

BACHELOROPPGAVE SPL 3903

**SMITTEISOLASJON I SOMATISKE AVDELINGER:  
HVA OPPLEVES SOM MEST BELASTENDE FOR  
PASIENTENS PSYKISKE HELSE UNDER  
ISOLASJONSREGIMET, OG HVORDAN KAN DETTE  
FOREBYGGES AV SYKEPLEIER**

FORFATTER: JORUNN GLORVIGEN

Dato: 20.05.2016

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	<b>Smitteisolasjon i somatiske avdelinger: Hva oppleves som mest belastende for pasientens psykiske helse under isolasjonsregimet, og hvordan kan dette forebygges av sykepleier</b>	<b>Dato:</b>	<b>20.05 2016</b>
<b>Deltaker:</b>	<b>Jorunn Glorvigen</b>		
<b>Veileder:</b>	<b>Lisbeth Kjeldsrud Aass</b>		
<b>Evt. oppdragsgiver</b>			
<b>Stikkord/nøkk elord 3-5 ord:</b>	<b>Isolat, smittevern, psykisk helse, forebyggende sykepleie</b>		
<b>Antall sider/ord:</b>	<b>Antall vedlegg: 0</b>	<b>Publiseringsavtale inngått: ja</b>	
<b>41/10674</b>			

### **Kort beskrivelse av bachelor oppgaven:**

**Introduksjon:** Smittevern i somatiske avdelinger medfører ofte isolasjon av pasienten for å bryte smittekjeden. Dette kan oppleves som belastende for pasienten av ulike årsaker.

**Hensikt:** Økt kunnskap rundt hvilke faktorer som virker mest belastende for pasienten i isolasjonssituasjonen vil lettere kunne bidra til å finne riktige forebyggende sykepleietiltak.

**Metode:** Litteraturstudie, med 7 vitenskapelige artikler som primærkilder. Artikkelen er kritisk vurdert, analysert og deretter sammenfattet og underbygget av faglitteratur og teoretisk perspektiv. Benyttede søkeord: Patient isolation, Infection control, Psychological stress, Source isolation, Experience, Infected, Infection isolation, MRSA, Psychological.

**Hovedresultat:** Deltakerne i studiene opplever manglende informasjon om egen helsetilstand og behandling, og utilstrekkelig pleietilbud som mest belastende. Flere opplever økende depressive symptomer som virker å tilta i takt med tiden i isolat.

**Konklusjon:** Økt kunnskap hos pasient og sykepleier kan bidra til økt følelse av trygghet og kontroll hos den isolerte pasienten. Dette avhenger av tilstrekkelig informasjon ut ifra pasientens behov og forutsetninger. På samme måte gjelder dette også pleietilbudet. Pasienten må føle å ha samme rettigheter og tilbud som pasienter utenfor isolat. Dette er konkrete områder å jobbe utifra for å kunne oppnå gode forebyggende tiltak, rettet mot negative reaksjoner som for eksempel depresjon.

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	<b>Infection isolation in somatic departments: What is experienced as most stressful for the patient's mental health during isolation regime, and how can this be prevented by nurse</b>	<b>Date:</b>	<b>20.05. 2016</b>
<b>Participants:</b>	<b>Jorunn Glorvigen</b>		
<b>Supervisor:</b>	<b>Lisbeth Kjeldsrud Aass</b>		
<b>Employer:</b>			
<b>Keywords</b>	<b>Isolation, infection control, mental health, preventative nursing measures 3-5</b>		
<b>Number of pages/words:</b>	<b>41/10674</b>	<b>Number of appendix:</b>	<b>0</b>
		<b>Availability (open/confidential):</b>	
		<b>Open</b>	

### Short description of the bachelor thesis:

**Introduction:** Infection control in somatic wards often leads to isolation of the patient in order to break the chain of infection. The patient will often experience this as both a physical and emotional burden, for different reasons.

**Purpose:** Better knowledge of factors experienced as most problematic for the patient in cases of isolation, may help in finding and identifying the right preventative nursing measures.

**Method:** Literary study based on seven scientific articles as primary sources. The articles have been critically assessed, analyzed, and then summarized and supported by scientific literature. Search words used: patient isolation, infection control, psychological stress, source isolation, experience, infected, infection isolation, MRSA, psychological.

**Main findings:** The participants in the studies experienced the lack of information about their condition and treatment plan, as well as inadequate nursing care as most taxing. Many experience symptoms of depression, which seems to increase proportionally with the amount of time spent in isolation.

**Conclusion:** Increased knowledge for both patients and nurses on the effects of isolation amongst patients will increase the feeling of safety and control of said patients. This is dependent upon sufficient information given according to each patient's individual needs and challenges. This applies equally to the treatment and follow up. Each patient must experience the same rights and privileges as a patient that is not in isolation. These are specific areas that could be a basis for achieving good preventative nursing care in order to prevent negative reactions, such as depression.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområde.....	6
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>7</b>
2.1 Psykisk helse og psykisk lidelse.....	7
2.2 Kriser og mestring.....	8
2.3 Forebyggende og helsefremmende sykepleie.....	9
2.4 Betydning for klinisk sykepleiepraksis.....	9
2.5 Oppgavens hensikt.....	10
2.6 Problemstilling.....	11
2.7 Teoretisk perspektiv.....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 Søkestrategi.....	12
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.3 Søkedokumentasjon.....	15
<b>4.0 RESULTATPRESENTASJON</b> .....	<b>17</b>
4.1 Psykiske reaksjoner på isolasjon.....	24
4.2 Informasjon.....	24
4.3 Pleietilbud.....	25
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>26</b>
5.1 Manglende informasjon.....	26
5.2 Utilstrekkelig pleietilbud.....	29
5.3 Behov for ytterligere kunnskapsutvikling.....	32
5.4 Kritisk vurdering og metodiske overveielser.....	33
5.5 Forskningsetikk.....	33
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>35</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>36</b>

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

Denne litteraturstudien omhandler pasienter inneliggende på somatiske avdelinger (avdelinger for behandling av fysisk sykdom) hvor isolering av pasienten utføres som et smitteverntiltak for å unngå ytterligere smittespredning. Årsaken til smitteverntiltaket er ikke relevant, da det er selve isolasjonen og reaksjoner på dette som er fokuset. Studien vil derfor ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av det å være isolert, hvilke psykiske belastninger som kan oppstå og hvilke faktorer som påvirker situasjonen av positiv- eller negativ art. Målet er å øke fokuset og kunnskapen rundt pasienter i isolat for å kunne bidra til et mer målrettet arbeid innen forebyggende og helsefremmende sykepleie for pasienter i isolat.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Det er kjent at økt forekomst av multiresistente bakterier er en global og økende trussel. Grunnen til dette er at tilgjengelig antibiotika ikke lenger er virkningsfull ovenfor resistente bakterier, noe som kan ha store konsekvenser for smittede pasienter, og for fremtidig medisinsk behandling ved videre smittespredning. Dette medfører derfor også oftere tiltak for å bryte smittetekjeden i form av isolasjons regimer i større eller mindre grad og i kortere eller lengre perioder. (folkehelseinstituttet 2014).

Folkehelseinstituttet (2004) viser til sin nasjonale veileder for smittevern at pasienter i denne type situasjon med behov for isolering kan oppleve dette som traumatisk, eller som en livskrise. Dette kan medføre store psykiske belastninger for pasienten i tillegg til selve årsaken til iverksettelse av isolasjonstiltaket.

En isolert pasient vil ikke kunne benytte seg av sine normale mestringstrategier for å løse situasjonen, og i følge Håkonsen (2011) kan dette utløse en traumatisk krise påført av ytre faktorer. Det kan dermed oppstå et misforhold mellom personens kapasitet/ressurser og de krav situasjonen stiller. De fleste reagerer i slike situasjoner med depresjon, sorg eller håpløshet (Håkonsen 2011). Når det gjelder pasienter i isolat er det stort fokus på hygiene og smitteforebyggende arbeid, faren ved dette kan være at pasientfokuset og den psykiske støtten fra sykepleier og annet helsepersonell forsvinner i større eller mindre grad (Stordalen 2012). Yrkesetiskeretningslinjer (2011) omhandler blant annet sykepleierens ansvar for en helsefremmende og forebyggende praksis, understøtte livsmot, håp og mestring hos pasienten samt ivaretagelse av pasientens behov for helhetlig sykepleie.

### 1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområde

Litteraturstudiets relevans til forskningsområde er knyttet til Kvalitet i sykepleie hvor pasientsikkerhet ligger under som et viktig element. I dette forskningsområdet studeres forutsetninger for og innholdet i den praksisrettede sykepleien sammen med pasient, familien og andre profesjoner. Også erfaringer i livet med sykdom og uhelse som pasient og pårørende. (Høgskolen i Gjøvik 2015). Pasientens erfaringer og nøkkelpersonene rundt er av stor betydning når det kommer til å utforme gode forebyggende og helsefremmende tiltak, og for å opprettholde pasientsikkerheten i et klima som kan se ut til å virke ugunstig på pasientens helse. Høyt fokus på pasientens reaksjoner og velvære vil i en isolasjonssammenheng være viktig for å forebygge mot negative reaksjoner som kan oppstå som følge. Kvalitet og pasientsikkerhet ligger til grunn for dette.

## 2.0 BAKGRUNN

Det ble i følge Folkehelseinstituttet (2015) i 2014 registrert 2083 tilfeller av smittede pasienter i norske helseinstitusjoner, og mørketall forventes. Tilfellene dreier seg her hovedsakelig om smitteoverføring av virus og resistente mikrober. Stordalen (2012) påpeker at det er viktig at sykepleier er oppmerksom på pasientens psykiske tilstand underveis i isolasjonsregimet da det å isoleres er belastende både for pasient og pårørende. Dette også med tanke på behov for sosial kontakt og andre individuelle hensyn som kultur, religion og god informasjon om årsak og tilstand. Isoleringstiltak gjøres når det er fare for at pasienten overfører smittsomme infeksjonstilstander til andre pasienter, personalet eller besøkende. Eller i tilfeller når pasienten er spesielt utsatt for infeksjoner grunnet nedsatt immunforsvar (Helsebiblioteket 2012). De smitteforebyggende tiltakene er noe forskjellige ut ifra årsaken til smitteisolasjonen, da smittemåtene varierer. Det dreier seg her om kontaktsmitte (direkte fysisk kontakt med smittestoff), dråpesmitte (Spredning av væskedråper ved sprut av flytende materiale som ved hoste, oppkast, urin osv), luftbåren smitte (overføring av infeksjøst materiale i luft via små dråper eller støvpartikler) og beskyttende isolasjon (Pasienter med svekket immunforsvar, eller spesielt utsatte grupper, for eksempel premature barn og Leukemi pasienter). Type isolasjonsregime igangsettes av sykepleier i samarbeid med lege, avhengig av hva slags smittestoff og lokalisasjon av smittestoffet. Hensikten med isolasjon er å bryte smittekjeden (Stordalen 2012). I helseinstitusjoner brukes isolering av pasienter for å unngå smittespredning. Folkehelseinstituttet (2004) har utviklet en nasjonal veileder som inneholder faglige anbefalinger og råd for smittevern. Dette på bakgrunn av økt forekomst av multiresistente mikroorganismer og nyoppdagede infeksjonssykdommer.

