

Kandidatnummer: 1912 & 1913

## **BSYBAC\_5**

### **Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Pasientens opplevelse av smitteisolering på somatisk sykehus.*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 3. november*

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

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn:*

Ved infeksjonssykdommer må pasienter smitteisolerers. Isolasjonen kan påvirke pasienten negativt og de fleste opplever reaksjoner. Det er derfor viktig at sykepleierne er spesielt observant på smitteisolerte pasienters psykiske helse, og ivaretar deres behov. Ny kunnskap om pasienters erfaring rundt smitteisolasjon kan dermed føre til bedre sykepleie.

### *Hensikt:*

Beskrive hvordan pasienter opplever smitteisolering på somatisk sykehus. Videre vil vi diskutere hvordan sykepleiere kan ivareta pasientene under smitteisolering.

### *Metode:*

Vi har brukt en integrativ litteraturoversikt som metode, og har benyttet fire vitenskapelige forskningsartikler, som alle har en kvalitativ tilnærming.

### *Resultat:*

Resultatene viste at pasienter i isolasjon opplevde mangelfull informasjon om sykdommen og dens smittemåte. Dette førte til frykt for å smitte andre og rundt hvordan fremtiden deres ville bli. Frykten og smittevernet bidro til sosiale begrensninger. Smittevernregimet ga en følelse av å være innesperret, og svekket kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient.

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	5
1.3 HENSIKT.....	6
<b>2.0 TEORI.....</b>	<b>6</b>
2.1 SMITTEVERN OG ISOLERING .....	6
2.1.1 REAKSJONER PÅ ISOLASJON .....	8
2.1.2 <i>Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov under isolasjon</i> .....	8
2.2 JOYCE TRAVELBEE.....	8
2.2.1 <i>Kommunikasjon</i> .....	9
2.3 SYKEPLEIERENS UNDERVISENDE FUNKSJON .....	10
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>10</b>
3.1 HVA ER METODE?.....	10
3.2 VALG AV METODE .....	11
3.3 SØKEPROSESSEN.....	11
3.3.1 <i>Valg av databaser og søkestrategi</i> .....	11
3.3.2 <i>Valg av søkeord</i> .....	11
3.3.3 <i>Valg av avgrensninger og artikler</i> .....	12
3.4 ANALYSE .....	14
<b>4.0 RESULTATER.....</b>	<b>15</b>
4.1 Å HA EN SMITTSOM INFEKSJONSSYKDOM .....	15
4.1.1 <i>Å være smittebærer</i> .....	15
4.1.2 <i>Smitteisoleringens sosiale påvirkning</i> .....	16
4.1.3 <i>Pasientens informasjonsbehov</i> .....	17
4.2 ISOLASJONSREGIMETS PÅVIRKNING.....	18
4.2.1 <i>Enerommets betydning for pasienten</i> .....	18
4.2.2 <i>Smittevernutstyrets påvirkning på pasienten</i> .....	19
<b>5.0 METODEDISKUSJON.....</b>	<b>20</b>
5.1 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT SOM METODE .....	20
5.1.1 <i>Analyse</i> .....	21
5.2 KILDEKRITIKK.....	21
5.2.1 <i>Forfatterens bakgrunn og tidsskrift</i> .....	21
5.2.2 <i>Studiens deltakere</i> .....	22
5.2.3 <i>Land, arena og årstall for studiene</i> .....	22
5.2.4 <i>Kvalitativ tilnærming som metode</i> .....	23
5.2.5 <i>Etiske forhold</i> .....	23
5.3 ARTIKLENS RELEVANS FOR OPPGAVEN .....	24
<b>6.0 RESULTATDISKUSJON.....</b>	<b>24</b>
<b>7.0 PRAKTISK ANVENDELSE .....</b>	<b>28</b>
<b>8.0 LITTERATUR.....</b>	<b>31</b>
<b>VEDLEGG 1: SØKELOGG.....</b>	<b>34</b>

**VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE ..... 36**

Antall ord: 7989

## 1.0 Innledning

Mange pasienter opplever det å få en isolasjonskrevende sykdom som en livskrise (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2016, s.70). En smittsom sykdom blir definert i loven som; “en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker” (Smittevernloven, 1994, §1-3). Helsemyndighetene skal sikre at nødvendige smitteverntiltak iverksettes for å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven, 1994, §1-1). Da Covid-19 pandemien kom til Norge, fikk flere kjenne på følelsen av å være i isolasjon. Pandemien har i stor grad preget helseinstitusjonene. Flere pasienter enn tidligere har blitt smitteisolert på sykehus, og kjent på konsekvensene dette kan ha for den enkeltes helse. Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet ulike yrkesetiske retningslinjer. Sykepleierne bør blant annet ivareta den enkeltes verdighet og integritet. I tillegg bør hen ivareta pasientens autonomi og forsikre seg om at informasjonen som blir gitt, blir forstått. Omsorgen som blir gitt bør være helhetlig og faglig forsvarlig, og sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Uavhengig av hvilke sengeposter man jobber på i norske sykehus, opplever vi å møte smitteisolerte pasienter, dette kan være utfordrende og tidkrevende. Vi har blant annet opplevd at det kan gå lang tid før sykepleieren fysisk er inne på rommet, og at tilsyn ofte blir i form av å kikke gjennom døren. Vi har også følt på at det er vanskelig å skape en relasjon til pasienten, og at pasienten sliter med å skape tillit til oss. Erfaringsmessig ser vi også at smitteisolerte pasienter er ekstra kontaktsøkende og ringer mer på for småting.

Smittevernloven (1994) §6-1, sier at en smittet person har rett på nødvendig smittevern hjelp, blant annet behandling og pleie. Begge kandidater i denne oppgaven, anser dette som et aktuelt tema da vi føler at omsorgen pasientene ifølge loven har krav på, er utfordrende å gi i den grad en burde.

### 1.2 Problemformulering

Vi vil si at problemet er at det er vanskelig å ivareta smitteisolerte pasienters behov, på lik linje med ikke-isolerte pasienters behov. Dette er et problem fordi, det er vår plikt som

sykepleier å gi omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp til pasienter uavhengig av om de er smitteisolerte eller ikke (Helsepersonelloven, 1999, §4). Isoleringen kan for pasienten oppleves som en stor belastning. Det trengs ny kunnskap på dette fordi, måten vi som sykepleiere viser omsorg til pasientene har stor påvirkning for hvordan de opplever helsehjelpen (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s.23). Vi mener at ny kunnskap på dette området kan bidra med bedre ivaretagelse av pasientens behov, samtidig som smittevernet ivaretas. Vi har tatt utgangspunkt i pasientperspektivet, for å få pasientenes opplevelse av smitteisoleringen. Dette gir oss et grunnlag for å kunne diskutere hvordan sykepleiere kan ivareta pasienten under isolasjon.

### 1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive hvordan pasienter opplever smitteisolering på somatisk sykehus. Videre vil vi diskutere hvordan sykepleiere kan ivareta pasientene under smitteisolering.

## 2.0 Teori

### 2.1 Smittevern og isolering

For å beskytte andre mot smitte, må en hindre videre spredning av infeksjon. Smittevernrutiner må da iverksettes (Lassen & Degré, 2009, s.28). “Smittevern er en betegnelse på alle tiltak som har til hensikt å hindre at infeksjoner oppstår og spres” (Rygh et al., 2016, s.71).

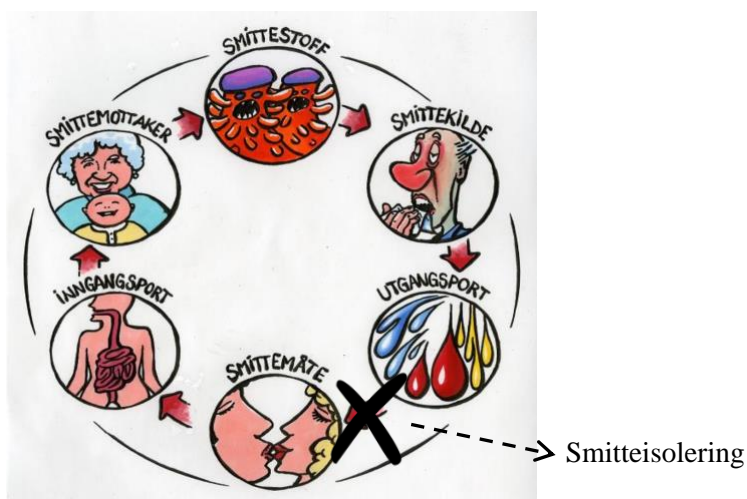
Ved mistanke om smittsom sykdom skal pasienten isoleres. De blir lagt på enerom, og har ikke mulighet til å gå ut av rommet før de er avisolert eller utskrevet (Folkehelseinstituttet, 2004). Smittekjeden viser hvordan sykdom smitter videre, og tiltak må iverksettes for å bryte denne, se figur 1. Ved å isolere smitekilden, altså pasienten, vil man bryte smittekjeden. Dette vil hindre smittespredning (Rygh et al., 2016, s.75). Ut fra pasientens symptomer må sykepleier i samarbeid med lege, vurdere hvilket smittevernregime som skal iverksettes (Rygh

et al., 2016, s.75). Det finnes ulike regimer en må følge utfra kontrollen over smittestoffet, og hvilket smittestoff det gjelder (Folkehelseinstituttet, 2004).

