre for sikkerhetsskyld. Pasientene uttrykket en bekymring for å smitte mennesker de var glad i. *“Ja men, man begrænser sine besøg, fordi man vil jo ikke sprede virus”* (Petersen et al., 2021, s. 59). Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 398) kommer også frem til at pasienter i noen tilfeller begrenser besøk. Igjen grunnet at pasientene var redde for å smitte andre.

Pasienten i Petersen et al. (2021, s. 59) opplevde at pårørende var kortere på besøk, grunnet isolatets begrensninger. Noen tilfeller ønsket pårørende å komme på besøk, men at pasienten begrenset dette grunnet smittefare. Noen aspekter ved det å være isolert ble i Petersens et al. (2021, s.59) sin studie også sett på som noe positivt, i form av mer ro og privatliv. Pasientene mente det å være isolert på enerom gav dem frihet til å planlegge besøk og snakke fritt med pårørende. Dette kunne de gjøre uforstyrret, slik de kunne gjort hjemme.

I studiet til Barratt et al. (2010, s. 56) kom det frem at besøk av familie og venner gjorde at pasienten følte seg mindre isolert, i tillegg til følelsen av at tiden gikk fortere. Viktigheten av å få besøk kom først frem når pasienten ikke fikk besøk av pårørende, grunnet pårørendes redsel. Pasientene satt da igjen med sårede følelser. Samtidig viste studien utført av Barratt et al. (2010, s. 57) at pasientene hadde en forståelse for hvorfor de var isolert. Pasientene fortalte selv at sosialisering med andre kunne føre til smittespredning, noe de ikke ønsket. Enkelte pasienter takket nei til fysisk kontakt som klem og kyss, for å begrense risikoen for å spre smitte. Selv om det var de fysiske besøkene som hjalp pasientene med å føle seg mindre isolert, var telefonen til stor hjelp for å holde kontakten med verden på utsiden av sykehuset.

4.2.2 Sykepleiernes kommunikasjon og informasjon til pasientene

Som sykepleier sitter man på mye kunnskap, som pasienten gjerne ikke har. I Barratt et al. (2010, s. 56) uttrykker pasientene akkurat dette. Pasientene ønsket å få nøyaktig informasjon slik at de kunne forstå situasjonen og dermed håndtere den bedre. Kunnskapen pasientene hadde var enten fra tidligere opphold i sykehus eller fra det nåværende oppholdet. Kunnskapen og forståelsen for smittevern var fundamentalt for hvordan de opplevde å være MRSA positiv. Det som bidro til bekymring og engstelse hos pasientene var den manglende kunnskapen hos helsearbeiderne.

Siddiqui et al. (2019, s. 196) kom frem til at kommunikasjonen ikke ble påvirket i noe særlig stor grad av isolasjonen. Det var ingen assosiasjoner mellom sykepleiens kommunikasjon og isolasjon. Studien understreker at dette er et betryggende funn, med tanke på at kommunikasjon er et viktig element for å pasientsikkerhet.

Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 398) avdekker usikkerhet om smittevern blant helsepersonell. Sykepleiere og leger i studien var usikre på forholdsregler og hvor de skulle finne protokoller i forhold til isolasjon. "I know all the protocols are in the Intranet, but I am not sure where to find them" (Lupión-Mendoza et al., 2015, s. 398). Noen ganger var sykepleierne også usikker på risikoen med å bli smittet selv.

I studien til Petersen et al. (2021, s. 62) klarte pasientene å normalisere synet på kroppen sin, i takt med informasjon som ble gitt. Ved dårlig informasjon og kommunikasjon fikk

pasientene, som nevnt tidligere, et endret syn på kroppen sin. Kunnskap kan forhindre at pasientene får et negativt syn på seg selv.

4.3 Pasientens helhetlige behov

4.3.1 Pasientens psykiske og emosjonelle reaksjon

Studien til Barratt et al. (2010, s. 55) avdekket flere emosjonelle følelser som følge av stigmatisering, selve isolasjonen og det å være MRSA positiv. Pasientene følte på frykt, sinne, frustrasjon og skyldfølelse. De følte også på en bekymring for å smitte sine pårørende. Barratt et al. (2010, s.55) fant et skille mellom de som hadde vært isolert tidligere med MRSA, fra de som ikke hadde opplevd det tidligere. Det kom frem at pasienter som hadde vært isolert tidligere, hadde bedre forutsetning for å håndtere situasjonen.

I studien Lupi3n-Mendoza et al. (2015, s. 398) kommer det frem at isolasjon kan føre til depresjon. Studien viste ingen klar sammenheng mellom isolasjon og angst. Ifølge Lupi3n-Mendoza et al. (2015, s. 398) kan depresjon komme fra følelsen av ensomhet, og det å ha begrensninger til egen frihet.

I studien til Petersen et al. (2021, s. 59) følte pasientene seg farlige. Denne følelsen kom av at pasienten måtte holde seg inne på rommet, og at alle som kom inn måtte bruke beskyttelsesutstyr. Dette gjorde at pasientene følte seg mer smittsomme og at de oppfattet at sykdommen var mer dødelig enn det den var. Ved at pasientene tenkte på mikroben som mer farlig, følte de seg sykere og farligere. Derav fikk de også et endret syn på kroppen.

4.3.2 Kvaliteten på omsorg i isolasjon

Pasientene i studiet til Barratt et al. (2010, s. 57) rapporterte at kvaliteten på omsorgen de fikk i isolasjon var komprimert. Pasientene opplevde redusert livskvalitet på grunn dårligere tilbud enn de ikke-isolerte pasientene. Behandlingen deres ble også redusert til det som bare var nødvendig. Dette var noe som førte til en følelsesmessig byrde. Tilbud som de ikke fikk, var for eksempel fris3r time eller varm drikke på formiddagen. Begrenset behandling ved at pasientene ble nektet kiropraktortime.

Siddiqui et al. (2019, s. 196) kommer frem til mye misnøye blant pasienter på isolat. Hovedsakelig går det på den overordnede omsorgen, men også på tidsavhengige situasjoner. De er misfornøyde på spesifikke ting, som for eksempel responsen på toalettbesøk, responsen på ringesnoren, eller at pasientene opplevde at pleierne ikke gjorde det de kunne for å smertelindre tilstrekkelig.