### 2.1 Psykisk helse og psykisk lidelse

Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012a) beskriver Erikson's syn på hva psykisk helse innebærer. Her nevnes to begreper som skal representere den psykiske og den fysiske helsen. Å være *frisk* representerer den fysiske helse, yteevne og funksjon, mens det å være *sunn* innebærer at personens handlinger kjennetegnes av konsekvensinnsikt og virker helsefremmende. Flere filosofer betegner i følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012a) god helse som "menneskets evne til å nå sine mål". Tanken bak dette er at helse må adskilles fra ordet sykdom siden god helse ikke er synonymt med fravær fra sykdom. God helse kan også oppstå hos mennesker med sykdom og funksjonssvikt. Regjeringen (2014) viser til verdens helse organisasjon/ WHO sin definisjon på psykisk helse. Her beskrives helse

følgende ”Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser”. Å lide psykisk er i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) ikke det samme som å ha en psykisk lidelse, men kan derimot være et sunnhetstegn. Man har derimot en psykisk lidelse hvis en opplever fravær av sunnhet som følge av lidelsen. Håkonsen (2011) påpeker at forebyggende og behandlende arbeid innen psykiske lidelser er et viktig og nødvendig satsningsområde for samfunnet. Arbeid i å fremme psykisk helse er både et ansvar for den enkelte, og et samfunnsansvar. I 2010 var andelen mennesker med psykiatriske lidelser med behov for bistand på ca 800 000 mennesker. Herunder mennesker med alvorlige, moderate og lette psykiske lidelser. Statistikk viser at 1 av 4 uføretrygdede har en psykisk lidelse. (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke 2010).

## 2.2 Kriser og mestring

Mennesker er i følge Håkonsen (2011) løsningsorienterte og finner som oftest en løsning i vanskelige valgsituasjoner, enten hensiktsmessig eller uhensiktsmessig. Når det kommer til kriser kjennetegnes disse ved at kjente mestringsstrategier ikke kan benyttes for å finne en løsning på situasjonen som oppstår. Livshendelser, konflikter eller situasjoner kan være eksempler av slik karakter. Begrepet krise beskriver to retninger: *traumatisk krise* utløses oftest av ytre faktorer som sykdom eller ulykke, som dermed kan true personens integritet. *Utviklingskrise* dreier seg om vanlige livshendelser som for eksempel flytting, å bli foreldre eller endring i sosial status. Begrepet krise betegner en emosjonell tilstand som reaksjon på en situasjon eller hendelse som personen står ovenfor. Ved krise opplever personen forskjellige tap. Dette kan være *objekttap*, altså tap av noen eller noe av stor betydning, *tap av selvstendighet/selvbestemmelse*, som dreier seg om tap av mulighet til å oppleve kontroll over eget liv, *relasjonsproblemer*, forandringer eller problemer i forhold til andre individer, *samfunnsmessige forandringer*, som vil si store endringer utenfor personens kontroll som krever stor tilpasning, og *ytre hendelser/katastrofer/ulykker*. I følge Håkonsen (2011) har mennesker en opplevelse og forståelse av oss selv og verden rundt som resulterer i en opplevelse av kontinuitet og stabilitet. Tapsopplevelser truer dette og kan føre til behov for en nyorientering som kan føre til at egne ressurser og kapasitet blir utilstrekkelig. Kriser og andre former for psykologiske påkjenninger fører ofte med seg reaksjoner som ubehag og mistriivsel. På den positive siden skaper slike negative følelser ofte en motivasjon for endring som skiller mellom to mestringstyper. *Problemfokusert mestring* som innebærer fokus på den aktuelle situasjonen for å søke endring, avslutning eller løsning på problemet eller



situasjonen, og *følelsmessig fokusert mestring* som innebærer fokus på på de følelsmessige påkjenningene som knyttes til den aktuelle situasjonen i forsøk på å redusere eller fjerne det følelsmessige ubehaget. Dette selv om den utløsende situasjonen ikke kan endres (Håkonsen 2011).

### 2.3 Forebyggende og helsefremmende sykepleie

Generelt er disse begrepene rettet mot friske og mot personer som er spesielt utsatt for helsesvikt. Den forebyggende sykepleien dreier seg hovedsakelig om å identifisere virkelige og potensielle problemer som kan virke helsetruende, og å jobbe forebyggende mot disse. Når det gjelder helsefremming omhandler dette tiltaket det enkelte individet og dens omgivelser, med fokus på helse, livskvalitet og velvære som mål (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2012a).

Det skilles mellom *Primærforebyggende tiltak*, som dreier seg om å forhindre helsesvikt hos friske, syke og utsatte mennesker og grupper. *Sekundærforebyggende tiltak* dreier seg om å tidlig identifisere helsesvikten og igangsette tiltak for å forebygge ytterligere helsesvikt eller evt. sykdom. *Tertiærforebyggende tiltak* har hovedfokus rundt å forhindre komplikasjoner ved skade, sykdom eller i behandling og utredning, samt å forhindre nye helseproblemer ved helsesvikt eller kronisk sykdom (Almås, Stubberud og Grønseth 2011) Definisjonen på helse er i følge Verdens helseorganisasjon/WHO (2014) ”en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse”.

### 2.4 Betydning for klinisk sykepleiepraksis:

Som nevnt tidligere er antibiotikaresistens et økende problem. Selv om dette ikke er den eneste årsaken til at pasienter blir isolert vil det som følge av dette være årsaken til økende bruk av isolat i somatiske avdelinger. At isolasjon kan være belastende for pasienten bekreftes i Vliet (2009) sin rapport om erfaringer med luftsmitte-isolerte pasienter. Et av hovedfunnene viser at ufullstendig og uforståelig informasjon var hovedårsaken til at pasientene slet med å mestre den psykiske påkjenningen i isolasjons tiden. Dette påvirket også usikkerhet når det gjaldt besøk av sine nærmeste av frykt for smittespredning. Pasientene følte dette som psykisk svært belastende, og funn viser at pasienter isolert over 14 dager viser begynnende utvikling av depressive symptomer. I følge Pasient og brukerrettighetsloven (2015) § 3-2 har pasienten krav på å få innsikt i egen helsehjelpen og helsetilstand i form av nødvendig informasjon. Pasienten har også krav på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger.

Sykepleieren har i følge Yrkesetiskeretningslinjer (2011) et grunnleggende og etisk ansvar for ivaretagelse av pasientens helse. Store Emosjonelle påkjenninger eller stress, eller mennesker som er psykologisk sårbare av andre årsaker, er i følge Håkonsen (2011) mer utsatt for infeksjonssykdommer enn andre. I Helsepersonelloven (2016) beskrives det i § 4 at arbeidet skal utføres i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut i fra kvalifikasjoner, karakter i arbeidet og i situasjonen. Menneskets psykosomatikk må derfor ses som en helhet siden fysiologiske og psykologiske mekanismer påvirker hverandre (Håkonsen 2011). Psykologiske reaksjoner på stress er mange, og Håkonsen (2011) nevner reaksjoner som angst, sinne, apati og depresjon. Dette som uttrykk for normale menneskelige reaksjoner, men som kan utvikle seg til psykiske problemer hvis stressreaksjonene vedvarer. Yrkesetiskeretningslinjer (2011) er det etiske fundamentet for all sykepleie, og konkretiserer hva som skal sikre en god praksis i profesjonen. Retningslinjene dreier seg blant annet om helsefremming og forebygging, understøtte av håp, mestring og livsmot, ivaretagelse av individuelt behov for helhetlig omsorg og informasjon om egen situasjon. Pasienter i isolat vil naturligvis tilbringe mesteparten av tiden alene, da tiltaket blant annet innebærer å ikke forlate isolatet (Stordalen 2012). Almås, Stubberud og Grønseth (2011) mener at det å bry seg om pasienten i stor grad er forbundet med den etiske kvaliteten på sykepleierens tilstedeværelse. Dvs. at sykepleieren må være tilgjengelig og ivaretaende, uten at dette innebærer prosedyrer, oppgaver eller liknende.

### 2.5 Oppgavens hensikt

Informasjon om pasienters reaksjoner på det å være isolert, og hvordan og hvorfor dette er belastende, gir grunnlaget for et større fokus på den forebyggende sykepleien. For å vite hvilke forebyggende tiltak som skal igangsettes, må en i forkant av tiltakene vite hvilke reaksjoner man skal forebygge mot, og hva som utløser disse. Ved å finne fellesnevnerne i forhold til de utløsende faktorene, kan sykepleierens forståelse av hvor fokuset bør ligge komme klarere frem.

Hensikten i studien vil derfor være å øke sykepleierens kunnskap rundt årsakene til de menneskelige reaksjonene som kan oppstå som følge av det å være underlagt et isolasjonsregime. Og som følge av dette oppstår en tydeliggjøring av hvilke tiltak som kan virke forebyggende fra sykepleierens side. Denne økte kompetansen kan da bidra til et mer målrettet arbeid innen forebyggende sykepleie med tanke på psykiske reaksjoner hos pasienter i isolat.