I Folkehelseinstituttet (2004) sin isoleringsveileder finner man ulike regimer for kontakt-, dråpe- og luftsmitte. Ved både dråpe- og luftsmitte må pasienten isoleres på enerom, med egen dusj og toalett. Det er ønskelig at pasienter med dråpesmitte skal ligge på et isolat med sluse og undertrykksventilering, dette er helt nødvendig ved luftsmitte. Ved dråpesmitte overføres smitten via luft, enten via støvpartikler eller dråpekjerner. Skal man inn på isolatet må en ha på hansker, beskyttelsesfrakk med lange ermer og munnbind. Om det er nødvendig kan en forsterke med hette og briller eller visir. Dette er felles med luftsmitte, men ved luftsmitte må en ha på åndedrettsvern istedenfor munnbind. Luftsmitte spres både via dråpe- og kontaktsmitte (Folkehelseinstituttet, 2004).

Ved kontaktsmitte, overføres smitten ved kontakt med smittestoffet. I enkelte tilfeller kan pasienten ligge på flermannsrom dersom ulike kriterier er oppfylt (Rygh et al., 2016, s.77). Ved direkte kontakt med pasienten, eller ting på rommet, må man bruke hansker og beskyttelsesfrakk. Dette gjelder bare dersom pasienten er smitteisolert (Folkehelseinstituttet, 2004).

Figur 1: Smittekjeden



### 2.1.1 Reaksjoner på isolasjon

Ifølge Rygh et al. (2016) er det å oppholde seg i et rom alene over lengre tid en påkjenning for pasienten. I flere tilfeller er pasientene helt uforberedt på å bli isolert, da de gjerne kan ha hatt symptomene over lengre tid. Isolasjonen vil da kunne oppleves som meningsløs (Rygh et al., 2016, s.80). Det er vanlig at pasienter opplever ulike reaksjoner under isolasjon. Ifølge Rygh et al. (2016) kan de blant annet oppleve angst, ensomhet, rastløshet, skyldfølelse, sinne, inaktivitet, og flere andre følelser eller opplevelser. Smitteisolering i seg selv kan også skape unødvendige påkjenninger for pasienten, utenom selve sykdommen. Å ikke kjenne følelsen av en varm hånd, bare en hanske ved fysisk berøring kan føles problematisk. At det blir brukt spesielle tøysekker, gule avfallssekker og desinfeksjonsvæsker, i tillegg til beskyttelsesutstyret er en stadig påminnelse for pasienten om at hen har en smittsom sykdom. Smittevernutstyret ved luft- og dråpesmitte skjuler mye for ansiktet til helsepersonellet. Mange pasienter opplever dette som spesielt vanskelig. Pasienter opplever også at personalet opptrer forskjellig med tanke på smittevernrutiner. Dette skaper ofte mye irritasjon for pasientene, det er derfor viktig at alle håndhever smitteregimet på samme måte (Rygh et al., 2016, s.80).

#### *2.1.2 Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov under isolasjon*

I observasjonen av pasienten er det viktig at en bruker empati for å forstå pasientens reaksjoner på isolering. Dette vil gjøre det lettere å kartlegge pasientens opplevelse av isolasjon, for så å iverksette tiltak som gjør isolasjonen mer tilfredsstillende for pasienten (Rygh et al., 2016, s.80). Rygh et al. (2016) oppgir tiltak for å ivareta pasientenes psykososiale behov ved isolering, blant annet å gå oftere inn til pasienten uten at hen har alarmert. Bruke tid hos pasienten når en først er der, tilstrebe en god dialog og hjelpe pasienten med daglige gjøremål. En må også gjenta informasjon som er gitt. Disse tiltakene kan bidra til en bedre hverdag for pasientene (Rygh et al., 2016, s.80).

### 2.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var psykiatrisk sykepleier og rettet i sin sykepleietenkning, oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Kristoffersen, 2017, s. 28). Hun skriver at «Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe



enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sin sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001). For å kunne klare dette må sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette går ut på en nær og gjensidig forståelse mellom partene. Hun hevder at sykepleieren må se på pasienten som et unikt menneske, hvis en ønsker å lære pasienten å kjenne. Det er først når pasient og sykepleier ser hverandre som unike mennesker, isteden for ulike roller, at etableringen av et menneske-til-menneskeforhold starter. For å komme på dette stadiet må sykepleieren også ha kunnskap og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak, i samsvar med pasientens behov. Pasientene får dermed tillit til sykepleieren (Travelbee, 2001). Det er viktig å kjenne til pasientens opplevelse og mening omkring sin sykdom, istedenfor å forholde seg til hans diagnose. Dersom sykepleieren mangler evnen til å “se” mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk (Kristoffersen, 2017, s.32-33). Hun presiserer at første møte med pasienten er viktig for den videre relasjonen.

### *2.2.1 Kommunikasjon*

Kommunikasjon beskrives av Travelbee som et av sykepleierens viktigste verktøy for å skape et menneske-til-menneskeforhold til pasienten (Kristoffersen, 2017, s.33). Travelbee hevder at kommunikasjonen er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov. Eide og Eide (2017) skriver også om kommunikasjon. De beskriver det som en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Dette formidles verbalt og nonverbalt. Ved personorientert kommunikasjon, forholder en seg åpent og man anerkjenner den andre som en unik person. Dette forutsetter at en er oppmerksomt tilstede, og lytter aktivt både på det verbale og det nonverbale (Eide & Eide, 2017, s.17).

Både Eide og Eide (2017) og Travelbee (2001) beskriver ulike kommunikasjonsteknikker for å samhandle med pasienter. En bør stille åpne spørsmål, speile følelser, bruke pauser og oppmuntre. De skriver også om viktigheten av å være bevisst på kroppsholdning, øyekontakt, berøring, og ansiktsuttrykk. Gjennom det nonverbale, signaliserer man hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe. Dette kan være avgjørende for pasientens trygghet og følelse av ivaretagelse (Eide & Eide, 2017, s.136). Travelbee (2001) skriver at en som sykepleier ikke skal bruke teknikker som er unaturlig for dem, og som medfører at spontaniteten og naturligheten i samtalen går tapt.

## 2.3 Sykepleierens undervisende funksjon

Som sykepleier har en ulike ansvars- og funksjonsområder. Evnen en har til å ivareta disse områdene er med på å påvirke kvaliteten på sykepleien som gis. En av funksjonsområdene er sykepleierens undervisende funksjon. Den går ut på at en som sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Informasjonen skal fremme trygghet, og hjelpe pasienten til å forstå, og mestre konsekvensene av sykdom og behandling (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s.23). Å få informasjon er en lovfestet rett for pasienten. I pasient- og brukerrettighetsloven står det; «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonen skal også være tilpasset pasientens forutsetninger, og skal gis på en hensynsfull måte. En har derfor en plikt som sykepleier å gi relevant informasjon på riktig måte.

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2017, s.51). Det finnes ulike metoder for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man velger den metoden som egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen man har stilt (Dalland, 2017, s.51).

I empiriske studier brukes både kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode gir breddekunnskap, og går ut på det vi kvantitativt kan observere og regne ut. Tallene vi får kan settes i et system, og gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner. Ved denne metoden får man systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2017, s.52).

Kvalitative metoder gir dybdekunnskap, og fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes. En får fram det særegne, det som er spesielt, og eventuelt avvikende. Man får ustrukturerte observasjoner, ulike erfaringer rundt et tema, og en dypere forståelse av menneskelige fenomener (Dalland, 2017, s.52).

## 3.2 Valg av metode

Friberg (2022) beskriver to ulike litteraturoversikter. Integrativ litteraturoversikt og allmenn litteraturoversikt. I en integrativ litteraturoversikt går man i dybden på artikler og sammenstiller funn fra disse. Det « ... innebær ... datareduktion, skapa översikt och göra jämförelser ... dra slutsatser och verifiera, eftersom fokus är riktat mot att syntetisera resultaten från de olika studierna till det som kan benämnas en ny helhet » (Friberg, 2022, s.195-196). En allmenn litteraturoversikt er en strukturert arbeidsmåte for å lage en oversikt over et valgt område. Den skiller seg ut fra den integrative litteraturoversikten ved at den ikke går like langt i analysen, og lager ingen syntese av resultatet (Friberg, 2022, s.196).

Vi har valgt å bruke en integrativ litteraturoversikt etter Friberg (2022) som metode. Vi har valgt denne metoden fordi det er en oversiktlig måte å systematisere dataene vi har funnet. Den passer bra til vår oppgave da den gir oss en bedre oversikt over resultatene, og gjør det lettere å kunne sammenligne, vurdere og komme til en konklusjon som svarer på vår hensikt.

