

Turi Storstrøm Thoresen
Tone Alma Graaten

Hvordan påvirker isolering og smittevernutstyr kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2021

Turi Storstrøm Thoresen
Tone Alma Graaten

Hvordan påvirker isolering og smittevernutstyr kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Turi Storstrøm Thoresen og Tone Alma Graaten

Kandidatnr. 502992 og 502931.

Antall ord: 10 967

NTNU Gjøvik

Våren 2021, dato: 20.05.21

Bakgrunn: Med økende forekomst av smittsomme sykdommer og antibiotikaresistens kan bruken av smittevernutstyr og isolering i stadig økende grad bli en del av interaksjonen mellom sykepleier og pasient. For sykepleiere kan det å bruke verbal og nonverbal kommunikasjon i arbeidet være nødvendig for å sikre at sykepleien er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Dermed blir det nødvendig å undersøke hvilke konsekvenser smittevernutstyret har for kommunikasjonen.

Hensikt: Hensikten med studien er å øke forståelsen av hvordan kommunikasjon mellom sykepleier og pasient påvirkes av isolering og smittevernutstyr.

Metode: Oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Strukturerte søk har identifisert syv relevante vitenskapelige forskningsartikler hvorav seks kvalitative og en triangulert kvantitativ-kvalitativ. Artiklene er kritisk vurdert ved hjelp av blant annet sjekklister fra Folkehelseinstituttet. Analysen identifiserte fire nye hovedtemaer som kan belyse problemstillingen.

Resultat: Litteraturstudien viser at isolering og smittevernutstyr påvirker både rammene for kommunikasjonen og selve kommunikasjonssituasjonen mellom sykepleiere og pasient. Merarbeid og tidspress gjør isoleringen i seg selv til en kommunikasjonsbarriere. Smittefrykt og utrygge rammer legger press på kommunikasjonen. Fysisk ubehag fra smittevernutstyr blir en distraksjon i kommunikasjonssituasjonen, samtidig som utstyret hindrer eller endrer særlig den nonverbale kommunikasjonen.

Konklusjon: Konklusjonen viser at både arbeidsgiver og sykepleier må legge særlig til rette for å sikre en kommunikasjonspraksis som ivaretar isolerte pasienters behov. Arbeidsgiver må sørge for trygge rammer og god kommunikasjon med ansatte om rutiner, utstyr og kunnskapsgrunnlag. Sykepleier må være bevisst hvordan utstyret påvirker, og ta i bruk de nonverbale kanalene som fortsatt er tilgjengelige.

Nøkkelord: *Personlig verneutstyr, kommunikasjon, isolering av pasienter, sykepleier-pasient- relasjoner, helsepersonell.*

Background: With an increase in risk of infectious disease outbreaks as well as prevalence of antibiotic-resistant pathogens, personal protective equipment (PPE) and isolation precautions may increasingly become part of the nurse-patient interaction. To nurses, verbal and nonverbal communication play a vital role in professionally, ethically and legally sound practice. There is a need for research examining the consequences of PPE and isolation on communication.

Purpose: This study aims to increase understanding of how nurse-patient communication is affected by source isolation and nurses' use of PPE.

Method: Seven relevant articles identified through systematic searches were included. Articles were critically appraised using checklists from the Norwegian institute of Public Health. An analysis identified four new main themes that could illuminate the problem.

Results: The findings demonstrate how source isolation and the use of PPE are affecting communication both directly and indirectly. Increased workload make the isolation a barrier in itself. Fear of contagion and uncertainty about guidelines puts strain on communication. Physical discomfort of wearing PPE becomes a distraction within the communication encounter, and also hinders or alters nonverbal communication.

Conclusion: Measures must be taken by hospital management as well as by the individual nurses in order to ensure that communication practices are meeting patient needs. Safe working conditions and open lines of communication between management and staff regarding routines and equipment as well as the basis of knowledge behind it. Nurses must be aware of the effects of PPE on communication and adjust their communication, i.e. by making use of less affected communication channels.

Keywords: *Personal Protective Equipment, Communication, Patient Isolation, Nurse-patient relations, Health Personnel*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Disposisjon for litteraturstudien	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Smittsomme sykdommer	7
2.1.1. Smittsomme sykdommer i sykehus	7
2.1.2 Smittevernustyr	8
2.1.3 Infeksjonspasienter i sykehus	9
2.2 Kommunikasjon	9
2.2.1 Nonverbale kommunikasjon.....	9
2.2.2 Kommunikasjon i sykepleie	10
2.3 Joyce Travelbee	11
2.4 Bakgrunn for valg av tema	11
2.5 Hensikt med litteraturstudien.....	11
2.6 Problemstilling	12
2.7 Avgrensning.....	12
3.0 Metode	12
3.1 Forskningsmetode.....	12
3.2 Litteraturstudien	13
3.3 Søkestrategi	13
3.3.1 Systematiske søk	14
3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Søkematrise	15
3.5 Funnmatrise.....	16
3.6 Kildekritikk.....	17
3.6.1 Kvalitetsvurdering	17
3.6.2 Forskningsetikk og etisk vurdering.....	18
3.6.3 Vurdering av relevans.....	18
3.7 Tekstanalyse og tolkning	19
4.0 Resultatpresentasjon	19
4.1 Inkluderte artikler	19
Artikkel 1.....	19
Artikkel 2.....	20
Artikkel 3.....	21
Artikkel 4.....	22
Artikkel 5.....	23
Artikkel 6.....	23
Artikkel 7.....	24
4.2. Sammenfatning av funn	25
4.2.1 Isoleringen gir merarbeid/fysisk redusert tilgjengelighet / praktiske barrierer	25
4.2.2 Frykt og usikkerhet hos helsepersonell	26

4.2.3 Smittevernustyret gir fysisk ubehag.....	26
4.2.4 Smittevernustyret hindrer, demper og endrer verbale og nonverbale signaler.....	27
5.0 Drøfting.....	27
5.1 Isolering innebærer praktiske barrierer mot kommunikasjon.....	27
5.2 Smittefare og frykt skaper rasjonelle og emosjonelle barrierer mot kommunikasjon	29
5.3 Fysisk ubehag blir en distraksjon som forstyrrer kommunikasjonen	30
5.4 Smittevernustyr hindrer, demper og endrer verbal og nonverbal kommunikasjon	31
5.5 Innovasjon i fag og tjenesteutvikling: velferdsteknologi og andre typer løsninger.....	34
5.6 Metodediskusjon	34
6.0 Konklusjon.....	35
Litteraturliste	38

1. 0 Innledning

Når en pasient med påvist eller mistanke om en særlig smittefarlig eller alvorlig smittsom sykdom innlegges på sykehus, utløses en rekke tiltak som har til hensikt å beskytte ansatte, medpasienter og i noen tilfeller samfunnet forøvrig mot smitte. Blant disse er isolering i enerom og bruk av smittevernutstyr som munnbind, briller, hansker og frakk for alle ansatte som kommer i kontakt med pasienten (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004).

Kommunikasjon står sentralt innen sykepleie, både som grunnleggende behov hos pasienten og viktig ferdighet for sykepleiere (Heyn, 2016). Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient har vært regnet som et av sykepleierens viktigste verktøy for å kunne oppfylle sin rolle (Travelbee, 1999). Den er nødvendig for å uttrykke empati og gi bekreftelse, for å utforske og avdekke helserelaterte forhold, samt å informere, undervise og motivere (Eide og Eide, 2017). Kommunikasjonen blir dermed viktig for å sikre at sykepleiers praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

Både risikoen for smittsomme sykdommer og forekomsten av resistente mikrober er økende (Meld. St. 5 (2020 – 2021); Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) Dermed kan stadig fler sykepleiere oppleve å måtte utføre sine kommunikasjonsoppgaver iført smittevernutstyr i møte med isolerte pasienter. Det er derfor behov for mer innsikt i hva smittevernutstyr og isolering gjør med denne kommunikasjonen, og hva sykepleier eventuelt må være oppmerksom på for å kunne møte disse utfordringene.

1.1 Disposisjon for litteraturstudien

Denne litteraturstudien starter med bakgrunns litteratur som belyser tema. Dette leder fram til en beskrivelse av hensikt og problemstilling. I kapittel 3.0 redegjøres det for litteratursøk, inkludert fremgangsmåte for kritisk vurdering av artikler og analyse av funn. Resultatene presenteres i kapittel 4.0. I kapittel 5.0 drøftes funnene opp mot relevant teori. Implikasjoner for praksis samt muligheter for innovasjon og tjenesteutvikling diskuteres. Siste kapittel gir en oppsummerende konklusjon på problemstillingen. Til slutt kommer en litteraturliste.

2.0 Bakgrunn

2.1 Smittsomme sykdommer

Fra 1990-tallet har resistente mikrober blitt et enormt problem globalt. I Norge har restriktiv bruk av antibiotika og svært strenge hygieneprosedyrer ved sykehusene bidratt til at vi foreløpig har hatt kontroll på problemene (Schiøtz, 2017). Samtidig vil befolkningsvekst, urbanisering og økt reiseaktivitet innebære at infeksjonssykdommer oppstår hyppigere og spres raskere (Meld. St. 5 (2020 – 2021)). Faren for alvorlige pandemier var kjent også før Covid-19, som har realisert et av de alvorlige scenarioene det har vært advart mot (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019). Pandemien har vist at infeksjonssykdommer fortsatt utgjør en betydelig trussel mot folkehelsen, også i den vestlige verden.

2.1.1. Smittsomme sykdommer i sykehus

En smittsom sykdom defineres i Smittevernlovens §1-3 (1994) som en “sykdom eller bærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker”. Håndteringen av smittsomme sykdommer i sykehus er regulert av blant annet Spesialisthelsetjenesteloven (1999), Smittevernloven (1994) og Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005). I følge Smittevernloven må sykehusene være forberedt på å håndtere såkalte allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dette er sykdommer som potensielt kan utgjøre en særlig stor trussel mot enkeltmennesker eller samfunn. Hvilke sykdommer dette gjelder er til enhver tid regulert av Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer (1995). Sykehusene har også et overordnet ansvar for å beskytte pasienter og ansatte mot smitte (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005; Arbeidsmiljøloven, 2005). Folkehelseinstituttet fører en oppdatert oversikt over ulike smittsomme sykdommer med blant annet smittemåte og anbefalte tiltak, herunder hvilke sykdommer som er isoleringskrevende (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Infeksjoner som oppstår mens en pasient er innlagt på sykehus, kalles nosokomiale infeksjoner (Kåss, 2020). Forebygging av disse regnes som del av pasientsikkerhetsarbeidet og er høyt prioritert (Helsedirektoratet, 2019). Det krever blant annet at helsepersonell følger basale smitteverntiltak, og et av de mest effektive er håndvask (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Det er en klar sammenheng mellom forekomst av infeksjoner og smitteverntiltak. Ved

å tenke smittevern i alle situasjoner vil man redusere nosokomiale infeksjoner og sykdommer og samtidig spare samfunnet for mye penger (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006).

Anbefalinger for forsvarlig isolering ved isoleringskrevende sykdommer er omtalt i Isoleringsveilederen fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004), som fortsatt er gjeldende. Isolering benyttes når basale smittevernstiltak ikke er tilstrekkelig og defineres som “Pleie av en pasient etter et regime som effektivt kan hindre at smitte overføres til andre pasienter eller til personalet” (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Type isoleringsregimer avhenger av smittekilde, smitemåte, smittestoff og potensielle smittemottakere (Folkehelseinstituttet, 2004). Isolering kan også brukes for å beskytte pasienter som er ekstra utsatt for infeksjoner på grunn av svekket immunforsvar (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). På sykehus kan isolering skje på egne avdelinger, i enerom med eller uten forgang, eller i kohortisolering der pasienter med samme infeksjon isoleres samlet. Isolering fungerer som en fysisk barriere til verden utenfor som hindrer smittespredning og bryter den såkalte smittekjeden. Der hvor det er egne avdelinger er ofte personalet ekstra opplært i å ta vare på denne pasientgruppen. Ved kriser kan også helsepersonell uten slik opplæring måtte bistå. Dette kan i kombinasjon med overbelegg og redusert bemanning øke faren for smittespredning (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004).

