

Anonym

## Når er man syk nok? ("FAGARTIKKEL")

Emnekode: HSYK 3003

Kull 2018

Eksamensdato: 03.06.21

Kandidatnummer: 10079

Antall ord: 4903

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Anonym

## **Når er man syk nok? ("FAGARTIKKEL")**

Emnekode: HSYK 3003

Kull 2018

Eksamensdato: 03.06.21

Kandidatnummer: 10079

Antall ord: 4903

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## Bakgrunn:

12. mars 2020 stengte Norge ned for å begrense smittespredning av viruset SARS-CoV-2 og besøksrestriksjoner på sykehusene ble et faktum. En av sykepleiers viktigste oppgaver er å observere, vurdere og samle data om pasienten, for å kunne ta gode avgjørelser for pleien. Grunnet Covid-19 pandemien står sykepleiere overfor en ny utfordring. Å vurdere pasienters grad av sykdom, for så å beslutte hvem som er så syke at de skal få fritak fra besøksrestriksjonene.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere på medisinsk avdeling opplever rundt vurdering av besøksrestriksjonene iverksatt grunnet Covid-19 pandemien.

## Metode:

For å få en dypere innsikt i sykepleiers meninger og erfaringer ble studiens data innhentet med kvalitativ forskningsmetode i form av tre semistrukturerte intervjuer. Informantene var sykepleiere på medisinsk avdeling, alle med ulik ansiennitet. Data er analysert ved prinsippene for systematisk tekstkondensering.

## Resultat:

Da sykepleiere gjør vurderinger rundt besøksrestriksjonene opplevdes manglende erfaring, ulike relasjoner og krevende prioriteringer som utfordringer. Samtlige informanter hadde kjent på usikkerhet rundt egne vurderinger og beslutninger.

## Konklusjon:

Å gjøre vurderinger rundt besøksrestriksjoner opplevdes utfordrende for sykepleiere. Studien viser at retningslinjene for vurdering av hvilke pasienter som kan få besøk var svært åpne for tolkning. Sykepleierne opplevde at de selvstendig måtte vurdere restriksjonene, noe som førte til at utførelsen ikke var universell. Dette belyser behovet for klare retningslinjer begrunnet i forskning og etikk, samt en felles forståelse og god diskusjon rundt hva kritisk sykdom innebærer.

# **Abstract**

## **Background:**

On 12 March 2020, Norway shut down to limit the spread of the SARS-CoV-2 virus. Visit restrictions in hospitals became a fact. One of the nurses' use tasks is to observe, read and collect data about the patient, in order to make good decisions for the care. Due to the Covid-19 pandemic, nurses face a new challenge. They have to rate patients' degree of illness, and then decide which patients are so ill that they should be exempted from the visit restrictions.

The purpose of the study is to investigate what challenges nurses in the medical department experience regarding the assessment of the visit restrictions implemented due to the Covid-19 pandemic.

## **Method:**

To gain a deeper insight into the nurse's opinions and experiences, data were collected with a qualitative research method in the form of three semi-structured interviews. The informants were nurses in a medical department, all with different seniority. Data are analyzed by the principles of systematic text condensation.

## **Results:**

When nurses have to make assessments about the visit restrictions, lack of experience, different relationships and demanding priorities were perceived as challenges. All informants had felt uncertain about their own assessments and decisions.

## **Conclusion:**

Making assessments about visitation restrictions were perceived as a challenge for nurses. The study shows that the guidelines for assessing which patients could be visited were too open to interpretation. The nurses felt that they had to read the restrictions independently, which led to the execution not being universal. This highlights the need for clear guidelines based on research and ethics, as well as a common understanding and good discussion about what critical illness entails.

# Introduksjon

12. mars 2020 er en dato de fleste nordmenn trolig vil huske i lang tid fremover. Datoen Norge stengte ned grunnet et nytt, «ukjent» virus. Viruset heter SARS-CoV-2 og fører til sykdommen Covid-19. Såpass mange er smittet på verdensbasis at sykdommen per dags dato er klassifisert som en pandemi (1). Grunnet høy spredningsgrad og relativ høy virulens (1, 2), har Norge innført strenge restriksjoner rundt besøk i spesialisthelsetjenesten (3). Dette begrunnes i Helsepersonelloven § 4 «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (4). Ved sykehuset denne studien ble gjennomført er reglene: Ett besøk av opptil to personer i maks en time per dag, med unntak av døende, fødende og kritisk syke (5). Hvem som er døende og kritisk syke, er det opp til avdelingen å definere. Avgjørelsene rundt unntak samarbeider lege og sykepleiere om, er det tvil tas det opp med klinikkledelsen (3).

Denne studien skal ha fokus på de iverksatte besøksrestriksjonene på medisinske avdelinger grunnet Covid-19, og utfordringene sykepleiere opplever når det kommer til å gjøre vurderinger rundt disse.

En studie utført i USA (6) analyserte besøksrestriksjonene på 13 ulike sykehus i Michigan. Den konkluderte med ulikt innhold i restriksjonene, mangel på etiske begrunnelser, samt en utfordring i å tolke og definere unntakene. Studien hevder dette kan føre til ulikheter og urettferdige avgjørelser rundt hvem som får besøk (6). Forfatterne mener ulike regler fører til økt arbeidsbelastning og stress for helsepersonell som skal ta avgjørelsene, særlig da uklare regler legger opp til påvirkning fra pårørende. De argumenterer for gode, konkrete og fastsatte besøksrestriksjoner både for helsearbeidernes skyld, men også slik at pårørende har noe konkret å forholde seg til og lettere kan akseptere disse (6). Virani et.al (7) poengterer at enkelte unntak bør begrunnes i etikk og medmenneskelighet. Sykepleiere må gjøre individuelle vurderinger (7, 8, 9).