## 3.3 Søkeprosessen

### *3.3.1 Valg av databaser og søkestrategi.*

Som søkestrategi, har vi i vår oppgave valgt å bruke strukturert litteratursøk som Dalland (2017) skriver om. Grunnen til dette er at denne strategien bidrar til å avgrense søkene slik at vi får artikler som er mest mulig relevant for oppgavens hensikt. Vi benyttet databasene Cinahl, PubMed, SmeMed+, British Nursing Index og Idunn. På tross av dette fant vi kun artikler som var relevant for vår hensikt i Cinahl.

### *3.3.2 Valg av søkeord*

Cinahl består for det meste av artikler på engelsk. Vi valgte derfor å bruke engelske søkeord i søket vårt. Vår første artikkel fant vi ved å kombinere søkeordene «Isolation OR cross infection AND patient AND social contact». Vi fikk da 55 resultater og fant artikkelen ved å lese overskrifter og sammendrag. For å finne nye søkeord så vi på «key words» i artiklene vi leste. Ved å kombinere søkeordene «patient experience AND isolation AND patient care», fant vi våre to neste artikler blant 147 resultater. Den siste artikkelen fant vi ved å bruke

“Patient isolation AND cross infection AND psychosocial factors”. Vi fikk da til sammen 57 treff.

### 3.3.3 Valg av avgrensninger og artikler.

I våre søk har vi brukt avgrensninger som blant annet faglig nivå, tidsspenn og språklig avgrensning (Dalland, 2017). For å bestemme artikler, lagde vi flere eksklusjons- og inklusjonskriterier. Se tabell 1. Vi valgte disse kriteriene for å finne artikler som var mest relevant for å besvare vår hensikt på best mulig måte.

Vi har valgt å bruke kvalitative studier. Vi tenkte det passet best til vår oppgave for å få med pasientenes faktiske erfaringer av det å være isolert, og for å få mer detaljerte beskrivelser og opplevelser rundt det å være smitteisolert.

Da vi skulle velge artikler, gikk vi gjennom flere evalueringer. Etter søk, leste vi artikkelens overskrift, de overskriftene som virket interessante tok vi en nærmere titt på ved å lese artiklens sammendrag og resultat. Vi valgte da ut de artiklene som hadde et hensiktsmessig resultat for å besvare vår oppgave. Vi satt da igjen med fire artikler. Se tabell 2.

**Tabell 1. Inklusjons og eksklusjonskriterier.**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Peer Review/fagfelleverdert	Systematic Review, Litterature Review
Tilnærmet likt helsevesen som Norge	Helsevesen som er ulikt Norge.
Utgivelsesår <12 år	Utgivelsesår >12 år
Pasient isolert > 3 dager	Pasient isolert < 3 dager
Studier fra sykehus	Studier fra sykehjem og hjemmet
Engelsk og skandinavisk tekst	Andre enn engelsk og skandinavisk tekst

Vanlig isolasjonsrom/enerom	Kohortstudie
IMRaD-strukturen	Annet enn IMRaD-strukturen

**Tabell 2. Oversiktstabell over analyserte artikler**

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Hereng, O., Dinh, Aurélien., Salomon, J. & Davido, B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection.	Å være smittet med MDR-infeksjon.	Å beskrive pasientenes følelser og kunnskap etter en sykehusinnleggelse for en MDR-infeksjon.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Intervju utført ved hjelp av et spørreskjema med 17 spørsmål. 11 pasienter deltok.
Shaban, R.Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O'Sullivan, M.V.N., Sorell, T. C., White, E., Hackett, K. & Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting.	Smitteisolering med Covid-19 på sykehus.	Å finne ut hvilke erfaringer pasienter med covid-19 har hatt når de har vært smitteisolert på sykehus.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Semistrukturert (face-to-face) intervju med pasienter som var innlagt og smitteisolert med covid-19 i februar og mars 2020. Fem ulike temaer ble spurt om. 11 pasienter deltok.

Petersen, K. T., Jensen, S. S., Spolum, L. & Pedersen, M. K. (2021). Bag lukkede døre – patienter og pårørendes oplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation.	Smitteisolering på sykehus	Å oppnå større innsikt i hvordan pasienter og deres pårørende opplever den sosiale kontakten under innleggelse i isolat.	Pasient- og pårørendeperspektiv	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer som baserte seg på åpne spørsmål. Foregikk mellom oktober 2015 til mai 2016. Syv pasienter og fem pårørende deltok.
Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. & Moyle, M. (2011). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)	Smitteisolering av MRSA-smittede på sykehus	Å undersøke hvordan MRSA-smittede pasienter opplever det å være smitteisolert.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer som varte i gjennomsnitt 30min. Intervjuobjektene fikk snakke fritt under intervjuet, men og spesifikke spørsmål for å holde seg til temaet. 10 pasienter deltok.

### 3.4 Analyse

Vi begynte med å lese gjennom artiklene flere ganger slik at vi hadde en god forståelse av hva de handlet om, slik som Friberg (2020) anbefaler. Da vi valgte artiklene så vi på likheter og ulikheter i forhold til metode, hensikt og resultater. Vi foretok en datareduksjon av artiklens resultater, og valgte data som var gjennomgående, relevante, og som kunne bidra til å svare på vår hensikt. Vi systematiserte dataene vi hadde valgt og lagde en oversikt. Oversikten besto av artiklens resultater som vi kategoriserte ut fra tema. Til slutt sammenlignet vi de utvalgte resultatene for å finne felles tema og underliggende mønstre. Gjennom dette analysearbeidet, kom vi frem til to hovedkategorier og fem underkategorier, se tabell 3. Funnene presenteres i oppgavens resultatdel.

**Tabell 3. Hoved- og underkategorier.**

Hovedkategorier	Underkategorier
Å ha en smittsom infeksjonssykdom	<p>Å være smittebærer</p> <p>Smitteisoleringens sosiale påvirkning</p> <p>Pasientens informasjonsbehov</p>
Isolasjonsregimets påvirkning	<p>Enerommets betydning for pasienten</p> <p>Smittevernustyrets påvirkning på pasienten</p>

## 4.0 Resultater

Under presenteres to hovedkategorier og fem underkategorier som beskriver hvordan pasienter opplever smitteisolering i somatisk sykehus.

### 4.1 Å ha en smittsom infeksjonssykdom

Å få en smittsom infeksjonssykdom kan skape mange følelser. Pasienter blir isolert fra omgivelsene som medfører sosiale begrensninger. De vet også gjerne lite om sykdommen som gir et stort informasjonsbehov (Shaban et al., 2020; Hereng, Dinh, Aurélien, Salomon, & Davido, 2019; Petersen, Jensen, Spolum, & Pedersen, 2021; Barratt, Shaban, Moyle & Moyle, 2011).

#### *4.1.1 Å være smittebærer*

Artiklene viste at det var mange negative følelser rundt det å ha en sykdom som kunne smitte videre. Det var mange bekymringer rundt sykdommen, hvordan de hadde fått den, og om de

ville smitte andre (Shaban et al., 2020; Petersen et al., 2021; Hereng et al., 2019; Barratt et al., 2011).

I artikkelen til Shaban et al. (2020) kom det frem at pasientene, på tross av milde symptomer, opplevde negative følelser rundt sykdommen. Pasientene beskrev situasjonen som surrealistisk, og flere opplevde angst, sjokk og tvil da de fikk påvist covid-19. En pasient sa; *“It was a bit surreal that I actually got infected by it... I couldn't believe I had actually contracted the virus... that I tested positive .... you are like ‘Oh my god, I actually caught it’* (Shaban et al., 2020, s.1448). Også i studiene til Barratt et al. (2011) og Hergeng et al. (2019) ble det fortalt om negative følelser rundt det å være smittet. Pasientene i Barratt et al. (2011) sin studie, beskrev følelser som frykt, sinne, frustrasjon og skyldfølelse når de fikk påvist infeksjon.

Flere pasienter oppga at de var redd for sykdommen, og hvordan den kom til å påvirke dem i fremtiden (Barratt et al., 2011 & Hereng et al., 2019). Det ble beskrevet at pasientene hadde mange bekymringer rundt dette. En pasient fra Barratt et al. (2011) sin studie sa: *“Well, what worries me is that I've had MRSA... do I have to be isolated every time I come into hospital because I have it?”* (Barratt et al., 2011, s.56). Et annet moment var frykt for tilbakefall av sykdommen da det var en risiko for at dette kunne skje (Hereng et al., 2019). Pasientene uttalte på bakgrunn av dette: *«“It worries me”; “Well it scares me a lot.” “I do not want to live with a sword of Damocles hanging over my head!”; “It's coming back, it's coming back all the time!”»* (Hereng et al., 2019, s. 1078).