## 2.6 Problemstilling

**Smitteisolasjon i somatiske avdelinger: Hva oppleves som mest belastende for pasientens psykiske helse under isolasjonsregimet, og hvordan kan dette forebygges av sykepleier.**

## 2.7 Teoretisk perspektiv:

Antonovsky (2014) sitt begrep Sence of coherence/ opplevelse av sammenheng (OAS) er ikke et personlighetstrekk, men en grunninnstilling. Dette sier noe om hva slags bilde personen har på verden rundt seg, som vil påvirke hvordan mennesket takler motgang i livet. Antonovsky (2014) utviklet teorien om Salutogenese, som dreier seg om hvordan helse skapes ved at vedkommendes ressurser styrkes. Han utviklet begrepet *sense of Coherence* for å forklare sammenhengen mellom helse og salutogenese. Den sentrale forskjellen fra patogenese som fokuserer på det som foresaker sykdom, er at salutogenese fokuserer på hva som gir god helse. Når det gjelder den salutogenetiske tilnærmingen er fokuset satt på et kontinuum med to ytterpunkter som *god* og *dårlig* helse. Spørsmålet er da hvordan en skal bevege seg mot god helse. I følge han selv er det den holistiske tilnærmingen til pasienten som er viktig for et dypere perspektiv og forståelse av pasientens situasjon. Motsetningen her er den dikotomiske tilnærmingen til patogenesen, hvor en er enten syk eller frisk. Antonovsky (2014) mener dette blir for snevert, siden en da har fokuset på sykdom og ikke mennesket med sykdom. For å kunne besvare spørsmål angående hva som gir god helse og hvorfor noen tåler sykdom og motgang bedre enn andre, utviklet han begrepet *sense of coherence* som oversettes til *opplevelse av sammenheng*. For å definere Antonovskys begrep finnes tre viktige forutsetninger: Først, for at personen skal kunne oppleve en sammenheng må situasjonen oppleves som forståelig, for det andre må personen ha en tro på at han innehar ressurser til å håndtere utfordringene, og for det tredje må personen være motivert og se en mening i å møte gitte utfordringer. Oversatt til begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse tre begrepene menes å måtte ligge til grunn for å kunne oppnå god helse i et salutogent perspektiv (Antonovsky 2014). Sett i sykepleie perspektiv kan en sammenligne den holistiske tilnærmingen i sense of coherence, med den grunnleggende sykepleien. Sykepleierens fokus ligger som i salutogenesen ikke kun på sykdommen, men med fokus på helse, livskvalitet, mestring og omsorg (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2012a).

### **3.0 METODE**

Metode er et verktøy eller en framgangsmåte for å finne- eller etterprøve kunnskap. For å kunne samle inn data i forhold til hva som er relevant for studien, benyttes passende metode. Metoden kommer an på hva forfatteren vil ha svar på, altså forskningsspørsmålet. (Dalland 2012). En del av definisjonen på et litteraturstudie er i følge Aveyard (2014) å først identifisere et forskningsspørsmål eller en problemstilling. Deretter forsøker man å besvare dette spørsmålet ved å søke og analysere relevant litteratur, ved hjelp av en systematisk tilnærming. Et litteraturstudie er da med andre ord en oppsummering av tidligere publisert forskning, som kan belyse allerede kjent kunnskap og se det i et nytt perspektiv. Dette kan bidra til at en enkelt litteraturstudie kan oppnå større validitet enn en primær forskningsstudie alene.

Kvantitativ forskningsmetode bruker tall og statistikk i datasamlingen, og innebærer tradisjonelt sett ikke kontakt mellom forsker og deltager. Denne tilnærmingen involverer ofte mange deltakere og funnene kan benyttes i flere sammenhenger. Et eksempel er metaanalyse som er en metode for å oppsummere resultatene fra flere studier som for eksempel å tallfeste en behandlingseffekt.

Kvalitativ forskningsmetode fokuserer på å utforske meninger og fenomener som oppstår i en naturlig setting, som ikke lar seg tallfeste eller måle. Fokuset er å forstå helheten av personens opplevelse i en situasjon og dette innebærer at forskeren må gå i dybden, ofte med intervjuer av deltakeren. Tall og statistikk blir lite brukt her. Et eksempel er Metasyntese som metode for å sette sammen biter av kvalitativ forskning med hensikt i å komme frem til et svar på et spesifikt forskningsspørsmål (Aveyard 2014).

#### 3.1 Søkestrategi

Relevante og gode søkeord er et utgangspunkt for å kunne finne gode artikler innenfor temaet i databasene. Benyttet derfor helsebiblioteket (2015) sin søkemotor for å finne gode mesh-termer eller søkeord før oppstart av søk i databasene. Flere søkeord ble også forsøkt uten tilfredsstillende resultat, blant annet: mental strain, stress, nursing, mental health, psykososial effects, emotional adjustment, quality of care, patient isolators, preventive, psychological effects osv. Flere av disse søkeordene gav funn mer rettet mot psykiatrien, som gjorde at andre mer konkrete ord mot problemstillingen måtte benyttes. Nursing ble forsøkt benyttet som kombinasjon på de fleste søk, men fant de mest relevante og derfor benyttede

artiklene uten nursing som søkeord. Videre er det valgt å ikke benytte PICO skjema som hjelpemiddel pga manglende erfaring med dette.

Databasene som ble benyttet i litteratursøket ble valgt ut ifra relevans til sykepleiefaget og til litteraturstudiens problemstilling og hensikt. Under artikkelsøket ble det benyttet flere databaser, siden samme artikkel ofte ikke legges ut i de forskjellige databasene samtidig. Enkelte databaser hadde også flere fulltekst artikler enn andre, og noen var enklere å manøvrere. De vitenskapelige artiklene brukt i denne litteraturstudien er hentet fra følgende databaser:

**Cinahl:** som inneholder artikler og tidsskrifter innen sykepleie, helsefag og andre tilgrensede områder, her ligger også flere artikler i fulltekst.

**Cochrane library:** innehar artikler med tyngde på ulike behandlinger og forebyggende tiltak. Her finnes hovedsakelig review artikler.

**Pubmed:** er en medisinsk database.

**Pubpsyk:** inneholder hovedsakelig europeisk forskning innen psykologi, med flere av artiklene i fulltekst.

**Svemed+:** er en nordisk helsefaglig og medisinsk database med innhold av referanser til artikler i nordiske tidsskrifter. Benyttet også denne databasen i søkeprosessen uten at dette gav relevante funn. (Høgskolen i Hedmark 2016)

Det ble deretter kontrollert at artikkelen er utgitt i et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1 eller 2. Informasjon om tidsskriftets nivå er tilgjengelig ved å søke opp artikkelens ISSN eller ISBN- prefiks i Norsk senter for forskningsdata/ NSD (2016). Artiklene må også ha en tydelig IMRAD struktur på samme måte som tidsskriftartiklene innen forskning, denne strukturen brukes primært for selve oppbygningen av artiklene. Strukturen er satt opp på følgende måte: **Introduksjon, Metode, Resultat, And, Diskusjon** (Dalland 2012).

Artiklenes troverdighet er blitt vurdert i forkant av artikkelanalysen for å øke litteraturstudiens validitet. Enkelte elementer er blitt lagt vekt på ut ifra oppsatte kriterier for informasjonsvurdering. Kriterier som vektlegges i forhold til de utvalgte artiklenes validitet:

- artikkelforfatterens tittel og/eller kvalifikasjoner er oppgitt
- Forfatterne er tilknyttet en respektiv institusjon eller organisasjon, og artiklene skal være vurdert og godkjent av etisk komité.
- Artikkelen inneholder kontakt informasjon
- En balansert og objektiv kilde uten evt. interessekonflikter
- Innholdet er detaljert, omfattende og eksakt

- Oppdatert/relevant informasjon (NTNU 2010).

### 3.2 inklusjons og eksklusjonskriterier:

Artikkelsøket var en komplisert prosess, med få funn innenfor valgte inklusjonskriterier. Kriteriene måtte derfor utvides noe underveis for å finne nok materiale til litteratur studiet. Fra å kun inkludere langtidisolerte pasienter med en isolasjons periode på minimum en uke, måtte studier med fokus på korttidisolasjon også inkluderes. Ved å inkludere både kortids og langtid isolerte pasienter kan en i tillegg se om det finnes en økende tendens til negative reaksjoner i takt med tiden pasienten er isolert, og evt. når symptomene blir mer fremtredende. Nedre alder ble satt til 16 år med tanke på å ha deltakere som i stor grad er i stand til å forstå situasjonen og informasjon som gis i forkant og underveis i studien. Det benyttes også selvskaleringsskjemaer i flere av studiene, noe som forutsetter at deltakerne kan sette egne reaksjoner i sammenheng med situasjonen. Av samme årsaker ekskluderes personer med store psykiske lidelser. Personer over 16 år har i følge helseforskningsloven (2015) Kap. 4, §17 rett til å samtykke i medisinske og helsefaglig forskning, og forskningen kan ikke utføres uten deltageren samtykke. Forskning på mindreårige/barn under 16 år krever i følge §18 strengere krav og kriterier til godkjenning av forskningsprosessen (Lovdata 2015). Deltakere over 16 år har derfor større makt over egen situasjon enn barn. Forskning på barn i en isolasjonssituasjon som dette, vil sann forfatter ser det være etisk problematisk. Det ble også utfordrende å sette en grense for øvre alder, da dette ville ekskludert flere artikler. Løsningen på dette ble derfor å tilføre et kriterium om at deltakerne må ha en sunn kognitiv helse, noe som også fokuseres på i enkelte av de utvalgte artiklene. Dette for å kunne ha deltagere med formening om egne følelser og opplevelser knyttet til situasjonen de gjennomgår. Tanken bak det store aldersspennet er å få en oversikt over de mest fremtredende reaksjoner og opplevelse uavhengig av alder. Studiene må være utført i et sykehus/institusjon hovedsakelig med tanke økende bruk av isolat i sykehus grunnet resistensproblematikk, som nevnt tidligere. Kunnskap rundt dette er derfor nødvendig for den forebyggende sykepleien. Studier publisert etter 2008 er benyttes for et mest mulig oppdatert resultat med tanke på at prosedyrer og tiltak stadig er i endring i helsevesenet. Tanken er å unngå mulige forskjeller som kan påvirke opplevelsen av å være i isolasjon. Av liknende årsak ekskluderes også forskning utført i U-land, dette fordi sykehusforhold og tiltakene i disse landene kan være svært ulik Norsk sykehusstandard. Tiltakene bør være sammenliknbare for å oppnå høyest mulig validitet i litteraturstudien.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Deltagere over 16 år	Barn
Kognitivt friske	Forskning utført i U-land
Smitteisolasjon grunnet nedsatt immunforsvar	Deltagere med store psykiatriske lidelser
Smitteisolasjon grunnet kontakt, dråpe eller luftsmitte	Forskning utført i hjemmet/ utenfor institusjon
Korttids og langtidsisolasjon	Somatisk fokus
Psykisk/reaksjonsmessig fokus	
Artikler publisert hovedsakelig etter 2008	
IMRAD struktur	
Fagfellevurdert tidsskrift, nivå 1 eller 2	
Forskningen er godkjent av etisk komité'	
Forskning utført i sykehus/institusjon	

Disse kriteriene har dannet grunnlag for utvalgte søkeord med videre resultat i de 7 utvalgte vitenskapelige artiklene. Inklusjons og eksklusjonskriteriene har vært grensesettende for prosessen med tanke på å finne artikler med relevans for litteraturstudiet, og har gjort utvelgelsesprosessen enklere. Inklusjons og eksklusjons kriterier brukes som hjelpemiddel i søkeprosessen for å kunne sile ut hvilke artikler som er relevante i forhold til forskningsspørsmålet/problemstilling, og som dermed bør inkluderes. Artiklene som ikke oppfyller inklusjonskriteriene blir dermed forkastet tidlig i prosessen (Aveyard 2014).