En sykepleiers arbeidsoppgaver består av å ta avgjørelser og gjøre vurderinger (8, 9, 10). En vanlig måte å ta vurderinger på er gjennom sykepleieprosessen (11). Sykepleieprosessen er en problemløsende arbeidsmetode som bidrar til målrettet, individualisert og systematisk sykepleie av god kvalitet (11). Kristoffersen et al. (11) fremstiller den med fem ulike faser; datasamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering. Alle fem faser henger sammen og benyttes om

hverandre (11). Dagens sykepleiere må være fleksible, tilpasningsdyktige og kunnskapsrike (12). Det blir stilt høyere krav til sykepleiers beslutnings- og vurderingsevne, samt datainnsamlingsferdigheter, grunnet stadig effektivisering i helsesektoren (9, 13), færre liggedøgn (9) og større medisinsk ansvar (14). Breivik & Tymi (14) hevder at systematiske kliniske undersøkelser kan gi sykepleieren et bredere og bedre grunnlag til å ta beslutninger angående pasientens helse (14). Hver sykepleier er forskjellig og individuelle holdninger, verdier, kunnskap, ferdigheter og kjennskap til pasienten eller sykdommen kan påvirke fasene i sykepleieprosessen (15).

For å gjøre gode vurderinger kreves et godt klinisk blikk (9, 10, 12, 14, 15). Dette defineres av Nordtvedt (16) som «En type sanselig forståelse av kliniske situasjoner basert på empati og klinisk erfaring (16, s. 163). Klinisk erfaring kan gi grunnlag for å se symptomer tydeligere, samle gode opplysninger og bruke dataen riktig (10, 11). Å tolke inntrykk, samtaler og observasjoner for så å danne seg et helhetsblikk, er krevende uten klinisk erfaring (16). I tillegg til klinisk erfaring er det viktig å jobbe kunnskapsbasert (8). Dette innebærer å bruke kunnskap fra forskning, erfaring og pasienten for å gjøre vurderinger og ta beslutninger (8). En sykepleiers oppgave er å ha omsorg for pasienten, ved å prøve å forstå pasientens situasjon, sette seg inn i pasientens tilstand, samt lindre sykdom (9). Sykepleiers evne til å gjøre dette påvirker den enkeltes vurderings- og beslutningsevne (9).

Hva er så sykdom? Hvem er kritisk syk? Sykdomsbegrepet kan defineres på ulike måter (17-20). Wyller (19) definerer sykdom som noe som oppstår når en påvirkning overbelaster kroppens reguleringsmekanismer slik at homøostasen bryter sammen. Sykdom er ikke et entydig begrep, men kan begrunnes i kulturelle, filosofiske og biologiske argumenter, derav ingen fast definisjon (18). American Assosiation of Clinical-Care Nursing definerer kritisk sykdom som: «Pasienter som har, eller har høy risiko for å få, livstruende helseproblemer» (21, s. 19). Moesmand (22) og Stubberud (18) nevner begge svikt i eller tap av legemsdeler, organer, funksjoner eller liv, samt opplevelsen av en utfordrende og svært alvorlig situasjon som fellesnevner hos kritisk syke. Som sykepleier skal en jobbe helsefremmende, forebyggende, rehabiliterende, en skal behandle, lindre, undervise, administrere, lede, forske og kvalitetssikre (23). Funksjonsområdene påvirkes av sykepleierens, og samfunnets oppfatning av sykdom (17, 24).

Kirkevold ser på pårørende som en ressurs for pasienten (25). En norsk studie av Haugdahl et. al (26) konkluderer med at pårørendes tilstedeværelse bidrar positivt i pasientens sykdomsforløp. Resultatene viser at pårørende bidro med å se, forstå og anerkjenne pasienten (26). Enkelte av forfatterne gjorde en ny studie i 2021 på tre



intensivavdelinger i Norge, der sykepleierne nok en gang mente pårørende hadde positiv innvirkning på pasientenes helse (27). Resultatene viste at de bidro med nyttig informasjon, kommuniserte godt med pasientene, og sykepleierne mente deres tilstedeværelse fikk frem pasientens indre styrke. Kirkevold (25) beskriver fleksibilitet, stor grad av samhörighet, sosial støtte samt god kommunikasjonsevne som ressurser pårørende kan bidra med. Moesmand (22) hevder at om en pasient rammes av kritisk sykdom vil pasientens pårørende også rammes, og både pasienten og pårørende vil ha et behov for å være sammen. Paulsby et al. resultater viste at for mye besøk kan være utmattende for både pasienten og de pårørende (27). Under pandemien har de fleste sykehusene i Norge hatt relativt strenge besøksrestriksjoner, som har ført til at familie og pårørende ikke har fått bidratt på områder de før kunne gjøre (5, 28-31). Majoriteten av norske pasienter foretrekker at praktiske oppgaver gjennomføres med offentlig hjelp. Oppgaver som å ivareta psykososiale behov, ønsker de derimot at pårørende bidrar med (25).

I 2012 vurderte Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap risikoen for influensapandemi som svært høy (32), dette har de fortsatt med hvert år siden og ser enda på influensapandemi som en av samfunnets største trusler (33). Vurderinger rundt besøksrestriksjoner vil være aktuelt blant sykepleiere i tiden fremover. Det er derfor viktig å kartlegge hva som oppleves som utfordrende rundt disse avgjørelsene, slik at en kan forbedre dette til fremtidige liknende situasjoner (34), noe denne oppgaven skal belyse med problemstillingen:

[Covid-19; Vurdering av besøksrestriksjoner]- Hvilke utfordringer opplever sykepleiere på medisinsk avdeling?

# Metode

## Kvalitativ metode

For å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere opplever under vurderinger av besøksrestriksjonene som følge av Covid-19 ble det vurdert hvilken forskningsmetode som var mest hensiktsmessig. Tematikken for oppgaven er svært tidsaktuell i lys av den pågående pandemien, som trolig flere sykepleiere har en mening om. Valget falt derfor på kvalitativ forskningsmetode i form av intervjuer. Bakgrunnen for valgt metode var å søke erfaringer, forståelse og utfordringer. Ved bruk av intervju som kvalitativ forskningsmetode kan intervjuer stille åpne spørsmål for å innhente data om ulike tanker, forventninger og holdninger informantene har (35). Sier informanten noe av interesse for oppgaven åpner intervju opp for mulighet til å stille relevante oppfølgingsspørsmål, samt gå mer i dybden (36). I tillegg kan det dukke opp uventet ny kunnskap og vinklinger på problemstillingen, som kan være med å utforme oppgaven videre (36). Jeg mener dette er den beste måten å innhente data for å svare med mest mulig innsikt på problemstillingen, da jeg ønsker et nyansert bilde av sykepleiernes opplevelser, tanker og erfaringer om besøksrestriksjonene på avdelingen.