#### 4.1.2 Smitteisoleringens sosiale påvirkning

Bekymringer rundt det å kunne smitte videre var gjennomgående i tre av artiklene. Spesielt det å kunne smitte sine pårørende virket å være en frykt hos de fleste (Petersen et al., 2021; Shaban et al, 2020; Barratt et al., 2011). Dette gjorde at flere av pasientene i Petersen et al. (2021) var mer oppmerksom på hvem som kom på besøk, og at de holdt mer avstand ved besøkene enn de ellers ville gjort. En pasient fortalte: *“Jamen, man begrenser sine besøg, fordi man vil jo ikke sprede virus”* (Petersen et al., 2021, s.59). Det kom frem at den fysiske kontakten mellom pasient og pårørende under besøkene også ble mindre i frykt for smittespredning (Petersen et al., 2021). Fysisk kontakt under besøk var også noe pasientene i



Barrat et al. (2011) prøvde å unngå. En pasient fortalte at hun var usikker på hvordan hun kunne hilse på de som kom på besøk, på grunn av smittefaren, hun sa:

...when they come in they want to give me a kiss or a hug... I would say 'No, no you can't touch me cause I might be contaminated or contagious'... and I wasn't sure how much of that they could do.  
(Barratt et al., 2011, s.57)

Det å kunne smitte helsepersonell var også en bekymring hos noen av deltakerne i Shaban et al (2020).

Det kom også frem at besøk fra venner og pårørende gjorde at tiden gikk litt fortere, og at de følte seg mindre isolerte (Barratt et al., 2011). Pasienter i Petersen et al. (2021) sin studie nevnte at isolasjonen ga dem frihet til å ha besøk av pårørende og bekjente når de ville, uten at de måtte ta hensyn til andre. Når man er på enerom er pasienten mye alene, det er mindre kontakt med helsepersonell, og ingen kontakt med medpasienter. Noen av deltakerne fra Petersen et al. (2021) sin studie synes dette var dumt, og det ble sett på som en begrensning som følge av isolasjonen. Andre deltakere fra denne studien, mente at det ikke var kontakten med medpasientene som var et savn, heller besøk av venner og familie.

Pasientene i Petersen et al. (2021) følte at de fikk færre, og kortere besøk av sykepleierne enn andre inneliggende pasienter. De opplevde også at helsepersonellet bare kom inn dersom de hadde et ærend på rommet. Dette skapte en distanse mellom pasient og helsepersonell. En pasient sa:

Ja den eneste form for kontakt, det er jo at man kan ringe til sygeplejersken og få noget vand og sådan noget. Men de har ikke lyst til at komme ind og snakke med én, og det gør jo at tiden bliver meget lang og sygeplejerskerne er trætte af én. (Petersen et al., 2021, s.60)

Pasientene beskrev også at de følte seg til bry dersom de trengte noe, men dersom helsepersonellet brukte tid på dem inne på rommet, følte de seg bedre. Dette var en faktor som skapte nærhet.

#### *4.1.3 Pasientens informasjonsbehov*

To av studiene viste at mangel på informasjon gav pasientene flere bekymringer (Hereng et al., 2019 & Barratt et al., 2011). Hereng et al. (2019) fortalte flere at de kjente på angst rundt det å ikke vite nok om sykdommen. De ønsket mer informasjon om hvor og hvordan de ble smittet, og hvordan den kunne smitte videre. En pasient sa *“Basically, we do not know at all how it happened [...] Although I live very well with Escherichia coli, I will continue to find out where it comes from; because I want to know when I've been contaminated”* (Hereng et al., 2019, s.1079). I Barratt et al. (2011) kom det frem at pasientene uttrykte ønske om å forstå sin sykdom. De verdsatte nøyaktig informasjon som forbedret kunnskapen deres, og dermed hjalp dem til å mestre situasjonen. En pasient uttrykte at å få informasjon var til hjelp og sa *“Well it eased that anxiety that I had to start with”* (Barratt et al., 2011, s.56). Det kom også frem at noen av pasientene som hadde hatt sykdommen før eller visste noe om den, mestret sykdommen bedre (Barratt et al., 2011).

## 4.2 Isolasjonsregimets påvirkning

Ved smitteisolering følger det et isolasjonsregime. Pasienter blir isolert på enerom, og helsepersonell og pårørende må bruke smittevernutstyr. Dette skapte flere reaksjoner hos de isolerte pasientene i studiene (Petersen et al., 2021; Shaban et al., 2020; Barratt et al., 2011).

### 4.2.1 Enerommets betydning for pasienten

Det ble beskrevet både negative og positive opplevelser rundt det å være smitteisolert. I både Petersen et al. (2021) og Shaban et al. (2020) ble opplevelsen av det å være smitteisolert beskrevet som å være i fengsel. De synes det var fælt å være «innesperret» på et lite rom, uten mulighet til å gå ut. Noen av pasientene i Petersen et al. (2021) forklarte at det var først når de begynte å føle seg bedre at opplevelsen av å være smitteisolert ble verre. De kjente på ensomhet, begrensninger og lite muligheter for å gjøre ting. Noen pasienter i Barratt et al. (2011) sin studie forklarte isolasjonen som blant annet *“closed up in one room ... shut away .... stuck in your little room and kept away from people”* (Barratt et al., 2011, s.57). Det kom frem i flere av studiene at de synes at isolasjon på enerom ga dem begrensninger i hverdagen, dette førte til at de ble mindre selvstendige. Muligheten til å kunne mobilisere seg ble mindre, dette skapte frustrasjon hos flere. (Barratt et al., 2011; Petersen et al., 2021; Shaban et al.,

2020). En pasient fra Shaban et al. (2020) fortalte om tiden på isolasjonsrommet og sa blant annet:

... I just sleep, I can't exercise, I have to stay in bed. So, a bit depressing at time. I mean, I have never been in jail before, but I would assume that it would be [a] similar experience. A little room. (Shaban et al., 2020, s.1448)

Selv om det ble beskrevet mange negative følelser og opplevelser rundt det å være smitteisolert, var det også positive opplevelser (Petersen et al., 2021, Shaban et al., 2020 & Barratt et al., 2011). I Barratt et al. (2011) kom opplevelsen av privatliv opp som en positiv side av isolasjonen, dette var det mange pasienter som verdsatte. Privatliv var noe pasientene var vant til, og det å ha enerom under innleggelsen hjalp dem til å håndtere situasjonen bedre.

I studien til Shaban et al. (2020) og Barratt et al. (2011) fortalte noen av deltakerne om hva som gjorde tiden på isolasjonsrommet bedre, og at de følte seg mindre isolert. I begge studiene kom det frem at det å ha en utsikt var en av tingene som gjorde isolasjonen mer positiv. En pasient forklarte at; *“If you have got something to look at and the sun is shining, that is 100% great... If you have got a view it does not do anyone any harm on their own”* (Barratt et al., 2011, s.58). Å ha muligheten til å kunne ha døren åpen og se og høre andre folk, eller å kunne ha på bakgrunnslyder var noe deltakerne i Barratt et al. (2011) også satt pris på.

#### 4.2.2 Smittevernstyreets påvirkning på pasienten

Bruk av smittevernutstyr hos helsepersonell var noe pasientene i Barratt et al (2011) og Petersen et al. (2021) reagerte på. Flere følte seg stigmatiserte og en fare for andre når helsepersonell kom inn på rommet iført smittevernutstyr. En pasient sa *“It feels like that you are contaminated... To see them dressed in protective gear, you feel downgraded”* (Barratt et al., 2011, s.55). Pasienter i Petersen et al. (2021) forklarte at bruken av smittevernutstyr gjorde at de også fikk økt sykdomsfølelse. En pasient fortalte *“... og så alt den camouflering. Jamen altså jeg er helt med på at det skal gøres, men i starten der tenkte jeg, hold da op, er du SÅ farlig”* (Petersen et al., 2021, s.59). Selv om pasientene visste det var nødvendig med smittevernutstyr, skapte dette negative følelser.

Noen av pasientene i Barratt et al. (2011) fortalte at helsepersonell hadde ulik kunnskap om smitte og smittevern. Pasientene observerte avvik og uoverensstemmelser i bruken av

smittevernutstyret. Dette skapte bekymring for om andre pasienter, venner, og pårørende også ville bli smittet. En pasient sa “.. *When I see the inconsistencies in the procedures, I realised that they [nurses] probably don't have enough information or the confidence [to explain]*” (Barratt et al., 2011, s.56).

Det kom frem i tre av studiene at bruk av smittevernutstyr hadde en konsekvens for kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell (Barratt et al., 2011; Petersen et al., 2021; Shaban et al., 2020). Barratt et al. (2011) beskrev at bruk av smittevernutstyr skapte en barriere i interaksjonen med helsepersonellet. Petersen et al. (2021) oppga at smittevernutstyret også var en faktor som skapte distanse mellom partene. Pasientene fortalte at det var vanskelig å skille helsepersonellet fra hverandre, og at den nonverbale kommunikasjonen ble utfordrende å tolke. En pasient sa “*Så masken ... den er lidt trøls. 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).

Flere av pasientene i studien til Barratt et al. (2011) var misfornøyd med kvaliteten på omsorgen de fikk under isolasjonen. Smittevernet begrenset muligheten for å få den behandlingen de ønsket. De rapporterte at de ble behandlet annerledes enn ikke-isolerte pasienter på grunn av sykdommen, og faren for smittespredning. En av pasientene ble for eksempel nektet en viktig fotterapeutisk behandling. Disse hendelsene bidro til at den følelsesmessige byrden av opplevelsen av isolasjon, ble forsterket av deres fysiske omgivelser (Barratt et al., 2011).