Lupi3n-Mendoza et al. (2015, s. 398) hadde ikke pasientene noe særlige klager, men opplevde at helsepersonellet brukte lengre tid når de ringte i snoren for noe som ikke hastet. I studien uttrykker helsearbeiderne at de ikke tror at pasientene i isolasjon får den samme kvaliteten på omsorgen, som ikke-isolerte pasienter. Helsearbeiderne sier at de bare går inn i rommet når de har en grunn, og dermed kommer de sjeldnere på besøk. De lot matbrettene stå lenge på rommet før det ble tatt ut, og blodtrykket ble målt og dokumentert sjeldnere.

Det med færre og kortere besøk var noe Petersen et al. (2021, s. 59) også kom frem til. Studien avdekker at det var et forhold som kunne skape distanse. Pasientene på isolat manglet spontane besøk. Eneste måten pasientene hadde mulighet å kontakte personalet på, var gjennom ringesnoren. De opplevde da at det kunne ta lang tid før pleierne kom.

I Petersen et al. (2021, s. 59) uttrykte pasientene at de tydelig kunne merke når pleierne var travle og når det var rolig. På de rolige dagene følte de isolerte pasientene seg mer i live. Da hadde personalet mer tid til å være inne på pasientrommet, og tid til å snakke. Pasientene følte da et nærvær. Pasienten forstod at personalet hadde det travelt. På de travle dagene merket pasientene en distanse mellom seg og personalet, og følte seg til bry. Pasientene kunne merke at de ikke var personalets førsteprioritet på de travle dagene.

5.0 DISKUSJON

Denne delen av oppgaven består av to deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi trekke frem styrker og svakheter med enhver studie, samt utfordringene vi har møtt på underveis. I resultatdiskusjonen blir studienes resultater drøftet opp mot oppgavens hensikt. Relevant teori vil bli trukket inn i resultatdiskusjonen, samt vil vi trekke inn våre egne erfaringer. Til slutt kommer anvendelse i sykepleiepraksis.

5.1 Metodediskusjon

Vi møtte på utfordringer i startfasen da vi skulle benytte oss av ulike søkeord og kombinasjoner. Vi brukte god tid på å finne søkeord og kombinasjoner som gav relevante artikler til vår oppgave. Vi fant fort ut at det var viktig med riktig søkeord og kombinasjoner, for å ikke utelukke relevante studier.

I prosessen av artikkelvalg minnet vi hverandre på hensikten. På den måten holdt vi oss til temaet og fant gode artikler. Analysearbeidet av de fire forskningsartiklene var tidkrevende. Utfordringene var å velge ut relevante funn, lage hovedtemaer og undertemaer for å se likheter og ulikheter. Her krevde det at vi stolte på oss selv. Vi var kritiske i forhold til studienes resultater og vurderte om de forskjellige funnene passet oppgavens hensikt. Dersom vi hadde hatt mer tid, ville vi benyttet oss av flere artikler. Da kunne vi fått et bredere resultat, samt i større grad kvalitetssikre studienes resultater.

Samtidig som vi har støtt på utfordringer, har arbeidet bidratt til økt kunnskap og refleksjon. Litteraturbasert metode har ført til at vi har tilegnet oss kunnskap om psykososiale behov hos smitteisolerte pasienter. Samtidig hvordan sykepleier kan ivareta dette. Vi har lært å være kritisk til valg av artikler, samt kritisk til vårt eget arbeid.

5.1.1 Kildekritikk

Vi ønsket at vår litteraturstudie skulle være preget av høy grad av validitet. Dermed måtte vi reflektere kritisk ovenfor sterke og svake sider med hver studie. Etter å ha gjennomgått kritisk refleksjon, mener vi at vi sitter igjen med relevante og pålitelige studier i forhold til oppgavens hensikt.

Innholdet i de fire studiene var forskjellig, men samtidig har alle et fokus på psykososiale behov hos smitteisolerte pasienter i somatisk sykehus. Til tross for dette, har studiene hatt noen særskilte styrker og svakheter. Dette var noe som ble vurdert før vi bestemte oss for de utvalgte studiene. Studien utført av Barratt et al. (2010), var spesifikt rettet mot MRSA positive pasienter. Til tross for dette valgte vi å ta med denne studien. Den har flere gode og relevante funn som passer til hensikten vår. At studien retter seg spesifikt mot MRSA-positive pasienter, mener vi ikke har påvirkning på vår oppgave. MRSA er en av de vanligste grunnene til at pasienter blir isolert på sykehus i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 5). Studien er godkjent av etisk komite.

På sykehuset der studien til Lupión-Mendoza et al. (2015) ble utført, var det et pågående infeksjonskontrollprogram. Fokuset var å bedre isolasjonstiltakene. Dette kan ha påvirkning på studiens resultater, med tanke på økt bevisstgjøring blant helsepersonellet. Studien inneholdt få og korte sitat, noe som kan være en svakhet. Til tross for dette har vi likevel valgt å ta med studien, fordi den tar for seg aspekter med det å være isolert. I tillegg ser studien på helsepersonellens oppfatning av smitteisolerte pasienter. Studien er godkjent av etisk komite.

Studien til Siddiqui et al. (2019), fokuserer mye på personalets responstid, som er en viktig faktor for pasientens opplevelse av isolasjon. Studien sier derimot lite om pasientens psykiske påkjenning. Studien opplyser ikke at den er godkjent av etisk komite, noe vi ser på som en svakhet.

Studien til Petersen et al. (2021) tar for seg pårørendes ansvar og bekymringer. Dette ser vi på som en svakhet da vi skal undersøke pasientens perspektiv i isolasjon. Likevel trekker studien frem pårørendes betydning for pasientens psykososiale behov, noe som er relevant for oss. En annen svakhet med studien er at pasientene hadde et rom tilpasset smitteisolasjon. Dette gjør det lite overførbart til en vanlig sengepost. Studien opplyser ikke om den er godkjent av etisk komite, men det opplyses at forfatterne har lang klinisk erfaring. Til tross for dette har vi valgt å ta med studien. For det første trekker studien frem pasientens opplevelse av å være på enerom. For det andre trekker studien frem pasientens opplevelse når helsepersonell bærer smitteutstyr. Dette er elementer som er viktig for oss i denne oppgaven.