## Intervju og intervjuguiden

Studiens data ble innhentet fra tre semistrukturerte intervjuer i mars 2021. Hvert intervju hadde en tidsramme på 45-60 minutter. De ble holdt på et lukket grupperom på den aktuelle avdelingen, og bestod av en informant (sykepleier), en intervjuer (u.t) samt en referent (medstudent). Intervjuene bygget på en intervjuguide bestående av 17 spørsmål, delt i tre deler, med mulighet for oppfølgingsspørsmål (vedlegg 1). Spørsmålene var utformet på bakgrunn av sykepleiefaglig litteratur, samt relevante forskningsartikler. Intervjuguiden hadde som formål å få frem informantens mening om besøksrestriksjonene sett fra sykepleiers, pasienters og pårørendes perspektiv. Ifølge Kvale og Brinkmann (36) gir åpne spørsmål de mest fullstendige svarene. Spørsmålene ble derfor formulert nysgjerrig, nøytralt og uten føringer.

## Informanter, analyse og tolkning

Inklusjonskriteriene for informantene var at de måtte ha kjennskap til besøksrestriksjonene, samt jobbe minst 50% som sykepleier på avdelingen, slik at de hadde kjennskap til arbeidsmiljøet og trolig hadde en tanke om hva kollegaer tenkte om restriksjonene. Hvis mulig var det ønskelig med sykepleiere med ulik ansiennitet. Alder og kjønn ble ikke sett på som relevante kriterier.

I etterkant av intervjuene ble svarene fra informantene renskrevet og kategorisert etter intervjuguiden. Svarene ble analysert etter prinsippene for systematisk tekstkondensering for så å organiseres i en oversiktstabell (35). Gjennom analysen ble det funnet tre hovedtemaer og åtte deltemaer, basert på utsagn informantene trakk frem som svært relevante, eller som majoriteten nevnte. Relevante sitater som tydeliggjorde subtemaene, ble fremhevet og benyttet i resultatdelen.

### **Etiske overveielser**

Grunnet personvern vil sykepleierne som ble intervjuet omtales som «informanter» videre i oppgaven (37). Informantene vil ikke refereres til med kjønn og adresseres heretter som «hen».

To uker før intervjudatoen ble informantene kontaktet av fagledelsen med spørsmål om å delta i studien. Før intervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 2) med informasjon om prosjektstudiens omfang og hensikt, intervjuers og referentens taushetsplikt, samt om muligheten for å trekke seg fra studien når som helst, uten konsekvenser. Det ble i tillegg informert om at all datainnsamling destrueres etter levert oppgave. Grunnet personvern (38) ble det ikke gjort opptak av intervjuene. Under intervjuet ble det innhentet muntlig samtykke og informert nok en gang om muligheten for å trekke samtykket. I henhold til Helsepersonelloven § 21 (39) ble det presisert at all identifisering av informantene anonymiseres. Dalland (37) peker på viktigheten av å innhente et informert samtykke for at informantene skal kunne ta en god vurdering på om de selv ønsker å delta i studien.

# Resultat

Alle informantene var ansatte sykepleiere ved en medisinsk avdeling på et universitetssykehus. De hadde erfaring fra i overkant av 15 år, til relativt nyutdannet.

Hovedfunnene i intervjuene viser at besøksrestriksjonene var et tema som engasjerte. Etter intervjuers oppfatning svarte alle informantene utfyllende og reflektert. Tabellen nedenfor viser studiens resultater sortert etter hvilke element informantene uttrykket at var mest utfordrende for sykepleiere i håndtering av besøksrestriksjoner (Tabell 1).

Hovedtemaer	Undertemaer
Mangel på erfaring	Usikkerhet
	Individuelle avgjørelser
	Klinisk blikk
Ulike relasjoner	Pårørende som ressurs og belastning
	Pårørendes forståelse
	Arbeidsmiljø
Krevende prioriteringer	Tid
	Sykdomsbilde

Tabell 1. Resultater kategorisert i hoved- og undertemaer.

## Mangel på erfaring

Resultatene viser at erfaring har innvirkning på den enkeltes usikkerhet og evnen til å ta individuelle avgjørelser, som igjen spiller inn på sykepleiers vurderingsevne.

*«Jeg føler ikke jeg har helt kontroll, begynte nettopp [å jobbe]. Er mye å sette seg inn i.»*

(Informant 3)

## Usikkerhet

Alle som ble intervjuet svarte klart at de selv hadde vært i tvil rundt om pasienten burde inkluderes i unntakene rundt besøksrestriksjonene. Et av intervjuobjektene nevnte en situasjon hvor en pasient ikke responderte på antibiotika og fikk raskt en forverret

tilstand, informanten opplevde at avgjørelsen om unntak ble tatt litt i seneste laget da hen sier ting kan snu veldig raskt.

Et av intervjuobjektene sa det er krevende da

*«det ikke finnes en fasit».*

*(Informant 3)*

I tillegg nevnte samtlige usikkerhet i starten av pandemien, da alt var veldig nytt og ukjent. Denne utfordringen var fortsatt reel ved intervjutidspunktet.

*«Det er noe usikkerhet angående restriksjonene, kan man gå på jobb, når skal man teste seg. Er jo redd for å smitte pasientene [...] Det har jo vært mye fram og tilbake, noe har vært lov, og så er det ikke lov».*

*(Informant 1)*

Tross usikkerheten sa en av informantene at hen opplever at avdelingen har en relativt felles forståelse av hva kritisk sykdom er.

### **Individuelle avgjørelser**

Resultatene viser at vurderingene påvirkes av ulike faktorer, og informantene poengterte at pasientene er forskjellige. En av informantene fortalte at hen vurderer pasientenes behov for besøk ut fra deres mentale og fysiske helse, samt totalbelastningen ved innleggelsen. En informant kom med et eksempel der en pasient hadde vært innlagt over lang tid. Vedkommende observerte at pasienten var mentalt utslitt og vurderte den som kritisk syk grunnet et stort behov for mer støtte fra pårørende. Informanten avsluttet utsagnet med:

*«Man må derfor ta individuelle avgjørelser».*

*(Informant 2)*

### **Klinisk blikk**

For å kunne ta individuelle avgjørelser ble klinisk blikk nevnt som en viktig egenskap. Flere av informantene snakket om raske endringer i pasientenes status, og sykepleiers evne til å oppdage endringer hos relativt dårlige pasienter som vesentlig.

