SPL3901 06HBSPLD

AVSLUTTENDE EKSAMEN I SYKEPLEIE

Kandidat nr. 605

# Tema: sykehjempasienter med smittsomme sår

**Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienten samtidig som hensynet til smitte blir ivaretatt?**


Høgskolen i Gjøvik

**Avdeling for helse, omsorg og sykepleie**


Antall ord : 10120

SAMMENDRAG

**Avsluttende eksamen i sykepleie**
**Eksamen SPL 3901**
**Kull 06HSPLD**
**Dato 10.05.2010**

---

**Forfatter:**

---

**Norsk tittel:**

**Tema: sykehjemspasienter med smittsomme sår**
**Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienten samtidig som hensynet til smitte blir ivaretatt?**

**Engelsk tittel:**

**Theme: Nursing home patients with infectious wounds**
**How can nurses give good care to the patient while taking infection risk into consideration?**

---

**Sammendrag**
Å gi riktig omsorg til sykehjemspasienter med smittsomme sår, krever faglig kunnskap og samarbeid Det er nødvendig med smittevern for å beskytte andre pasienter, pårørende og personalet. Kommunen må følge loven og det skal utarbeides et infeksjonskontrollprogram. Det hender at man må ty til isolering av pasienten. Isolering forbindes med straff i vårt samfunn. Det har mange negative konsekvenser for pasientens helse og bør ikke brukes om man kan unngå det. God sykepleie handler først og fremst om at sykepleieren setter pasienten med smitte i fokus. For å klare dette bør hun ha et menneskesyn der solidaritet til den omsorgstrengende pasienten ligger i bunn. God sykepleie skal virke som en motvekt til det ubehagelige som smitten har gitt ham, både fysisk og psykisk.

---

**Nøkkelord**

Omsorg, smittevern, sår, sykehjem, isolasjon, gule stafylokokker

## Innholdsfortegnelse

**1.0 Innledning**…….. 4
**2.0 Problemstilling**……... 5
2.1 Presisering av problemstillingen…… 5
**3.0 Oppgavens oppbygning**…… 6
**4.0 Metode**…… 7
4.1 Litteratursøk…… 7
4.2 Bruk av erfaring basert kunnskap…… 8
4.3 Kildekritikk……. 9
**5.0 Teoridel**…….. 9
5.1 Smitte……+…….. 9
5.1.1 Kontaktsmitte…….. 10
5.1.2 Bakterier i sår……... 10
5.1.3 Gule Stafylokokker…….. 11
5.1.4 Smittevern…… 11
5.2 Lovverket…… 13
5.2.1 Infeksjonskontrollprogram (IKP)…… 13
5.2.2. Isolering…….. 14
5.3 Eldres behov for sosialstimulering…….. 15
5.4 Pasientens reaksjon på isoleringstiltak…… 16
5.5 Etikk…… 17
5.6 Kvalitet i sykepleie…….. 18
5.7 Oppsummering…… 20
**6.0 Kari Martinsens Omsorgsfilosofi**……. 21
6.1. Menneskesyn…….. 21
6.2 De spontane og suverene livsytringene…… 21
6.3 Martinsens tanker rundt menneskeverd i vårt samfunn…… 22
6.4 Sykepleierens omsorg og dømmekraft…… 22
6.5 Kari Martinsen og omsorgens treenighet…… 23
6.6 Makt i utøvelse av sykepleie…… 24
6.7 Oppsummering…… 24
**7.0 drøfting**..... 25
7.1 Omsorg til pasienten…… 25
7.2 Dekke med bandasje eller isolering…….. 27
7.3 Omsorg til personer med demens…… 28
7.4 Samarbeid med pårørende……..... 29
7.5 Samarbeid blant personalet……. 30
7.6 Brukt av skilt på dørene…….. 31
7.7 Autonomi prinsippet…… 32
7.8 Etiske prinsipper…….. 32
7.9 Bruk av makt…… 33
**8.0 konklusjon**……. 34
**9.0 Etterord**……. 35
**Litteraturliste**..... 37

## 1.0 Innledning:

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om smittsomme sår hos eldre pasienter på sykehjemmet..