### 3.3 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Patient isolation</b>	Cochrane library		54479
<b>2. Infection control</b>			190899
<b>3. psychological stress</b>		1 AND 2	8296
		1 AND 2 AND 3	7551
			43

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Infection control</b>	Cinahl		30432
<b>2. Source isolation</b>	Søket ble her begrenset til fulltekst og artikler publisert mellom 2008- 2016.		1502
		1 AND 2	168
<b>3. MRSA</b>			2013
		1 AND 2 AND 3	36

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Source isolation</b>	Cinahl		1502
<b>2. experience</b>	Søket ble her begrenset til fulltekst og artikler publisert mellom 2008- 2016.		74948
		1 AND 2	347
<b>3. Infected</b>			10645
		1 AND 2 AND 3	16

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. infection isolation</b>	Pubpsyk		84
<b>2. psychological</b>			197509
		1 AND 2	39

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. infection isolation</b>	Pubmed		193831
<b>2. Psychological</b>			400969
		1 AND 2	288
<b>3. Experiences</b>			140229
		1 AND 2 AND 3	19



## 4.0 RESULTATPRESENTASJON

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Barratt, R., Shaban, R og Moyle, W. (2010) 'Behind barriers: patients perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)', <i>Australian journal of advanced nursing</i> , 28(2), s. 53-59.	Å utforske pasienters erfaringer med å leve i isolasjon som følge av MRSA i somatiske sykehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming og hermeneutiske prinsipper.</li> <li>• Semistrukturerte intervjuer.</li> <li>• 10 deltagere.</li> <li>• Alder: 46- 78 år.</li> <li>• Isolasjonsvarighet: 3- 21 dager.</li> <li>• Gjennomsnittlig isolert: ca 11 dager.</li> </ul>	<p>Positiv opplevelse med tanke på privatliv forutsatt mulighet for sosialisering.</p> <p>Negativ opplevelse som identitetstap, nedsatt pleietilbud i forhold til pasienter utenfor isolasjon, manglende mellommenneskelig interaksjon.</p> <p>Deltakerne opplever emosjonelle reaksjoner som frykt, sinne, frustrasjon og skyldfølelse.</p> <p>Viktig med konkret og grundig informasjon.</p> <p>Beskyttelsesutstyr gav økt følelse og frykt for stigmatisering, samt en følelse av å være smittsom.</p> <p>Pleiepersonell må inneha adekvat kunnskap om smittevern for å kunne gi tilstrekkelig informasjon og lindring.</p> <p>Lavere tilbud av emosjonell omsorg.</p>	<p>Denne studien oppfylder samtlige av de satte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de satte validitetskriteriene.</p> <p>Liten studie, men grundig med direkte sitater fra deltakere.</p> <p>Fokus på nøyaktig formulerte spørsmål for å holde fokus på målet med studien.</p> <p>Tar for seg både emosjonelle, fysiske og sosial påvirkning som oppstår ved isolering.</p> <p>Deltakerne kommer selv med forslag til hvilke aspekter som kan gjøre isolasjonstiden mindre belastende. Dette er nyttig i forhold til forebyggende sykepleie.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Tecchio, C., Bonetto, C., Bertani, M., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Nichele, I., Bonani, A., Andreini, A., Benedetti, F., Ruggeri, M og Pizzolo, G. (2013)</p> <p>'Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation', <i>Psycho-Oncology</i>, 22(8), s. 1790-1797.</p>	<p>Målet for studien er å finne grunnlag for forebyggende strategier som tar sikte på å minimere angst og depresjon hos Leukemi pasienter som gjennomgår stamcelle transplantasjon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ kohort studie</li> <li>• Intervjuer og selvskaleringsskjemaer: CBA 2.0 (cognitive behavioral assessment, SDS (self-rating depression scale), STAI X1 (state trait anxiety inventory) ble benyttet.</li> <li>• 107 deltagere.</li> <li>• alder: 16- 70 år.</li> <li>• Isolasjonsvarighet: 12- 85 dager.</li> <li>• Gjennomsnittelig isolert: 22 dager.</li> </ul>	<p>1 av 10 led av betydelig angst og depresjon.</p> <p>Forekomst av depresjon øker til mer enn dobbelt etter 2 uker isolert.</p> <p>Ingen signifikant økning i angst symptomer under isolasjonsperioden.</p> <p>Kvinner er mer utsatt for utvikling av angst, depresjon og tvangstanker i løpet av isolasjons perioden.</p> <p>Det påpekes at oppmerksomhet, og tidlig psykologisk intervensjon kan virke forebyggende på nevnte symptomer.</p>	<p>Denne studien oppfyller samtlige av de satte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de satte validitetskriteriene.</p> <p>Forfatterne henviser til tidligere studier som støtter deres funn.</p> <p>Påpeker viktige forebyggende tiltak med tanke på psykiske reaksjoner.</p> <p>Deltakere med mer alvorlig sykdom enn i de resterende studiene.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Lupion-Mendoza, C., Antunez-Dominguez, M, J., Gonzales-Fernandez, C., Romero-Brioso, C og Rodriguez-Bano, J. (2015) 'Effects of isolation on patients and staff', <i>American journal of infection control</i>, 43(4), s. 397-399.</p>	<p>Forfatterne i studien er tilknyttet infeksjonsavdelinger med fokus på forebyggende tiltak for opprettholdelse av god psykisk helse, hos pasienter underlagt isolasjon. Hensikt er å finne flere potensielt skadelige effekter for å legge grunnlag for ytterligere forebyggende tiltak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer.</li> <li>• HADS- A og D: selvskaleringsskjema for angst og depresjon ble benyttet.</li> <li>• 72 deltakere sammenliknes med 72 tidligere deltakere.</li> <li>• Intervju av 28 ansatte</li> <li>• Alder: 21- 93 år</li> <li>• Isolasjonsvarighet: minimum 5 dager</li> </ul>	<p>Klar sammenheng mellom forekomst av depresjon og isolasjon</p> <p>Ingen klar sammenheng mellom forekomst av angst og isolasjon.</p> <p>Deltakerne opplever ensomhet, begrensninger og redsel for å smitte andre.</p> <p>Sykepleierne følte usikkerhet i forhold til spesifikke forholdsregler og smitterisiko.</p> <p>Sykepleierne påpeker at pasientene ikke mottar samme pleietilbud som pasienter utenfor isolasjon. Dette hovedsakelig grunnet tidkrevende smittevernustyr. Pasienten blir tilsett kun når det er nødvendig, og får derfor mindre pasient/pleiekontakt.</p>	<p>Denne studien oppfylder samtlige av de sette inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de sette validitetskriteriene.</p> <p>Stor studie satt i en noe kort artikkel. Inneholder likevel mye informasjon.</p> <p>Legger vekt på både sykepleieres og deltakernes tanker og erfaringer.</p> <p>Viser elementer som sammenliknes mellom de to deltagergruppene, som deretter presenteres i tydelige og letleslige grafer.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Skyman, E., Sjøstrøm, H,T og Hellstrøm, L. (2010) 'Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated', <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 24(1), s. 101-107.</p>	<p>Hensikten er å innhente kunnskap om erfaringer fra pasienter som ble smittet av MRSA på sykehus, og deretter smitteisolert i infeksjonsavdeling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie med dybdeintervjuer</li> <li>• 6 deltagere</li> <li>• Alder: 35- 76 år</li> <li>• Isolasjonsvarighet: 1 uke- 3 mnd</li> <li>• Gjennomsnittelig isolert: ca 45 dager.</li> </ul>	<p>Deltagerne er smittet på sykehus og føler seg krenket som følge av dette.</p> <p>Føler ansvar for å bryte smittekjeden.</p> <p>Opplever isolasjon som traumatisk.</p> <p>Emosjonelle reaksjoner som skyld, skam, sårbarhet og følelse av fremmedgjøring.</p> <p>Følelse av manglende informasjon, rettigheter og rehabiliteringstilbud.</p> <p>Positivt at isolasjonsrommene hadde utsikt til en park.</p> <p>Det påpekes viktigheten av informasjon til pasienten, og behov for økt kunnskap rundt smitteoverføring for både pasienter og ansatte.</p>	<p>Denne studien oppfyller samtlige av de satte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de satte validitetskriteriene.</p> <p>Liten studie med noe begrenset informasjon om psykiske reaksjoner. Underbygger likevel elementer i flere av de andre artiklene.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Wassenberg, M,W,M., Severs, D og Bonten, M,J,M (2010) 'Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients' <i>Journal of hospital infection</i> , 75(2), s. 124-127.	Hensikten er å finne ut om pasienter underlagt korttidsisolasjon opplever negative psykologiske reaksjoner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ kohortstudie.</li> <li>• Selvskaleringskjemaene HADS-A og D (angst og depresjons skalering) og EQ VAS (skalering av egen helse respons til tiltaket) ble benyttet.</li> <li>• To deltagergrupper, en isolert gruppe- og en gruppe utenfor isolasjon.</li> <li>• Antall isolerte deltagere: 42 stk</li> <li>• Antall ikke- isolerte deltagere: 84 stk</li> <li>• Deltakere vurderes etter 24- og 48 timers isolasjon.</li> <li>• Alder: over 18 år.</li> </ul>	<p>Pasientene rapporterte positive assosiasjoner til isolasjons tiltaket.</p> <p>Majoriteten av de isolerte pasientene oppfattet ikke at kvaliteten på pleien levert av leger og sykepleiere, ble negativt påvirket.</p> <p>Korttids isolerte hadde ikke økt tendens til depresjon og angst, eller nedsatt livskvalitet.</p> <p>De isolerte pasientene hadde en positiv innstilling til forhåndsreglene isolasjonsregimet innebærer.</p>	<p>Denne studien oppfyller samtlige av de satte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de satte validitetskriteriene.</p> <p>Sammenlikner isolerte og ikke isolerte grupper.</p> <p>Studien gir ingen forskjell mellom gruppene, og dermed lite å bruke i denne litteraturstudien. Det kan likevel tolkes å ha sammenheng med den korte isolasjonstiden deltakerne er underlagt.</p> <p>Brukes hovedsakelig som sammenlikning til langtidsisolerte pasienter.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Findik, U.Y., Ozbas, A., Cavdar, I., Erkan, T og Topcu, S.Y. (2012) 'Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients' <i>International journal of nursing practise</i> , 18(4), s. 340-346.	Vurdere effekten isolasjon har på angst og depresjons nivåer hos pasienten, og om enkelte sosialdemografiske og pasientkarakteristiske trekk påvirker angst og depresjons nivået.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• To grupper med en gruppe underlagt isolasjon, den andre ikke.</li> <li>• 60 deltagere i isolasjon.</li> <li>• 57 ikke isolerte deltagere med kontakt smitte.</li> <li>• Isolasjonsvarighet: gjennomsnitt 5 dager.</li> <li>• Alder: 18-65 år.</li> <li>• HADS- A og D: selvskaleringsskjema for angst og depresjon ble benyttet hos begge gruppene.</li> <li>• Intervjuer</li> </ul>	<p>Ingen signifikant forskjell mellom isolerte og ikke-isolerte pasienter når det gjelder forekomst av angst og depresjon</p> <p>Deltagere med lav utdanning, og lav økonomisk og sosial status virker å være mer utsatt for utvikling av depresjon. Herunder kvinner over 55 år.</p> <p>Kvinner var to ganger mer utsatt for utvikling av depresjon enn menn.</p> <p>De fleste var tilfreds med å være isolert.</p> <p>Forfatterne spekulerer i at pasientenes tro på fordelen og nødvendigheten av smitteisolasjon har vært avgjørende for den lave forekomsten av negative reaksjoner.</p>	<p>Denne studien oppfyller samtlige av de satte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p> <p>Oppfyller de satte validitetskriteriene.</p> <p>Kun benyttet selvskaleringsskjemaer i forbindelse med kartlegging av psykiske reaksjoner.</p> <p>Resultatet av studien kan i følge forfatterne bli påvirket av at enerom ses på som luksus da pasienter ofte ligger på 6-8 mannsstue.</p> <p>Motstridende resultat til flere av de andre artiklene, men har funn som tydeliggjør en mer utsatt pasientgruppe. Dette kan underbygge viktigheten av kartlegging for å iverksette forebyggende sykepleie.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
Barrat, R.L., Shaban, R og Moyle, W. (2011) 'Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practise' <i>Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession</i> , 39(2), s. 180-193.	Identifisering av kjent forskning rundt hvilke effekter isolasjon og forhåndsreglene rundt kontaktsmitte har på pasientens psykiske og psykologiske velbefinnende. Dette for å informere og forbedre sykepleien og helsevesenets ivaretagelse av den pasienter underlagt isolasjon.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Litteratur studie/ review</li> <li>• identifisering og studie av 21 artikler publisert mellom 1990-2010.</li> </ul>	<p>Positive elementer som ro og privatliv.</p> <p>Flere negative opplevelser og reaksjoner som: angst, stress og depresjon.</p> <p>Isolering assosieres også med ensomhet, kjedsomhet, stigmatisering, følelse av innesperring og frustrasjon.</p> <p>En ser tydelige tendenser til at pasienten mottar dårligere pleietilbud som kan føre til høyere risiko for bivirkninger.</p> <p>Funn tyder på at uheldige effekter kan reduseres, ved å maksimere sosial interaksjon i form av hyppige tilsyn/pasient kontakt, styrke pasientens følelse av kontroll og forebygging av ensomhet.</p> <p>Regelmessig og konkret informasjon er essensielt for pasientens psykiske velbefinnende. Sammen med optimale fysiske omgivelser og følelse av riktig og nok helsehjelp.</p>	En review studie blir inkludert i litteraturstudien, for å underbygge funnene gjort i de resterende artiklene. Reviw artikkelen har fokus på temaer som er relevante og sammenliknbare med flere av funnene gjort i primærstudiene. Denne review artikkelen er derfor relevant i forhold til litteraturstudiets hensikt.