2.1.2 Smittevernutstyr

Bruk av smittevernutstyr bidrar ytterligere til å hindre smittespredningen, og er en viktig del av ulike isoleringsregimer. Smittevernutstyr kan være hansker, munnbind, åndedrettsvern, smittefrakker, briller eller visir, i noen tilfeller også rombundne sko. Valg av smittevernutstyr avhenger av type smitte. Isoleringsveilederen deler regimene inn i kontaktsmitte, dråpesmitte eller luftbåren smitte (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Hansker og riktig håndhygiene brukes i all kontakt med pasient og pasientutstyr (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). Det brukes ulike typer munnbind eller åndedrettsvern etter type infeksjon. Munnbind skal kun brukes én gang og kastes umiddelbart etter bruk (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Briller, vernefrakker og hette kan brukes i tillegg til hansker og munnbind, særlig for å verne mot sprut av blod, kroppsvæsker eller sekret og hindre det i å komme i øyne, nese og munn (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006).

2.1.3 Infeksjonspasienter i sykehus

Infeksjonspasienter på sykehus kan være mennesker i alle aldre og helsetilstander. Motstandskraften til den enkelte vil påvirke hvor syk man blir. Mange vil derfor være mennesker som har nedsatt motstandskraft på grunn av høy alder, andre sykdommer, dårlig ernæringsstatus, eller som behandles med visse antibiotika, cellegift, stråling eller immunsuppressive legemidler (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004; Slørdal, 2014). Pasienter som har vært involvert i traume eller hatt kirurgiske inngrep vil også være mer utsatt for å bli alvorlig syk av infeksjoner (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004).

Personer som har gjennomgått isolering i sykehus har sammenlignet det med å være i en livskrise. Døgnrytmen endres, man kan føle mangel på kontroll og at man er helt alene, og ofte ønsker man også å begrense antall besøkende til isolerte pasienter. Ansatte i smittevernutstyr kan bli en konstant påminnelse om at man har en smittsom sykdom (Andreassen *et al.*, 2015). På grunn av den psykiske påkjenningen isolering kan ha for pasientene må behovet for isolering vurderes grundig og avsluttes så fort det er forsvarlig (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006).

2.2 Kommunikasjon

Forenklet er kommunikasjon den prosessen der et budskap går fra en sender til en mottaker (Heyn, 2016). Kommunikasjon er grunnleggende for mennesker. Det forbinder oss med verden rundt oss og gjør det mulig å dele tanker med andre, men vi kan også utforme budskapet slik at vi skjuler det vi tenker (Allott, 2019). Det er heller ikke sikkert at budskapet vil bli forstått slik det var ment (Heyn, 2016). Kommunikasjon er med andre ord et komplekst fenomen

2.2.1 Nonverbale kommunikasjon

Ansikt til ansikt består kommunikasjon av både verbale og nonverbale signaler. Den nonverbale omfatter for eksempel ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, tonefall, berøring, stillhet, avstand og tidsbruk (Eide og Eide, 2017). Vi avgir hele tiden signaler om meningene, følelsene og personligheten vår, som andre fanger opp og tolker. Fravær av signaler kan også tolkes som et budskap. Psykologen Watzlawick konkluderer derfor med at all adferd er kommunikasjon og at det ikke er mulig å ikke-kommunisere (Heyn, 2016).

Mennesker legger ofte mest vekt på de nonverbale signalene vi mottar. Dette forsterkes når budskapet er relasjonelt, emosjonelt eller handler om holdninger (Knapp og Hall, 2006), eller når det er misforhold, såkalt inkongruens, mellom verbale og nonverbale signaler. Det nonverbale språket blir derfor helt avgjørende for å kunne utvikle kontakt og trygghet i relasjoner (Eide og Eide, 2017). I følge Argyle gjengitt i Knapp og Hall (Knapp og Hall, 2006), er de nonverbale signalenes funksjon å uttrykke følelser og personlighet, formidle holdninger til den andre og støtte opp under den verbale samtalen, for eksempel ved å styre turtaking, respondere, uttrykke oppmerksomhet og så videre. Når vi snakker kan de nonverbale signalene brukes for å gjenta, motsi, understreke eller utfylle, erstatte, forsterke eller moderere det som blir sagt (Knapp og Hall, 2006).

De nonverbale signalene mottas og fortolkes av mottakeren, og det skjer ikke alltid i overensstemmelse med det avsender forsøkte å kommunisere. Et smil kan formidle velvillighet, sympati og interesse, mens for mye kan tolkes som falskhet. Å rynke pannen eller heve øyenbrynene kan signalisere undring eller interesse, men også tolkes som bekymring og skepsis. Med blikket og øynene kan uttrykke oppmerksomhet til den andre, men for intens kan skape utrygghet (Eide og Eide, 2017). Nonverbal kommunikasjon i møte mellom helsepersonell og pasient har lenge vært anerkjent som viktig både for etableringen av gode terapeutiske forhold og for den profesjonelle sin mulighet til oppfatte faktorer som symptomer, følelser og smerter hos pasienten (Friedman, 1979). I denne oppgaven brukes ordet kommunikasjonskanal om de ulike typene av signaler vi kan sende, for eksempel tale, mimikk eller berøring.

2.2.2 Kommunikasjon i sykepleie

Kommunikasjons betydningen innen sykepleie kan knyttes til at selve sykepleien ofte defineres til å handle om “den syke selv og den sykes opplevelse av sykdom” (Holter, 2015). Kommunikasjon blir da viktig for å avdekke pasientens opplevelser og behov. God kommunikasjon regnes som avgjørende for å etablere meningsfulle relasjoner og for å yte den pleien og omsorgen pasienten trenger (Wiechula *et al.*, 2016). En sykepleier som er god til å kommunisere kan bidra til at pasienter i sårbare situasjoner opplever å ha mer kontroll (Heyn, 2016). Pasienter oppgir gode kommunikasjonsevner som en av de viktigste egenskaper ved en sykepleier (Hallström og Elander, 2001).

God kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten (O’Shea *et al.*, 2013), og nødvendig for

å oppfylle pasientens lovfestede rettigheter til informasjon og medvirkning i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999). Pasientinformasjon skal være tilpasset den enkelte og dens evne til å motta informasjon jf. §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 understreker at sykepleier skal forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette krever bevissthet om hvordan man kommuniserer. Et mål er at pasienten skal føle seg ivaretatt, og samtidig klare å høre, forstå og huske det som er nødvendig (Eide og Eide, 2017).

2.3 Joyce Travelbee

For sykepleieteoretikeren Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess, der en profesjonell sykepleier med spesielle ferdigheter planlegger og tilrettelegger samspill med den syke ut fra en intensjon om å etablere en menneske-til-menneskerelasjon. Relasjonens hensikt er å bruke seg selv terapeutisk for å frembringe endring hos den syke. Kommunikasjonen er verktøyet for å etablere relasjonen, og sykepleieren er håndverkeren som vet hvordan hun skal bruke den. Kommunikasjonen er med andre ord avgjørende for oppfyllelsen av sykepleiens mål, som er å hjelpe den syke til å forebygge, mestre eller finne mening i erfaringer med sykdom og lidelse. I den gjensidige kommunikasjonsprosessen kan sykepleier søke og gi informasjon, motivere og influere. Den syke kan søke hjelp og formidle sin oppfatning av sykepleieren. Travelbee understreket viktigheten av nonverbal kommunikasjon, ikke minst til å formidle omsorg: «..som regel non-verbalt, det vil si gjennom blikket eller gjennom måten hun utfører sine tjenester på» (Travelbee, 1999, s. 137).

2.4 Bakgrunn for valg av tema

Begge forfatterne har under studiet jobbet på infeksjonsavdeling. Gjennom studiet og praksiser ble det tydelig hvordan berøring, øyekontakt og ansiktsuttrykk var viktig for å etablere god kommunikasjon med pasientene. På infeksjonsavdelingen ble dette utfordret av smittevernutstyret. Vi ble interessert i å finne ut mer om hvordan vi kunne møte disse pasientene på best mulig måte. Da bruken av smittevernutstyr økte betydelig i forbindelse med Covid-19 pandemien, ble problemstillingen aktualisert ytterligere.

2.5 Hensikt med litteraturstudien

Hensikten med denne litteraturstudien er å øke forståelsen av hva som skjer med kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient i kontekst av isolering og smittevernutstyr,

og undersøke om det er spesielle forhold som sykepleier bør være oppmerksom på for ivareta disse pasientene på en god måte.

2.6 Problemstilling

Hvordan påvirker isolering og smittevernutstyr kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient?

2.7 Avgrensning

Denne studien er avgrenset til å handle om kommunikasjon i relasjonen mellom sykepleier og pasient med normal kognitiv funksjon, der pasienten er innlagt på sengepost under luft-, dråpe-, eller kontaktsmitteregime. Pasienter isolert grunnet nedsatt immunforsvar omfattes ikke. Studien omfatter ikke situasjoner der pasient og pleier har ulike språk, eller pasienten kommuniserer via tegnspråk. Isolering i psykiatrien er ikke inkludert.

3.0 Metode

3.1 Forskningsmetode

Forskning handler om å undersøke noe ved hjelp av vitenskapelig metode for å frembringe ny kunnskap (Lackner, 2021). Fremgangsmåten man bruker kalles forskningsmetode (Grønmo, 2021). Metode kan velges utfra type problemstilling (Nortvedt *et al.*, 2012) eller vitenskapsfilosofisk ståsted (Golafshani, 2003). Et positivistisk ståsted påstår at det finnes en objektiv verden som kan undersøkes av objektive forskere (Godfrey-Smith, 2003), og knyttes til kvantitativ metode. Kvantitativ metode gir data i form av tall som analyseres statistisk for å beregne årsakssammenhenger, gjøre prediksjoner og generaliseringer (Golafshani, 2003).

Utvalget er gjerne stort og representativt for å sikre at funnene kan generaliseres.

Datainnsamling skjer ofte med spørreskjemaer (Grønmo, 2021). Eksempler på fremgangsmåter er randomiserte kontrollerte studier, kasus-kontrollstudier eller kohortstudier (Thidemann, 2019).

Fra et hermeneutisk ståsted er menneskets opplevelse av verden subjektiv og skapes ved at vi tillegger erfaringer mening. Forskeren selv er menneske og kan aldri bli objektiv, derfor må subjektiviteten heller anerkjennes og beskrives. Gjennom innlevelse og fortolkning oppnås forståelse. Da er det naturlig å velge kvalitativ metode (Polit og Beck, 2021). Data er ofte

tekst samlet inn med dybdeintervjuer, fokusgrupper og observasjoner. Utvalget kan være lite og strategisk (Grønmo, 2021). Analysen kan føre til teoriutvikling, avdekking av kategorier eller nye begreper. Eksempler på kvalitative analysemetoder er fenomenologi og grounded theory (Wertz *et al.*, 2011).

I litteraturstudien ble det tatt utgangspunkt i at problemstillingen kunne belyses med både kvalitative og kvantitative studier, og metode var derfor ikke del av inklusjons- eller eksklusjonskriteriene. Søkeordene “Qualitative studies” eller “Qualitative Research” ble allikevel inkludert ved to søk, da det i løpet av søkeprosessen ble klart at få studier undersøkte problemstillingen direkte, men at relevante funn inngikk i de kvalitative studienes rike beskrivelser.

3.2 Litteraturstudien

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av forskningslitteratur knyttet til et gitt tema. Den gjennomføres for å identifisere, velge ut, bedømme og sette sammen forskning av god kvalitet (Bettany-Saltikov og McSherry, 2016). Det finnes ulike typer litteraturstudier. Thidemann (2019) nevner *systematiske* som samler all relevant og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt område, og mindre omfattende, *allmenne* der kun et utvalg studier blir samlet, beskrevet og analysert. Bacheloroppgaven er ofte eksempel på en allmenn.