5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

I startfasen av oppgaven hvor vi skulle søke etter artikler, var hovedfokuset vårt å finne studier som hadde brukt kvalitativ tilnærming som metode. Dette var for å få en dypere forståelse av pasientens synspunkter ved å være isolert på sykehus. Ettersom vi fant få kvalitative studier som egnet seg til vår hensikt, rettet vi fokuset også mot kvantitative studier. Dette var for å få nok datamateriale til vår oppgave. Kvantitative studier gav oss breddekunnskap, ved å se det store bildet. Vi forsto raskt at det var hensiktsmessig for oss å bruke begge tilnærmingene i oppgaven. Vi fikk forskjellige innfallsvinkler, og vi kunne dra konklusjoner basert på både dybde og breddeforståelse.

5.1.3 Forfattere og forlag

Selv om artiklene vi har funnet er vitenskapelige, kan de likevel ha svakheter. Dette tok vi utgangspunkt i når vi skulle vurdere studienes troverdighet. Vi utførte et søk av artiklenes forfattere og forlag. Studienes forfattere hadde enten bakgrunn innenfor medisin eller sykepleiefaget. Studiene er utgitt fra universitetsforlag eller fra fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift. Alle forlagene har gitt ut vitenskapelig og medisinske publikasjoner i lang tid. På denne måten kunne vi forsikre oss om at de fire vitenskapelige artiklene vi har valgt å bruke i denne oppgaven, er vitenskapelig holdbare.

5.1.4 Deltakere og arena

Deltakerne i studiene var primært pasienter, men også pårørende og helsearbeidere. Vi har valgt å se bort fra pårørendes perspektiv, da dette ikke er relevant for vår hensikt. Det var kun i studien til Petersen et al. (2021) at pårørende ble tatt med som deltaker. Studien utført av Lupión-Medoza et al. (2015) var den eneste som hadde intervjuet helsearbeidere.

Artiklene hadde stor variasjon i alder, kjønn, infeksjonssykdommer, innleggelsesårsaker og varighet på isolasjonstiden. Studiene spesifiserer seg ikke inn mot enkelte grupper. Dette gjør at studiene dekker en bred gruppe av pasienter. Det var også stor variasjon i antall deltakere i studiene, se oversiktstabellene, vedlegg 1.

Petersen et al. (2021) og Lupión-Medoza et al. (2015) sine studier sier noe om pasientens kognitive tilstand. Begge studiene har valgt å ekskludere pasienter som ikke er i stand til å svare på spørsmålene. Studien til Petersen et al. (2021) ekskluderte også pasienter som ikke

forsto og snakket dansk eller engelsk. Dette er noe som kan ha ført til eksklusjon av pasienter som kan ha hatt det tøft i isolasjonstiden, grunnet språkbarriere som en tilleggsfaktor.

Felles for alle studiene var at de foregikk på somatisk sykehus. Studien til Petersen et al. (2021) er den eneste studien som hadde en spesifikk avdeling, infeksjonsmedisinsk avdeling. Flere fellestrekk ved studiene var at deltakerne var over 18 år, og at pasientene var innlagt fra tre døgn og utover, på enerom.

5.1.5 Språk

Tre av de utvalgte artiklene står skrevet på engelsk. De engelske artiklene leste vi på engelsk. Dette ble gjort bevisst for å ikke mistolke innholdet. Ved å oversette artiklene til norsk kan man gå glipp av viktige momenter. Noen ord og setninger syntes vi var vanskelig å forstå. Da oversatte vi de enkelte ordene vi ikke forsto, slik at vi kunne forstå meningen. Den ene artikkelen var skrevet på dansk. Her valgte vi samme strategi som med de engelske. Vi brukte mye tid på å tolke det som sto i teksten. Samtidig er vi klar over at i en slik prosess, kan man likevel ubevisst ha oversett viktige momenter. Dersom artiklene hadde vært skrevet på norsk, hadde vi ikke brukt like lang tid på dette arbeidet. Vi mener at ut fra våre kunnskaper og ferdigheter, har vi gjort en god tolkning av studienes resultater.

5.1.6 Land

Vi ønsket å bruke studier utført ved sykehus som har tilnærmet lik standard som ved norske sykehus. Det var vanskelig å undersøke om studiene kunne overføres til en norsk sengepost. Når vi undersøkte sykehusstandardene i de forskjellige landene, kom vi over begrepet sertifisering. Sykehus gjennomgår sertifisering for å vise at sykehuset har en viss standard og kompetanse. Dette er krav som blir stilt til sykehusene som et tillegg ved siden av lover og regler hvert enkelt land har.

Den ene artikkelen er en dansk studie, som ble utført ved et dansk sykehus. Vi ser ikke noen utfordringer ved å bruke en studie utført i Danmark. Norge og Danmark har ganske likt helsevesen. Begge landene bygger på den nordiske helsemodellen (Sintef, 2009, s. 33). Danmark har noen få sertifiserte sykehus (Arntzen & Mikkelsen, 2005, s. 768).

Den andre artikkelen er fra New Zealand. Vi har valgt å bruke artikkelen fordi New Zealand og Norge har fellestrekk i hvordan helsevesenet er bygget. Begge landene bygger helsektorene på New Public Management (Hansen, 2018). I New Zealand har de over 80 sertifiserte offentlige sykehus (Ministry of health, 2021).

Den tredje artikkelen er fra Spania. Spania har en organisering og styring av spesialisthelsetjenesten som på mange måter ligner på den norske (NOU 2016: 25, s. 92). I 2005 hadde Spania over 100 sertifiserte sykehus (Arntzen & Mikkelsen, 2005, s. 768). Den siste artikkelen er fra USA. I 2005 var 80% av sykehusene sertifisert (Arntzen & Mikkelsen, 2005, s. 768).

Ved at store antall av sykehusene i disse fire landene er sertifisert velger vi å stole på at studiene er gjennomført ved et kvalitetssikret sykehus. Landene, med uttak av USA, har alle et relativt likt helsevesen som Norge. Vi tenker selv at dette er velutviklede og høyteknologiske land, der ikke hvem som helst kan jobbe som helsepersonell.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleie ved smittevern

Pasientene i studiene til Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 398) og Petersen et al. (2021, s. 58) var ambivalente til det å havne i isolasjon. Fordelene med enerommet var at det gav mer rom for privatliv og ro, samt mulighet til å planlegge besøk når det passet de. Samtidig begrenset enerommet den sosiale kontakten med andre. Pasientene kunne ikke snakke med medpasienter eller gå ut når det passet de. Pasientene fikk følelsen av å bli låst vekk, og dermed mistet de en del av sin frihet (Barratt et al., 2010, s. 57). Eriksson peker på at det å bli isolert fra omverden, kan føre til lidelse (Grimsbø, 2016, s. 195). Videre trekker Almås (2016, s. 80) frem at smitteisolat kan bli assosiert med en fengselscelle. Som sykepleier Jørgensen på infeksjonsmedisinsk sa; “verden blir ekstremt liten i isolat. Jeg tror det er verre enn å være i fengsel” (Fonn, 2018). Isolat blir i kriminalomsorgen brukt som straff. Det å frarøve innsatte for frihet blir brukt som en konsekvens for noe de har gjort. I helsevesenet bruker vi det som en beskyttelse. På tross av dette, er det dermed viktig at sykepleier bruker god tid inne hos pasienten, og foretar hyppige tilsyn (Almås 2016, s. 80).