#### 4.1 Psykiske reaksjoner på isolasjon

Det ses forskjellige grader av psykiske reaksjoner hos pasienter isolert i en kortere periode, i motsetning til pasientene som er under lengre tids isolasjon. Pasienter isolert mellom 24 timer og fem dager opplever i følge anvendte studier lite ubehag, og ser på isolasjonsregimet som mer positivt og med flere fordeler enn de langtidsisolerte pasientene. (Wassenberg, Severs og Bonten 2012). Positive aspekter som påpekes er blant annet tanken på å ikke forstyrre andre, fred, ro og ivaretagelse av privatliv. Findik et al. (2012) påpeker i sin studie at korttidsisolasjon ikke har store psykologiske følger for pasienten, men studiens funn viser samtidig en mer utsatt og ressurs svak gruppe. Disse er i følge forfatterne mer disponert for negative reaksjoner, da spesielt depresjon. Depresjon forekommer som symptom i 4 av de 7 studiene, og i følge Tecchio et al. (2013) fordobles forekomsten etter 14 dager i isolasjon. Når det kommer til pasienter isolerte over lengre perioder ser det ut til at en høyere grad av negative reaksjoner utvikles, her også hovedsakelig depresjon. Videre kan en se en tendens til at kvinner er mer utsatt. I Barrat, Shaban og Moyle (2011) sin review artikkel understrekes det at psykologiske reaksjoner som stress, depresjon og angst er klart dokumentert gjennom litteraturen, noe som også delvis gjenspeiles i denne litteraturstudien. Depresjon er som tidligere nevnt godt dokumentert som en vanlig reaksjon. Men angst derimot viser seg som lite utbredt i primærstudiene, og gir lite eller ingen økning i forekomst hos isolerte pasienter. I studiene som nevner dette er det benyttet HADS og STAIX1 selvskaleringskjemaer alene eller i kombinasjon med intervjuer, disse innebærer skalering for bl.a. angst. Andre reaksjoner som nevnes er bl.a. frustrasjon, usikkerhet, sinne, frykt, ensomhet og en følelse av stigmatisering og skam.

#### 4.2 Informasjon.

Flere negative reaksjoner knyttes til manglende eller utilstrekkelig informasjon til pasienten om egen situasjon. Dette viser seg å kunne føre til økt usikkerhet og frykt i forhold til smitterisiko (Lupion-Mendoza et al. 2015).

Dette gjenspeiles i flere av primærstudiene, og også i review artikkelen. I studiene hvor viktigheten av informasjon fremheves som forebyggende faktor, ses en tendens til høyere forekomst av negative reaksjoner hos deltakerne.

Lupion-Mendoza et al. (2015) har i sin studie også en stor andel sykepleiere som intervjues. Sykepleierne uttrykker her usikkerhet i forhold til spesifikke forholdsregler og smitterisiko, og



sier de selv frykter å bli smittet. I denne studien er også deltagerne engstelige for å smitte andre og føler derfor redsel for å motta besøk. Dette bør ses i sammenheng med hverandre. Viktigheten av god informasjon og kunnskap rundt smitte og smitteoverføring for både pasienter og ansatte er også en del av konklusjonen i Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) studie. Deltagerne i denne studien opplever også sterke emosjonelle reaksjoner, og føler de mangler tilstrekkelig informasjon. Liknende tendenser ses også i Barrat, Shaban og Moyle (2010) sin primærstudie, hvor informasjon også her fremheves som et viktig forebyggende tiltak av forfatterne.

Gjennom Barrat, Shaban og Moyle (2011) sin litteraturstudie understrekes det i konklusjonen at adekvat og regelmessig informasjon, og forklaring på isolasjonsprosedyren er essensielt for pasientens psykiske velbefinnende.

#### 4.3 Pleietilbud.

4 av de 7 studiene har også fokusert på pleietilbud og det fremkommer i flere av studiene at en følelse av utilstrekkelig tilbud, kan gi flere negative reaksjoner. Negative reaksjoner ses hovedsakelig i studiene hvor deltagerne er isolert over lengre tid, altså over 5 dager.

Det kommer frem at deltagerne legger stor vekt på hvordan de opplever tiden i isolat når det kommer til følelsen av kontroll over egen situasjon. Flere opplever å ikke motta samme pleietilbud og rettigheter som pasienter utenfor isolatet. I disse tilfeller ses en større grad av tilleggsbelastninger som frykt, sinne og frustrasjon, samt sårbarhet, fremmedgjøring og skyldfølelse. I Lupion-Mendoza et al. (2015) sitt studie er både deltakere og sykepleiere intervjuet. Sykepleierne selv påpeker at pasientene ikke mottar samme helsehjelp som ikke-isolerte pasienter, og at de blir nedprioritert. Dette skjer hovedsakelig grunnet tidkrevende smittevernutstyr, og fører dermed til at pasienten kun blir tilsett når det er absolutt nødvendig. Dette bekreftes av Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) sitt studie hvor deltagerne ikke opplever å motta samme rettighetene og rehabiliteringstilbud på lik linje med andre pasienter. Deltakerne savnet også manglende mellommenneskelige interaksjon, og følte de fikk for liten grad av emosjonell omsorg. Deltakerne opplevde dette som en ekstra belastende i tillegg til isolasjonsårsaken (Barrat, Shaban og Moyle 2010). Gjennom Barrat, Shaban og Moyle (2011) sitt litteraturstudie kan det se ut til at uheldige effekter som følge av dårlig oppfølging, kan reduseres ved å maksimere sosial interaksjon i form av hyppige tilsyn og pasient kontakt.