## **5.0 Metodediskusjon**

### **5.1 Integrativ litteraturoversikt som metode**

Vi har valgt en integrativ litteraturoversikt etter Friberg (2022). Vi mente denne metoden var godt egnet til å analysere de valgte studiene. Den ga mulighet til å finne relevant forskning innenfor det valgte fagområdet, og dataene var lett tilgjengelig (Friberg, 2022, s.195). Vi måtte sette oss inn i fagfeltet for å utforme gode søkeord, som ville gi relevante treff. Grunnet liten erfaring med å søke etter forskningsartikler, og kunnskap om gode søkeord og avgrensninger, ble vår søkestrategi litt ustrukturert og smal. Vi fikk derfor mange av de samme artiklene opp flere ganger. Dette bedret seg underveis. Vi kan likevel ikke utelukke et

bedre resultat med mer tid og øvelse på søk i databaser, da det er sannsynlig at vi har oversett artikler som kunne svart på oppgaven bedre. Dette ser vi på som en mulig svakhet i oppgaven vår.

En ulempe med denne typen studie, er at vi ikke får intervjuer deltakerne selv, og at vi kun kan benytte oss av allerede eksisterende data. Grunnet tidsperspektiv og oppgavens rammer består utvalget kun av fire artikler. Dette vil sette begrensninger for hvor omfattende vi kan besvare oppgavens hensikt.

### *5.1.1 Analyse*

Tre av artiklene er skrevet på engelsk og en er skrevet på dansk, og vi har derfor vært nødt til å oversette tekstene. Dette kan ha ført til at vi har oversett eller misforstått meninger og kontekster i studiene. Vi har likevel vært nøye i vår oversettelsesprosess, og prøvd å tolke svarene på best mulig måte. Til slutt sammenlignet vi resultatene vi hadde oversatt opp mot originalspråket for å se om de stemte overens. Vi mener derfor at resultatene vi har kommet frem til, i stor grad har kommet frem i den hensikt som forfatterne mente.

Under analysearbeidet har vi prøvd å tolke resultatene med en mest mulig nøytral holdning. Vi kan likevel ikke utelukke at våre holdninger har ført til at vi har tolket resultatene i vår favør.

## 5.2 Kildekritikk

Troverdighet og faglighet i oppgaven krever at kildegrunlaget er godt beskrevet og begrunnet, det er dette vi kaller kildekritikk (Dalland, 2017, s.158). Vi ønsket at vår litteraturstudie skulle være preget av høy grad av validitet. For å sikre dette reflekterte vi kritisk over sterke og svake sider ved studiene.

### *5.2.1 Forfatterens bakgrunn og tidsskrift*

For å vurdere artiklenes troverdighet, søkte vi opp hver enkelt forfatter. Alle studienes forfattere har helsefaglig bakgrunn, enten innenfor medisin eller sykepleie. For å forsikre oss

om at artiklene vi valgte var vitenskapelig holdbare, undersøkte vi tidsskriftene som har stått for publikasjonen av studiene. Tidsskriftene var enten fagfellevurderte eller vitenskapelige tidsskrifter, og alle har gitt ut flere publikasjoner over lengre tid.

### *5.2.2 Studienes deltakere*

Blant deltakerne var det stor variasjon i kjønn, alder, bakgrunn og hvilke infeksjonssykdommer de hadde. Det var også liten variasjon i antall deltakere i studiene, se Tabell 2. Bredde i pasientgruppen ga en større nyanse i svarene, og gjorde studiene mer hensiktsmessig for vår oppgave. Deltakerne i studiene måtte ha vært smitteisolert i minst tre dager for å få delta. Hereng et al (2019) begrunnet dette med at det var først etter tre dager at en kunne se de psykiske påkjenningene av å være smitteisolert.

### *5.2.3 Land, arena og årstall for studiene*

At studienes hensikt og resultater kunne overføres til det norske helsevesenet var viktig for å kunne sammenligne resultatene. To av studiene ble utført i Europa, henholdsvis Danmark og Frankrike (Petersen et al., 2021; Hereng et al, 2019). De resterende studiene ble utført i Australia (Shaban et al., 2020; Barratt et al., 2011). For å vurdere det australske helsevesenet opp mot det norske helsevesenet vurderte vi medikamentene de bruker, sykdomspanoramaet, lærebøker og oppslagsverk (Randsborg, 2006). Vi valgte også Frankrike da de har inngått partnerskap om helse med Norge (Husom, 2016). På bakgrunn av dette kom vi frem til at helsevesenet i disse landene var like nok til å kunne sammenlignes. Det var viktig for oss at forutsetningene var like for alle pasientene, dermed var vi litt usikre på om Shaban et al. (2020) sin studie kunne brukes. En pasient fortalte at det ikke var vinduer, klokke, og TV på rommet. Dette er ulikt fra smitterom i Norge, og hadde en stor påvirkning på pasientens opplevelse av å være smitteisolert. Vi var derfor litt skeptiske til å bruke artikkelen da disse forholdene ikke er identiske med norske forhold. Vi valgte likevel å bruke artikkelen fordi ikke alle pasientene i studien var isolert på slike rom, og fordi vi tenkte at ikke alle opplevelsene var knyttet til dette. Følelser og opplevelser knyttet til disse forholdene ble utelatt.

Hvor studien ble utført var også et av kriteriene ved valg av artikler. Vi ønsket at studiene skulle utføres på sykehus, fremfor på sykehjem eller i hjemmet, da dette er noe vi har mest

erfaring med. Vi valgte å ikke avgrense til spesifikke sengeposter, fordi vår erfaring er at man kan finne smitteisolerte pasienter på nesten alle avdelinger.

Et annet kriterium ved vurdering av artikler var årstallet studiene ble utført. I utgangspunktet er det mest hensiktsmessig å velge nyere studier, da forskning er ferskvare. Vi ville derfor finne artikler som ikke var eldre enn 10 år. Tre av våre artikler er under fem år (Hereng et al, 2019; Shaban et al., 2020; Petersen et al., 2021). Det var vanskelig å finne flere relevante artikler i dette tidsrommet. Vi valgte derfor å avgrense til artikler opp til 12 år da vi tenkte at følelsen av å være smitteisolert ikke endres på de årene. Vi fant da den siste artikkelen (Barratt et al., 2011).

#### *5.2.4 Kvalitativ tilnærming som metode*

Alle våre valgte studier har brukt kvalitativ tilnærming som metode. Studiene hadde som hensikt å få frem pasientenes erfaringer om temaer rundt smitte og isolasjon, en kvalitativ metode vil derfor være best egnet (Dalland, 2017, s.52). Den kan få frem uventede beskrivelser, erfaringer og følelser, som kan være vanskelig å få frem i en kvantitativ studie. Vi mente derfor at bruk av kvalitativ metode i de utvalgte studiene var tilfredsstillende for å belyse deres hensikt.

Flere av studiene viste transparens ved utførelsen. Vi fikk da muligheten til å se forfatternes hensikt, og tankegang, og en mulighet til å vurdere ulike forhold som kunne påvirke resultatene. Transparens gjør også at en kan etterprøve studien. For å sjekke transparens, anvendte vi en sjekklister og sammenlignet den med artiklene (Leegaard, 2015). Vi mente dette validerer studienes resultater.

#### *5.2.5 Etiske forhold*

Det hadde betydning for oss at artiklene vi valgte var godkjent av en etisk komité og for studienes validitet. At de var etisk godkjent av en komité viste at studiene var gjort med hensyn til de etiske standardene. Dette mente vi økte studiene og studienes resultatets troverdighet. Hovedregelen ved medisinsk og helsefaglig forskning er ifølge de nasjonale forskningsetiske komiteene at deltakerne frivillig, med nok informasjon, må samtykke muntlig eller skriftlig om deltakelse i studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene

2009). Etiske forhold er ivaretatt i alle studiene.

### 5.3 Artiklenes relevans for oppgaven

Samtlige av studiene vi valgte tok for seg ulike erfaringer pasienter hadde med smitteisolasjon. Petersen et al. (2021) tok for seg hvordan den sosiale kontakten ble påvirket av dette, mens Shaban et al., (2020) og Barratt et al., (2011) tok utgangspunkt i de generelle erfaringene med smitteisolasjon. Det ga oss et større spekter av opplevelser, og erfaringer rundt smitteisolering. Dette var relevant for vår oppgave, da vår hensikt var å undersøke pasientenes opplevelse av smitteisoleringen. En av studiene tok derimot ikke for seg selve smitteisolasjon, men heller hvilke følelser og kunnskaper pasienter hadde etter innleggelse med en smittsom infeksjonssykdom (Hereng et al., 2019). Vi anså likevel denne studien som hensiktsmessig da den ga et innblikk i pasienters følelser og bekymringer rundt det å ha en smittsom sykdom. Dette kan ha hatt innvirkning på opplevelsen av å være smitteisolert. Hvorvidt resultatene til Shaban et al. (2020) var hensiktsmessige kan diskuteres, da pasientene i studien var de første som blir innlagt på dette sykehuset med Covid-19. Dette kan ha vært en svakhet i studien da det var mye usikkerhet rundt sykdommen, smittevernrutiner og behandling under denne tiden. Vi tenkte at dette kan ha påvirket pasientenes opplevelse av smitteisoleringen. Likevel inneholder studien fortsatt nyttige erfaringer rundt det å være smitteisolert.