Ved gjennomføring av litteraturstudier må man ta hensyn til etikk både i artiklene man inkluderer og i eget arbeid. Det siste innebærer å være nøye med kildehenvisninger og ikke gjøre andres stoff til sitt eget (Dalland, 2020).

3.3 Søkestrategi

Man kan utføre systematiske og/eller usystematiske litteratursøk. Et systematisk søk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Usystematiske søk kan være at man via referanselisten til en artikkel finner en artikkel man velger å bruke i sin studie (Thidemann, 2019). I litteraturstudien ble kun artikler fra systematiske søk inkludert, fordi disse ga tilstrekkelige og relevante artikler. Søkene ble utført i databasene Medline, CINAHL og PubMed for å få et bredere utvalg av artikler. PICO-skjema ble benyttet for å formulere en presis problemstilling og identifisere relevante søkeord. PICO deler problemstillingen opp i fire elementer: **P**asient/problem, **I**ntervensjon, **C**omparison og **O**utcome. Disse inngår ofte i kliniske problemstillinger. Skjemaet formes og tilpasses etter hvilke elementer som er relevante for undersøkelsen (Thidemann, 2019). Både pasienter og helsepersonell ble

inkludert som «population» ettersom problemstillingen angår begge og kan belyses fra begge synspunkter. Intervensjonen / tiltaket blir da de ulike typene smittevernutstyr eller isolering. Comparison utgår ettersom problemstillingen ikke omfatter noen sammenligning. Utfallet blir kommunikasjonen eller relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Tabell 1: PICO-skjema med aktuelle engelske søkeord.

Population	Population	Intervention	Comparison	Outcome
<i>Nurse</i>	<i>Patient</i>	<i>Isolation</i>		<i>Communication</i>
<i>Health personnel</i>		<i>Face masks</i>		<i>Non-verbal communication</i>
<i>Caregiver</i>		<i>Goggles</i>		<i>Nurse-patient relationship</i>
<i>Health care workers</i>		<i>Gloves</i>		<i>Professional-patient relationship</i>
<i>Hospitals</i>				<i>Psychology</i>

3.3.1 Systematiske søk

Relevante søkeord ble lagt inn i de valgte databasene. Både Cinahl og Medline vil automatisk foreslå emneord fra deres emneordssystemer, henholdsvis CINAHL subject headings og MeSH. I PubMed brukte vi MeSH-termer. Emneord vi brukte var: Personal Protective Equipment, Communication, Hospital, Patient isolation, Nurse- patient relations, Health Personnel, Qualitative studies og Qualitative Research. Emneordene ble kombinert med AND og OR. Kombinasjoner med AND gir artikler med alle søkeordene og et smalere resultat, mens OR gir alle artikler som inneholder et av søkeordene og et bredere resultat (Thidemann, 2019). Forkortelsen exp. betyr at underemner er inkludert. Resultatlisten ble gjennomlest. Dersom tittel og sammendrag (abstract) på artikkelen var interessant, ble hele artikkelen gjennomlest. Søkematriksen (tabell 3) viser antall leste sammendrag og artikler i de ulike søkene, samt artiklene vi til slutt satt igjen med.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er ulike kriterier man stiller for å finne relevante artikler som kan bidra til å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019). Det ble ikke lagt begrensning på utgivelsesår, ut fra en antagelse om at også eldre artikler ville kunne belyse

problemstillingen. Språkkriterier ble lagt inn i selve søket, de øvrige ble avgjort ved gjennomlesing.

Tabell 2: Oversikt over inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
IMRaD-struktur
Fagfellevurdert artikkel
Engelsk språk
Gratis tilgjengelig fulltekstversjon
Pasienter isolert på sykehus

Eksklusjonskriteriene var studier som fokuserte på barn, psykiatri og personer med utviklingsforstyrrelser, da dette er målgrupper som kan tenkes å ha behov som avviker betydelig fra befolkningen ellers. Studier fra land uten tilstrekkelig helsevesen ble også ekskludert.

3.4 Søkematrise

Tabellen nedenfor viser de ulike systematiske søkene som ledet til funn av inkluderte artikler i litteraturstudien. Noen artikler ble funnet i flere søk, i kolonnen for unike artikler er slike duplikater fjernet.

Tabell 3: Litteraturmatrise med antall utvalgte artikler i litteraturstudien.

Søk nr	Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner og avgrensninger	Antall treff	Leste abstracts	Artikler funnet	Unike artikler
1	08.04.21	Medline Ovid	1. exp Patient isolation		4270			
			2. exp Nurse-patient relations		35617			
				3. 1 AND 2	92			
				4. English language + structured abstracts	11	2	2	2
2	09.04.21	Medline Ovid	1. exp Patient Isolation/px [Psychology]		446			
			2. exp Health Personnel		535 144			
				3. 1 AND 2	45			

				4. English language	43	16	3	2
3	09.04.21	Medline Ovid	1. exp Patient Isolation		4 271			
			2. exp Nurse-Patient Relations		35 617			
			3. exp Communication		320 005			
				4. 1 AND 2 AND 3	17			
				5. English language	11	1	1	1
4	13.04.21	Medline Ovid	1. exp Personal Protective Equipment		33058			
			2. exp Patient isolation		4 271			
				1 OR 2	37 084			
			3. exp Health personnel		535 144			
			4. exp Qualitative Research		61 587			
				5. 3 AND 4 AND 5	44			
				6. English language	42	11	1	1
5	13.04.21	CINAHL	1. Personal protective equipment		11 535			
			2. Patient isolation		2 918			
				3. 1 OR 2	14 199			
			4. Health Personnel		599 101			
			5. Qualitative studies		155981			
				4. 3 AND 4 AND 5	59			
				5. English language	51	9	4	1
							TOTALT	7

3.5 Funnmatrikse

Tabellen under viser en oversikt over hvilke unike artikler som ble funnet i hvilket søk, samt førsteforfatter og årstall på artikkelen.

Tabell 4. Inkluderte artikler i litteraturstudien med oversikt over søket og artikkel.

Søk nummer	Tittel	Førsteforfatter	Årstall
1	The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care.	Leong, Ian Yi-Onn	2004

	Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study.	Cassidy, Irene	2006
2	“Recognizing rapport”: Health professionals’ lived experience of caring for patients under	Godsell, M.-R.	2013
	Effects of isolation on patients and staff	Lupi3n-Mendoza, C.	2015
3	Taking care as a relationship: a phenomenological view.	Sadala, Maria L3ucia Ara3ujo	1999
4	Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal.	Hoernke, Katarina	2021
5	Health Care Workers’ Reported Discomfort While Wearing Filtering Face-Piece Respirators	Locatelli, Sara M.	2014

3.6 Kildekritikk

Kildekritikk handler om  vurdere gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og overf3rbarhet ved den enkelte studie, ogs om den er publisert i et kjent og plitleg tidsskrift (Nortvedt *et al.*, 2012). Sjekklistene fra Folkehelseinstituttet med relevante kontrollsp3rsml til ulike forskningsmetoder ble benyttet. I tillegg til  se p metodisk *kvalitet*, inneholder sjekklistene ogs sp3rsml om *etikk* og *relevans* (Folkehelseinstituttet, 2019b).

3.6.1 Kvalitetsvurdering

IMRaD-struktur gj3r det lettere  identifisere og kvalitetsvurdere vitenskapelige artikler. De fleste vitenskapelige artikler har denne strukturen med introduksjon, metode, resultat og diskusjon. En del tidsskrifter stiller krav om slik struktur f3r de publiserer (Thidemann, 2019). Fagfellevurdering er med p  skille vitenskapelig artikler og fagartikler. En fagfellevurdering blir gjort av minst to fagekspertene uten tilknytning til tidsskriftet, mens en fagartikkel ofte er vurdert av redakt3ren for tidsskriftet (Thidemann, 2019). Norsk senter for forskningsdata ble brukt for  undersøke tidsskriftene, og tidsskriftenes hjemmesider ble brukt til  undersøke kriterier for publisering og avgj3re om den enkelte artikkelen var fagfellevurdert. Artikler som oppfylte disse kriteriene ble lest av forfatterne separat, f3r felles gjennomgang og vurdering basert p Folkehelseinstituttets sjekklistene. Slik ble hver artikkel vurdert til mindre god, god eller veldig god. Vurderingen er gjengitt i resultatoversikten under kvalitet. Srlige

styrker eller svakheter bemerkes i resultatpresentasjonen.

3.6.1.1 Særlig om pålitelighet og troverdighet i kvalitative undersøkelser

Mens kvalitet ved kvantitative undersøkelser knyttes til validitet og reliabilitet, knyttes den ved kvalitative undersøkelser ofte til begrepene pålitelighet og troverdighet (Nortvedt *et al.*, 2012). Det finnes flere strategier for å styrke disse. *Triangulering* handler om å bringe inn flere perspektiver, for eksempel ved å benytte flere metoder for datainnsamling, flere forskere eller flere teorier (Polit og Beck, 2021). *Informantvalidering* handler om å la deltakerne selv etterse transkribering eller komme med innspill i analysen (Drageset og Ellingsen, 2010). Det siste kan også være en etisk styrke ved at det bidrar til å utjevne maktforskjeller mellom forsker og deltakere (Wertz *et al.*, 2011).

3.6.2 Forskningsetikk og etisk vurdering

Medisinsk og sykepleiefaglig forskning er regulert av nasjonale lover og internasjonale konvensjoner som sier noe om hvilke normer, verdier og idealer som skal ligge til grunn for praksis (Ursin, 2020). En av de viktigste internasjonale konvensjonene er Helsinkideklarasjonen fra 1964 (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Den slår fast at hensynet til forskningen ikke skal veie tyngre enn hensynet til den enkelte deltaker. Deltakernes personvern og konfidensialitet må ivaretas. Deltakelsen skal være frivillig og mulig å avbryte når som helst. Sårbare grupper skal ikke utnyttes. En forskningsprotokoll med all etisk relevant informasjon skal godkjennes av en uavhengig etisk komité før undersøkelsen (World Medical Association, 1964). I Norge gjøres dette av de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Forskningsetikkloven, 2017; Helseforskningsloven, 2008). Etikken i de inkluderte artikler blir vurdert etter om de var forelagt etisk komite, om det er gjort rede for etiske vurderinger eller drøftinger, samt eventuelle andre forhold som bør påpekes. Vurderingen vises i litteraturmatrisen under etikk.

3.6.3 Vurdering av relevans

Ved vurdering av artiklenes relevans for problemstillingen ble det undersøkt hvorvidt artiklene omfattet eller var egnet til å belyse:

- Isolering på sykehus
- Bruk av smittevernutstyr
- Kommunikasjon

- Nonverbal kommunikasjon
- Pasient-pleier relasjonen
- Sykepleieperspektiv

Studiene ble scoret 1-6 ut fra hvor mange punkter de omfattet. Poengene er gjengitt i resultatoversikten under relevans.

3.7 Tekstanalyse og tolkning

Analysen i en litteraturstudie omfatter en kritisk og reflektert gransking av artiklene for å identifisere informasjon som kan belyse litteraturstudiets problemstilling (Thidemann, 2019). Funn fra de ulike artiklene sammenstilles, deles opp og undersøkes, og grunnleggende trekk avdekkes, før det hele settes sammen på nye måter (Polit og Beck, 2021).

De inkluderte artiklene ble lest flere ganger og sentrale funn identifisert av forfatterne hver for seg for å øke troverdigheten ved funnene. Likheter og forskjeller mellom artikler samt funn den enkelte vurderte som relevant ble markert og deretter diskutert forfatterne imellom i henhold til Thidemann (2019). Funnene ble satt sammen til fire nye hovedtemaer som kunne belyse problemstillingen. I resultatoversikten vil hver enkelt studies hensikt, metode, resultat, kvalitet, etikk og relevans for problemstillingen bli fremstilt.