Et av sykepleierens ansvarsområder er ifølge Henderson å sørge for et helsefremmende miljø (Kirkevold, 2006, s. 105). Hun peker på det å ha et rent og ryddig rom, samt sørge for dagslys og frisk luft, kan ha positiv effekt på pasientens psykiske helse. Dette kan sammenlignes med studien utført av Barratt et al (2010, s. 57), der pasientene verdsatte trivelige omgivelser. Pasientene mente at det hadde en positiv effekt på deres psykiske helse. For å spare tid og energi, har vi selv erfart gjennom praksis at matbrett blir stående lenge inne hos pasienten på isolasjon. Dette er også noe som kommer frem i studien til Lupión-Mendoza (2015, s. 398), hvor pasientene erfarte at matbrett ble stående lenge på pasientrommet. Pasientene trekker frem viktigheten av å ha et vindu i rommet (Barratt et al., 2010, s. 57). Noen pasienter mente at det å kunne se sol og dagslys, bidro til å redusere følelsen av å være innestengt (Barratt et al., 2010, s. 57). Dette tyder på at det er små grep som skal til for at sykepleier kan forbedre dagen til pasienten i isolasjon. Det å starte dagen med å få inn dagslys, frisk luft og sørge for et ryddig rom, kan bidra til å gjøre hverdagen mer positiv.

Smittevernsutstyr er essensielt for å holde smittevernet (Smittevernloven, 1994, §1-1). For pasienter kan det derimot gi negative konsekvenser. I Barratt et al. (2010, s. 55) kommer det frem at pasientene føler seg kontaminert, nedgradert og stigmatisert som følge av smittevernsutstyret. Pasientene følte at smittevernsutstyret skapte barrierer til sykepleier. Dette kommer også frem i studien til Petersen et al. (2021, s. 59). Pasientene følte seg farlige for andre. Som Almås (2016, s. 80) trekker fram, kan det å bli tatt på med hansker oppleves som utfordrende. Dette tror vi kan forsterke pasientens følelse av å være kontaminert og farlig.

Forskjellen på sykepleier og pasientens bekledding kan skape barrierer. Dette er noe vi har erfart i praksis, ved at smittevernsutstyret tydeliggjør hvilken rolle man har. Det er dermed viktig å skape en god relasjon til pasienten slik at man bryter dette skillet. På den måten kan et menneske til menneske forhold skapes (Kirkevold, 2006, s. 117). Dessverre er det ikke så enkelt. Som Petersen et al. (2021, s. 59) kommer frem til så er det vanskelig å skape en relasjon da pasienten har problemer med å skille pleierne fra hverandre. Dette har vi opplevd selv i praksis, at vi føler at vi må starte på nytt hver vakt med å bli kjent.

5.2.2 Betydningen av kontakt og informasjon

Pasienter innlagt på sykehus har behov for kunnskap og informasjon. I henhold til loven, har pasienten rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Almås (2016, s. 80) trekker frem at det er viktig at sykepleier gir informasjon om sykdommen og isoleringstiden.

Til tross for dette avdekket studien til Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 298), at helsepersonell har manglende kunnskaper om smitteåter og isolasjonsregimet. Almås (2016, s. 80) påpeker at det å få tilstrekkelig informasjon, gir økt følelse av kontroll over egen hverdag. Henderson peker på at kunnskap hos sykepleier, er avgjørende for å fjerne farer (Norsk sykepleierforbund [NSF], 1997, s. 49). Mangelfull informasjon kan dermed påføre pasienten unødig frykt. Dette sammenfaller med studien utført av Barratt et al. (2010, s. 56). Manglende kunnskap hos helsepersonellet, bidro til engstelse og utrygghet hos pasientene. Pasientene i studien verdsatte nøyaktig informasjon, og kunnskap om smittevern var essensielt for hvordan de taklet isolasjonstiden (Barratt et al., 2010, s. 56).

Petersen et al. (2021, s. 62) peker på at dårlig informasjon og kommunikasjon kunne føre til endret syn på seg selv. Dette kunne forhindres ved at pasientene fikk økt kunnskap om sin situasjon. Almås (2016, s. 80) nevner viktigheten av å gjenta informasjon. Samtidig skal sykepleier tilpasse informasjonen til den enkelte, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dette tyder på at informasjon og kunnskap er viktige faktorer, for å bidra til trygghet i en ukjent situasjon. Å ikke se hva pasienten trenger, i dette tilfellet behovet for kunnskap og informasjon, kan man ifølge Eriksson påføre pasienten lidelse (Grimsbø, 2016, s. 197).

Ifølge Travelbee er et av sykepleierens viktigste redskaper kommunikasjon (Grimsbø, 2016, s. 34). Det nonverbale kroppsspråket står for 70% av det mottakeren tolker (Dahl, 2019), og det tror vi kan føre til utfordringer knyttet til kommunikasjon. Til tross for dette opplevde pasientene i den ene studien ingen utfordringer med tanke på kommunikasjonen mellom dem og sykepleier (Siddiqui et al., 2019, s. 196). Dette er et betryggende funn med tanke på sikkerhet og kvalitet på pleien. Samtidig viser studien til Petersen et al. (2021, s. 59) det motsatte.