Alle studiene ble vurdert som relevante, da de hadde et pasientperspektiv. Vi fikk dermed frem pasienters meninger og erfaringer som kunne hjelpe oss å besvare vår hensikt. Petersen et al. (2021) hadde både et pasient- og pårørendeperspektiv. Vi valgte å bare ta utgangspunkt i pasientperspektivet fordi isolasjon er en subjektiv opplevelse for pasienten. Derimot vil bare pasientperspektivet gi et mye snevrere bilde av smitteisolasjon. Vi kunne gjerne hatt noen artikler med sykepleieperspektiv for å få et mer nyansert bilde av isoleringen, men studienes hensikter og resultater har til sammen gitt oss mye god informasjon som kan brukes til å svare på vår hensikt.

## 6.0 Resultatdiskusjon

Resultatene viste at det å få påvist en smittsom sykdom, og smitteisolasjon bød på



utfordringer. Mangelfull informasjon førte til frykt og engstelse, som igjen førte til sosiale utfordringer. Det kom også frem at isoleringen på enerom, og smittevernutstyret skapte psykiske reaksjoner, og utfordringer rundt kommunikasjon. I denne delen skal vi på bakgrunn av resultatene diskutere hvordan sykepleiere kan ivareta smitteisolerte pasienter.

Resultatene viser at det kan være vanskelig å få påvist en smittsom sykdom. Pasientene opplever blant annet angst og frykt rundt sykdommen, og dens påvirkning på fremtiden (Hereng et al 2019; Barratt et al. 2011). Dette kan ses i lys av Travelbees (2001) teori, da hun hevder at en del av det å være syk, er å være redd. Hun sier at å være syk er å frykte og bekymre seg over det kjente og ukjente, og oppleve den dype angsten for nåtiden og fremtiden. For å hjelpe pasientene med å håndtere disse følelsene, foreslår Travelbee (2001) at sykepleieren må vite hvordan pasientene stiller seg til sykdommen. Sykepleieren må også vite hvilke tanker og følelser pasienten har rundt dette. For å bygge relasjon, slik at pasienten lettere kan formidle sine følelser, må en som sykepleier se på pasienten som et unikt menneske og skape et menneske-til-menneskeforhold. Derimot sier Travelbee (2001) at omsorgen vil bli upersonlig og mekanisk dersom sykepleieren mangler evnen til å se mennesket i pasienten.

Studiene viser at å være isolert på enerom er utfordrende for pasientene (Shaban et al., 2020; Petersen et al., 2021; Barratt et al., 2011). Dette kan skyldes flere grunner. Det ga først og fremst begrensninger i hverdagen, med tanke på bevegelse og selvstendighet. Det ga også flere av pasientene en følelse av kjedsomhet, og å være innesperret (Shaban et al., 2020; Petersen et al., 2021; Barratt et al., 2011). Dette kan ses i lys av Travelbees (2001) teori om at innleggelse på sykehus skaper drastiske endringer i dagliglivet til pasientene. De må tilpasse seg institusjonenes forventninger og behov, noe som kan oppleves kjedelig og ensformig. Pasientene kan bli frustrert over å være avhengig av andre, og ventetiden på sykehuset. Litteraturen beskriver at å oppholde seg alene i et lite rom, over lengre tid er en påkjenning for pasienten (Rygh et al., 2016, s.80). Så og si alle isolerte pasienter opplever en eller annen form for reaksjon på smitteisoleringen. Noen av de vanligste reaksjonene er blant annet angst, skyldfølelse, rastløshet, frihetsberøvelse og inaktivitet (Rygh et al., 2016, s.80). Vi ser i praksis at dersom pasientene har med seg noe å sysselsette seg med, gjør dette isolasjonstiden lettere. Dette støttes av Rygh et al., (2016) som skriver at en kan låne ut bøker til pasienter i isolasjon for å ivareta deres psykososiale behov. På en annen side kan det være vanskelig å låne vekk bøker og lignende da alt som skal inn på smitterom, enten må kastes eller

dekontamineres etter bruk (Rygh et al., 2016, s.80).

Studiene tar for seg sentrale utfordringer rundt frykten for å smitte sine pårørende, og usikkerhet rundt smittemåten. For det første begrenser pasientene besøkene sine (Petersen et al., 2021). For det andre ser vi at den fysiske kontakten under besøkene blir redusert (Petersen et al., 2021 og Barratt et al., 2011). Vi tenker at denne frykten kan komme av at pasientene ikke har fått nok informasjon til å kunne håndtere sykdommen, og det denne medfører. Sykepleiere har plikt til å gi relevant og nødvendig informasjon som gir pasienten innsikt i sin helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettsloven, 1999, §3-2). Hereng et al. (2019) belyser at pasienter som har hatt sykdommen eller er godt informert om den, håndterer situasjonen bedre. God informasjon fremmer trygghet, og hjelper pasienten med å forstå og mestre konsekvensene av sin sykdom og behandlingen som følger (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Det er i utgangspunktet den behandelende legen som ifølge loven er pliktig til å gi informasjon om sykdommen. De skal også informere om hvordan den smittede selv kan motvirke at sykdommen blir overført til andre (Smittevernloven, 1994, §2-1). Derimot ser vi at dette ofte ikke blir gjort i praksis, og at sykepleieren sitter med ansvaret. Dette tenker vi kan føre til at mye av informasjonen blir utelatt. Vi mener at dersom pasientene i studiene hadde fått nok informasjon fra starten av forløpet, kunne mye av engstelsen rundt besøk og fysisk kontakt vært redusert.

Videre ser vi at den begrensede sosiale kontakten med pårørende og medpasienter førte til ensomhet blant pasientene (Petersen et al., 2021). Litteraturen belyser at å være ensom er en subjektiv opplevelse av savn på menneskelig kontakt. For mange er det en sammenheng mellom fysisk isolasjon og ensomhet, det er nødvendigvis ikke sånn for alle (Helgesen, 2017, s.150). Om man føler seg ensom eller ikke, kommer an på i hvilken grad det er en ønsket situasjon basert på egne valg (Helgesen, 2017, s.151). Ifølge Barratt et al. (2011) og Petersen et al. (2021) har besøk av familie og venner en positiv effekt på pasienten, og det fikk tiden på isolatet til å gå fortere. Å kunne regne med sosial støtte fra andre når en har behov for det, gir en følelse av trygghet (Helgesen, 2017, s.142). På en side skriver Travelbee (2001) at familien ofte kan være en ressurs for den syke, og at pasienter gjerne lengter etter besøk. På annen side skriver hun at besøk kan være krevende, og at pasienter ofte er glad når de besøkende drar og de kan hvile. Vi ser oss enig i Travelbees teori om viktigheten med besøk, men tenker at en som sykepleier må vurdere sammen med pasienten om de er i stand til å ha besøk.

Studiene til Barratt et al. (2011) og Petersen et al. (2021) peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. For det første skaper smittevernutstyret en barriere i interaksjonen med helsepersonellet (Barratt et al., 2011). For det andre gjorde smittevernutstyret det vanskelig å tolke den nonverbale kommunikasjonen. Videre ser vi at det var utfordrende å skille helsepersonellet fra hverandre (Petersen et al., 2021). Dette bidro til at det ble skapt en distanse mellom helsepersonellet og pasientene i studien (Petersen et al., 2021). Eide og Eide (2017) peker på smilet som en viktig del av den nonverbale kommunikasjonen, da dette kan skape en følelse av velvilje og sympati. Ved bruk av munnbind kan et smil bli vanskelig å se. Travelbee (2001) hevder at kommunikasjonen er en forutsetning for å kunne planlegge, og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov. Kommunikasjon er et verktøy for å etablere et menneske-til-menneskeforhold. Derimot kan svakheter i kommunikasjonen føre til dårligere relasjoner, og distanse mellom mennesker (Travelbee, 2001). For å bedre kommunikasjonen mener Travelbee at sykepleiere skal bruke ulike kommunikasjonsteknikker i interaksjon med pasienter. Samtidig sier Travelbee at sykepleiere ikke skal bruke teknikker som er unaturlig for dem, og som medfører at spontaniteten og naturligheten i samtalen går tapt. Vi er enig i at smittevernutstyret kan påvirke relasjonen negativt mellom pasient og sykepleier, spesielt blant eldre som ser og hører dårlig.