4.0 Resultatpresentasjon

Fremstillingen er forsøkt holdt i tråd med artikkelforfatternes egne formuleringer. For artikler med bredere tema enn litteraturstudiets problemstilling vil fremstillingen fokusere på relevante delfunn. Vurdering av kvalitet, etikk og relevans er gjennomført i henhold til kapittel 3.5.

4.1 Inkluderte artikler

Tabell 5: Artikkel 1

	Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study.
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Cassidy, Irene Journal of Clinical Nursing (2006)
HENSIKT:	Å belyse sentrale temaer i sykepleiestudenters opplevelser og fortolkninger fra pleie av isolerte pasienter i sykehus.

METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Kvalitativ Ustrukturerte dybdeintervjuer med åpne spørsmål gjennomført ansikt til ansikt. Forskeren førte refleksiv dagbok og gjorde feltnotater underveis i datainnsamlingen. Tematisk analyse basert på Gadammers hermeneutikk, med vekt på forskerens for forståelse og dialog mellom forsker og deltakere.
UTVALG:	8 andreårs sykepleiestudenter i praksis med smitteisolerte pasienter.
RESULTAT:	De psykologiske, sosiale og emosjonelle barrierene som påføres gjennom isolering endrer pleiegiveropplevelsen dramatisk. Isolatet som kontekst påvirker pleien som gis. En sentral opplevelse var barrierer og å bryte barrierer. Smittefrykt og fokus på å hindre smitte kunne representere en barriere og gå på bekostning av en holistisk sykepleie. Kommunikasjon ble sett som en av måtene å bryte barrieren. Balansen mellom smittevern og omsorg ble fremhevet. Pasientinformasjon ble ansett som særlig viktig. Studentene opplevde at pasientopplæring bidro til å bedre både relasjonen mellom pasient og student og pasientens opplevelse av isoleringen. Slik opplæring ble tidvis nedprioritert til fordel for rutineoppgaver og fysisk omsorg.
KILDEKRITIKK <i>Kvalitet</i> <i>Etikk</i> <i>Relevans</i>	Meget god. Troverdigheten styrket av transparent og fylldig beskrevet analyseprosess. Informantvalidering av transkript, analyse og fortolkning. Godkjent av sykehusets etiske komité, sykehusets direktør for sykepleie og hovedveileder. Samtykke og anonymitet ble holdt. 6/6: isolering, smittevernustyr, pasient-pleierrelasjon, sykepleieperspektiv, implisitt også kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Formålet var dels å gi innsikt til pedagogiske formål, noe som ikke er relevant for vår oppgave.

Tabell 6: artikkel 2

	Taking care as a relationship: a phenomenological view
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Sadala, Maria Lúcia Araújo Journal of Advanced Nursing (1999)
HENSIKT:	Å forstå og analysere mening sykepleiestudenter gir det å yte pleie til pasienter i isolering, med særlig fokus på kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner.
METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Kvalitativ. Individuelle intervjuer hvor studentene beskrev sine erfaringer med å pleie pasienter på isoleringsavdeling. Fenomenologisk analyse av fenomenet «taking care on the isolation ward». Forskeren hentet støtte for fortolkningen og de idéene som ble identifisert i fenomenologisk litteratur.
UTVALG:	18 tredjeårs sykepleiestudenter i praksis på smitteisolering.
RESULTAT:	Isolatet bærer med seg fordommer og historier. Frykt og angst står sentralt: for å bli smittet tross smittevernustyr, for å møte pasienten, for ikke å strekke til. Smittevernustyret får en dobbel symbolsk betydning, både fysisk avstandtaking til pasienten og det som muliggjør omsorgen som tilligger sykepleien. Isolatet var i seg selv en barriere mot kommunikasjon, det samme var studentenes frykt og manglende fortrolighet med isoleringen. Dedikasjon til arbeidet og vilje til å åpne opp for pasienten, til å kjenne og anerkjenne egne følelser og anstrenge seg for å forstå pasientens virkelighet gjorde det mulig å etablere pasient-pleierrelasjoner tross hindringene. Frykten ble redusert gjennom anstrengelser for å etablere relasjoner ved hjelp av sykepleiefaglige virkemidler og god kommunikasjon, samt å utføre tekniske prosedyrer.

KILDEKRITIKK	
<i>Kvalitet</i>	God. Grundig redegjørelse av analytisk fremgangsmåte. Systematisk bruk av litteratur for å støtte avdekkede aspekter. Mangler diskusjon om begrensninger av studiens metode.
<i>Etikk</i>	Ingen informasjon om at studien har vært forelagt noen etisk komité. Samtykke fra deltakere, lærere og skole. Deltakerne kunne trekke seg når som helst. Etiske vurderinger eller potensielle utfordringer blir ikke gjort rede for. Forskeren var tidligere foreleser for 11 av deltakerne, mulige implikasjoner av dette diskuteres ikke.
<i>Relevans</i>	6/6: Isolering, smittevernustyr, pasient-pleierrelasjon, kommunikasjon, nonverbal kommunikasjon, sykepleiersperspektiv. Noen erfaringer knyttes mer til studentrolle og manglende erfaring, og dermed mindre relevant i vår oppgave. Studien er av eldre årgang men funnene fremstår relativt tidløse og underbygges av nyere studier.

Tabell 7: artikkel 3

	The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care.
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Leong, Ian Yi-Onn <i>et al.</i> Palliative Medicine (2004)
HENSIKT:	Å undersøke hvordan palliativt team ved et sykehus i Singapore opplevde de psykososiale og åndelige behov som oppsto hos pasienter, pårørende og helsepersonell i møte med SARS.
METODE: <i>Design</i>	Kvalitativ. Medlemmer av et palliativt team dokumenterte opplevelser i møte med pasienter, pårørende og annet helsepersonell i forbindelse med SARS-epidemien gjennom en type autoetnografi. Deltakerne er selv forfatterne av studien. Det ble gjennomført «intervjuer» over e-post med utgangspunkt i åpne spørsmål, deltakerne leste og diskuterte hverandres observasjoner, og førsteforfatter gjennomførte ytterligere intervjuer samt en fokusgruppe. <i>Analyse</i>
UTVALG:	8 informanter hvorav 3 leger, 2 sykepleiere, 4 medisinske sosialarbeidere og en farmasøyt.
RESULTAT:	Fire distinkte temaer ble identifisert i analysen. Temaet isolering har størst relevans for vår oppgave. Informantene opplevde at smittebegrensende tiltak bidro til å isolere pasienten, og representerte brudd på pasientens forbindelser. Isoleringen medførte tap av selvtilit og autonomi, og skapte følelser av maktesløshet, hjelpeløshet og frustrasjon. Det oppsto brudd i pårønderelasjoner, og familier opplevde stigmatisering. Isoleringen innebar også brudd i relasjonen til det enkelte helsepersonell. Helsepersonell følte seg hindret i å gi god pleie, psykososial støtte eller tale pasientens sak. Bruk av smittevernustyr gjorde helsepersonellet ugjenkjennelig. Kommunikasjon ble vanskelig og berøring ble minimert, berøring uten hansker var tabu. Smittevernustyr var også ubehagelig og fikk helsepersonell til å tenke mer på seg selv enn på pasienten.

KILDEKRITIKK	
<i>Kvalitet</i>	God. Triangulering i datainnsamling og forskerperspektiver. Troverdigheten og påliteligheten styrkes av transparent prosess og analysen understøttes av sitater.
<i>Etikk</i>	Godkjent av etisk komité først etter oppstart. Metoden gjør det mulig å inkludere erfaringene til pasienter som for sårbare til selv å delta, samtidig som det er etisk utfordrende at de mister kontrollen over sin egen historie ved at den kun fortelles av andre.
<i>Relevans</i>	5/6: Isolering, smittevernustyr, pasient-pleierrelasjon, kommunikasjon, implisitt også nonverbal kommunikasjon. Studien var knyttet til SARS-epidemien og unntakstilstand. Dette kan sammenlignes med Covid-19 pandemien, men vår intensjon er ikke å undersøke hvordan unntakstilstander påvirker kommunikasjonen.

Tabell 8: artikkel 4

	Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Hoernke, Katarina <i>et al.</i> BMJ Open, (2021)
HENSIKT:	Å formidle førstelinje helsepersonell sine erfaringer med smittevernustyr under COVID-19 pandemien i Storbritannia, herunder hvordan de opplevde at bruken påvirket evnen til å yte pleie og omsorg.
METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Kvalitativ. Triangulerte data fra tre kilder; semistrukturerte telefonintervjuer med helsepersonell, medieanalyse av avisartikler og innlegg på sosiale medier samt gjennomgang av offentlige retningslinjer for bruk av smittevernustyr. Dataene ble analysert ved "Rapid qualitative appraisal", et teoretisk rammeverk for raske kvalitative undersøkelser i krisesituasjoner. Medieanalysen innebar en syntese av funn i artikler og innlegg i sosiale medier.
UTVALG:	46 Strategisk utvalgte helsearbeidere fra intensiv-, akutt- og respiratoriske sykehusavdelinger samt fra ulike deler av primær- og spesialisthelsetjenesten som var omplassert for å håndtere pandemien. 39 artikler fra massemedier og 145 000 innlegg fra sosiale medier, identifisert ved hjelp av dataprogrammer. 25 offentlige retningslinjer fra lovverk og relevante offentlige styringsorganer.
RESULTAT:	Helsepersonell opplevde det vanskeligere å få kontakt eller relasjon med pasienter. Smittevernustyret begrenset ansiktsuttrykk, fysisk berøring og tid tilbrakt med pasienten. For deliriske pasienter kunne helsepersonellet virke skremmende. Hos eldre som var avhengig av å lese på leppene grunnet nedsatt hørsel kunne munnbindet medføre kommunikasjonsproblemer. Enkelte helsepersonell fjernet munnbindet for å kunne kommunisere godt ved mer krevende eller alvorlige samtaler. Helsepersonell opplevde smittevernustyr som slitsomt og ubehagelig, noe som også påvirket det å gi omsorg. Palpering opplevdes mindre effektivt ved bruk av hansker. Myndighetene åpnet også opp for gjenbruk og deling av smittevernustyr mellom kollegaer, noe helsepersonellet opplevde som bekymringsfullt. Hyppige endringer i retningslinjer skapte usikkerhet.
KILDEKRITIKK	
<i>Kvalitet</i>	God. Gjorde rede for valg av metode og datainnsamling. Deler i mindre grad steg i analyseprosessen, men henviser til anvendt teori og rammeverk. Triangulering av data. Informantvalidering av fortolkningen. Forfatterne påpeker at metoden kunne vært

<i>Etikk</i>	styrket av observasjoner i sykehussetting, men dette var ikke mulig på grunn av restriksjoner.
<i>Relevans</i>	Godkjent av offentlige etiske komiteer og involverte sykehus. Informert samtykke og anonymitet. Studien hadde begrenset deltakelse fra minoriteter, dette ble problematisert da disse kan være særlig berørt av deler av problemstillingen. 4/6: Smittevernustyr, pasient-pleier-relasjon, kommunikasjon, nonverbal kommunikasjon. Konteksten er en akutt krisesituasjon i en pandemi, noe som kan gjøre enkelte funn mindre relevante.