*«Sykdomsendringer skjer raskt, vi må være observant for å se når pasienten er syk nok til å kunne få fritak for restriksjonene».*

*(Informant 1)*

*«Det er veldig viktig med et klinisk blikk for å se når pasienten blir pre-terminal for å kunne ta avgjørelsen om pårørende får komme og bli. Vi vet ikke hvor lang tid denne fasen kan ta.»*

*(Informant 3)*

## **Ulike relasjoner**

### **Pårørende som ressurs og belastning**

Informantene nevnte ikke utelukkende negative virkninger av regulerte besøkstider. Samtlige luftet muligheten for å innføre besøkstider i etterkant av pandemien. Dette ble begrunnet i mer ro på avdelingen, mer hvile for pasientene, samt en dypere relasjon mellom pleier og pasient. I tillegg fortalte to av informantene at restriksjonene førte til bedre struktur og planlegging av både vekten og pasientens forløp. Alle tre poengterte likevel viktigheten av pårørende og effekten de ser besøket kan ha på pasientene:

*«Det ene besøket blir veldig viktig for pasienten».*

*(Informant 2)*

Resultater viser at informantene tok stilling til pårørende som ressurs og stressfaktor i vurderingene sine. I noen tilfeller mente de selv de ikke strakk til på samme måte som pårørende.

*Man føler man ikke strekker til på samme måte som pårørende, rett og slett.  
Kjenner på det at de er en ressurs, de bistår i matsituasjoner, og sosialt.*

*(Informant 2)*

Informantene hevdet de så at enkelte pasienter hadde svært god effekt av restriksjonene. Enten ved at pårørende var for pågående eller at de rett og slett slapp å selv be om ro og hvile.

### **Pårørendes forståelse**

Informantene så at ikke alle pasienter og pårørende støttet besøksrestriksjonene, likevel hadde samtlige opplevd majoriteten som tålmodige og forståelsesfulle. En av informantene trakk frem en situasjon der pårørende hadde ringt inn på forhånd og fått forklart reglene, men dukket likevel opp med fire familiemedlemmer. Informanten synes det var vanskelig å si nei og følte seg «kjip» ved å nekte to av familiemedlemmene adgang. Enkelte ganger så informant mellom fingrene, og besøket har kommet flere enn avtalt eller har blitt over tiden.

*«Det er ikke noe kult å si til pårørende at de må gå, når de har vært over tiden».*

*(Informant 1)*

En av informantene syntes det var krevende å nekte pårørende adgang til pasienter som tidligere hadde vært vurdert som kritisk syk. Informanten opplevde mindre forståelse fra pårørende, da pasientene som regel fortsatt var svært syke. Dette kunne gjøre avgjørelsen enda tøffere. Hen poengterte at det aldri har gått så langt at hen har kranglet med hverken pasient eller pårørende.

### **Arbeidsmiljø**

Alle informantene mente avdelingen hadde et bra arbeidsmiljø, som bidro til åpenhet og støtte til å drøfte med sykepleiere, leger og ledelsen rundt restriksjonene. Ingen sa de hadde følt seg alene rundt en avgjørelse.

*«Når man er usikker så drøfter man med en kollega [...] Vi diskuterer også med legene, men det er som regel vi (sykepleierne) som tar avgjørelsen».*

*(Informant 1)*

### **Krevende prioriteringer**

Alle tre informantene mente restriksjonene er krevende for både pasienter og pårørende.

*«Det er en ekstra belastning, og man er ekstra sårbar når man er innlagt, man trenger mer hjelp».*

*(Informant 1)*

### **Tid**

Resultater viser at tid gjør at informantene av og til følte seg utilstrekkelig for pasientene, særlig når det gjelder psykososiale behov.

*«Skulle ønske vi hadde bedre tid til pasienten, gi en hånd og pratet, nå blir det mer brannslukking. Pasientene er ganske [fysisk] dårlige, og blir fort sliten, så det skal ikke så mye til».*

*(Informant 1)*

Som et resultat av det å se sine nære sjeldnere opplevde informantene at pårørende ringte oftere. De spurte mye og ønsket nøyaktige beskrivelser av pasientens

helsesituasjon. Dette krevde tid og informantene påpekte at det må prioriteres opp mot andre sykepleieoppgaver.

### **Pasientens sykdomsbilde**

Resultatene viser at sykepleiere er forskjellige, derav ulike prioriteringer av pasienters sykdomsbilde.

*«Fokuset på avdelingen er ofte medisinsk, samtalen og psyken blir nedprioritert [...] Vi har pasienter med mye angst og problemer med pusten».*

*(Informant 3)*

Samtlige informanter redegjorde at avdelingen er en av de på sykehuset med flest dødsfall, mange pasienter er veldig syke. Alle informantene nevner pre-terminale som relativt lette pasienter å vurdere rundt unntak for besøksrestriksjonene. Det krevende var heller å fastslå hvem som er kritisk syk, uten nødvendigvis å være døende.

*«Terskelen går ofte der at pasienten er døende, pasienten er her for å bli bedre innen sykdommen han er lagt inn for, men kan være sliten, ikke kritisk syk fysisk, men psykisk».*

*(Informant 2)*

Alle informantene trakk frem pasienter med kognitiv svikt som pasienter med større behov for besøk. En av informantene nevnte yngre pasienter som en sårbar gruppe med større behov for besøk. En annen informant trakk frem eldre gifte personer som er «avhengige av hverandre i hverdagen», som en gruppe med ekstra behov for besøk.

*«Eldre ektepar har et helt annet avhengighetsbehov. De har vært en del av hverandres hverdag i lang, lang tid».*

*(Informant 2)*

Dette viser nok en gang hvor forskjellig en kan prioritere, vurdere og oppfatte avgjørelser rundt besøksrestriksjoner.



## Diskusjon

I denne delen vil jeg drøfte hvilke utfordringer sykepleier opplever rundt å ta vurderinger angående de iverksatte besøksrestriksjonene på medisinsk avdeling i forbindelse med Covid-19 pandemien.