## 5.0 DRØFTING

Pasienter underlagt isolasjon over lengre tid ser ut til å oppleve større grad av negative symptomer enn korttidsisolerte pasienter, og pasienter utenfor isolasjon. Samtidig kommer det fram at både tilstrekkelig informasjon og pleietilbud har stor betydning for pasientenes velvære og psykiske helse, og at mangel på dette fører til negative reaksjoner.

Gjennom drøftingen vil fokuset ligge på de to hoveddelene av problemstillingen ut ifra funn, altså hvilke aspekter som påvirker den psykiske helsen i negativ grad ved isolasjon, og hvordan dette kan forebygges av sykepleier.

Når det gjelder funn i form av psykiske reaksjoner blir ikke disse drøftet alene, men som konsekvens av manglende informasjon og pleietilbud som er hovedfunn og utgangspunktet for drøftingen.

### 5.1 Manglende informasjon

Deltakerne har i flere av studiene påpekt mangelfull informasjon som et problem. I Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) studie beskriver deltakerne isolasjonsopplevelsen som traumatisk, og at årsaken til dette involverer bl.a. manglende informasjon. Det nevnes her også at behovet for økt kunnskap rundt smitte og smitteoverføring hos sykepleiere og pasienter som et viktig forebyggende tiltak for å unngå negative reaksjoner. Dette støttes av Barratt, Shaban og Moyle (2010) som med å påpeke viktigheten av god og tilstrekkelig informasjon også mener at sykepleieren må inneha adekvat kunnskap om smittevern for å kunne gi tilstrekkelig informasjon og lindring til sine pasienter. I likhet med dette føler sykepleierne i Lupion-Mendoza et al. (2015) studie, usikkerhet når det kom til kunnskap rundt smitte og smitteforebygging, noe som kan antas å gå ut over sykepleierens evne til å informere sine pasienter. Slik jeg ser det dreier dette seg om at deltakerne føler seg usikre på selve årsaken til at de er isolert, og at informasjonsnivået gjenspeiler sykepleiernes og helsearbeideres kunnskap rundt temaet. Håkonsen (2011) beskriver betydningen av forutsigbarhet i pasientinformasjonen som stressforebyggende tiltak, og beskriver hvordan dette kan påvirke pasienten i negativ retning. Samtidig nevnes faktorer som påvirker opplevelse av stress som bl.a. forutsigbarhet, kontroll over varighet og mening. Med andre ord kan en anta at også Håkonsens (2011) begreper her også er avhengig av tilstrekkelig informasjon. Samtidig kan en se at deltakerne i Findik et al. (2012) studie er tilfreds med å være isolerte og en ser her lite negative reaksjoner. Forfatterne i denne studien reflekterer selv

over dette, og har tanker om at deltakernes syn på nødvendigheten og fordelene av å være isolert har vært avgjørende for den lave forekomsten av negative reaksjoner. Med andre ord kan dette tyde på at deltakerne har forstått hvorfor og hvordan dette tiltaket igangsettes, og konsekvensene av å ikke isolere. Selv om deltakerne i denne studien var isolerte i færre dager enn de fleste resterende studiene, tyder det samtidig på at de har mottatt tilstrekkelig informasjon. Dermed kan det se ut til at sykepleierne i denne studien har hatt mer fokus på å gi deltakerne informasjon enn i de andre studiene som benyttes i denne litteraturstudien. Det kan også ses samme tendens i Wassenberg, Severs og Bonten (2010) studie hvor deltakerne hovedsakelig fremstod som svært fornøyde med oppholdet. Disse var imidlertid intervjuet kun etter henholdsvis 24 og 48 timer i isolasjon. Når det kommer til informasjonen som de mottok ved innleggelse, vil denne være *fersk* med tanke på tid fra innleggelse til utskrivelse, og at deltakerne derfor opplever dette som tilfredsstillende. I likhet med de andre studiene mottok også de informasjon ved innleggelse, men det sies lite om kontinuitet og oppfølging av informasjon underveis. Samtidig viser det seg at flere av deltakerne opplever en depressiv reaksjon som følge av isolasjons tiltaket, noe som i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) kan gi nedsatt konsentrasjonsevne, manglende interesse og andre psykomotoriske hemninger. Samme type funn ses også i Vliet (2009) sin rapport hvor hovedårsaken til den psykiske påkjenningen kom som følge av utilstrekkelig informasjon, også i denne studien ble det beskrevet økende depressive symptomer etter en lengre periode i isolat. Med andre ord er det sannsynlig at disse pasientene grunnet sine depressive symptomer, vil ha behov for hyppigere, grundigere og evt. en større grad gjentakelse av tidligere informasjon. I følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012b) viser studier at det ofte er et misforhold mellom hva sykepleieren tror og forventer at pasienten forstår, og det de faktisk forstår av helse informasjonen som gis. Slik jeg ser det bør all informasjon som sykepleier gir pasienten når det kommer til behandling eller tiltak, ha utgangspunkt i å kunne gi pasienten et mentalt bilde av hva han skal gjennomgå, altså hva, hvorfor og hvordan. Samtidig mener Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012b) at det er viktig å tenke igjennom hva pasienten trenger av informasjon, og i hvilket omfang. Derimot bør det være et større fokus på sensorisk informasjon, altså hva pasienten evt. kommer til å oppleve på ulike tidspunkter av oppholdet. Sensorisk informasjon viser seg å være mer nyttig for pasienten da det hjelper pasienten i å gjenkjenne det han opplever (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2012b). Med andre ord er dette i motsetning til utallige helsebrosjyrer og helseinformasjon på nett, noe man ikke lett kan oppsøke på egenhånd. Med det mener jeg at det ser ut til at denne informasjonen er delvis

utilgjengelig for pasientene hvis en ikke mottar den fra sykepleier eller annet helsepersonell som kjenner gangen og rutineene ved tiltaket. Antonovsky (2014) understreker at informasjon skaper forutsigbarhet, og det er derfor viktig med kunnskap rundt hva pasienten trenger av informasjon for å føle seg trygg, og hvordan dette skal formidles av sykepleieren.

I følge Antonovsky (2014) sin teori kan en høy OAS, som vil si en høy grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, kunne holde personen stabil på kontinuumet til tross for store belastninger. Ut i fra dette, kan vi da si at mangel på riktig informasjon kan påvirke opplevelsen av sammenheng? Med dette mener jeg altså siden OAS dreier seg om at indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, så kan det tenkes at disse begrepene vil opptre som svakere når pasienten føler seg usikker grunnet utilstrekkelig informasjon om situasjonen. Kan det tenkes at dette vil føre til en nedsatt følelse av kontroll? Tanken bak dette er at en person i en isolasjons situasjon vil ha nedsatt mulighet til oppnå både begripelighet, forutsigbarhet og struktur på egenhånd, og vil i stor grad være avhengig av informasjon og opplysninger fra andre, da i dette tilfellet fra sykepleiere og annet helsepersonell. Så hvordan foregår denne informasjonsutvekslingen i praksis, for pasient og for sykepleier? Slik jeg ser det kan informasjon være både muntlig og skriftlig, i beste fall i kombinasjon.

Samtidig som sykepleier informerer pasienten om helsesvikt, tiltak, behandling osv, forutsetter dette at sykepleier innehar nødvendig kunnskap, kompetanse og forståelse for konsekvensene situasjonen har for pasienten og dens familie (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Samtidig bør sykepleier også informere om hvordan pasienten skal utøve sin pasientrolle hensiktsmessig med tanke på for eksempel hygiene, smittevern, bandasjer, forsiktighetsregler osv. På denne måten kan pasienten både bidra til at tiltaket og behandlingen blir vellykket, og at pasienten får en mer aktiv rolle i sin egen behandling, noe som i følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012b) er betydningsfullt i forhold til egen rehabiliteringen. Deltakerne i Skyman, Sjøstrøm og Hellstrøm (2010) sin studie føler de mangler både informasjon, rettigheter og rehabilitering, samtidig som de føler et ansvar når det gjelder å bryte smittekjeden. Dette kan forstås slik at pasientene ikke har blitt godt nok inkludert i egen behandling, og dermed kan man stille spørsmålstegn rundt om autonomien er blitt tilstrekkelig tatt hensyn til. Slik jeg ser det har ikke sykepleieren klart å oppnå og tilby tilstrekkelig informasjon til sin pasient så lenge de føler dette mangler. Med dette mener jeg at pasienten selv må oppleve å ha blitt godt nok informert om sin situasjon før sykepleier kan påstå noe annet. Og ikke før kan informasjon fungere som helsefremmende og som forebyggende sykepleie. Med dette understreker Barrat, Shaban og Moyle (2011) følgende i

sin litteraturstudie, at regelmessig og konkret informasjon er essensielt for pasientens psykiske velbefinnende.

## 5.2 Utilstrekkelig pleietilbud

Stordalen (2012) påpeker i likhet med Folkehelseinstituttet (2004) tidligere i oppgaven viktigheten av å ivareta pasienter i isolasjonssituasjoner, med tanke på pasientens psykiske tilstand grunnet belastningen isolasjonsregimet medfører. At isolasjon er belastende, og at behovet for et tilstrekkelig pleietilbud er viktig bekreftes gjennom Barrat, Shaban og Moyle (2011) sin litteraturstudie hvor det understrekes tydelige tendenser til et lavere pleietilbud, som viser seg å kunne føre til en høyere risiko for bivirkninger. Det bekreftes i av flere studiene at deltakerne opplever å ikke motta et tilfredsstillende pleietilbud. Samtidig bekrefter også sykepleierne i Lupion-Mendoza et al. (2015) studie at pasientene kun blir tilsett når det er mest nødvendig, og at dette fører til lite sykepleier- pasient kontakt. Sykepleierne er her oppmerksomme på at pasienter i isolasjon mottar et lavere tilbud enn pasienter utenfor isolasjon. Deltakerne i denne studien opplever usikkerhet, ensomhet og depresjon. Slik jeg ser det blir ikke pasientene ivaretatt til tross for at sykepleierne er klar over at et dårligere tilbud blir gitt. Dermed kan det spekuleres i om kunnskapen rundt sammenhengen av isolasjon og negative reaksjoner er for dårlig. Deltagerne i studiene var tydelige på at de opplever tilbudet som utilstrekkelig, men tanken rundt at sykepleierne ikke tilstreber endring er forundrende. I forbindelse med dette kommer flere spørsmål opp som ikke kan besvares, men kun spekuleres i. Hvorfor er ikke sykepleierne villige til å forandre situasjonen og hva dreier dette seg om? Kunnskap, tid, vilje, holdninger?