Bruk av munnbind blir sett på som en utfordring knyttet til kommunikasjon. Munnbind bidrar til å skjule ansiktets uttrykk og mimikk. Som en av deltakerne i studien formidler, er det mye som skjer fra øynene og ned (Petersen et al., 2021, s. 59). Dette understreker viktigheten av at sykepleier er bevisst på nonverbale signaler som kommer til uttrykk i smittevernsutstyret. Sykepleierens blick blir viktigere, samt kroppsholdning og stemme (Eide & Eide, 2017, s. 135). Manglende kunnskap og bevisstgjøring omkring betydningen av det nonverbale kroppsspråket, kan dermed ha ført til at pasienten har følt seg ensom i situasjonen. Almås (2016, s. 80) trekker frem at ensomhet er en vanlig psykisk reaksjon hos pasienter i isolasjon. Dette kan tyde på at å øke sykepleierens forståelse for betydningen av den nonverbale kommunikasjonen, kan begrense pasientens ensomhetsfølelse.

Henderson påpeker i punkt 10 i grunnleggende sykepleieprinsipper, at det er sykepleier som skal hjelpe pasienten med å få kontakt med andre. Videre hevder hun at det å være skilt fra venner og pårørende i et ukjent sykehusmiljø, kan påføre pasienten lidelse (Norsk sykepleieforbund [NSF], 1997, s. 54). Å få besøk av pårørende kan være positivt for pasientens psykiske og sosiale behov (Almås, 2016, s. 80). Pasienten får mulighet til å luften tanker og følelser med andre, noe som kan redusere følelsen av ensomhet. Dette underbygges av studien til Barratt et al. (2010, s. 56). Når pårørende ikke kom på besøk, satt pasienten igjen med sårede følelser. Dette kan knyttes opp til dagens situasjon, hvor vi har erfart at sykehuset har strenge besøksrestriksjoner. Dermed blir telefonen til stor hjelp for å holde kontakten med andre, noe pasientene i studien til Barratt et al. (2010, s. 56) også trekker frem.

Pasienten satte pris på besøk av familie og venner. Å ha besøk av pårørende førte til at pasienten opplevde at tiden gikk fortere. I tillegg reduserte det pasientens følelse av å være isolert. Samtidig opplevde pasientene at pårørende var kortere på besøk, grunnet begrensningene (Petersen et al., 2021, s. 59). Almås (2016, s. 80) peker på at det er viktig å informere pasienten og pårørende om at de har begrenset mulighet til å finne på ting. Når pasienten hadde pårørende på besøk, begrenset de den fysiske kontakten ved å trekke seg unna hverandre. Dette ble gjort bevisst fra begge parter (Petersen et al., 2021 s. 59) (Barratt et al., 2010, s. 56). Pasienten hadde en stor frykt for å smitte sine nære og kjære. Dette vises også igjen i de tilfellene pasienten ikke ønsket at pårørende skulle komme på besøk, grunnet smittefare (Lupi3n-Mendoza et al., 2015, s. 398) (Petersen et al., 2021, s.

59). Vi antar dermed at sykepleier ikke ivaretar behov for kontakt med andre. Som følge av mangelfull informasjon om smitteoverføring føler ikke pasienten seg trygg i å ha pårørende på besøk. Ifølge Henderson er det et sykepleieansvar å hjelpe pasienten med å tilegne seg kunnskaper (Norsk sykepleierforbund [NSF], 1997, s. 49).

5.2.3 Helhetlig sykepleie

For at god sykepleie skal bli utøvd må alle aspekter ved et menneske bli ivaretatt. Selv om en pasient er innlagt med fysiske skader, må man ta vare på de psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle aspektene (Flaten et al. 2018). Ved å være isolert tar man vekk noe svært viktig fra mennesket, man tar vekk friheten og det sosiale. Om man tar vekk disse aspektene må de også bli erstattet. Sykepleier må da tilfredsstille de behovene som pasienten ellers ville klart å dekke selv (Kirkevold, 2006, s. 101).

Det å bli isolert er en ny situasjon for mange pasienter. Man tar vekk friheten og setter pasientene i en situasjon som de ikke kan styre selv. Barratt et al. (2010, s. 55) kom frem til mange forskjellige reaksjoner under innleggelse i isolasjon. De fant i sin studie; frykt, sinne, frustrasjon, bekymring og skyldfølelse. Dette er punkter man kan se i sammenheng med at pasienten mister kontrollen over sin situasjon. Som Almås (2016, s. 80) sier, er det viktig med god informasjon. På den måten kan pasienten få kunnskap og kan lettere forstå situasjonen. Barratt et al. (2010, s. 55) viser også til at tidligere isolerte pasienter håndterte situasjonen bedre, enn de som ble isolert for første gang. Det kan antas at dette har med informasjon og erfaring å gjøre. Pasienter som har vært isolert tidligere vet hvordan det er. Det kommer ikke som et sjokk og det blir ikke en helt ny opplevelse. Pasienter som blir isolert for første gang vil vi anta er mer usikre og bekymret, noe som kan komme av «manglende eller ufullstendig informasjon eller kunnskap» (Rolstadås, 2020).

For pasienter som opplever psykiske og emosjonelle reaksjoner, er det av stor betydning at sykepleier kan normalisere opplevelsene deres. Ifølge Almås (2016, s. 80) kan det å dele andre pasienters reaksjoner og erfaringer få nåværende pasient til å føle på et slags fellesskap. Pasienten kan føle seg mindre ensom, da pasienten vet at han/hun ikke er alene om å ha reaksjoner. Det er viktig å forebygge følelsen av ensomhet da det kommer frem i Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 398) at ensomhet kan føre depresjon. I denne studien fremkommer det også høyere forekomst av depresjon hos de isolerte, enn hos de ikke isolerte.

Vi har erfart at helsepersonellets tilgjengelighet kan variere fra dag til dag. Pasienter opplevde seg sett og ivaretatt når sykepleier hadde tid til å være til stede, samt hadde tid til samtale (Petersen et al., 2021, s. 59). Ifølge Almås (2016, s. 80) er det å bruke god tid inne hos isolerte pasienten viktig. At sykepleier har god tid, vises gjennom kroppslig ro, og ved at sykepleier tilpasser tonefallet til situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 146).