Resultatene viser at sykepleier opplever utfordringer når vedkommende skal vurdere hvordan besøksrestriksjonene skal gjennomføres. Dette blir drøftet av Weiner et al. (6), som viser hvordan usikkerhet kan skape ulikheter i praksis, samt økt stress og arbeidsbelastning for sykepleierne. Intervjuene viser at samtlige informanter hadde vært usikre, en eller flere ganger, på om deres pasienter skulle få unntak fra besøksrestriksjonene. Dette kan tyde på et behov for klarere retningslinjer og økt kunnskap. Som Nordtvedt et al. (8) sier; sykepleiere trenger kunnskap for å ta gode beslutninger. En tankevekker er hvorfor mangelen på kunnskap rundt Covid-19 og pandemihåndtering er til stede da Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har forutsett en pandemi i flere år. At beredskapen ikke er mer på plass med en sikker og samlet plan over håndtering på sykehus er undringsverdig. På den andre siden vil det trolig være usikkerhet rundt hvert virus i starten av en pandemi, da forskere ikke klart vet effekten og faren ved smitte (6, 40). Kunnskapsbasert praksis blir redusert og mulig mangelfull uten oppdatert kunnskap (8-10), noe resultatene fra studien viser.

Når det kommer til definisjon av kritisk syke mente en av informantene at avdelingen hadde en relativ lik oppfatning av besøksrestriksjonene, samt hvem som burde inkluderes i unntakene. Likevel hadde alle informantene vært usikre rundt avgjørelser. Teorien belyser at det ikke finnes en klar definisjon på sykdom (17-20), noe som kan oppleves utfordrende når sykepleiere skal ta beslutninger rundt besøksrestriksjoner. Flere definisjoner av kritisk sykdom bygger på en grunnleggende forståelse av hva sykdom er (18, 21), som trolig gjør vurderingene ytterligere vanskelige. Tanner (15) belyser hvordan ulik tolkning av informasjon kan påvirke valg sykepleier tar videre i behandlingen, og i møtet med pasienten. Tross usikkerhet rundt definisjoner viser resultatene at et godt arbeidsmiljø bidrar til åpenhet og støtte fra kollegaer, som igjen kan bidra positivt på vurderingsevnen. Informantene følte seg mindre alene i avgjørelsene, og fikk flere kompetente helsepersonell til å vurdere situasjonen. Dette kan tenkes at øker den samlede kompetansen og sykepleierne jobber mer kunnskapsbasert (8, 10). Erfaringsbasert kunnskap, noe sykepleiere som har vært i jobb lenger trolig har mer av enn nylig utdannende, er en del av den kunnskapsbaserte praksisen (8, 9). Studien viser at et godt arbeidsmiljø legger opp til utveksling av slik klinisk erfaring. Sett i lys av teorien spiller mengde erfaring trolig inn på hvor krevende sykepleiere opplever

vurderingsprosessen av besøksrestriksjonene. Nordtvedt et al. (8) hevder erfaringsbasert kunnskap er vesentlig for rettferdig og nyttig sykepleieutøvelse.

Erfaring og empati er faktorer Nordtvedt (16) mener kan bidra til et godt klinisk blikk. Et godt klinisk blikk gir grunnlag for å se symptomer tydeligere, samle gode opplysninger og bruke dataen riktig (10, 11). Dette støttet samtlige informanter. Informantene snakket om hurtige endringer i pasientenes status. De poengterte at sykepleiers evne til å oppdage endringer raskt hos pasienter er vesentlig, særlig pasienter som er svært syke. Med et godt klinisk blikk vil trolig vurderingene sykepleierne tar rundt besøksrestriksjonene bli mest mulig korrekt til enhver tid. Nordtvedt (16) nevner ikke teoretisk kunnskap når han definerer klinisk blikk. En kan likevel argumentere for at relevant teoretisk kunnskap spiller positivt inn på det kliniske blikket, da det øker sykepleiers kunnskapsbaserte praksis (8).

Med ulike definisjoner og oppfatninger av sykdomsbegrepet (17-20), kan det tenkes at sykepleiers prioriteringer påvirkes. Det én sykepleier vurderer som sykdom, trenger det ikke være enighet om blant kollegaer (11). Resultatene viser at informantene vektla det å ta individuelle avgjørelser ut fra hver enkelt pasients situasjon. Det kan tenkes at pårørende opplever dette som forskjellsbehandling. Et av de moralske aspektene i sykepleie er rettferdighet (9). Rettferdighet inkluderer å fordele goder og behandle like tilfeller likt (9). Men hvordan behandle like tilfeller likt om sykepleiere oppfatter de forskjellig? Sykepleieprosessen er et redskap skapt for å løse slike utfordringer (11). Sett i kombinasjon med besøksrestriksjonene handler dette om å innhente data om pasientens situasjon for å identifisere behovet for besøk. Tiltak som utvidet besøkstid, blir muligens vedtatt og utført samtidig som prosessen og effekten av tiltaket vurderes fortløpende (11). Tross fokuset på sykepleieprosessen viser egne resultater at pasienter får ulik behandling av ulike sykepleiere. Eksempelvis fortalte en informant om en situasjon hvor det var usikkerhet og uenighet rundt en pasient. Informanten vurderte pasienten som kritisk syk grunnet psykisk utmattelse, men andre på avdelingen ikke var enige i at dette kvalifiserte til unntak. Gjennom intervjuet hadde informanten et gjennomgående fokus på psykisk helse og virket å prioritere dette grunnleggende behovet sterkt.

Kristoffersen et al. bokserie Grunnleggende sykepleie (20, 41, 42) tar for seg menneskers grunnleggende behov, både fysiske, psykiske og åndelige. Et av sykepleiers fokus er ivaretagelse av disse hos enhver pasient (9, 10). Dessverre skiller praksisen seg ofte fra teorien (13). Med den evige tidsklemmen (9, 13) kan det være utfordrende å møte alle pasienters behov, sykepleier må derfor prioritere (13). Spørsmålet blir da,

hvilke grunnleggende behov skal prioriteres og i hvilken rekkefølge? Som nevnt tidligere viser studiens resultater at informantene prioriterte ulikt. En av grunnene til at to av informantene prioriterte fysiologiske behov kan være at de jobbet på en medisinsk avdeling. Innleggingsårsaken er fysiologisk og fokuset rettes trolig mot disse behovene. Tross medisinsk innleggingsårsak, fortalte informantene at det er mye angst hos pasientene på avdelingen. En annen mulig grunn for at fysiologiske behov ble prioritert kan være mangel på kunnskap om de psykososiale behovene, og hvordan best ivareta disse. Hoffmann (17) poengterer at sykdom erfares ulikt, og mener derfor sykepleiers ønsket om å forstå pasientens og egen sykdom burde vektlegges mer enn å definere sykdom medisinsk.