Klinisk sykepleie dreier blant annet om at mennesket skal gjenvinne livsmotet etter sykdom, noe som forutsetter realisering av kliniske kunnskaper gjennom omsorg og omtenkksomhet. I tillegg er det gjennom relasjonsbygging at virkeliggjøring av bestemte mål kan settes i gang og gjennomføres. Samtidig innebærer det moralske aspektet ved klinisk sykepleie også de fire etiske prinsipper, som blant annet innebærer autonomi og rettferdighet. Dette dreier seg om pasientens rett til selvbestemmelse og rettferdig helsehjelp (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Med andre ord er dette sammenliknbart med elementene rundt hva deltakerne følte manglet under isolasjons perioden, da hovedsakelig både informasjon og pleietilbud. Som del av den klinisk sykepleien er også yrkesetikeretningslinjer (2011) og lovverk som bl.a. Pasient og brukerrettighetsloven (2015) grunnleggende. Slik jeg ser det vil det kunne være vanskelig å gjennomføre hovedelementene innen klinisk sykepleie uten å tilby et tilstrekkelig

pleietilbud som innebærer hyppige pasient- sykepleier kontakt. Med andre ord kan det se ut til at sykepleierens kliniske praksis er ufullstendig, og dermed fører til negative reaksjoner som for eksempel depresjon. Men er det sånn at pasientene i isolat faktisk mottar et lavere tilbud enn pasientene utenfor? Det er ikke konkretisert av deltakerne hva som mangler, kun en følelse eller opplevelse av et dårligere pleietilbud. Med andre ord, kan det ha seg at deltakerne har et større pleiebehov grunnet situasjonen de er i, men faktisk mottar samme tilbud som andre pasienter? Deltakerne i Barratt, Shaban og Moyle (2010) sin studie føler de mangler mellommenneskelige interaksjonen og emosjonell omsorg. Kanskje kan det grunnleggende behovet for sosial kontakt føre til behov for et høyere pleietilbud, da i større grad enn pasientene utenfor isolasjon som får tilfredstilt dette grunnleggende behovet. En ubalanse i behovet for, og tilgang til sosial kontakt kan i følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012b) gi symptomer som depresjon, nedsatt selvbilde, frustrasjon, sinne, nedsatt konsentrasjon og desperasjon. Slik jeg ser det, er det viktig å se at pleiebehovet sett fra sykepleiers side ofte kan ses objektivt, men at pasientens eget behov ses subjektivt. Med andre ord er pasientens individuelle behov viktig å tas hensyn til for et best mulig pleietilbud, og for å lindre pasientens plager selv om de i sykepleiers øyne mottar tilbud på lik linje med andre pasienter. Samtidig som deltakerne opplever belastningen av isolasjon, befinner de seg også i en svært belastende livshendelse med sykdom og/eller infeksjon. Sånn jeg ser det kan de individuelle reaksjonene som oppstår kun forsøkes å forebygge ved god klinisk sykepleie i bunn. Dette dreier seg om individuelt tilpasset sykepleie med integrert fagkunnskap og moralske aspekter, sammen med faglig funksjon og ansvar i møte med pasienten (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Håkonsen (2011) er også klar på at psyke og somatikk henger sammen og påvirker hverandre. I forhold til dette viser Barrat, Shaban og Moyle (2011) sine funn noe som tyder på at ved å maksimere sosial interaksjon i form av hyppige tilsyn/pasient kontakt kan dette styrke pasientens følelse av kontroll og forebygge ensomhet. Dermed vil dette virke forebyggende med tanke på negative reaksjoner.

Antonovsky (2014) sitt begrep *opplevelse av sammenheng* (OAS) dreier seg om individets motivasjon til å håndtere stress, forståelse og tilgjengelighet av ressurser. Også om individet finner mening i å bevege seg i en helsefremmende retning ved å foreta seg helsefremmende handlinger. Som et av de mest sentrale funnene i litteraturstudien når det kommer til psykologiske reaksjoner, ses depresjon. Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) beskriver depresjon som en tilstand med bl.a. apati, nedstemthet, handlingslammelse og en følelse av verdiløshet uten håp for fremtiden. Med andre ord en tilstand med symptomer som ligger

langt fra evne til å finne mening og mobilisere helsefremmende handlinger på egenhånd. Hvis en ser dette i forbindelse med Antonovsky (2014) sin teori kan dette tolkes til at manglende pleietilbud påvirker *håndterbarheten* som defineres som ressurser til å møte påkjenninger og utfordringer. Håndterbarhet dreier seg om egne ressurser eller som ressurser til rådighet i nære omgivelser (Antonovsky 2014), her som for eksempel sykepleier. På denne måten vil sykepleieren kunne være pasientens eneste ytre ressurs i situasjoner hvor for eksempel den isolerte ikke har andre ressurspersoner rundt seg. Lupion-Mendoza et al. (2015) har deltakere i sin studie som opplever redsel for å smitte andre, spesielt familie og venner. De unngår dermed mest mulig kontakt av redsel for smittespredning. Disse personene har derfor få ytre ressurser og blir mer avhengig av sykepleier. På denne måten kan pasienten bli mer sårbar, og mister sine ressurser til rådighet hvis sykepleier ikke følger opp sitt ansvar.

Det er imidlertid sånn at Antonovsky (2014) sin teori bygger på stressforskning som viser at personer med sterk OAS, altså opplevelse av sammenheng skårer høyt på de tre komponentene *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. Dette er egenskaper som personer innehar som følge av livs opplevelser som har virket styrkende eller svekkende på de tre komponentene. Dette kan derfor være avgjørende for om personen innehar sterk eller svak OAS i utgangspunktet (Antonovsky 2014). Dette i likhet med Håkonsen (2011) som forklarer at evne og mulighet til å møte motgang konstruktivt avhenger av opplevelser og erfaringer gjennom oppvekst. På den ene siden kan det se ut til at deltagerne som utvikler depresjon og andre negative symptomer muligens kan inneha en lav OAS til å begynne med, og derfor kan være mer utsatt for depresjon pga lave motstandsressurser. Dette kan tilsynelatende bekreftes i Findik et al. (2012) studie, grunnet funn som viser større utbredelse av depresjon hos en tilsynelatende mer ressurs svak gruppe. På den andre siden vil det være svært dristig å tolke dette til at alle som reagerer negativt på isolasjonsregime kan karakteriseres som en ”svak” gruppe, hvor alle innehar det Antonovsky (2014) kaller lav opplevelse av sammenheng. Når det kommer til de psykologiske reaksjonene understreker Tecchio et al. (2013) at oppmerksomhet og tidlig psykologisk intervensjon er viktig for den forebyggende sykepleien. Slik jeg ser det vil det bli vanskelig å kartlegge dette uten regelmessig pasient-sykepleierkontakt. Deltakerne føler at de ikke mottar et tilstrekkelig pleietilbud men ingen av deltakerne påpeker hva de savner, så hva vil det si å gi og motta et tilstrekkelig pleietilbud? Helt grunnleggende dreier sykepleiens funksjoner, rettet mot pasienten seg om fem funksjonsområder: helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering og undervisning og veiledning (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2012a). Sånn

jeg ser det kan dette kun utøves gjennom klinisk sykepleie som oversatt betyr *ved sengen*. Dette er samtidig forbundet med symptomatologi (læren om sykdomssymptomer) og sykdommens forløp, samt studie av sykdommen ved direkte pasientkontakt (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Med andre ord vil det være vanskelig å utøve gode kliniske observasjoner uten jevnlig og tett pasient- sykepleierkontakt i for eksempel stellsituasjon eller samtale, uten dette kan også sykepleieren gå glipp av viktige observasjoner når det kommer til psykiske reaksjoner. Observasjoner krever stort sett pasientkontakt i mer eller mindre, og i forskjellig grad. For eksempel krever det mindre og annen pasienten- sykepleierkontakt å observere om såret er mer eller mindre betent, enn en observasjon rundt om pasienten er mer eller mindre deprimert. Klinisk sykepleie kjennetegnes blant annet som individuelt tilpasset sykepleie, dette vil si at mengde og type sykepleie tilpasses pasientens situasjon og behov (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Med andre ord er ikke den kliniske sykepleien tilfredsstillende utført hvis pasienten opplever pleietilbudet som utilstrekkelig, og det samtidig øker pasientens plager. Almås, Stubberud og Grønseth (2011) påpeker at nøkkelen til å bli en god kliniker ligger i det å kunne forstå situasjonen fra pasientens ståsted, hvordan oppleves dette for pasienten? Selv om flere av deltakerne i studiene ikke nevnte direkte hva de følte manglet av pleietilbud, var de likevel sikre på at noe manglet. Da også i så stor grad at det gikk utover deres velbefinnende og helse. Sånn jeg ser det vil det trolig være mest samfunnsøkonomisk å tilstrebe et best mulig tilbud til pasientene i isolasjon. Det viser seg gjennom funn i denne studien at depresjon forekommer oftest som psykisk reaksjon direkte tilknyttet isolasjonssituasjonen, og sånn jeg ser det bør det derfor være et forebyggende fokus i pleietilbudet til disse pasientene. I følge Folkehelseinstituttet (2011) sin rapport om forebygging av depresjon, rangerer Verdens Helseorganisasjon depresjon til å være den 4 mest samfunnsbelastende sykdommen, og at depresjon er den psykiske lidelsen med størst samfunnsmessige omkostninger. Samtidig medfører en depresjon i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) store og i verste fall langvarige belastninger på pasienten og dens pårørende. Som en kan gå ut ifra vil medføre store samfunnsøkonomiske kostnader.

### 5.3 Behov for ytterligere kunnskapsutvikling

Underveis i artikkelsøket viste det seg flere studier som omhandlet smittevern, smitteforebyggende arbeid, sykehusinfeksjoner osv. Det var imidlertid få større studier av nyere dato (under 10 år) hvor forskeren fokuserer på pasientens opplevelse av å oppholde seg i isolat som følge av smittevern, og de psykiske reaksjonene på dette. Forskningsartikler med



fokus på forebyggende arbeid innenfor temaet var svært vanskelig å oppdrive, og det påpekes i enkelte av artiklene behov for videre forskning for bedre kartlegging og behandling. Som tidligere nevnt vil tilfeller av multiresistente mikrober øke og føre til en større anvendelse av isolat i somatiske avdelinger. Hvis en stor andel av pasienter i isolat utvikler tilleggslidelser som for eksempel depresjon, vil dette kunne påføre samfunnet store belastninger. Det bør derfor brukes mer ressurser rundt forskning for å øke kunnskapen rundt hvordan og hvorfor reksjoner oppstår og hvordan disse kan forebygges.