Smitte er noe personalet er opptatt av. De skal unngå å smitte seg selv og unngå at andre pasienter blir smittet. De skal også forholde seg til lovverket, og innrette seg etter de yrkesetiske retningslinjene. Samtidig må personalet gi omsorg til pasienten som er bærer av smitte på en respektfull måte.

Det er mange områder å forholde seg til og det krever en del kunnskap. Kunnskap om smittestoffer og hvordan smitte foregår har alt å si for hvilke tiltak en skal sette i gang. Myndighetene har lagt føringer for hvordan man skal forebygge nosokomiale infeksjoner, eller institusjonsinfeksjoner. Disse institusjonsinfeksjonene kan påføre pasienter og personale mange ubehageligheter, og de koster samfunnet store beløp. I denne sammenheng er loven viktig i forhold til smittevern, men den skal også beskytte den uheldige pasienten. Loven bestemmer noe om hvordan sykepleieren håndterer en situasjon på, og de yrkesetiske retningslinjene setter en standard for hvordan hun skal opptre i relasjon til en pasient. Den måten sykepleieren gir omsorg til den smittebærende pasienten på har også med hennes menneskesyn å gjøre.

Når jeg skriver om smittsomme sår, vil det si at bakteriene oftest overføres ved direkte eller indirekte kontaktsmitte. I på mitt arbeid på sykehjemmet har jeg opplev at teoretisk kunnskap om smitte og smitteveier stort sett er bra, men at det likevel finnes store variasjoner på tiltak. Det er motstridende argumentasjon når en skal bestemme om en person skal isoleres eller ikke. For mange i personalgruppa er smitte synonymt med fare. Det viktigste tiltaket for dem er isolering for å beskytte seg selv og de andre pasienter. Andre, av etiske grunner, mener det er tilstrekkelig å begrense smittefaren ved å dekke såret, samtidig som den smittebærende pasienten får fri tilgang til fellesarealet. I de tilfellene jeg har observert dette, har verken lovverket eller menneskesyn vært nevnt.

Litteraturen jeg har funnet dekker ikke dilemmaet jeg har bestemt meg for å skrive om. Det finnes mye litteratur om deler av det, for eksempel smittevern, om etikk eller om menneskesyn. I lovforskrifter finnes det både krav og anbefalinger om

smitteforebyggende tiltak. Jeg fant kun noe generelt om omsorg ved isolasjon. Av den grunn syntes jeg det var interessant å skrive om noe med overvekt på selve omsorgen til pasienten.

## 2.0 Problemstilling

Som jeg skrev innledningsvis, må sykepleieren ta hensyn til flere variabler, når hun skal gi omsorg til en pasient som er smittebærer i en institusjon. I denne oppgaven er min problemstilling knyttet til en spesifikk pasientgruppe:

**Sykehjemspasienter med smittsomme sår.**

Problemstillingen er

**Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienten samtidig som hensynet til smitte blir ivaretatt**

## 2.1 presisering av problemstillingen

På et sykehjem har sykepleieren ansvaret å sørge for at pasienten får dekket både fysiske og åndelige behov. Med tanke på ordlyden i problemstillingen, kan det virke paradoksalt at jeg kun konsentrer meg om de tiltakene som settes i gang som resultat av smitten, men det ville være en umulig oppgave for meg alene og over så kort tid, å omtale all omsorg til pasienter som bærer smitte i sår.

I denne oppgaven er jeg opptatt av mellommenneskelige relasjoner mellom sykepleieren og pasienten, slik at hun også tar vare på pasientens psykiske helse. Selve sårbehandling kan variere i stor grad fra pasient til pasient, og medikamentell behandling er legens ansvar. Jeg kommer derfor ikke til å gå i dybden på dette. Derimot påvirker de smitteforebyggende tiltakene relasjonene mellom pasienten og omverdenen. Jeg kommer til å prøve å finne ut hva disse tiltakene er, hvordan de påvirker pasienten og hva sykepleieren kan gjøre for å forbedre situasjonen.