Et av de store temaene i alle mine praksisperioder som sykepleiestudent har vært tid. Som Stubberud (9) belyser er effektivisering av helsevesenet et faktum. Dette betyr i praksis flere sykepleieoppgaver og pasienter med mindre tidsramme (13). Studiens resultater viser at samtlige informanter tidvis følte seg utilstrekkelig grunnet tidsmangel. Dette påvirker muligens sykepleiers vurderingsevne når hen skal beslutte om pasienter skal ha unntak fra besøksrestriksjonene. Mangel på tid fører trolig til at sykepleier har færre minutter hos hver pasient, derav færre minutter til å observere og samle data. I tillegg kan det føre til at enkelte pårørende som fremstår som sterke ressurser for pasientene, blir brukt som arbeidsavlastning for sykepleierne. Weiner et al. (6) viser at pårørende kan påvirke sykepleiers vurderinger rundt besøksrestriksjonene, dog når reglementet er uklart. En av informantene nevnte hvordan pårørende kan bidra i matsituasjoner, sosialt eller for å roe ned en angstfull pasient. Hen lot enkelte ganger pasienter med pårørende som bidro og ble sett på som en stor ressurs, få unntak fra restriksjonene. Kirkevold (25) hevder de stadige økonomiske innstrammingene i dagens samfunn, i tillegg til den stadig eldre befolkningen, legger opp til at pårørende må bidra i pasientens behandlingsforløp. Om helsevesenet er avhengige av hjelp fra pårørende for å kunne yte best mulig omsorg (24), kan det diskuteres om tiltakene er en god løsning.

Kirkevold (25) skriver hvordan pårørende kan ha både positiv og negativ effekt på pasienters helse, noe resultatene støtter. På den ene siden ser intervjuobjektene den gode effekten besøket har på de fleste pasientene, hvordan de kan snakke om annet enn sykdommen, hjelpe til i stell, samt strekke til på en måte flere av informantene selv følte de ikke klarte. På den andre siden trenger syke mennesker hvile (43), noe besøksrestriksjonene bidro godt med. Informantene så hvordan både pasienter og pårørende slappet av ved at en ytre faktor satt grenser for dem. Paulsby et al. (27) og Haugdahl et al. (26) støtter observasjonene informantene hadde om pårørende som en belastning, men begge studienes resultater viser at pårørende i hovedsak er en positiv

ressurs. Studiene ble utført på intensivavdelinger hvor pasientene var relativt syke (26, 27), en kan derfor sette spørsmålsteget ved om effekten av pårørende er like stor på medisinske avdelinger hvor pasientene som regel er friskere. På den andre siden er friskere pasienter som regel mer til stede (27), det kan derfor diskuteres om pasientene får større glede og effekt av besøket.

Majoriteten i Norge ønsker at pårørende bidrar med psykisk støtte fremfor at sykepleiere tar på seg denne oppgaven (25). Med besøksrestriksjoner vil trolig gjennomførelsen av disse ønskene påvirkes. Det er ikke alltid helsevesenets gjennomførelse, eller fellesskapets beste, samsvarer med pasientens individuelle behov (44). Resultater fra denne studien viser at samtlige informanter hadde opplevd misfornøyde pasienter og pårørende, likevel viser de fleste forståelse. En av informantene nevner særlig misnøye og utfordringer blant pårørende til pasienter som er på bedringens vei, og ikke lenger inkluderes i unntakene. En årsak til dette kan være at en muligens takler endringer bedre dersom endringen fører til noe positivt. En annen forklaring kan være at pårørende har sett pasienten kritisk syk, og ønsker å bidra i pasientens bedringsprosess samt følge med på at pasienten ikke nok en gang blir dårlig. Selv om avdelingen ikke vurderer pasienten som kritisk syk og dermed bestemmer at pårørende ikke får komme på besøk, kan de pårørende fortsatt ha et bilde av pasienten som svært syk, noe som trolig gjør det vanskelig å akseptere besøksrestriksjonen. I lys av Helsepersonelloven §4 (4) og spesialhelsetjenestelovens §2-2 (45) forsvarlighetskrav vil nok de fleste si seg enige i at besøksrestriksjonene er et godt tiltak, så fremt de blir praktisert etter gjeldende retningslinjer (3,5).

## **Styrker og svakheter ved studien**

Studien inneholder både styrker og svakheter. Datamaterialet ble innhentet i form av intervjuer, utført på bakgrunn av å finne ut hvilke utfordringer sykepleiere opplever i vurderingsprosessen rundt besøksrestriksjoner grunnet Covid-19. Totalt deltok tre informanter i datainnsamlingen, disse representerte én medisinsk avdeling på ett sykehus. Jeg skulle gjerne intervjuet flere informanter, men valgte å sette en grense på tre stykker for å ha en realistisk arbeidsmengde for denne bacheloren. En kan argumentere for at utvalget ikke var stort nok til å trekke en konklusjon, dette blir sett på som en svakhet i studien. Informantene hadde dog variert erfaring og bred kunnskap innen avdelingens fagfelt. I tillegg hadde alle god kjennskap til tematikken i studien og bidro med relevant og gjennomtenkt materiell. Grunnet personvern (38), ble det ikke tatt opptak av intervjuene. Dette kan ha resultert i en annerledes ordlyd enn det informantene brukte, eller at enkelte utsagn ikke har kommet med i studiens data.

Trolig som et resultat av studiens relativt nye tematikk, fant jeg ikke tilstrekkelig relevant forskning for å støtte opp eller motsi studiens resultater. Dette sees på som en svakhet. De fleste artiklene er ikke eldre enn ti år, enkelte er dog så relevante at de er benyttet selv om de er et par år eldre. En styrke ved studien er temaets relevans og viktighet. Studien er presentert for relevante klinikere, som bekreftet resultatenes aktualitet og troverdighet.