#### 5.4 Kritisk vurdering og metodiske overveielser

Inklusjonskriteriet om å kun benytte artikler av nyere dato var tidlig satt. Dette kan ha ført til at flere og muligens gode studier tidlig er blitt ekskludert. Tanken bak dette var å heve studiens validitet i forhold til at den bygger på nyere materiale, men kan ha ført til eksklusjon av relevante studier.

Denne dybdeoppgaven er begrensende med tanke på tid og antall ord. Dermed har flere men også relevante funn blitt ekskludert, deriblant reaksjoner som omhandler ensomhet, fysiske omgivelser, kommunikasjon, stigmatisering, frustrasjon osv.

Faglitteratur i tillegg skolepensumet burde i større grad vært benyttet for å understøtte litteraturstudiens funn ytterligere.

Temaet i dette litteraturstudiet er av samfunnsmessig relevans og er nyttig kunnskap for både sykepleiere og helsepersonell generelt. Dette med tanke på den helhetlige og forebyggende sykepleien.

Studiene er hovedsakelig kvalitative, som dermed får frem den individuelle opplevelsen av situasjonen, noe som er viktige opplysninger med tanke på individuelt tilpasset sykepleie, og deretter forebyggende sykepleie.

#### 5.5 Forskningsetikk

Ved forskningsprosjekter som omhandler mennesker, stilles svært strenge etiske krav fra flere hold. Når det gjelder forskning på internasjonalt nivå innehar Helsinkideklarasjonen de overordnede kravene rundt etisk forsvarlighet innen forskning. Helsinkideklarasjonen anvendes som den overordnede i all forskning som involverer mennesker internasjonalt. Som følge av dette er alle de benyttede studiene i denne litteraturstudien vurdert og godkjent gjennom etisk komité. Når det gjelder deltakergruppen i denne studien må det redegjøres for etisk forsvarlighet før godkjenning. Årsaken til dette er at deltakerne er pasienter, som i likhet

med barn og psykisk utviklingshemmede personer trenger beskyttelse. Dette i motsetning til selvstendige voksne med gode evner hvor slike vurderinger ikke er nødvendig. Nasjonalt har regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK), forvaltningsmyndighet når det gjelder forskningsetikkloven (2007). REK – komiteen har som hovedoppgave å sikre at all forskning på mennesker foregår på en etisk forsvarlig måte. (Bjørk og Solhaug 2008). Sammen med forskningsetiske retningslinjer er også lovverket rundt helseforskning samlet under helseforskningsloven. Formålet med loven fremgår i lovens §1: ”Lovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning”. (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009). Norsk senter for forskningsdata/ NSD (2016) forvalter retningslinjer rundt beskyttelse av personvernet, og forskningsprosjekter skal derfor vurderes utifra juridiske forhold ved fagutviklingen på bakgrunn av dette. Dette skal forhindre at sensitiv data ikke kommer på avveie, og sikring av pasientens rettigheter (Bjørk og Solhaug 2008). På denne måten vil alle artikler som kan søkes opp i NSD sine databaser med godkjenning i et vitenskapelig tidsskrift være etisk vurdert og godkjent.

## 6.0 KONKLUSJON

Det var særlig to aspekter som virket mest belastende for de isolerte pasientene, og som førte til betydelig usikkerhet og utrygghet. Opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig informasjon, eller å ikke forstå informasjonen som blir gitt ser ut til å være særlig belastende. Dette gjelder informasjon om egen helse tilstand og situasjon, samt utføring og spesielle hensyn med tanke på tiltak og smitteåte. Særlig belastende oppleves dette der hvor også helsepersonell uttrykket usikkerhet på utførelse og kunnskap rundt tiltaket. Videre resulterer dette i at pasienter og deres pårørende føler usikkerhet med tanke på smitterisiko, som videre kan føre til redsel for å ta i mot besøk på isolatet. Samtidig opplever pasientene å ikke motta samme rettigheter som pasienter utenfor isolatet. De nevner lite tilsyn utenom den helt nødvendige pleien, manglende rehabiliteringstilbud og generelt mindre fysisk tilstedeværelse av sykepleiere og annet personell. Pasienter føler som følge av dette bl.a. frustrasjon og sinne, men også en større opplevelse av stigmatisering og en følelse av å være *infisert*. Som følge av dette ser det ut til depresjonssymptomer oppstår da dette er den mest utbredte psykiske reaksjonen hos pasienter i isolat. Flere symptomer nevnes i de forskjellige studiene som kan knyttes til depresjonssymptomer, som for eksempel ensomhet, skyld, skam, sårbarhet osv. Pasienter som isoleres i under 5 dager viser mindre symptomer enn pasientene i studier med lengre tids isolasjonsvarighet og bør derfor ses i sammenheng. Den forebyggende sykepleien må ses i sammenheng med de utløsende faktorene, herunder informasjon og pleietilbud. Ved å ha et tydelig og felles fokus på dette som en del av tiltaket kan det være mulig å forebygge negative symptomer. Samtidig kan det være klokt å involvere pasienten i dette fokuset så tidlig som mulig også både med tanke på pasientens rettigheter, men også når det gjelder pasientens følelse av kontroll og autonomi. Pasienten er ekspert når det gjelder seg selv, og dette er ressurser som bør utnyttes av sykepleier innen rimelighetens grenser.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (2011) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antonovsky, A (2014) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Glasgow: Bell and Bain Ltd.

Barratt, R., Shaban, R og 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. [Online] DOI:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3653a0c8-3d4f-45e4-93e8-4928bf81c09a%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4214> (Hentet: 29 Mars 2016).

Barrat, R,L., Shaban, R og Moyle, W. (2011) '

Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practise' *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 39(2), s. 180-193. [Online] DOI:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2001031a-bbfc-4852-adc9-db37fec34f81%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4214> (Hentet: 6 April 2016).

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. 1. utg. Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*De nasjonale forskningsetiske komiteene* (2009) Tilgjengelig fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/> (Hentet: 08 Mai 2016).

Findik, U,Y., Ozbas, A., Cavdar, I., Erkan, T og Topcu, S,Y. (2012) 'Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients' *International journal of nursing practise*, 18(4), s. 340-346. [Online] DOI:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1fec921a-e683-42cb-8eed-033dc9752d35%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4214> (Hentet 03 April 2016).

*Folkehelseinstituttet* (2004) Tilgjengelig fra:

<http://www.fhi.no/dokumenter/A6C04CB312.pdf> (Hentet: 23 Februar 2016).

*Folkehelseinstituttet* (2011) Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf> (Hentet: 23 Februar 2016).

*Folkehelseinstituttet* (2014) Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/37bedc01d3.pdf> (Hentet: 23 Februar 2016).

*Folkehelseinstituttet* (2015) Tilgjengelig fra:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8906&Content\\_7242=7244:111478::0:7243:1::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:111478::0:7243:1::0:0)

(Hentet: 20 Mars 2016).

Helsebiblioteket (2012) Tilgjengelig fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/infeksjonssykdommer/smitteregimer>

(Hentet: 19 Februar 2016).

*Helsebiblioteket* (2015) Tilgjengelig fra: <http://mesh.uia.no> (Hentet 05 Mars 2016).

*Høgskolen i Gjøvik* (2016) Tilgjengelig fra: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning>

(Hentet: 28. Februar 2016).

*Høgskolen i Hedmark* (2016) Tilgjengelig fra:

<http://hihm.no/bibliotek/forskerservice/databaser> (Hentet: 05 Mars 2016).

Håkonsen, K.M. (2011) *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug, E. (2012a) 'Om sykepleie' i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-30.

Kristoffersen, N.J. (2012a) 'Helse og sykdom' i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie* 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-82.

Kristoffersen, N.J. (2012b) 'Stress og mestring' i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie* 3. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 133-197.

Kristoffersen, N.J. (2012b) 'Den myndige pasienten' i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie* 3. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 337-386.

Lovdata (2015) Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4) (Hentet: 07 Mai 2016).

Lovdata (2015) Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (Hentet: 20 Mars 2016).

Lovdata (2016) Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2) (Hentet: 01 Mars 2016).

Lupion-Mendoza, C., Antunez-Dominguez, M, J., Gonzales-Fernandez, C., Romero-Brioso, C og Rodriguez-Bano, J. (2015) 'Effects of isolation on patients and staff', *American journal of infection control*, 43(4), s. 397-399. [Online] DOI: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655315000279> (Hentet 03 April 2016).

Norsk senter for forskningsdata (2016) Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 08 Mai 2016).

Norsk sykepleiereforbund (2011) Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 03 April 2016).

NTNU (2010) Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk> (Hentet: 08 Mai 2016).

Regjeringen (2014) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/> (Hentet: 20 Mars 2016).

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. (2010) *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skyman, E., Sjøstrøm, H,T og Hellstrøm, L. (2010) 'Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated', *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), s. 101-107. [Online] DOI: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=34bedd7f-9776-4c59-b744-ac78f120926b%40sessionmgr198&vid=1&hid=110> (Hentet 03 April 2016).

Smebye, K.L. og Helgesen, A.K. (2012) 'Kontakt med andre' i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie 3*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 41-71.

Stordalen, J. (2012) *Den usynlige fare: Smittevern og hygiene*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Sønderland, K. (2009) *Helseforskningsloven*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/> (Hentet: 07 Mai 2016).

Tecchio, C., Bonetto, C., Bertani, M., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Nichele, I., Bonani, A., Andreini, A., Benedetti, F., Ruggeri, M og Pizzolo, G. (2013) 'Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation', *Psycho-Oncology*, 22(8), s. 1790-1797. [Online] DOI: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3215/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=review\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3215/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=review_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED) (Hentet 29 Mars 2016).

Vliet, E. (2009) *Erfaring med luftsmitte- isolerte pasienter*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/erfaringer-med-luftsmitte-isolerte-pasienter> (Hentet: 07 Mai 2016).

Wassenberg, M,W,M., Severs, D og Bonten, M,J,M (2010) 'Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients' *Journal of hospital infection*, 75(2), s. 124-127. [Online] DOI: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670110000654> (Hentet: 6 April 2016).