Tabell 9: artikkel 5

	Health Care Workers' Reported Discomfort While Wearing Filtering Face-Piece Respirators
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Locatelli, Sara M., LaVela, Sherri L. og Gosch, Megan. Workplace Health & Safety (2014)
HENSIKT:	Undersøke helsepersonell sine erfaringer med å bruke åndedrettsvern, herunder fysisk ubehag, hvordan utformingen av masken påvirker komforten, og effekten på ytelsen av omsorgen.
METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Kvalitativ. 3 fokusgrupper. Deskriptiv kvalitativ analyse som grupperte funn i tre kategorier.
UTVALG:	17 deltakere. Helsepersonell som i sitt arbeid kommer i kontakt med pasienter med respiratoriske sykdommer og som hadde brukt åndedrettsvern i pasientomsorgen tidligere.
RESULTAT:	Helsepersonell oppga at det var fysisk ubehagelig å bruke maskene, noe som medførte mindre tid inne hos pasientene og dermed mindre omsorg. Ubekvems fra masken påvirket konsentrasjonen og evnen til å fokusere på pasienten. Maskene gjorde det vanskelig å skape relasjoner da ansiktsuttrykket ble skjult. Kommunikasjonen ble hindret, fordi det var vanskelig å høre pleieren gjennom masken. Maskene bidro til å isolere pasienten fra pleier og pårørende. Noen pasienter opplevde at smittevernustyret var skremmende og signaliserte hvor smittefarlige de var.
KILDEKRITIKK <i>Kvalitet</i> <i>Etikk</i> <i>Relevans</i>	Veldig god. Begrunner valg av metode, redegjør for rekrutteringsprosess og utvikling av samtaleguide på bakgrunn av litteraturgjennomgang. Analyseprosessen er forklart. Fokusgruppene ble transkribert ordrett. To forskere kodet dataene uavhengig av hverandre. Funn underbygges av sitater. Studiens begrensninger blir diskutert. Studien ble gjennomgått og godkjent av institusjonen. Det opplyses om informert samtykke, frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg. 4/6: Pasient-pleier-relasjon, smittevernustyr, kommunikasjon, implisitt også nonverbal kommunikasjon. Isoleringssettingen diskuteres ikke som et eget tema.

Tabell 10: artikkel 6

	“Recognizing rapport”: Health professionals’ lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting.
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Godsell, M.-R., Shaban, R. and Gamble, J. (2013) American Journal of Infection Control

HENSIKT:	Å utforske helsepersonell sine levde erfaringer med å yte pleie til pasienter underlagt smitteverntiltak.
METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming. Datainnsamling gjennom observasjoner og semistrukturerte dybdeintervjuer. Dataene besto av feltnotater og transkript fra intervjuene. Fenomenologisk analyse. Feltnotater ble analysert ved å knytte observasjonene til erfaringer uttrykt i intervjuene.
UTVALG:	Et strategisk utvalg av 12 helsepersonell som hadde erfaring og kunnskap om smittevernutstyr og isolering fra hverdagen.
RESULTAT:	Analysen avdekket det overordnede fenomenet “recognizing rapport” som kan oversettes som å gjenkjenne forståelse/forbindelser med andre. Dette handlet om relasjoner, barrierer mot praksis og pasientutfall. Deltakerne opplevde relasjonsbygging som viktig, men vanskelig med smittevernutstyr. Bruk av munnbind hindret pasientene i å se ansiktsuttrykket og høre pleieren godt, noe som svekket den terapeutiske relasjonen. For noen ble kommunikasjonen begrenset av at de tilbrakte mindre tid hos pasientene på grunn av ubehaget med smittevernutstyret. Andre forsøkte å veie opp for isoleringen og være der lenger. Enkelte opplevde også munnbindet som ganske behagelige. Alle deltakerne uttrykte viktigheten av å bruke smittevernutstyr for å beskytte seg selv. Isoleringen var en barriere i seg selv som påvirket pleien. Deltakerne opplevde at pasientene på regimer hadde større risiko for uønskede hendelser og de var bekymret over ulikheter i pasientomsorgen.
KILDEKRITIKK <i>Kvalitet</i> <i>Etikk</i> <i>Relevans</i>	God. Diskuterer svakheter som at dataene er selvrapportert og kanskje ikke reflekterer praksis. Informantvalidering av transkript og analyse. Forskningsetisk godkjennelse fra den deltakende helseinstitusjonen. Samtykke fra alle deltakere og pasienter ble innhentet og anonymitet/konfidensialitet overholdt. 5/6: Isolering, smittevernutstyr, kommunikasjon, implisitt nonverbal kommunikasjon, pasient-pleier-relasjon. Studien diskuterer ikke sykepleieperspektiv, men forskerne og et flertall deltakere er sykepleiere.

Tabell 11: artikkel 7

	Effects of isolation on patients and staff
FORFATTER OG PUBLIKASJON	Lupi3n-Mendoza, C. <i>et al.</i> American Journal of Infection Control (2015)
HENSIKT:	Å identifisere og utforske aspekter ved uønskede hendelser tilknyttet isolering i sykehus.
METODE: <i>Design</i> <i>Analyse</i>	Kvalitativ-kvantitativ triangulering. Kasus-kontroll-studie med matching, kombinert med kvalitative intervjuer av helsepersonell og pasienter. Studien sammenlignet pasienter i og utenfor isolering ved samme sykehusavdeling. Tilfredshet ble vurdert med et validert spørreskjema, angst og depresjon med verktøyet “Hospital Anxiety and Depression Scale”. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål og fire hovedområder. Kvalitative intervjuer ble transkribert og analysert. De kvantitative dataene ble analysert med univariat analyse og regresjonsanalyse.
UTVALG:	Kasus-kontroll-studie: 72 par av deltakere og kontroller. Kvalitative intervjuer: 28 pasienter

RESULTAT:	Kasus-kontrollstudien viste signifikant sammenheng mellom isolering og depresjon, men ikke mellom isolering og angst. Pasienttilfredsheten var ikke påvirket av isoleringen, men helsepersonell ble oppfattet som mindre tilgjengelige. De kvalitative intervjuene viste at noen av pasientene synes det var greit med enerom, mens andre kunne ønske å dele rom og erfaringer. Helsepersonellet oppga at de noen ganger var redd for å bli smittet selv. I tillegg mente de fleste at pasienter på isolering ikke fikk samme kvaliteten på omsorgen som de ikke-isolerte. Man gikk bare inn på rommet til pasienten når det var nødvendig, og brukte noen ganger besøkende til å overbringe beskjeder.
KILDEKRITIKK:	
<i>Kvalitet</i>	Den kvalitative informasjonen ble transkribert for innholdsanalyse. Utover at det henvises til en kilde for fremgangsmåte blir ikke analysen utdypet. Forskerne diskuterer metning av data. Studiens begrensninger omtales. Sykehuset i studien har et infeksjonskontrollprogram som kan påvirke resultatet i forhold til sykehus uten slike programmer.
<i>Etikk</i>	Godkjent av den lokale etiske komité. Utover dette blir ikke etikk eller hensyn til deltakerne diskutert.
<i>Relevans</i>	5/6: Isolering, smittevernustyr, kommunikasjon, implisitt også nonverbal kommunikasjon, pasient-pleier-relasjoner.

4.2. Sammenfatning av funn

4.2.1 Isoleringen gir merarbeid/fysisk redusert tilgjengelighet / praktiske barrierer

Leong *et al.* (2004) og Locatelli, LaVela og Gosch (2014) fant at isoleringen i seg selv kan utgjøre en barriere. Isolerte pasienter krevde mer tid og arbeid. Om man glemmer utstyr må man av og på med smittevernustyr, i tillegg må utstyr desinfiseres før man tar det med ut igjen (Godsell, Shaban og Gamble, 2013). Merarbeidet kan føre til at det kun er det mest nødvendige som blir gjort (Lupi3n-Mendoza *et al.*, 2015) eller at man planlegger visitter nøye for å kunne gjøre mest mulig når man først går inn til pasientene (Cassidy, 2006). I noen tilfeller brukte helsepersonell besøkende til å overbringe beskjeder fra personalet (Lupi3n-Mendoza *et al.*, 2015). Færre besøk kan medføre at personalet oppleves som mindre responsive av pasientene (Lupi3n-Mendoza *et al.*, 2015), og pasienter kan føle seg forlatt (Leong *et al.*, 2004). Relasjonen mellom pasient og pleier kan dermed bli forstyrret (Leong *et al.*, 2004). I studien til Godsell, Shaban og Gamble (2013) var enkelte helsepersonell hyppigere innom pasientene for å veie opp for isoleringen, men i flere av artiklene ønsket man også å begrense besøk hos isolerte pasienter. Travelhet eller tidspress for personalet og mangel på smittevernustyr var blant grunnene (Leong *et al.*, 2004; Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Hoernke *et al.*, 2021). Enkelte helsepersonell fortsatte likevel å yte omsorg til tross for redusert tilgang på smittevernustyr og lavere beskyttelsesnivå (Hoernke *et al.*, 2021).

4.2.2 Frykt og usikkerhet hos helsepersonell

Ulike former for frykt, engstelse eller bekymring i møte med infeksjonssyke og smitteisolerte pasienter omtales i samtlige artikler (Leong *et al.*, 2004; Sadala, 1999; Cassidy, 2006; Lupi3n-Mendoza *et al.*, 2015; Hoernke *et al.*, 2021). Frykten fremst3r som mer eller mindre rasjonelt begrunnet av smitterisiko. Leong *et al.* (2004) og Hoernke *et al.* (2021) viser hvordan helsepersonell gj3r bevisste avveininger mellom egen sikkerhet og pasientens behov. Resultatet kan v3re at pleien begrenses, eller at helsepersonell utsetter seg selv for risiko ut fra moralsk eller faglig pliktfor3lse. Smittefrykt ser ogs3 ut til 3 kunne p3virke adferd p3 mindre bevisste m3ter (Cassidy, 2006; Sadala, 1999). Sadala (1999) mener smittefrykten blir en konkretisering av mer flytende angst for det stigmatiserte.

Beskrivelser av frykt er ofte knyttet til usikkerhet rundt utstyr, regimer og retningslinjer. I Hoernke *et al.* (2021) nevnes mangelfull oppl3ring i bruk av smittevernutstyr, foruten uklarheter og hyppige endringer av retningslinjer. Usikkerhet rundt hva som er rett utstyr til rett tid kan ogs3 f3re til at ulike helsepersonell velger ulike l3sninger, inkludert overdreven bruk av utstyr (Sadala, 1999; Cassidy, 2006). Helsepersonell som observerer ulik etterlevelse eller ulik praksis kan bli mer usikre. Retningslinjer kunne vise seg 3 v3re umulig 3 etterleve i praksis fordi utstyret ikke kunne tilpasses den enkelte (Hoernke *et al.*, 2021). Andre tvilte p3 om utstyret virkelig ga den beskyttelsen som ble p3st3tt, etter egne erfaringer med at frakker ikke beskyttet mot kroppsv3sker eller 3ndedrettsvern ikke satt godt nok p3 (Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014). Det var ogs3 usikkerhet rundt hva som skulle gj3res i n3dsituasjoner med lite tid (Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Hoernke *et al.*, 2021).

4.2.3 Smittevernutstyret gir fysisk ubehag

I en av studiene uttrykker enkelte helsepersonell at smittevernutstyret er behagelig 3 bruke (Leong *et al.*, 2004), men flertallet beskriver ubehag som hodepine, svimmelhet, hudirritasjon og utslett knyttet til smittevernutstyret og at dette kan p3virke pasientomsorgen (Leong *et al.*, 2004; Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014; Hoernke *et al.*, 2021). Ubehaget kan g3 utover fokuset og konsentrasjonen hos helsepersonell ved at tankene blir mer p3 en selv (Leong *et al.*, 2004; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014). Sitatet fra Locatelli, LaVela og Gosch (2014) s.364 beskriver hvordan dette kan f3re til at man tilbringer mindre tid hos isolerte pasienter «You concentrate as much as you can concentrate with thinking of how, how soon you're going to get out of the room». Dette bekreftes i studien til

Godsell, Shaban og Gamble (2013). Utfordringene blir ekstra tydelige i situasjoner hvor helsepersonellet kan oppleve det som ekstra viktig å “være der for pasientene”, som i palliativ fase (Leong *et al.*, 2004).