## **Implikasjoner ved sykepleie**

En del av sykepleieryrket består av å ta beslutninger vurdert og begrunnet i fellesskapets interesser eller organisatoriske begrensninger, som ikke alltid samsvarer med den enkelte pasients ønsker og behov (44). Forskning (6) og studiens resultater viser at vurderinger rundt besøksrestriksjonene som følge av Covid-19 pandemien tidvis kan være nettopp dette. Som sykepleier skal man jobbe kunnskapsbasert, bestående av erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og brukermedvirkning (8). Forskning (6) og resultat fra denne studien viser manglende kunnskap om pandemien og SARS-CoV-2, samt uklare retningslinjer rundt besøksrestriksjonene. Målet med studien er å få en forståelse av hvordan sykepleiere erfarer besøksrestriksjonene, slik at de bedre kan håndteres. Forhåpentligvis kan denne artikkelen bidra til å øke kunnskapen rundt utfordringer sykepleiere opplever ved besøksrestriksjonene på medisinsk avdeling, og muligens brukes i videre forskning på tema. Ved å presentere studiens resultater og bevisstgjøre om utfordringene, ser leseren kanskje relevans til andre dilemmaer sykepleiere opplever i sin hverdag.

## **Konklusjon**

Studien viser at det å gjøre vurderinger rundt besøksrestriksjoner var utfordrende for sykepleiere, dog i varierende grad. Studien viser at retningslinjene for vurdering av hvilke pasienter som kan få besøk og ikke, var for åpne for tolkning. Sykepleierne opplevde at de selvstendig måtte vurdere restriksjonene, noe som førte til at utførelsen ikke var universell. Manglende erfaring, krevende prioriteringer og ulike relasjoner til pasienter og pårørende var faktorer som bidro til å gjøre beslutningene rundt besøksrestriksjonene mer krevende. Dette belyser behovet for klare retningslinjer begrunnet i forskning og etikk, samt en diskusjon rundt hva kritisk sykdom innebærer.

## Litteraturliste

1. FHI. Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 08.02.20 [Oppdatert 11.02.21; Hentet 11.04.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
2. WHO.int. Origin of SARS-CoV-2 [Internett]. 26.03.2020. [Hentet 10.04.21]. Tilgjengelig fra: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus\\_origin-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. 8. Besøk – pasienter og beboere [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 29.11.19 [Oppdatert 19.03.21; Hentet 07.04.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/besok-pasienter-og-beboere>
4. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. [Hentet 17.04.21]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
5. St. Olavs hospital. Pasienter kan ta imot besøk igjen. [Internett]. Trondheim: St. Olavs hospital; 23.02.21. [Oppdatert 29.04.21; Hentet 02.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/nyheter/2021/pasienter-kan-ta-imot-besok-igjen>
6. Weiner H S, Firn J I, Hogikyan N D, Jagsi R, Laventhal N, Marks A, Smith L, Spector-Bagdady K, Vercler C J, Shuman A G. Hospital Visitation Policies During the SARS-CoV-2 Pandemic. American Journal of Infection Control. 2021;49(4):516-520  
ISSN 0196-6553.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.09.007>.
7. Virani A K, Puls H T, Mitsos R, Longstaff H, Goldman R D, Lantos J D. Benefits and Risks of Visitor Restrictions for Hospitalized Children During the COVID Pandemic. Pediatrics. 2020; 146 (2):e2020000786  
DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-000786>.
8. Nordtvedt M W, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim L V, Reinart L M. Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok. 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
9. Nordtvedt P, Grønseth R. Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I: Almås H, red. Klinisk sykepleie: 1. 5. utg, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.

- 10: Aspsæther E, Lien, V B, Molnes S M. Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere. Sykepleien. 2019;107(76029):(e-76029)  
DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.76029](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76029)
- 11: Dahl K, Skaug E-A. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Skaug, E-A, red. Grunnleggende sykepleie:2 grunnleggende behov. 2. utg, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 12: Lesa R, Dixon A. Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice. International Nursing review. 2007;54:166–72.  
DOI: [10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x)
- 13: Kleiven O T, Kyte L, Kvigne K. Sykepleieverdier under press?. Nordisk sygeplejeforskning. 2016; 6(4):311-326.  
DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- 14: Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Sykepleien Forskning. 2013; 8(4):(324–332).  
DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0132](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0132)
- 15: Tanner C A. Thinking like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. Journal of Nursing Education. 2006. 45 (6):204-211. Omtalt i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F. Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:2 Grunnleggende behov. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 16: Kristoffersen N J. Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:1 sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 17: Hofmann B. Hva er sykdom?. 2. utg, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 18: Stubberud D-G, red. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. 1. utg, 1. opplag, Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
- 19: Wyller V B. Frisk- cellebiologi, anatomi, fysiologi. 3. utg, 3. opplag. Oslo: Cappelen Damm; 2016.
- 20: Kristoffersen N J, Nordtvedt F. Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:2 Grunnleggende behov. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

- 21: American Association of Clinical-Care Nursing, 2002. Omtalt i Moesmand A M, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. 2. utg, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004. s. 19.
- 22: Moesmand A M, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. 2. utg, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
- 23: Kristoffersen N J, Nordtvedt F, Skaug E-A. Om sykepleie. I: Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:1 sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 24: Svenaeus F. Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket. 1. utg, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
- 25: Kirkevold M. Ekern K S, red., Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- 26: Haugdahl H S, Eide R, Alexandersen I, Paulsby T E, Stjern B, Lund S B, Haugan G. From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival. Journal of Clinical Nursing. 2018; 27(19-20)3630-3640.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14523>
- 27: Paulsby T E, Alexandersen I, Lund S B, Haugan G. Intensivsykepleieres opplevelser med langtids-intensivpasienters indre styrke og vilje til overlevelse. Inspira. 2021; 16(1):30-6.  
DOI: <https://doi.org/10.23865/inspira.v16.3048>
- 28: Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus. Pasienter må komme, andre bør bli hjemme. [Internett]. Bergen: Haukeland universitetssjukehus; 11.09.20. [Oppdatert 11.09.20; Hentet 02.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nyheiter/pasienter-ma-komme-andre-bor-bli-hjemme>
- 29: Sykehuset Innlandet HF. Informasjon til pasienter, pårørende og besøkende. [Internett]. Brumunddal: Sykehuset Innlandet HF; 03.06.20. [Oppdatert 02.02.21; Hentet 02.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://sykehuset-innlandet.no/korona/informasjon-til-pasienter-parorende-og-besokende#retningslinjer-som-folge-av-regionale-og-nasjonale-tiltak>