Jeg ønsker å konsentrere meg om direkte og indirekte kontaktsmitte. Jeg kommer for eksempel til å skrive om gule stafylokokker, men ikke om Metacillin resistante gule stafylokokker (MRSA), som krever et strengere smitteregime og er så vanlig i norske sykehjem. Det er flere andre bakterier som ofte kan påvises i sår, for eksempel pseumodonas eller E-coli, men det er smittemåte mer enn smittestoffet som jeg synes er av interesse i denne oppgaven.

Av praktiske grunner omtaler jeg pasienten som ”han” og sykepleieren som ”hun”.

## 3.0 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med en innledning. Jeg velger å skrive om metode i kapitel 4, før teoridelen, fordi jeg synes det gir bedre oversikt for leseren.

For å komme til bunns i problemstillingen er det nødvendig å få fram faglig kunnskap om smitte, og hvilke tiltak som er anbefalt av spesialister. Myndighetene støtter seg a på disse for å lage lovverket, og sykepleieren må følge loven. Jeg vil knytte noen av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere til temaet.

Kunnskap om smitte, lovverket og etiske retningslinjer, er noe sykepleieren trenger å forstå for å utføre et teknisk godt arbeid. Jeg vil skrive om dette i kapitel 5. Noe teori om sosialstimulering og om reaksjoner på isolasjon vil jeg ta med i samme kapitel.

Etiske retningslinjer er vedtatt, og reflekterer ikke nødvendigvis sykepleierens menneskesyn. Jeg tror at bevisstgjøring av sitt eget menneskesyn vil spille en rolle for hvordan sykepleieren henvender seg til pasienten. Jeg tror også at det kan avgjøre valget mellom to tiltak.

Jeg har valgt å skrive et kapitel om Kari Martinsen omsorgsfilosofi, fordi hennes menneskesyn appellerer til meg. Hun er selv sykepleier og er opptatt av moral i utøvelsen av yrket. Jeg kommer til å beskrive noe av filosofien hennes, og skal prøve å finne ut hvordan det er mulig å gjøre et faglig godt arbeid på Kari Martinsens premisser.

I arbeidslivet hører man ofte folk si ”en ting er teori og en annen er praksis”. Med dette mener man at man ikke alltid gjør det som man har lært var riktig å gjøre. I kapitel 7, drøftingsdelen, knytter jeg teorien til eksempler fra sykehjem og analyserer det. Jeg tar også for meg de motsetningene mellom teori og praksis jeg har kommet fram til, og knytte det til Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

## 4.0 Metode

Aubert i Dalland (Dalland 2007.s.81) sier om metode:

> Metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Metoder deles i kvalitative og kvantitative framgangsmåter. Kvantitative betyr at en kan tallfeste sine resultater. I kvalitative metoder ønsker man å få fram meninger og opplevelser som ikke lar seg måle.

Min problemstilling handler ikke om noe som kan telles. Det var naturlig for meg å bruke en kvalitativ metode. Valget falt til slutt på en litteraturstudie.

## 4.1 Litteratursøk

Jeg brukte pensumlitteratur om smitte og sykepleierteori og etikk. Jeg hadde også kjøpt en bok om sykepleier teorier og en håndbok om smittevern tidligere. Jeg søkte om lover på lovdata, og brukte litteraturlista til smittevernhåndboka. 2 bøker om sår har jeg lånt av venner, og jeg utførte ellers en del søk på Bibsys. Når det gjelder kontaktsmitte ble det litt utfordrende. Jeg ønsket å finne bøker eller artikler med kvalitative data om pasienter, ikke bare teori om smitte. Selv om det å ha gule stafylokokker i sår er vanlig verden over, skiller ikke databasene mellom vanlige gule stafylokokker og MRSA. Da fikk jeg hundretusenvis av treff på verdens basis men kun 1 MRSA på norsk. Det så ikke ut som om noen norske hadde skrevet noe spesielt om

vanlig gule stafylokokker. Jeg prøvde med flere varianter, med ordene wounds, forced isolation, nursing home, contagion, men det ble likedan. Jeg søkte også dette på ”google scholar”, som viser vitenskapelige artikler. Sannsynligvis har jeg ikke klart å finne riktig ”søkenøkkel”.