På travel dager følte pasientene seg nedprioritert. Almås (2016, s. 80) trekker frem at pasienten i isolasjon helst bør ha en time med samtale hver dag. Videre peker Almås (2016, s. 80) på at det er viktig at sykepleier går ofte inn til pasienten. Pasienter som ikke er isolerte kan i større grad sosialisere seg selv ved å snakke med medpasienter og ansatte. På smitteisolat derimot, har pasientene ikke mulighet til å sosialisere seg selv. Som Henderson uttrykker i punkt 13, skal sykepleier hjelpe pasienten med sosial kontakt (Norsk sykepleierforbund [NSF], 1997, s. 60). Likevel er dette noe pasientene ikke opplevde, særlig på travle dager. Pasientene opplever færre og kortere besøk, redusert antall spontane besøk, samt at helsepersonellet kun kom inn ved nødvendige gjøremål (Petersen et al., 2021, s. 59). Det hendte dessuten at helsepersonellet i noen tilfeller brukte pårørende som et mellomledd for å formidle informasjon. Dette var for å slippe å kle seg opp (Lupi3n-Mendoza et al., 2015, s. 399). Vi antar at pasienten kan oppleve at sykepleier prøver å unngå dem, noe som kan påvirke deres relasjon negativt. Som Almås (2016, s. 80) trekker frem, er det viktig at sykepleier tidlig observerer psykiske forandringer hos pasienter i isolasjon. Som det kommer frem i studiene Petersen et al. (2021, s. 59) og Lupi3n-Mendoza et al. (2015, s. 399), blir det brukt lite tid inne hos pasienten i isolasjon. Dette kan ha ført til at sykepleier har oversett slike psykiske forandringer.

Det er en tidkrevende oppgave å jobbe med smitteisolerte pasienter (Almås, 2016, s. 70) Henderson påpeker at det tar tid å beskytte seg selv (Norsk sykepleierforbund [NSF], 1997, s. 49). I to av studiene opplevde pasientene at det tok lang før sykepleier kom for å hjelpe, når pasienten ringte i ringesnoren (Siddiqui et al., 2019, s. 196) (Lupi3n-Mendoza et al. 2015, s. 398). Dette gjaldt særlig behov som toalettbesøk, og det å få optimal smertelindring (Siddiqui et al., 2019, s. 196). Målet for sykepleier er ifølge Henderson å fremme helse og helbredelse (Kirkevold, 2006, s. 102). Det kan dermed antas at utilstrekkelig smertelindring ikke bidrar til helsefremming.

Pasientene opplevde noen ganger at helsepersonellet førte en dialog med pasienten gjennom døren (Barratt et al., 2011, s. 57). Dette er noe vi har erfart i praksis. Pasienten kan dermed få en oppfatning av at sykepleier er uengasjert, eller at de ikke er verdt å bruke tid på. Dette kan ha påført pasienten lidelse, fordi ifølge Eriksson betegnes det som uteblitt pleie når sykepleier ikke gir den pleien som trengs (Grimsbø, 2016, s. 197). Eide & Eide (2017, s. 149) trekker frem at det er viktig at sykepleier viser forståelse gjennom kroppsspråket. Dette gir følelse av trygghet.

Pasientene i Barratt et al. (2011, s. 57) opplevde redusert pleiekvalitet. Helsepersonellet i studien til Lupión-Mendoza et al. (2015, s. 398), uttrykker at pasienter som ikke er isolert får bedre kvalitet på pleien, sammenlignet med isolerte pasienter. I henhold til lovverket skal det sikres lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). På bakgrunn av funnene, kan det tyde på at dette er et avvik fra lovverket. På den ene siden kan det antas at det hele dreier seg om hvor mye tid sykepleier har. På den andre siden kan det fra pasientens ståsted oppfattes som at de er mindre verdt. Dermed er det viktig at sykepleier er bevisst på at handlingene kan mistolkes av pasienten.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Vi konkluderer med at følgende faktorer fører til at isolering går på bekostning av pasientens psykososiale behov: færre tilsyn, lite kontakt med andre, redusert pleiekvalitet, manglende kunnskap og informasjon fra sykepleier til pasient. Å utøve sykepleie til smitteisolerte pasienter, hvor de nevnte faktorene blir praktisert, bidrar til psykisk belastning. Vi mener at det burde forskes mer på dette området, både fordi det er et tidsaktuelt tema, men samtidig er det lite forskning som omhandler sykepleietiltak knyttet til denne pasientgruppen. Det hadde vært interessant og forsket på om sykepleietiltak som blir iverksatt, har effekt på pasientens psykiske helse. Om disse tiltakene blir opprettholdt på sykehuset, hadde også vært interessant og undersøkt. Vi vil presentere konkrete forslag, som vi mener kan bidra til at sykepleier får et bedre utgangspunkt til å ivareta pasientens psykososiale behov;

- Er bevisst på at smittevernsutstyret kan skape utfordringer knyttet til det å utvikle et menneske til menneske forhold. Sykepleier bør derfor formidle kunnskap om smittevern, og vise forståelse for at det kan skape frustrasjon. Sykepleier bør forstå viktigheten av å introdusere seg, slik at “barrieren” mellom dem blir mindre.
- Sørger for trivelige omgivelser. Sykepleier bør fjerne matbrett, skittentøy, og sørge for frisk luft og et ryddig rom. Sykepleier bør tilstrebe å gi pasienten en meningsfull hverdag.
- Sørger for å ha oppdatert kunnskap og informasjon. Sykepleier bør sørge for at pasienten tilegner seg tilstrekkelig kunnskap, slik at pasienten opplever trygghet i situasjonen. Eventuelt gi brosjyrer og informasjonsskriv som omhandler deres situasjon. Sykepleier bør ha et kroppsspråk som viser interesse, samt ha en holdning preget av åpenhet slik at pasienten får mulighet til å stille spørsmål.
- Er bevisst på viktigheten av at pasienten har kontakt med andre. I dagens situasjon med tanke på covid-19 pandemien, har sykehusene iverksatt strenge besøksrestriksjoner. Dette understreker viktigheten av at sykepleier er hyppig inne hos pasienten, samt tilrettelegger for telefon samtale.
- Planlegger sykepleien. Sykepleier bør sette av god tid, og sørge for at tiden som benyttes inne hos pasienten, er meningsfull.

- Har en god holdning til pasienter på isolasjon. Holdninger preget av negativitet på arbeidsplassen, smitter lett over til pasienten og andre kollegaer. Sykepleier bør utøve sykepleie til pasienter på isolasjon, slik man ville utøvd sykepleie til ikke-isolerte pasienter.

LITTERATURLISTE

Almås, H. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie 1* (5.utg). Gyldendal akademisk

Arntzen, E. & Mikkelsen, B. (2005). Internkontroll, sertifisering og akkreditering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(6), 767- 769.