- 30: Sørlandet sykehus. Besøksrestriksjoner på sykehuset. [Internett]. Kristiansand: Sørlandet sykehus; 28.05.20. [Oppdatert 26.05.21; Hentet 02.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://sshf.no/om-oss/nyheter/besoksrestriksjoner-pa-sykehuset>
- 31: Oslo universitetssykehus. Pasienter, pårørende og besøkende i koronasituasjonen. [Internett]. Oslo: Oslo universitetssykehus; 06.04.20. [Oppdatert 28.01.21; Hentet 02.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/beredskap/koronasituasjonen/pasienter-parorende-og-besokende-i-koronasituasjonen>
- 32: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Nasjonalt risikobilde 2012. [Internett]. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 04.12 [Hentet 11.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.dsbinfo.no/DSBno/2012/Tema/NasjonaltrisikobildeNRB2012/?page=32>
- 33: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Risikoanalyse på samfunnsnivå. [Internett]. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 10.19 [Hentet 11.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.dsbinfo.no/DSBno/2019/rapport/risikoanalyse-paa-samfunnsnivaa-metode-og-prosess-ved-utarbeidelsen-av-analyser-av-krisesenarioer-aks/?page=22>
- 34: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). DBS årsrapport 2020. [Internett]. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 10.19 [Hentet 11.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/dsbs-arsrapport-2020.pdf>
- 35: Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
- 36: Kvale S, Brinkmann S. Det Kvalitative forskningsintervju. 3. utg, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
- 37: Dalland O. Metode og oppgaveskriving, 5.utg, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

38: Lov om behandling av personvernopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2018-06-15-38. [Hentet 19.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

39 § 21: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. [Hentet 17.04.21]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>

40: Abeyasinghe S. An Uncertain Risk: The World Health Organization ´s Account of H1N1. Science in Context. Cambridge University Press. 2014; 27(3):511-29.  
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0269889714000167>

41: Kristoffersen N J, Nordtvedt F. Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:1 sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

42: Kristoffersen N J, Nordtvedt F. Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:3 pasientfenomener og livsutfordringer. 2 utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

43: Bastøe L-K H, Frantsen A-M. Behovet for søvn og hvile. I: Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie:2 Grunnleggende behov. 2. utg, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

44: Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T, Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift Norsk Legeforeng. 2015; 135: 35-9. Utgave 1.  
DOI: 10.4045/tidsskr.14.0124

45: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. [Hentet 17.04.21]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§2-2>

# Vedlegg

## Vedlegg 1

### Intervjuguide

Presentere meg selv og medstudent.

Tusen takk for at du stiller opp. Alt som snakkes om her er under taushetsplikt og det finnes hverken feile eller riktige svar. Jeg ønsker å forstå dine meninger og oppfatninger, uavhengig av hva som menes å være «riktig».

---

Har delt det inn i 3 deler, litt generelt om deg som sykepleier og om besøk/pårørende, sykepleiers perspektiv på problemstilling og så pasient- og pårørendes perspektiv

---

#### Del 1

1. Kan du fortelle litt om deg som sykepleier?
  - Erfaring, videreutdanning, ansvarsområder, trives du?
2. Hvilke helseplager / sykdommer går igjen på avdelingen?
3. Kan du fortelle hvordan du har oppfattet/tolket besøksrestriksjonen?
  - Tror du avdelingen har en felles forståelse av besøksrestriksjonene?
4. Hva er dine tanker rundt besøksforbud/restriksjoner ift COVID-19?
5. Hvilken rolle mener du ledelsen har hatt i avgjørelsene rundt besøksrestriksjonene?
6. Hvilken følelse kjenner du på når jeg nevner besøksrestriksjoner?
  - Hvorfor?

#### Del 2

7. Kjenner du selv på en større psykisk belastning på jobb med de nye besøksrestriksjonene?
  - Hva oppleves som utfordrende?
8. Synes du det skaper mer splid/samhold på avdelingen?
  - Mellom sykepleierne, sykepleier/leger og/eller sykepleier/ledelse
9. I hvilken grad synes du besøksrestriksjonene påvirker pleien du som sykepleier utøver?

10. Synes du det har kommet noe positivt ut av besøksrestriksjonene?
11. Har du selv vært i tvil rundt om pasienten din skal/burde inkluderes i unntakene på restriksjonene, kan du fortelle når? Hvorfor?
12. Hvordan synes du det er å informere pasientene og pårørende om restriksjonene?
  - Synes du informasjonen gis på riktig måte?
  - Gis det nok og korrekt informasjon?

### **Del 3**

13. Hvordan tror du pasientene opplever besøksrestriksjonene?
14. Hvordan tror du pårørende opplever besøksrestriksjonene?
15. Tror du besøksrestriksjonene kan føre til noe positivt for pasientene og pårørende?
  - Har du opplevd at pasienter/ pårørende er lettet over restriksjonene?
16. Hvilken effekt *tror du* restriksjonene har på pasientene og pårørende?
  - Tror du pasientene forstår effekten av besøksrestriksjonene?
17. Hvilken effekt *merker du* at restriksjonene har på pasientene og pårørende?

### **Avsluttende**

Er det noe du tenker jeg burde spørre om, eller noe du mener er viktig som jeg ikke har spurt om?

Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?

Er det noe mer du vil si eller legge til? Hva ønsker du å tilføye?

---

## Vedlegg 2



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Mars 2021

### INFORMASJON I FORBINDELSE MED INTERVJU

Dette er et informasjonsskriv til deg som skal delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere har håndtert og blitt påvirket av besøksrestriksjonene i forbindelse av Covid-19 pandemien. Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

#### Bakgrunn og formål

Med denne prosjektbacheloren ønsker jeg å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere opplever rundt besøk i forbindelse med Covid-19. Ved å stille til intervju vil deler av dine uttalelser i intervjuet kunne bli brukt som del av besvarelsen i en bacheloroppgave i sykepleie og mulig fagartikkel. Du vil være 1 av 3 informanter i dette prosjektet. Intervjuet varer i rundt 60 minutter.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det innhentes og lagres ingen personopplysninger om deg som deltaker av studien. Alle opplysninger behandles anonymt. Samtalen vil i store trekk skrives ned og i etterkant transkriberes og analyseres. Du kan be om å få lese det skriftlige materialet før bruk i oppgaven.

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til:

Navn: xxx  
Mailadresse: xxx  
Telefonnummer: xxx

Ved behov for utfyllende informasjon, ta kontakt med:  
xxx (lærer / veileder), [xxx](#)

På forhånd takk!  
Med vennlig hilsen,

xxx