Jeg ønsket å finne noe litteratur om hvordan disse smittede pasientene hadde det. Tilfeldigvis søkte jeg på ordet ”sykehjem” og fikk utrolig nok et resultat på kun 357, mot 93 treff på ”nursing home”. Da kunne jeg plukke bøker som hadde en interessant tittel, som for eksempel ”Smitte” av Unni Knutstad og oppgaven ”med Goffmann på sykehjem” Av Tonje Houg. Jeg fant til slutt noe om pasientens påkjenning i forhold til isolasjon, stimulering og understimulering i diverse sykepleiebøker. Når det gjelder metode har jeg brukt noe i Olav Dallands ”Metode og oppgaveskriving for studenter”.

Jeg hadde god nytte av å få veiledning med høgskolelæreren. Hun klarte å rettlede meg i en tid der jeg satt fast og oppgaven så kaotisk ut.

### 4.2 Bruk av erfaringbasert kunnskap

Jeg har jobbet noen år på sykehjem og har erfart mange ganger at pasienter har hatt smittsomme sår. I forbindelse med utdanningen har jeg hospitert i et annet sykehjem på Østlandet. En tidligere kollega av meg jobbet der, og jeg visste at sår var et emne som interesserte henne veldig. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å gjøre en empirisk studie. Jeg trodde at jeg fikk høre om mange forskjellige opplysninger om pasientenes reaksjoner til smitteverntiltakene. Jeg trodde også at sykepleieren jobbet mer aktivt for å forebygge disse reaksjonene. Jeg snakket med fire sykepleiere i to forskjellige sykehjem, og brukte semistrukturerte intervjuer. Jeg følte jeg fikk bra med data om smittevern, men for få data om omsorg. Jeg ble litt redd for å ikke klare å svare utdypende nok til min problemstilling. Jeg måtte derfor velge bort det empiriske studiet, og jeg skrev en litteraturstudie istedenfor.

Heldigvis ble ikke de intervjuene gjort forgjeves. I en litteraturstudie er det tillat å bruke utsagn fra uformelle samtaler med ressurs personer. Jeg bruker flere eksempler som jeg har blitt fortalt av de sykepleierne jeg har snakket med. Jeg har også blitt

forklart om de retningslinjene som gjaldt for sykehjemmene jeg fikk en god forståelse på hvordan systemet er.

Jeg hentet tillatelsen om å få bruke det som ble sagt under samtalene med sykepleierne hos deres ledelse. Min arbeidsgiver gav meg tillatelsen om å fortelle noen selvopplevde anekdoter.

### 4.3 Kildekritikk

Jeg har brukte både primær- og sekundærkilder i denne oppgaven. Flere av bøkene er brukt som pensumlitteratur i mitt eller andres studier. Det er alltid en fare om at forfatternes tolkning er feil, når en bruker sekundærkilder, men de fleste bøkene er skrevet av forfattere som er godt kjent i fagmiljøet.

Litteraturen jeg har valgt er for det meste skrevet, eller kom i nyere opplag, etter 2004. Jeg også har valgt en bok av Kari Martinsen som er fra 1993, der hun skriver selv om sin filosofi. Jeg fant en hovedoppgave fra 1998 skrevet av Tonje Houg der hun beskriver noen av Erving Goffmans teorier og knytter dem til sykehjemmet. Teoriene er skrevet på 1960 tallet men Goffmann er fremdeles en veldig respektert forsker.