<https://tidsskriftet.no/2005/03/kronikk/internkontroll-sertifisering-og-akkreditering>

Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian journal of advanced nursing*, 28(2), s. 53-59. https://www.ajan.com.au/archive/Vol28/28-2_Barratt.pdf

Dahl, Ø. (2019, 10. januar). *Hva er ikke-verbal kommunikasjon?*. National digital læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:185337/topic:1:55568/?filters=urn:filter:18569f4e-5901-472a-96a0-b06c09b201fb>

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

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for helseforskning*, 5 (2), 100-113.

<https://doi.org/10.7557/14.244>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg). Gyldendal Akademisk

Flaten, B., Sørhøy, M.S. & Heir, W. (2018, 9.november). *Helhetlig omsorg og sykepleie*. Nasjonal digital læringsarena.

<https://ndla.no/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178985/resource:1:77230?filters=urn:filter:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9>

Folkehelseinstituttet. (2015, 10. mars). *Isolering av pasienter med smittsom*

sykdom. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/isolering-av-pasienter-med-smittsom/>

Folkehelseinstituttet (2019). *Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2019*. (ISSN: 1894-9207). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/arsrapport-utbrudd-i-2019.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2020, 19.juni). *Undervisningsfilm om smittevern for vikarer og nyansatte* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3Q-dscsrIsI>

Fonn, M. (2018, 22.juni). *Multiresistent tuberkulose: – Verden blir ekstremt liten i smitteisolat. Jeg tror det er verre enn å være i fengsel*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2018/06/verden-bli-ekstremt-liten-i-smitteisolat-jeg-tror-det-er-verre-enn-vaere-i-fengsel>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags for uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur

Grimsbø, G. H. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Hansen, T. (2018, 17.september). *New Public Management*. Store norske leksikon. https://snl.no/New_Public_Management

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 14.januar). *Kvalitetsertifisering av norske sykehus*. https://www.regjeringen.no/contentassets/e5e3814da6b449dd84c7cfd749262d40/kvalitetsertifisering_norske_sykehus_140115.pdf

Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier -analyse og evaluering* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M. J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C. & Rodriguez-Bano, Jes3s. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), s. 397-399 <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0196655315000279?via%3Dihub>

Ministry of health. (2021, 27. april). Certified providers public hospital. Ministry of Health Manatū Hauora. <https://www.health.govt.nz/your-health/certified-providers/public-hospital>

Norsk sykepleierforbund. (1997). *ICN: sykepleierens grunnprinsipper*. <https://www.nb.no/nbsok/nb/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?lang=no#0>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2016: 25. (2016) *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/?q=organisering%20og%20styring&ch=6>

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

Petersen, K. T., Jensen, S. S., Solum, L. & Pedersen, M. K. (2021). Bak lukkede døre – pasienter og pårørendes opplevelse av den sociale kontakt under indlæggelse i isolation. *Nordisk sykeplejeforskning*, 11(1), s. 53-67. https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/nsf/2021/01/bag_lukkede_doere_pasienter_og_paarørendes_oplevelser_af_de

Rolstadås, A. (2020, 3.juni). *usikkerhet (prosjektledelse)*. Store norske leksikon. https://snl.no/usikkerhet_-_prosjektledelse

Siddiqui, Z. K., Conway, S. J., Abusamaan, M., Bertram, A., Berry, S.A., Allen, L., Apfel, A., Farley, H., Zhu, J., Wu, A.W. & Brotman, D.J. (2019). Patient isolation for infection control and patient experience. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(2), s. 194-199 <https://www-cambridge-org.ezproxy.uis.no/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/patient-isolation-for-infection-control-and-patient-experience/89055F54116450B3F5FE29C16B07C751>

SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret. (2009-09-01). *En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005 – 2007* (SINTEF A12200).

https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/sintef_rapport_a12200-analyse_speshelsetjenesten_finland-sverige-danmark-norge.pdf

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Steen, M. & Degré, M. (2016). *Mikrober, helse og sykdom* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Svartdal, F. (2020, 12. Juni). *psykososial*. Store norske leksikon. <https://snl.no/psykososial>

VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkelens tittel:	Bag lukkede døre – pasienter og pårørendes opplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation
Tidsskrift og årstall:	Nordisk sygeplejeforskning (2021)
Forfattere:	Petersen, K. T., Jensen, S. S., Spolum, L. & Pedersen, M. K.
Perspektiv:	Pasienter og pårørende
Problem:	Isolasjon påvirker hvordan man opplever den sosiale kontakten under sykehusopphold.
Hensikt:	Å undersøke hvordan pasienter og pårørende opplever sosial kontakt under isolasjon på sykehus.
Metode:	Kvalitativ tilnærming, med fenomenologisk, hermeneutisk tilgang som vitenskapsteoretisk ramme. Data ble samlet inn ved intervjuer fra syv pasienter og fem pårørende. Intervjuene baserte seg på åpne spørsmål, noe som ga deltakerne mulighet til å fortelle opplevelsen av isolasjonen. Dataene ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.
Resultater:	Isolasjonsrommet ga pasientene mer frihet til å planlegge besøk, snakke uforstyrret og mer rom for privatliv. Samtidig ga det en rekke begrensinger i form av mindre kontakt med helsepersonell og medpasienter. I starten syntes pasienten at det var greit å være på isolat, men i takt med at de blei friskere, følte de seg begrenset og mer ensomme. Helsepersonellets bruk av verneutstyr førte til økt følelse av sykdom og det å ha en smittsom infeksjon. Pasientene var redde for å smitte sine pårørende, og opplevde større avstand til helsepersonellet fordi det var vanskelig å skille hvem som var hvem mellom sykepleierne grunnet verneutstyret. Pasientene opplevde færre og kortere besøk, mangel på spontane besøk og de følte at sykepleier måtte ha noe å gjøre inne hos pasienten for å komme inn. Tiden helsepersonellet brukte inne hos pasientene var varierende, og at dette var avhengig av hvor mye tid helsepersonellet hadde til enhver pasient. Pasientene følte seg bedre ivaretatt når sykepleier hadde god tid, samtidig følte pasientene seg nedprioritert på travle dager.