4.2.4 Smittevernutstyret hindrer, demper og endrer verbale og nonverbale signaler

Smittevernutstyret oppleves ofte å gjøre relasjonsbyggingen og kommunikasjonen ekstra utfordrende, og svekke evnen til å møte pasienten (Hoernke *et al.*, 2021). Helsepersonell opplever også at det virker fremmedgjørende på pasienten og kan svekke tilliten til helsepersonell (Godsell, Shaban og Gamble, 2013). Enkelte pasienter uttrykker at det er vanskelig å kjenne igjen helsepersonell fra gang til gang (Leong *et al.*, 2004). Munnbindet hindrer pasienten i å se ansikt og høre tydelig hva personalet prøver å formidle (Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014) slik at helsepersonellet må gjenta en rekke ganger (Locatelli, LaVela og Gosch, 2014). Eldre med dårlig hørsel og deliriske oppleves ekstra sårbare i møte med helsepersonell ikledd smittevernutstyr (Hoernke *et al.*, 2021). Hansker kan skape utfordringer i forbindelse med prosedyrer som krever finmotorikk (Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Hoernke *et al.*, 2021). I enkelte tilfeller ble de derfor fjernet (Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Leong *et al.*, 2004). Kondens på briller kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å se, noe som kunne skape frustrasjon (Hoernke *et al.*, 2021).

5.0 Drøfting

Smittevernutstyr og isolering påvirker både rammene for kommunikasjonen og selve kommunikasjonssituasjonen mellom sykepleier og pasient. Her drøftes rammens først, før man beveger seg inn på isolatet og ser på kommunikasjonen direkte mellom sykepleier og pasient. Noen drøftingspunkter kan knyttes til flere ulike funn men er av hensyn til oppgavens begrensninger kun diskutert under ett av dem.

5.1 Isolering innebærer praktiske barrierer mot kommunikasjon

Når ekstra tid og arbeid forbundet med isolering blir en barriere mot å gå inn slik det er vist i 4.2.1. blir det også en barriere mot kommunikasjon. Studiene til Cassidy (2006) og Lupión-Mendoza *et al.* (2015) indikerer at isolerte pasienter faktisk får færre besøk av helsepersonell enn ikke-isolerte pasienter, noe som også underbygges i den kvantitative delen i studien til

Godsell, Shaban og Gamble (2013) og i tidligere forskning (Morgan *et al.*, 2009). Det er også vist at pasienter på isolering har økt risiko for både fysiske og psykiske belastninger som uønskede hendelser, pleielidelser, angst, depresjon, ensomhet og stigmatisering (Gammon, Hunt og Musselwhite, 2019; Abad, Fearday og Safdar, 2010; Catalano *et al.*, 2003). Selv om det kan være vanskelig å fastslå om færre besøk er direkte årsak til den økte risikoen, har sykepleieren et ansvar for å utøve kunnskapsbasert sykepleie, og for at sykepleiepraksis fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det må innebære å kjenne til den økte risikoen og iverksette tiltak for å motvirke den.

I flere artikler uttrykte helsepersonell forståelse for at isoleringen var belastende for pasienten (Leong *et al.*, 2004; Cassidy, 2006; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014). Hos Godsell, Shaban, Gamble, (2013) forsøkte enkelte å kompensere ved å være hyppigere innom pasientene og være der lenger. De følte allikevel ikke at de klarte å gi den psykologiske støtten de burde til pasientene. Ut fra litteraturen kan det likevel tenkes at pasientens tilværelse bedret seg ettersom hyppige tilsyn er blant de tiltakene som har blitt anbefalt (Andreassen *et al.*, 2015). Med hyppige tilsyn kan også pasientens tilstand observeres tettere. Erfaringer fra praksis viser at den kliniske tilstanden kan forverres raskt hos visse infeksjonspasienter, deriblant Covid-19 pasienter eller pasienter med risiko for sepsis. For sjeldne tilsyn kan da gå ut over pasientens liv, pasientsikkerheten og forsvarligheten jf. §4 Helsepersonelloven (1999).

Samtidig som det kan være problematisk for pleien og kommunikasjonen at isoleringen på denne måten blir en barriere, er også dette selve målet med isoleringen: *å skape en fysisk barriere mot verden rundt* (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Til tross for at dagens isoleringspraksis er mer human enn tidligere, hevdes den fortsatt å ta utgangspunkt i en medisinsk tilnærming på bekostning av pasientens psykologiske behov og sosiale konsekvenser (Gammon, Hunt og Musselwhite, 2019). Isoleringsveilederen anerkjenner at isoleringen er en psykisk belastning for pasienten (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004), spørsmålet blir hva sykepleier gjør med denne kunnskapen. Sykepleiers ansvar for helhetlig sykepleie innebærer at hensynet til de psykososiale behovene inkludert kommunikasjon må ha høy prioritet.

Når pleie av smitteisolerte blir mer arbeid- og tidkrevende kan det også oppstå mentale barrierer hos sykepleieren. Travelbee (1999) beskriver en avhumanisering av den syke når sykepleier går over til å se dem som "arbeidsoppgave" i stedet for menneske, og mener dette lettere skjer når arbeidsbyrden og tidspresset øker. Hos Locatelli *et al.* (2014 s. 366) sier en av

sykepleierne: “You look up that light goes off... “It’s the isolation patient”.... Some nurses just basically run into their own rooms. Some people go the other direction”. I følge Travelbee vil dette være uttrykk for at sykepleier ikke lenger er i stand til å oppfatte mennesket i den syke personen og dermed heller ikke vil kunne etablere menneske-til-menneskeforholdet som er nødvendig for å oppfylle sykepleiens hensikt (Travelbee, 1999).

Å la pasienten vente eller være raskt inn og ut igjen er eksempel på hvordan tidsbruk kan oppfattes som et nonverbalt budskap. Hvordan pasienten fortolker budskapet kommer an på den enkelte (Knapp og Hall, 2006). Forskning har vist at pasienter i smitteisolat ofte kan føle seg stigmatisert (Gammon, Hunt og Musselwhite, 2019). Stigmatisering innebærer ikke bare stempling fra omgivelsene, det kan også påvirke personens opplevelse av seg selv og fortolkning av signaler fra omgivelsene (Norvoll, 2009). En pasient som føler seg stigmatisert kan dermed komme til å tolke sykepleierens sjeldne besøk som en avvisning.

5.2 Smittefare og frykt skaper rasjonelle og emosjonelle barrierer mot kommunikasjon

Frykt for smitte kan også bidra til at helsepersonell visitter hos isolerte pasienter. Det kan og påvirke helsepersonellens tanker om pasienten og måten de nærmer seg vedkommende (Cassidy, 2006; Leong *et al.*, 2004; Lupión-Mendoza *et al.*, 2015; Sadala, 1999). Mindre tid med pasientene vil bety mindre tid til kommunikasjon. I tillegg må man kunne anta at helsepersonell som opplever frykt i møte med en pasienter ikke har de beste forutsetninger for å oppnå god kommunikasjon. Ved å undersøke frykten nærmere kan det være mulig å diskutere hvordan den kan håndteres.

Frykt kan knyttes til en reell risiko for smitte. Både under Covid-19-pandemien og tidligere epidemier har helsepersonell utgjort en disproporsjonal gruppe av smittede, alvorlig syke og døde (Evans, Goldstein og Popova, 2015; World Health Organization, 2003). Helsepersonell eksponeres for flere patogener enn normalbefolkningen og antas å ha høyere bærerfrekvens av gule stafylokokker (Folkehelseinstituttet, 2019c). Muligheten for selv å bli rammet av det pasienten lider av, og som en direkte følge av den pleien man yter, setter infeksjonssykepleien i en særstilling sammenlignet med for eksempel pleie til pasienter med hjerteinfarkt (Leong *et al.*, 2004). Frykten kan bidra positivt ved at helsepersonell blir årvåkne og følger faglige prosedyrer (Godsell, Shaban og Gamble, 2013). Men smittefare oppleves også som en stressfaktor (Hoernke *et al.*, 2021; Leong *et al.*, 2004). Helsepersonell kan føle at de kommer i et etisk dilemma der de må øke sin egen risiko for å yte helsehjelp til pasienten. Ettersom kommunikasjon er viktig for å unngå uønskede hendelser, pleielidelser eller psykiske

belastninger hos isoleringspasienter vil det å begrense den på den ene siden fort gå på bekostning av forsvarligheten. Men på den andre siden vil en sykepleier som trosser smittefaren og hjelper en pasient uten selv å være godt nok beskyttet ikke bare risikere å bli smittet selv, hun kan også bringe smitten videre til andre pasienter, kolleger, eller egen familie. Forsvarlig helsehjelp til den smittede kan med andre ord innebære uforsvarlighet overfor andre. Den enkelte sykepleier har selv et ansvar for at praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig ifølge 1.3 i yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Hvis sykepleieren opplever at hun setter seg selv i fare ved å yte forsvarlig hjelp, må hun varsle jf. Arbeidsmiljøloven § 2A- 1(2) a) (2005). I henhold til norsk regelverk er det arbeidsgivers ansvar å sørge for at det er trygt å utføre arbeidet jf. §1-1 a) (Arbeidsmiljøloven, 2005). Ved arbeid som involverer smittefare skal det blant annet sørges for rutiner, utstyr og opplæring (Arbeidstilsynet, u.å.).

Noe av frykten i litteraturstudien kan knyttes mer til usikkerhet enn til reell fare (Cassidy, 2006; Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Hoernke *et al.*, 2021; Sadala, 1999). Det kan oppstå tvil om gjeldende praksis er trygg, og om kunnskapsgrunnlaget og informasjonen de får er til å stole på. I studiene til Hoernike, *et al.* (2021) og Locatelli, LaVela og Gosch (2014) fortalte helsepersonell om mangelfull opplæring og smittevernutstyr som ikke beskyttet slik det skulle eller ikke passet. Dersom praksis er trygg, men helsepersonell fortsatt er utrygge, blir konsekvensene de samme som om faren var reell, men her må løsningen bli en annen. Arbeidsgivers ansvar for trygt arbeidsmiljø i Arbeidsmiljøloven (2006) §1-1 a) omfatter også arbeidstakers psykiske helse. Sykepleiers kommunikasjon med pasienten avhenger av at rutinene rundt smittevern er utformet slik at hun kan føle seg trygg. Da må arbeidsgiver sørge for dialog med ansatte og tydeligere kommunikasjon. Helsepersonell må ha mulighet til å melde sine erfaringer og spørsmål slik at de ikke opplever å være redde på jobb.

5.3 Fysisk ubehag blir en distraksjon som forstyrrer kommunikasjonen

Fysisk ubehag fra smittevernutstyr kan føre til at sykepleier fokuserer på seg selv i stedet for på pasienten og den pleien som skal gis (Leong *et al.*, 2004; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014). Beskrivelsene maler et bilde av helsepersonell som svetter, retter og justerer på utstyr, har dugg på brillene og forsøker å komme seg fort ut igjen. Kontrasten blir stor til Travelbees (1999) utsagn om at “*En primær forutsetning er evnen til å sette et annet individ i fokus*” (s. 152). Ettersom sykepleieren retter seg inn på den enkeltes erfaringer og reaksjoner på sykdom (Holter, 2015), blir sykepleieren avhengig av informasjon fra pasienten for å kunne oppfylle

rollen sin. Forskning viser at slik informasjon ofte deles gjennom antydninger og hint heller enn ved direkte tale. Sykepleier må derfor være *til stede* for å kunne lytte, observere og oppfatte når pasienten uttrykker noe av stor betydning (Eide og Eide, 2017).