## 5.0 Teoridel

### 5.1. Smitte

Nosokomiale infeksjoner er helseinstitusjonsinfeksjoner. Pasienten blir kontaminert på sykehus, på legekontoret, på sykehjem eller annen helseinstitusjon. Nosokomiale infeksjoner skaper problemer og lidelse både for pasienten og personalet, og er en økonomisk belastning for samfunnet. (Stordalen, 2005 s. 53)

For å bekjempe smitte, må en vite hvordan mikroorganismer sprer seg. Det er 4 faktorer som er nødvendige for at smitte skal skje: en smittekilde, et smittestoff, en smittemottaker og en smittemåte. Det er også nødvendig med smitteveier, dvs. en

utgangsport hos smittekilden, og inngangsport hos smittemottakeren. (Stordalen 2005, s.38)

### 5.1.1 Kontaktsmitte

Kontaktsmitte er den vanligste formen for smittemåte på sykehus skriver Jørn Stordalen (2005,s.41). Det er også slik på sykehjem og i samfunnet forøvrig.

Direkte kontaktsmitte forutsetter direkte kontakt mellom en smittsom person (smittekilden) og en frisk person (smittemottakeren). Smittekilden kan være frisk og uvitende om at han bærer med seg smitte.

Indirekte kontaktsmitte skjer når smitten føres fra smittekilden til smittemottakeren via et mellomledd. Dette kan være en gjenstand eller et annet menneske. I et sykehjem, kan indirekte kontakt smitte skje via hendene til personalet, men også via arbeidstøy, sengetøy etc. (Isolerings veileder 2004, s.8)

### 5.1.2 Bakterier i sår

En sårinfeksjon er et dypt eller overfladisk sår, der det produseres puss eller sekret. En skiller mellom sårinfeksjon og sår som er kolonisert av bakterier. Bakteriefunn i trykksår, leggsår eller annet blir ikke betraktet som infeksjon med mindre de 4 infeksjonstegnene kan observeres. Disse er varme, hevelse, smerte og rødme. (Andersen 2006, s.134). Sårinfeksjonen kan forsinke tilhelingsprosessen. Den kan føre til at det danner seg nekrose (død vev), at såret blir større og i verste fall at pasienten får en sepsis (Almås 2, 2007, s1086).

Eldre er spesielt utsatt for sårinfeksjon på grunn av deres lave immunforsvar og sykdom. Pasientene er ofte passive og har dårlig blodsirkulasjon, noen er sengeliggende. (Andersen 2006, s. 133). Sår kan også oppstå ved skade eller uhell.

### 5.1.3 Gule stafylokokker

Blant bakterier som er årsak til sår infeksjoner, er gule stafylokokker den vanligste. Ca 0,3 % av pasienter i langtidsinstitusjoner i Oslo har til enhver tid en infeksjon med gule stafylokokker. (Andersen, 2006, s. 12). Bakterien kan overleve i miljø mellom 3 og 10 måneder. Ved kontaktsmitte, sprer smitte seg som regel via forurensede hender eller utstyr. Gule stafylokokker er ansvarlige for ca en fjerde del av sårinfeksjonene (Stordalen, 2005, s. 57)

Bakteriene er runde og holder seg ikke i luften slik stavbakteriene kan gjøre. Derimot kan de feste seg på mikroskopiske hudflak og sveve i lufta. Det er på denne måten de innåndes. Størrelsen på hudflakene gjør at bakterien forblir ytterst i nesa. (Harthug, i Knutstad 2006, s. 157).

De trives best i nesen men kan finnes i halsen, og på perineum. I normal befolkningen er ca en tredje del av befolkningen konstante bærere og institusjons personale er mer utsatt enn andre.(Andersen 2006, s. 28)

Gule stafylokokker formerer seg raskt i trykksår, diabetessår, brannskader, bitt-, operasjon- og andre sår. Bakteriene danner puss og absesser. Det kan bli fare for septikemi. .(Andersen 2006, s. 28)

### 5.1.4 Smittevern

Smittevern er alle tiltak som settes i gang for å hindre spredning av infeksjoner. Tiltakene har som mål å spore opp smitte, bryte smitteveiene, og gjøre smittemottakeren mer motstandsdyktig (Stordalen 2005, s. 31).