Artikkelens tittel:	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
Tidsskrift og årstall:	Australian Journal of advanced Nursing (2011)
Forfattere:	Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. & Moyle, M.
Perspektiv:	Pasienter
Problem:	Å bli isolert for MRSA-infeksjon kan få negative konsekvenser for pasienten, særlig for de psykososiale behovene.
Hensikt:	Å undersøke hvordan MRSA positive pasienter opplever å være smitteisolert.
Metode:	Kvalitativ tilnærming, med fenomenologisk, hermeneutisk tilgang som vitenskapsteoretisk ramme. Data ble innhentet fra 10 voksne pasienter som var smitteisolert >3 dager. Pasientene ble intervjuet individuelt gjennom semi-strukturert intervjuform. Pasientene fikk snakke fritt om opplevelsen i isolasjon, men fikk også spesifikke spørsmål for å holde seg til temaet.
Resultat:	<p>Pasientene i studien assosierte isolasjonen med det å ha en barriere til sykepleieren. Studien kom frem til tre nøkkel temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Å være MRSA-positiv • Å være sammen med andre • Å leve innenfor fire vegger <p>Pasientene opplevde stigmatisering og følte seg kontaminert, fordi helsepersonellet brukte smittevernsutstyr. Det å være isolert førte til at pasientene opplevde frykt, sinne, frustrasjon og skyldfølelse. Smittevernsutstyret skapte en barriere mellom dem og helsepersonellet. Pasientene som hadde vært i isolasjon før var mer aksepterende for sin situasjon. Noen av pasienter likte ikke å være inne på et rom alene, fordi det frarøvet dem friheten. Pasientene følte også at de var stuet inn på et rom for å fjerne et problem. I tillegg var de avhengige av andre, for å gjøre små ting. Samtidig var det enkelte pasienter som så fordeler med det, som for eksempel mer rom for privatliv. Muligheten for kommunikasjon med andre ble ansett som en viktig faktor. Det å få besøk av venner og familie, bidro til at pasientene følte seg mindre alene. Samtidig var pasientene redde for å smitte pårørende, og holdt derfor en fysisk avstand. Hvordan pasientene hadde det rundt seg ble trukket inn som en viktig faktor. Det å ha døren litt på gløtt, høre andre mennesker snakke, radio og det å et vindu i rommet ble satt pris på.</p>

Artikkelens tittel:	Effects of isolation on patient and staff
Tidsskrift og årstall:	American Journal of Infection Control (2015)
Forfattere:	Mendoza-Lupion, C., Antùnez-Dominguez, M, J., González-Fernández, C., Romero-Brioso, C. & Rodriguez-Bano, J.
Perspektiv:	Pasient og helsepersonell
Problem:	Isolasjon kan medføre negative effekter for pasienter som er isolert på sykehus.
Hensikt:	Å identifisere negative effekter av isolasjon hos pasienter, og sykepleierens erfaringer knyttet til pasienter i isolasjon.
Metode:	<p>Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. To studier ble utført i løpet av 2011-2012 på et tertiærsykehus med et aktivt infeksjonskontrollprogram.</p> <p>I den kvantitative delen av studien ble det samlet data fra 72 pasienter som hadde vært isolert i >5 dager. Det ble brukt spørreskjema som målte pasientens tilfredshet med helsevesenet, og HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) for å evaluere angst og depresjon.</p> <p>I den kvalitative delen av studien ble det utført semistrukturerte intervjuer fra 28 pasienter og 28 helsepersonell.</p>
Resultater:	<p>Den kvantitative studien kom frem til at isolasjon har en sammenheng med depresjon. Studien viste at det ikke var en sammenheng mellom isolasjon og angst.</p> <p>I den kvalitative studien opplevde pasientene å være "låst" inne på rommet og økt opplevelse av ensomhet. Enerommet ga pasientene større rom for privatliv, samtidig savnet de å forlate rommet når de ville. Pasientene begrenset besøk av pårørende, fordi de var redde for å smitte andre. Pasientene opplevde å få færre tilsyn, og at helsepersonell brukte lengre tid på å komme når pasienten trengte hjelp. Helsepersonellet mente at kvaliteten på pleie og omsorgen var dårligere hos isolerte pasienter, sammenlignet med ikke-isolerte pasienter. Usikkerhet omkring retningslinjer i forhold til verneutstyr og smitterisikoen blant helsepersonell kom også frem i studien.</p>

Artikkelens tittel:	Patient isolation for infection control and patient experience
Tidsskrift og årstall:	Infection Control & Hospital Epidemiology (2019)
Forfattere:	Siddiqui, Z. K., Conway, S. J., Abusamaan, M., Bertram, A., Berry, S.A., Allen, L., Apfel, A., Farley, H., Zhu, J., Wu, A.W. & Brotman, D.J.
Perspektiv:	Pasienter
Problem:	Å være smitteisolert, kan føre til dårligere sykepleie.
Hensikt:	Å undersøke om pasienter har dårligere erfaring med sykehus og pleien i isolasjon.
Metode:	Kvantitativ tilnærming. Retroperspektiv analyse av HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Studien ble utført på et tertiær-sykehus over 5 år (2011-2016). Totalt 1784 pasienter var isolert i >50% av sykehusoppholdet. Pasientene var i gjennomsnitt isolert i 7,5 dager. Pasienter på dråpe og luftsmitteisolat ble henholdsvis plassert i undergrupper. Kontrollgruppen var ikke-isolerte pasienter. Isolasjonstid på <50% ble ekskludert fra studien.
Resultater:	Studien viste at pasientene opplevde lang responstid fra personalet i forbindelse med toalettbesøk og at det tok tid før personalet kom når pasienten ringte på ringesnoren. Studien viste at pasienten hadde dårligere erfaring med smertelindring, og generelt dårligere opplevelse med omsorgen de fikk. Samtidig rapporterte pasientene ikke om negativ opplevelse med kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell, noe som er en viktig faktor for kvalitet på pleien.

VEDLEGG 2. GRUNNLEGGENDE SYKEPLEIEPRINSIPPER

Hendersons grunnleggende behov

- 1 å puste normalt
- 2 å spise og drikke tilstrekkelig
- 3 å få fjernet kroppens avfallsstoffer
- 4 å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
- 5 å sove og hvile
- 6 å velge passende klær og sko, og kle av og på seg
- 7 å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivel-
sestemperatur
- 8 å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
- 9 å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade
andre
- 10 å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne
behov og følelser
- 11 å praktisere sin religion og handle slik han mener
er rett
- 12 å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette
noe (produktiv sysselsetting)
- 13 å finne underholdning og fritidssysler
- 14 å lære det som er nødvendig for god helse og
normal utvikling

(Grimsbø, 2016, s. 39)