I tillegg til å påvirke sykepleiers evne til å lese pasientens nonverbale signaler, kan ubehag fra smittevernutstyret også medføre at sykepleier sender utilsiktede signaler som kan hemme kommunikasjonen, for eksempel ved å virke mindre interessert i pasienten. Ofte må det et minimum til av nonverbal kontakt før vi starter en samtale (Knapp og Hall, 2006). Dersom sykepleier uttrykker verbalt at hun er tilgjengelig, for eksempel ved å si “bare si fra hvis det er noe” samtidig som pasienten opplever at kroppsspråket hennes uttrykker ubehag og at hun vil raskest mulig ut, er de to budskapene inkongruente, og pasienten kan komme til å legge vekt på kroppsspråket og ignorere det hun sier. Det kan bety at det ikke finnes noen “verbal snarvei” til å etablere den tilliten som kreves for å oppnå en terapeutisk relasjon. Sykepleier må være bevisst sitt eget kroppsspråk om hun skal legge til rette for at pasienten kan dele viktig informasjon (Eide og Eide, 2017). Ettersom helsepersonell oppgir at utstyret hemmer dem betydelig i arbeidet er det også viktig at de får medvirke ved valg av smittevernutstyr og at utstyret passer eller kan tilpasses §15-3 (Forskriften om organisering, ledelse og medvirkning, 2013).

5.4 Smittevernutstyr hindrer, demper og endrer verbal og nonverbal kommunikasjon

De inkluderte artiklene inneholder rikelige eksempler på hvordan smittevernutstyr på ulike måter bidrar til å hindre, dempe eller endre både verbal og nonverbal kommunikasjon. Ulike former for utstyr rammer ulike kanaler, og helsepersonell opplever det frustrerende (Hoernke *et al.*, 2021; Godsell, Shaban og Gamble, 2013; Locatelli, LaVela og Gosch, 2014; Leong *et al.*, 2004). Følger vi Travelbees metafor om sykepleieren som håndverker, oppstår frustrasjonen når sykepleier opplever å mangle viktige verktøy.

Beskyttelsesbriller kan gjøre det vanskelig for pasienten og sykepleieren å se hverandres øyne tydelig. Kondens på brillene (Hoernke *et al.*, 2021) kan gjøre det vanskelig å lese pasientens nonverbale signaler. Forskning om nonverbal kommunikasjon sier oss noe om hva blikk vanligvis brukes til. Det er særlig viktig for å kommunisere om vi er tilgjengelige for hverandre og for kommunikasjon (Knapp og Hall, 2006). Hvis pasienten ikke klarer å fange sykepleierens blikk kan det bli veldig vanskelig å starte en samtale, for eksempel for å dele viktig informasjon, opplevelser eller spørsmål. Mens vi snakker trenger vi også den andres

blikk til å lese hvordan det vi sier blir mottatt. Siden blikket også regulerer turtaking i samtaler (Knapp og Hall, 2006), kan sykepleier bevisst bruke blikket til å oppmuntre pasienten til å snakke. Dette er eksempel på et konkret nonverbalt verktøy sykepleiere kan ha nytte av (Eide og Eide, 2017). Blikket brukes også til å undersøke om det som sies blir forstått og akseptert (Knapp og Hall, 2006). Dette er viktig for sykepleieren da hun har et særlig ansvar for å informere og forsikre seg om at informasjonen er forstått av pasienten jf. 2.5 i yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Munnbind og åndedrettsvern dekker store deler av ansiktet og er ifølge artiklene den utstyrstypen som gir mest frustrasjon og problemer. Mennesker forsøker å lese både følelser, holdninger og personlighet fra andres ansikter (Knapp og Hall, 2006). Når sykepleierens ansikt er skjult kan det bli vanskeligere for pasienten å danne seg et inntrykk av og huske vedkommende (Leong *et al.*, 2004; Hoernke *et al.*, 2021). Dermed kan det bli vanskeligere for sykepleiere å få en relasjon til pasienten.

Mimikk spiller en veldig viktig rolle for å kunne nyansere eller komplettere det vi sier. Med ansiktet kan man lage et nesten uendelig antall ulike uttrykk, noe som gjør det mulig å formidle svært nyansert informasjon (Knapp og Hall, 2006). Mange av sykepleierens kommunikasjonsoppgaver avhenger nettopp av å kunne uttrykke nyanser, som å uttrykke medfølelse uten sentimentalitet, alvor uten håpløshet, eller motivere uten å moralisere. Pasienter vil kunne forsøke å lese ut av sykepleiers ansikt hva hun tenker eller føler om det som blir sagt, og om hun er ærlig. Ut fra dette kan vi anta at mange sykepleiere kan oppleve det som vanskelig å ha kontroll på hvilket budskap man sender når man ikke kan bruke mimikk i kommunikasjonen.

Munnbindet påvirker også den verbale kanalen ved å dempe lyden (Hampton *et al.*, 2020). Mange helsepersonell opplever at de får utydelig tale og at pasienten strever med å høre hva de sier (Locatelli, LaVela og Gosch, 2014; Hoernke *et al.*, 2021; Godsell, Shaban og Gamble, 2013). Dette rammer særlig eldre pasienter med nedsatt hørsel, fordi munnbindet samtidig hindrer dem i å lese på leppene (Hoernke *et al.*, 2021). Dette kan utgjøre et stort problem for retten på informasjon jf. §3-2 og §4-1 informert samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er viktig å merke seg at pasienter med hørseltap ikke er noen liten gruppe, men kan utgjøre over 60% av pasienter over 60 år (Pihl, 2014). For disse pasientene er det helt avgjørende å få på plass alternative kommunikasjonsløsninger.

Hansker ble i studiene knyttet til en begrensning i å kommunisere nærhet og omsorg, særlig i spesielt emosjonelle situasjoner som med terminale pasienter (Leong *et al.*, 2004). For mange sykepleiere er berøring et verktøy som kan bidra til å skape relasjoner og nærhet. Spesielt når man er svært dårlig kan det for enkelte være godt å bli holdt i (Eide og Eide, 2017). Basert på erfaringer fra praksis kan slik berøring føles upersonlig og kald ved bruk av hansker.

Smittevernutstyret kan også kommunisere noe i seg selv. Forskning på pasienters opplevelser med smitteisolering viser at selv om man rasjonelt sett forstår hensikten med smittevernutstyret, kan det fortsatt være med på å skape en følelse av å være smittsom og uren (Gammon, Hunt og Musselwhite, 2019). I artiklene er flere helsepersonell bevisst faren for at pasienter gjør en uheldig tolkning av utstyret og føler seg fremmedgjort eller stigmatisert. “They do get the sense of “oh, I’m... infectious” (Locatelli, LaVela og Gosch, 2015, s. 365). Det kan oppleves ubehagelig for helsepersonell å ikle seg utstyret når de føler at det har negativ effekt på pasienten. De kan oppleve at utstyret kommuniserer et budskap som står i sterk motsetning til det de ønsker å uttrykke, for eksempel kulde i stedet for nærhet, avsky i stedet for omsorg. Basert på egen praksis kan enkelte pasienter også få med seg merarbeidet med av-og påkledningen og dermed la være å ringe på fordi de ikke vil “mase” eller for at personalet skal “slippe” det ekstra arbeidet.

Felles for disse utfordringene er at de påvirker noen kommunikasjonskanaler, men ikke alle. Sykepleier har like mye ansvar for pasientkommunikasjon i denne konteksten som overfor pasienter i andre kontekster. Hun må derfor være bevisst og selv finne grep hun kan ta for å kompensere for tapte kommunikasjonsverktøy. En måte å skape mer inkongruens ville være å forsøke å late som smittevernutstyret ikke gir utfordringer. En måte å skape kongruens ville være å anerkjenne at det gjør det, og involvere pasienten i å finne måter å snakke godt sammen. Ettersom flere kanaler for nonverbal kommunikasjon kan ha samme funksjon må hun være bevisst på hvilke kanaler hun fortsatt kan bruke. Nonverbalt kan det for eksempel være kroppsspråk, plassering i rommet, hvilken vei man snur hodet, tidsbruk og tonefall. Verbalt kan det være både i form av tale og skriftlig informasjon. Studiene har vist at noen helsepersonell anstrenger seg for å oppnå nettopp dette, mens andre kan se ut til å resignere, og “gi opp å kommunisere”. Det vil ikke være en akseptabel løsning. Som tidligere påpekt blir kommunikasjonen i mange tilfeller en forutsetning for at sykepleien skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Disse kravene gjelder alle pasienter, uansett om det krever mer av den enkelte sykepleier.

5.5 Innovasjon i fag og tjenesteutvikling: velferdsteknologi og andre typer løsninger

Dersom ledere i større grad skal legge pasientenes psykososiale behov til grunn for utforming av tilbudet, bør dette og andre konkrete løsninger som kan brukes for å kompensere for tapte kommunikasjonsmuligheter kunne samles og deles med ansatte. Dersom pasienten har utfordringer med å huske pleieren visuelt og dette gjør det vanskelig å bygge relasjon, kan kanskje språket brukes bevisst til å identifisere den ansatte og hjelpe pasienten til å huske sist de møtte, for eksempel ved å repetere litt informasjon om seg selv eller hva man snakket sammen om sist. En annen mulighet kan hentes fra studien til Hoernke *et al.* (2021), der helsepersonell beskrev at de brukte bilde av seg selv utenpå smittevernutstyret for å gjøre seg gjenkjennelig. Dette bør også kunne gjøres på sengepost, for å gjøre det lettere for pasienten å skille personalet fra gang til gang og gi mennesket bak smittevernutstyret et ansikt.

Bruk av velferdsteknologi kan være en annen mulighet. Dette er løsninger som ofte diskuteres i forhold til primærhelsetjenesten, men som også bør kunne tas i bruk på sykehus.

Velferdsteknologi er ifølge NOU 2011: 11 teknologi som er med på å øke blant annet trygghet, sikkerhet og sosial deltakelse hos pasienten eller brukeren, og som kan bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Et av prøveprosjektene er digital hjemmeoppfølging, hvor pasienten har kontakt med oppfølgingstjenesten ved hjelp av et nettbrett eller lignende (Helsedirektoratet, 2021). En brukervennlig og sikker plattform for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient bør også kunne vurderes brukt overfor isolerte pasienter, for å kunne kommunisere med sykepleier uten smittevernutstyr. Teknologien kan ikke erstatte visitter, men brukes som et supplement. Smittevernutstyr blir spart og relasjonen mellom sykepleier og pasient kan potensielt bli bedre ved at de også får bruke de deler av den nonverbale kommunikasjonen som smittevernutstyret skjuler. Slike løsninger kan også hjelpe pasienter som leser på leppene. Det må selvfølgelig gjøres i samråd med pasienten og tilpasses etter den enkelte. I tillegg må etiske hensyn alltid vurderes ved bruk av velferdsteknologi (Hofmann, 2010).

5.6 Metodediskusjon

Denne litteraturstudien har hatt til hensikt å gi økt forståelse og innsikt i problemstillingen. Den kan bidra til å belyse de ulike typene av utfordringer som smittevernutstyr og isolasjon typisk kan medføre, men er ikke egnet til å gjøre generaliseringer eller konklusjoner. En slik utforskende tilnærming kan bidra til å peke ut retninger for videre forskning. Studien har

avdekket at det finnes svært begrenset med forskning som retter seg direkte på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient i kontekst av isolering og smittevernutstyr.

I starten av litteraturstudien var både pasientens og sykepleierens perspektiv og erfaringer aktuelt, men i løpet av søkeprosessen ble det klart flere av artiklene handlet om sykepleiernes eller helsepersonellens erfaringer og opplevelser. Noe av grunnen for dette kan ligge i at søkeordene pasient-pleier-relasjon og kommunikasjon i større grad benyttes i forskning med helsepersonells perspektiver. I litteratursøket ble det ikke lagt inn begrensning i publikasjonsår. Relevans ble i stedet vurdert for hver artikkel. En av de inkluderte studiene er fra 1999. Den ble likevel inkludert da de fenomenologiske beskrivelsene oppleves nokså tidløse. Vi fant flere likhetstrekk mellom artikkelen fra 1999 og 2021. I studien til Hoernke *et al.* (2021) var deltakerne til dels fra akuttmottak og intensiv, og det var ikke mulig å skille ut erfaringer fra sengepost. Vi valgte likevel å inkludere den da erfaringer med bruk av smittevernutstyr i ulike kontekster kan ha overføringsverdi til problemstillingen.