Smitteoppsporing innbefatter identifisering av smittekilden, behandling, sanering eller isolering (Stordalen 2005, s. 31). Ved smitte av gule stafylokokker i såret, sporer man smitten ved å ta en sårprøve av rengjort sår. Behandling skjer medikamentelt, ofte ved bruk av antibiotika per os eller ved bruk av salver på såret. Sanering foregår når pasienten ikke er smittsom lenger. Det gjøres ved at pasienten vasker seg med antibakterielle midler. Rommet blir rengjort grundig, ved en såkalt smittevask, dvs. at

vegg, gulv og alt inventar i rommet blir desinfisert og vasket. Isolering gjøres ved at pasienten holdes på rommet. Ved å gjøre smittemottakere motstandsdyktige, øker en immunitet mot smitten. Når det gjelder de eldre pasientene på sykehjemmet, handler det mer om å forebygge dannelsen av sår, og bruke riktig prosedyrer for å unngå at sykdomsfremkallende mikrober tilføres i dem.

Ved sårinfeksjon med gule stafylokokker, anbefaler professor i hygiene og smittevern, Bjørg Marit Andersen, isolering uansett hvordan såret er.(Andersen 2006, s.213) Når såret er stort og når det er vanskelig å kontrollere sekresjonen, sier hun at en skal bruke maske i tillegg. (Andersens, 2006, s. 217)

Pasienten er smittsom så lenge det er puss i såret. Når stafylokokken er behandlet med antibiotika, skal smittevarighet være på ett eller to døgn. Dette er avhengig av at behandlingen er effektiv, det vil si at man bruker riktig antibiotika. (Almås 2007, s. 1113).

Det er nødvendig med god informasjon til pasienten, personalet og pårørende. Bjørg Marit Andersen sier at alle de som har med pasienten å gjøre må følge de retningslinjene som er bestemt (Andersen 2006, s.212). Rommet skal merkes med en plakat for isolasjon og kontaktsmitte. Jørn Stordalen beskriver hvordan skiltet skal se ut. Det skal gi tydelig informasjon om smittefare, og det skal gi informasjon til besøkende om at de må ta kontakt med personalet før de kommer inn. Fargekoder på skilte kan være nyttig for å informere om hvilke smitteregimer som gjelder (Stordalen, 2005 s.142).

På sykehjem er det ofte flersengsrom og det er ikke alltid mulig å flytte en smittet person på enerom. Når en av de pasientene har et smittsomt sår, må man derfor utøve det som kalles barrieresykepleie. Barrieresykepleie vil si at personalet lager et skille mellom pasienten og hans nabo ved hjelp av god håndhygiene, bruk av smittefrakk og gode arbeidsrutiner, slik at smitten unngås. Såret må alltid være godt tildekket, og bandasjen tørr og ren utenpå. Man bruker smittefrakk kun i kontakt med den smittsomme pasienten, og alt som er på hans side av rommet skal behandles som smitte.

Det stilles visse krav til rommet der pasientene ligger. Det skal være en håndvask på rommet. Det skal være mulig å bruke skjerming mellom sengene fordi sårstell foregår i

sengen, og faren for bakteriespredning er størst da. Vinduer og dør må lukkes under sår stell for å begrense at bakterier og infisert støv virvler i lufta. (Almås, 2007, s.1086). Når sykepleieren ikke klarer å få sekresjonen under kontroll, må pasienten ha enerom. Dette er noe sykepleieren må samarbeide med sin ledelse om.

## 5.2 Lovverket

### 5.2.1 Infeksjonskontrollprogram (IKP)

Når det gjelder smittevern, betyr Lov om vern mot smittsomme sykdommer og Forskrift om smittevern i helsetjenester mest for norske sykehjem. Hensikten med de er å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten, og spesielt begrense smitten av og fra pasient og personal.