En annen faktor som er med på å skape distanse mellom pasient og sykepleier er at de fikk mindre og kortvarige besøk, og at helsepersonellet kun kom inn om de hadde ærender (Petersen et al., 2021). Vi ser også i studien at pasientene oppga at de følte seg til bry dersom de spurte om hjelp. Katie Eriksson (1995) hevder at det å ha en sykdomstilstand som medfører avhengighet, og stort hjelpebehov over tid vil medføre at pasienten kan føle seg som en byrde eller en belastning. Dette vil ifølge Eriksson føre til sykdomslidelse. Pasientene følte seg derimot bedre dersom sykepleierne brukte tid på dem. På den ene siden står det i litteraturen at sykepleiere skal ha minst en time samtale eller besøk utenom daglige gjøremål. På den andre siden opplever vi i praksis at dette ikke lar seg gjøre på grunn av tidspress. Travelbee (2001) skriver at sykepleiere ofte kan se pasientene som en oppgave i stedet for et unikt menneske når tidspresset blir for stort. Ved dårlig tid må sykepleieren lage en prioritertingsliste over de nødvendige oppgavene og utføre dem på kortest mulig tid (Travelbee, 2001). Vi tenker dette kan gå ut over besøkene til pasientene, spesielt på smitterom. Vi kan se for oss at pasienter da kan føle seg som en byrde eller belastning, grunnet tidspresset.

Studien til Barratt et al. (2011) oppgir misnøye rundt kvaliteten på pleien som ble gitt. De begrunner dette med at pasienter i noen tilfeller hadde blitt nektet behandling på bakgrunn av isolasjonsregimet. På den ene siden peker smittevernloven (1999) §6-1 på at pasienter under isolasjonsregimet har rett på nødvendig helsehjelp. Det er vår plikt som sykepleier å gi omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp til pasienter uavhengig av om de er smitteisolerte eller ikke (Helsepersonelloven, 1999, §4). På den andre siden må sykepleierne også utøve forsvarlighet i forhold til andre pasienter og personalet på sykehuset (Helsepersonelloven, 1999, §2-4). Vi tenker derfor at det er viktig å vurdere nøye om pasientenes eventuelle polikliniske timer eller behandlinger er nødvendig. Sykepleieren må også vurdere hvorvidt denne behandlingen utsetter andre pasienter og personell for smittefare. Rygh et al. (2016) skriver at det bør tilstrebes samarbeid mellom de ulike faggruppene i sykehuset. For eksempel at fysioterapeut kommer til rommet, istedenfor at timen blir kansellert fordi pasienten ikke kan møte.

## **7.0 Praktisk anvendelse**

Sykepleiere har en viktig rolle og funksjon i møte med smitteisolerte pasienter på somatisk sykehus. Funnene viser at flere opplever mangelfull informasjon om sykdommen og dens smittemåte, noe som medførte frykt og sosiale begrensninger. Funnene viser også at smittevernregimet medfører at pasienters psykiske helse blir påvirket, og at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient svekkes. For å ivareta pasienten i isolasjon bør sykepleiere blant annet sette av tid til pasienten for å skape relasjon og tillit. En må også sørge for trivelige omgivelser, gi relevant informasjon, og anvende kommunikasjonsteknikker. På bakgrunn av dette har vi utarbeidet konkrete forslag på tiltak som sykepleiere kan utføre i praksis for å ivareta pasienten under isolasjon. Tiltakene mener vi er mulig å gjennomføre i en hverdag preget av tidspress. For å ivareta pasientens behov, foreslår vi følgende tiltak.

Sykepleieren bør:

- Sette av tid til pasienten ved første møte, og prøve å skape en god relasjon slik at det blir bygd tillit.
  - Sette av tid til samtale ved hver vakt.
  - Sørge for at tiden inne hos pasientene er meningsfull.

- Holde seg oppdatert på informasjon ukentlig.
  - Utarbeide retningslinjer på hvilken informasjon en skal holde seg oppdatert på. Spesielt smittevernrutiner, og journalføring av hvordan pasienten tåler smitteisolasjonen.
- Tilrettelegge for at pasienter kan ha besøk hver dag.
  - Instruere pårørende i av og påkledning av smittevernutstyr.
  - Vurdere sammen med pasient om det er aktuelt med besøk og eventuelt hvor lenge.

Sysselsette av pasienten ved hver vakt dersom pasienten ønsker det.

- Slå på TV, gi inn aviser eller bøker.
- Hjelp pasienter med å ringe pårørende. Eventuelt låne vekk en telefon dersom de trenger det, og smittevernet tillater det.
- Gi informasjon til pasient ved og under innleggelse.
  - Gi informasjonsskriv om den aktuelle sykdommen og det den medfører. Inkludert hvordan en kan unngå at den smitter videre.
  - Gi pasient og pårørende muligheter til å stille spørsmål.
  - Tilpasse informasjonen ut fra pasientenes forutsetninger.
- Sørge for trivelige omgivelser på isolatet.
  - Trekke fra gardinene hver morgen.
  - Rydde vekk unødvendige ting på rommet ved hver vakt for å få mer plass.
- Anvende kommunikasjonsteknikker i møte med pasienten.
  - Sykepleieren må bruke pasientrettede kommunikasjonsteknikker som kommer naturlig.
  - Introduserer seg for pasienten ved hver vakt.
  - Være bevisst på at smittevernutstyret kan påvirke kommunikasjonen og vise forståelse for at dette kan skape frustrasjon.
- Tilstrebe tverrfaglig samarbeid for å gjennomføre tilsyn og polikliniske timer.

- Vurdere nødvendigheten av behandlingene, og vurdere smitterisiko ved gjennomføring.

Da det kommer frem at pasientene i stor grad er misfornøyde med å være smitteisolert, tenker vi det kunne vært hensiktsmessig og interessant å finne ut av hvilke endringer pasientene selv ønsket under isolasjonen. Vi hadde også synes det var nyttig å finne ut hva pasientene mener sykepleierne kan gjøre for at begrensningene på isolatet skulle bli mindre.

## 8.0 Litteratur

Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. & Moyle, M. (2011). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of advanced Nursing*, 28(52), 53-59. <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7eb38b51-26d4-4041-bfb3-361a5ef94f4d%40redis>

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

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksson, K. (1995). Lidelse i pleie. I K. Eriksson, *Det lidende mennesket* (ss. 66-70). Otta: Tano.

Folkehelseinstituttet. (2004). *Isoleringsveilederen (Smittevern 9)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/>

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4.utg., s.185-198). Lund: Studentlitteratur.

Helgesen, A. K. (2017). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (Bind 3, 3.utg s.187-230). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999.07-02-64). Hentet fra [LOV-1999-07-02-64 Helsepersonelloven - hpl](https://lovdata.no/dokument/lov/1999-07-02-64)

Hereng, O., Dinh, Aurélien., Salomon, J. & Davido, B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *American Journal of Infection Control*, 47(9), 1077-1082.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>

Husom, N. (2016). Norge og Frankrike i partnerskap om helse. Hentet fra

<https://tidsskriftet.no/2003/02/norge-og-frankrike-i-partnerskap-om-helse>

Høihjelle, K. (2019). Smittekjeden. Hentet fra <https://ndla.no/subject:1:2cbe8089-7d7b-407f-8f04-fbfdc116abc1/topic:2:183731/topic:2:184448/resource:1:4035>

Leegaard, M. (2015, 01.04). Kvaliteten på kvalitativ forskning. Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2015/04/kvaliteten-pa-kvalitativ-forskning>

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [LOV-1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl](#)



Petersen, K. T., Jensen, S. S., Spolum, L. & Pedersen, M. K. (2021). Bag lukkede døre-patienter og pårørendes oplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(1), 53-67. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-01-05>

Randsborg, P. (2006). Norsk sykehuslege “down under”. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/06/internasjonale-medisin/norsk-sykehuslege-down-under>

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

Shaban, R.Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O’Sullivan, M.V.N., ... Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *American Journal of Infection Control* 48(12), 1445–1450. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.08.032>

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55). Hentet fra [LOV-1994-08-05-55 Smittevernloven](https://lovdata.no/dokument/lov/1994-08-05-55)

Lassen, J. & Degré, M. (2009). Hovedgrupper av mikrober og deres grunnleggende egenskaper. I M. Steen & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg, s.27-59). Oslo: Gyldendal Akademisk

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Vedlegg 1: Søkelogg**

<b>Søkedato</b>	<b>Database</b>	<b>Søkeord og ordkombinasjoner</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakter</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Antall valgte artikler</b>
23/9 2022	Cinahl	Isolation OR cross infection AND patient AND social contact	Peer reviewed 2012-2022	55	11	5	1 Bag lukkede døre – pasienter og pårørendes opplevelser av den sociale kontakt under innleggelse i isolation
23/9 2022	Chinal	patient experience AND isolation AND patient care	Peer reviewed 2012-2022	147	6	3	2 SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting  Evaluation in general

							practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection
<b>23/9 2022</b>	<b>Cinahl</b>	<b>Patient isolation AND cross infection AND psychosocial factors</b>	<b>Peer reviewed 2010-2022</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b> Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)

## Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p><b>Forfattere:</b> Barratt, R., Shaban, R., Moyle, W. &amp; Moyle, M.</p> <p><b>Årstall:</b> 2011</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Australian Journal of advanced Nursing</p> <p><b>Land:</b> Australia</p>	<p>Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin- resistant Staphylococ- cus aureus (MRSA)</p>	<p>Å undersøke hvordan MRSA- smittede pasienter opplever det å være smitteisolert.</p>	<p>Pasientpersp ektiv</p>	<p>Kvalitativ studie. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturert e intervjuer som varte i gjennomsnitt 30min. Intervjuobjekte ne fikk snakke fritt under intervjuet, men fikk og spesifikke spørsmål for å holde seg til temaet.</p>	<p>10 Voksne under isolasjon for MRSA- infeksjon deltok i studien. De var isolert i &gt;3. Studien ble gjennomført på et akuttsykehus i New Zealand, Australia.</p>	<p>Deltakerne i studien følte seg blant annet kontaminert og hadde en opplevelse av stigmatisering. Grunnen til dette var fordi helsepersonelle t brukte smittevernusty r, som igjen skapte en barriere mellom pasientene og helsepersonelle t. Isolasjonen førte til at pasientene følte på sinne, frustrasjon, frykt og skyldfølelse. I tillegg hadde de følelsen av å bli fratatt friheten. Flere av dem følte</p>

						<p>seg avhengig av andre bare for å gjøre småting og flere hadde følelsen av å være et problem som bare ble stuet inn på et rom.</p> <p>På en annen side, var det noen pasienter som såg fordeler med dette i form av å få mer privatliv. En viktig faktor var det å få besøk av familie og venner, dette førte til at pasientene følte seg mindre alene. Samtidig var frykten for å smitte pårørende, som førte til at pasientene holdt en fysisk avstand. Mulighetene for kommunikasjon og hvordan</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>pasientene hadde det rundt seg ble trukket inn som viktige faktorer. Det å høre andre menneskers stemmer gjennom en dør på gløtt, en radio eller et vindu i rommet, viste seg å bli sat stor pris på blant de isolerte.</p>
<p><b>Forfattere:</b> Petersen, K. T., Jensen, S. S., Spolum, L. &amp; Pedersen, M. K.</p> <p><b>Årstall:</b> 2021</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Nordisk sygeplejeforskning</p> <p><b>Land:</b> Danmark</p>	<p>Bag lukkede døre – patienter og pårørendes oplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation</p>	<p>Å oppnå større innsikt i hvordan pasienter og deres pårørende opplever den sosiale kontakten under innleggelse i isolat.</p>	<p>Pasient og Pårørende</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuene foregikk fra oktober 2015 til mai 2016. Deltakerne var infeksjonsmedisinske pasienter og deres pårørende. Intervjuene baserte seg på åpne spørsmål, noe som ga deltakerne mulighet til å fortelle</p>	<p>7 pasienter og 5 pårørende deltok i undersøkelsen gjennom individuelle intervjuer. Undersøkelsen ble gjennomført på et infeksjonsmedisinsk avdeling på et dansk universitetssykehus.</p>	<p>Det å være isolert på en rom førte til at pasientene fikk mer frihet til å planlegge besøk, snakke uforstyrret og mer rom for privatliv. På en annen side gav det begrensninger da de fikk mindre kontakt med andre pasienter og med helsepersonellet. I starten av</p>

				<p>opplevelsen av isolasjonen.</p> <p>Dataene ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.</p>	<p>sykdomsforløpet, syntes flere av pasientene at det var greit å være isolert på enerom, men etter hvert som de begynte å føle seg bedre, hadde de en følelse av begrensninger og ensomhet.</p> <p>Bruken av verneutstyr fra helsepersonellens side førte til økt sykdomsfølelse hos pasientene, og flere opplevde en større avstand til pleierne da de ikke kunne skille hvem som var hvem av helsepersonellene. De kjente og på en følelse av at helsepersonellene måtte ha noen å gjøre inne hos dem for å komme inn.</p> <p>Pasientene følte</p>
--	--	--	--	---	---

						<p>seg bedre ivarett når helsepersonelle t hadde god tid, men nedprioritert på de travle dagene.</p> <p>Pasietene hadde frykt for å smitte sine pårørende, og de hadde førre og kortere besøk, mangel på besøk uten forvarsel.</p>
<p><b>Forfattere:</b> Shaban, R.Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O'Sullivan, M.V.N., Sorell, T. C., White, E., Hackett, K. &amp; Bag, S.</p> <p><b>Årstall:</b> 2020</p> <p><b>Tidsskrift:</b> American Journal of Infection Control</p>	<p>SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting</p>	<p>Hensikten med studien er å finne ut hvilke erfaringer pasienter med covid-19 har hatt når de har vært smitteisolert på sykehus.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>Semistrukturert (face-to-face) intervju med pasienter som var innlagt og smitteisolert med covid-19 i februar og mars 2020. 5 ulike temaer de ble spurt om.</p> <p>The Heideggerian hermeneutical perspective</p>	<p>11 inneliggende pasienter på sykehus. Både menn og kvinner i alderen 27-61 år. Alle er innlagt med Covid-19 og er smitteisolert</p>	<p><b>Tema 1:</b>  <b>“Knowing about COVID-19”</b></p> <p>De fleste pasientene hadde lest seg opp på Covid-19 via internett, aviser og sosiale media. Og de fleste hadde en del kunnskap via dette.</p> <p><b>Tema 2:</b></p>



<p><b>Land:</b> Australia</p>					<p><b>“Planning for a response to COVID-19”</b></p> <p>De fleste deltakerne tok forhåndsregler og de hadde planlagt på tvers av 4 ulike nivåer: individ, familie, fellesskap og samfunn. Isolasjon og avstand ble gjort for å unngå å bli smittet og smitte andre. Media påvirket noen pasienter til å være mer obs på sykdommen.</p> <p><b>Tema 3: Being infected”</b></p> <p>Følte på sjokk, angst og tvil når de fikk vite de hadde blitt smittet. De fleste hadde milde symptomer med hoste, feber, og smerter i</p>
-----------------------------------	--	--	--	--	--

					<p>kroppen. Flere var sjokkert at de var blitt smittet da de hadde tatt mange forhåndsregler. De fleste var ikke redd for å ha C19</p> <p>Flere opplevde negative følelser knyttet til det å være smittet. Bekymret for å ha smittet andre, og stigma rundt det å være smittet. Også dårlig samvittighet over å ha tatt plasser på sykehuset og for å utsette de ansatte for smitte.</p> <p><b>Tema 4:</b> <b>“Life in isolation, and the room”</b></p> <p>Noen synes å bli isolert på denne måten var en trygghet</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>og gjorde at dem stolte mer på helsesystemet, og det gjorde at de følte de fikk en bedre kvalitet på behandlingen.</p> <p>En del av pasientene opplevde negative følelser knyttet til isolasjon. Flere sier de manglet den sosiale interaksjonen, mistet oversikten av tid og følte det hadde for liten plass til mobilisering. Noen sier at de etter noen dager begynte å føle seg deprimerte. Føler på mindre frihet.</p> <p>Flere sier at det var mye mindre interaksjoner med helsepersonell</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>og dårligere kommunikasjonen noe de savnet. Noen synes også at informasjonen ble dårligere da de følte at helsepersonellet ikke hadde tid.</p> <p><b>Tema 5:</b> <b>“Post-discharge life”</b></p> <p>Alle ble helt friske og flere sier de fikk bedre håndhygiene etterpå</p>
--	--	--	--	--	--

<p><b>Forfattere:</b> Hereng, O., Dinh, Aurélien., Salomon, J. &amp; Davido, B.</p> <p><b>Årstall:</b> 2019</p> <p><b>Tidsskrift:</b> American Journal of Infection Control</p> <p><b>Land:</b> Frankrike</p>	<p>Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalizati on and isolation for a multidrug- resistant infection</p>	<p>Hensikten med denne studien er å beskrive pasientenes følelser og kunnskap etter en sykehusinnle ggelse for en MDR- infeksjon.</p>	<p>Pasient- perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode. Studien ble utført gjennom intervjuer i Frankrike fra august 2017 til juli 2018. Pasientene ble kontaktet rett etter utskrivelse og intervjuet en til tre måneder etter utskrivelse. Intervjuet ble utført ved hjelp av et spørreskjema med 17 spørsmål.</p> <p>Analysen av funnene ble utført ved hjelp av en programvare (NVivo- programvare) som klassifiserer, sorterer og ordner informasjon, og som finner sammenheng er mellom funnene</p>	<p>11 pasienter ble intervjuet, tre kvinner og åtte menn. Pasien tene var mellom 26-81 år. De hadde alle vært innlagt og infisert av en MDR- eller XDR- organisme. Alle var innlagt på en infeksjonsavd eling og smitteisolert på et enkeltrum. Pasientene måtte ha vært isolert i minst tre dager. I studien hadde pasientene vært innlagt, og isolert på smitterom i mellom fem til ti dager</p>	<p>Flere pasienter kjente på en frykt rundt det å være smittet med MDR, og konsekvensene av dette.</p> <p>Noen pasienter utrykte angst på grunn av for lite informasjon om sykdommen, hvordan den smitter og hvordan de ble smittet</p> <p>De fleste mente at infeksjonen deres trengte behandling som bare kan gjøres på helseinstitusjo ner. De var redd for om det var flere antibiotika de kunne få dersom de fikk en ny infeksjon, siden de er resistent mot flere etter smitten.</p>
---	--	---	--------------------------------	---	--	--

Kandidatnummer: 1912 & 1913