Faglitteratur som ble mye brukt gjennom litteraturstudien er Knapp og Hall (2006). Eide og Eide (2017) og Andreassen *et al.* (2015). Disse kildene er alle sekundærlitteratur. Bruken av sekundærlitteratur har gjort det lettere å orientere seg i store fagområder man har begrenset kunnskap om fra tidligere. Denne sekundærlitteraturen oppsummerer forskning på området og knytter den til praksis. Annen faglitteratur som er benyttet har blitt kritisk vurdert. Det er benyttet artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter og som er mye sitert av andre forskere. Noen av kildene er av eldre årgang, men er inkludert fordi de representerer klassikere innen kommunikasjonsforskningen. Der nyere forskning ofte ble funnet å være mer spesialisert, tar disse gjerne for seg mer grunnleggende spørsmål om kommunikasjon, noe som gjør dem godt egnet til å bruke innenfor rammene av en bacheloroppgave.

Litteraturstudien har tatt utgangspunkt i isolering på sykehus, men det kan være overførbart enten til en intermediær avdeling på et sykehjem, men også i andre situasjoner hvor pasienter møter helsepersonell med smittevernutstyr.

6.0 Konklusjon

Denne studien har vist hvordan isolering og smittevernutstyr påvirker både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier.

Isolering innebærer praktiske barrierer mot kommunikasjon. Når det krever mer tid og arbeid av sykepleierne å gå inn til de isolerte pasientene kan det føre til at det kommuniseres både mindre og mer sjelden. Visittene kan bli preget av at sykepleieren har samlet opp praktiske gjøremål som skal “gjøres unna” på en gang, slik at hun fremstår travel. Praktiske gjøremål kan gå på bekostning av kommunikasjon og psykososiale behov. Økt arbeidspres kan øke sjansen for at isolerte pasienter *avhumaniseres* og reduseres til en oppgave. Sykepleier må ha kunnskap om isolerte pasienters økte risiko for uønskede hendelser, pleielidelser og komplikasjoner, og jobbe aktivt med å forebygge dem. Da bør hun heller kommunisere mer enn mindre med dem.

Smittefare og frykt skaper rasjonelle og emosjonelle barrierer mot kommunikasjon. Arbeidsgiver må sørge for å møte reell smittefare med klare retningslinjer, informasjon og opplæring av arbeidstaker. Frykt som er knyttet til usikkerhet eller følelse av utrygghet må møtes med god dialog og tydelig kommunikasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Dette er viktig for at den enkelte sykepleier kan føle seg trygg på jobb og dermed klare å være tilstede i kommunikasjonen med pasienten, og både lytte, observere og oppfatte viktige signaler.

Fysisk ubehag fra smittevernutstyret blir en distraksjon som forstyrrer kommunikasjonen ved at pleierne kan bli mer opptatt av seg selv og sitt ubehag i stedet for pasienten. Dette vil også svekke sykepleiers evne til å utføre sine kommunikasjonsoppgaver og være tilstede i kommunikasjonen med pasienten. Ubegag fra utstyret kan medføre at helsepersonell vil raskere ut igjen fra pasientrommet. Inkongruens mellom verbale og nonverbale signaler kan medføre at pasienten legger mer vekt på signaler om at sykepleier vil raskest mulig ut enn at hun verbalt uttrykker tilgjengelighet. For at pasienten skal kunne dele viktig informasjon er det viktig at sykepleier anerkjenner utfordringene, er bevisst på eget kroppsspråk og tar seg tid til å vise at hun lytter.

Smittevernutstyr hindrer, demper og endrer verbal og nonverbal kommunikasjon. De ulike typene utstyr skaper ulike utfordringer, men ingen av dem påvirker alle kommunikasjonskanaler samtidig. Ved å øke sykepleiers kunnskap om de konkrete virkningene av utstyret kan hun bevisst jobbe for å kompensere for tapte kommunikasjonsverktøy. Kravene om at sykepleien skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig gjelder alle pasienter, og sykepleiere kan ikke velge å nedprioritere kommunikasjon

til isolerte pasienter fordi det er vanskelig. Isolering og smittevernustyr er ment å være det som gjør det mulig å ivareta pasientene, ikke å være det som hindrer det.

Litteraturliste

- Abad, C., Fearday, A. og Safdar, N. (2010) Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review, *Journal of Hospital Infection*, 76 (2). doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027.
- Allott, N. (2019) Kommunikasjon *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kommunikasjon> (Hentet: 30.04.2021).
- Andreassen, G. T. *et al.* (2015) Sykepleie ved infeksjonssykdommer, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 61-105.
- Arbeidsmiljøloven (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (Hentet: 01.05. 2021).
- Arbeidstilsynet (u.å.) *Personlig verneutstyr (PVU)*. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/personlig-verneutstyr/> (Hentet: 05.05. 2021).
- Bettany-Saltikov, J. og McSherry, R. (2016) *How to do a systematic literature review in nursing - A step by step guide*. 2. utg. New York: McGraw-Hill
- Cassidy, I. (2006) Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study, *Journal of Clinical Nursing*, 15(10). doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01404.x.
- Catalano, G. *et al.* (2003) Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation, *South Medical Journal*, 96(2). doi: 10.1097/01.SMJ.0000050683.36014.2E.
- Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving 7*. utg. Oslo: Gyldendal.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 17.04. 2021).
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2019) *Analyser av krisescenarioer 2019*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
- Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju, *Sykepleien forskning* 5(4). doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>.
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal
- Evans, D. K., Goldstein, M. og Popova, A. (2015) Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Lancet Global Health*, 3(8). doi: 10.1016/S2214-109X(15)00065-0.
- Folkehelseinstituttet (2019a) *Smittevernveilederen: Sykdommer A-Å*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/> (Hentet: 11.05 2021).
- Folkehelseinstituttet (2019b) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/> (Hentet: 18.05. 2021).
- Folkehelseinstituttet (2019c) *Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner) - veileder for helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/#forekomst-i-norge> (Hentet: 12.05. 2021).
- Forskningsetikkloven (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=FORSKNINGSETIKK> (Hentet: 22.04. 2021).

- Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer (1995) *Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100> (Hentet: 06.05. 2021).
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005) *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> (Hentet: 06.05. 2021).
- Friedman, H. S. (1979) Nonverbal Communication Between Patients and Medical Practitioners, *Journal of social issues*, 35(1). doi: 10.1111/j.1540-4560.1979.tb00790.x.
- Gammon, J., Hunt, J. og Musselwhite, C. (2019) The stigmatisation of source isolation: a literature review, *Journal of Research in Nursing*, Vol. 24(8). doi: 10.1177/1744987119845031.
- Godfrey-Smith, P. (2003) *Theory and reality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Godsell, M.-R., Shaban, R. og Gamble, J. (2013) “Recognizing rapport”: Health professionals’ lived experience of caring for patients under transmission-based precautions in an Australian health care setting, *American Journal of Infection Control*, 41(11), s. 971-975. doi: 10.1016/j.ajic.2013.05.022.
- Golafshani, N. (2003) Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research, *The Qualitative Report*, 8(4). doi: 10.46743/2160-3715/2003.1870.
- Grønmo, S. (2021) Forskningsmetode *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/forskningsmetode_-_samfunnsvitenskap (Hentet: 18.04.2021).
- Hallström, I. og Elander, G. (2001) A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), s. 228-234. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00017.x.
- Hampton, T. *et al.* (2020) The negative impact of wearing personal protective equipment on communication during coronavirus disease 2019, *Journal of laryngology & otology*, 134(7), s. 577-581. doi: 10.1017/S0022215120001437.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helsedirektoratet (2019) *Sykehus - forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-sykehus#omindikatoren> (Hentet: 06.05. 2021).
- Helsedirektoratet (2021) *Rapporter og utredninger: Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger> (Hentet: 13.05. 2021).
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> (Hentet: 22.04. 2021).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 08.12. 2020).
- Heyn, L. (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E. K. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 5*. utg. Oslo Cappelen Damm, s. 363-398.
- Hoernke, K. *et al.* (2021) Frontline healthcare workers’ experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal, *BMJ Open*, 11(1), s. e046199-e046199. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046199.
- Hofmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:

- https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_etiske_utfordringer_velferdsteknologi.pdf (Hentet: 16.05.2021).
- Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm s. 107-118.
- Knapp, M. L. og Hall, J. A. (2006) *Nonverbal communication in human interaction*. 6. utg. Belmont, California: Thomson Wadsworth.
- Kåss, E. (2020) Nosokomial *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/nosokomial> (Hentet: 15.05.2021).
- Lackner, E. J. (2021) Forskning *Store norske leksikon* Tilgjengelig fra: <https://snl.no/forskning> (Hentet: 18.04.2021).
- Leong, I. Y.-O. et al. (2004) The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care, *Palliative Medicine*, 18(1), s. 12-18. doi: 10.1191/0269216304pm859oa.
- Locatelli, S. M., LaVela, S. L. og Gosch, M. (2014) Health Care Workers' Reported Discomfort While Wearing Filtering Face-Piece Respirators, *Workplace health & safety*, 62(9), s. 362-368. doi: 10.3928/21650799-20140804-03.
- Lupión-Mendoza, C. et al. (2015) Effects of isolation on patients and staff, *American Journal of Infection Control*, 43(4), s. 397-399. doi: 10.1016/j.ajic.2015.01.009.
- Meld. St. 5 (2020 – 2021) (2020) *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*. Oslo Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ba8d1c1470dd491f83c556e709b1cf06/no/pdfs/stm202020210005000dddpdfs.pdf> (Hentet: 18.05.2021).
- Morgan, D. J. et al. (2009) Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature, *American Journal of Infection Control*, 37(2). doi: 10.1016/j.ajic.2008.04.257.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004) *Isoleringsveilederen* Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/> (Hentet: 20.03.21).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2006) *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/nois-msis-verdens-handhygienedag/smittevern-15-rettleiar-til-forskrift-om-smittevern-i-helsetenesta-pdf.pdf> (Hentet: 20.03.2021).
- Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 20.03. 2021).
- Nortvedt, M. W. et al. (2012) *Jobb kunnskapsbasert!* 2. utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Norvoll, R. (2009) Sosiale avvik og sosial kontroll, i Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal, s. 99-121.
- NOU 2011: 11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- O'Shea, E. R. et al. (2013) A Descriptive Analysis of Nursing Student Communication Behaviors, *Clinical Simulation in Nursing*, 9(1), s. e5-e12. doi: 10.1016/j.ecns.2011.05.013.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 04.12. 2020).
- Pihl, E. (2014) Sansesvikt i eldre år, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal s. 286-300.

- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2021) *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Walters Kluwer.
- Sadala, M. L. A. (1999) Taking care as a relationship: a phenomenological view, *Journal of advanced nursing*, 30(4), s. 808-817. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01174.x.
- Schiøtz, A. (2017) *Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid* Oslo: Samlaget.
- Slørdal, L. (2014) Legemidler ved kreftsykdommer, i Nordeng, H. og Spigset, O. (red.) *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 132-139.
- Smittevernloven (1994) *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55> (Hentet: 06.05. 2021).
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 08.12. 2020).
- Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ursin, L. (2020) Forskningsetikk (medisin og helsefag) *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://sml.sn.no/forskningsetikk_-_medisin_og_helsefag (Hentet: 17.04.2021).
- Wertz, F. J. *et al.* (2011) *Five ways of doing qualitative analysis*. New York: The Guilford Press.
- Wiechula, R. *et al.* (2016) Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? , *Journal of advanced nursing*, 72(4), s. 723–734. doi: 10.1111/jan.12862.
- World Health Organization (2003) *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf> (Hentet: 02.05. 2021).
- World Medical Association (1964) Declaration of Helsinki. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Hentet: 17.04.2021).