Loven dekker infeksjonssykdommer som vanligvis betraktes som smittsomme sykdommer, som for eksempel vannkopper, og de som ikke betraktes på samme måte, f.eks. urinveisinfeksjoner og sårinfeksjoner. (Smittevernloven 1994, merknad til § 1)

I følge § 2 i forskriften, er institusjonene pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram og den skal vedlikeholdes jevnlig. Programmet omfatter alle nødvendige tiltak, når det gjelder forebygging og bekjempelse av infeksjon, samt oppfølging ved utbrudd.(Forskrift om smittevern i helsetjenester 2005,§2)

Forskriften lister opp i § 2.2 en rekke temaer som institusjonene blir pålagt å skrive retningslinjer om. De temaene berører så vel håndvask, som bruk av beskyttelsesutstyr og håndtering av avfall. Det kreves retningslinjer for hvordan en skal håndtere diverse smitte. Smittsomme sår er ikke et tema, men både postoperativ sårinfeksjon og hudinfeksjoner er nevnt. (Forskrift om smittevern i helsetjenesten 2005, § 2.2)

Det kreves også retningslinjer for isolering av pasienter

Loven om vern mot smittsomme sykdommer gir i § 2.2. a unntak fra taushetsplikten til personalet, for å beskytte annet personell, andre pasienter og besøkende. (Smittevernloven 1194, § 2.2)

### 5.2.2 Isolering

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Sykehjem, som sjelden har mulighet til å ha et isolat, er ikke nevnt i veilederen. Den beskriver hvilke sårinfeksjoner Helsedirektoratet mener man må ha et isoleringstiltak for:

> Utbredte hud- og sårinfeksjoner eller andre infeksjoner med streptokokker eller gule stafylokokker der det er økt spredningsrisiko … og sårinfeksjoner hvor sekresjonen ikke kan kontrolleres med tildekking eller lukket drenasje (Isoleringsveileder 2004, s.42)

Veilederen nevner spesifikt i forordet at den retter oppmerksomheten mot praktiske forhold i forbindelse med isolering. Det står at omsorgen for pasientene som må isoleres pga. infeksjon skal omfatte mye mer. Isoleringen oppleves som et traume eller en livskrise. Det er viktig at helsetjenestens tilbud er helhetlig, at pasientens verdighet ivaretas og at det gis støtte til pasientens egen mestring. (Isoleringsveileder 2004, s.3)

Ifølge kapitel 5 i Lov om vern mot smittsomme sykdommer, står det at det må lages vedtak om pasienten nekter isolering. Tvungen isolering til undersøkelser, kan vedtas av en lege for opptil sju dager. Dette gjelder isolering på sykehus, sykehjem er ikke nevn i kapitlet.

Pasientrettighetsloven åpner for bruk av tvang ovenfor myndige pasienter uten samtykkekompetanse. En kan gi helsehjelp av lite inngripende karakter med hensyn til tid og omfang. (Pasientrettighetsloven, 1999, §4-6). Jeg forstår det slik at isolering ikke er helsehjelp for pasienten med smittsomme sår. Isolering kan også betraktes som inngripende selv om pasienten ikke har samtykkekompetanse. Jeg tolker derfor det slik at tvungen isolering ikke er lovlig på sykehjem.

### 5.3 Eldres behov for sosialstimulering

Eldre mennesker blir mer fysisk passive med årene. Fysisk inaktivitet fører til negative virkninger fysisk, psykisk og sosialt. (Kristoffersen 2, 2005, s. 285) Eldre mennesker blir mindre mobile med årene. Det blir vanskeligere etter hvert å opprettholde den gamle omgangskreten. I tillegg kan jevngamle venner og familie gå bort. Det er imidlertid noe de fleste eldre aksepterer som livets gang. Når den eldre blir sykehjemspasient er det ikke alle som har like mye besøk.

Studier viser at det er en sammenheng mellom reduksjon av nettverk og reduksjon av kognitive evner. Det er uvisst hvilken av dem som er årsaken. (Kristoffersen 2, 2005,s. 285) Når pasienten ikke husker navnet på de som besøker ham, eller når han sier rare ting, kan det bli ubehagelig for de besøkende. Da kan det hende at de kommer sjeldnere. På en annen side, når det blir lite besøk, kan dagene bli monotone. Pasienten kan miste interesse for det som skjer og bli mer passiv. Isolering av pasienten på sykehjem, kan bidra til at nettverket blir mindre i en periode.

Det å få kontakt med andre og å gi uttrykk for sine følelser er, i følge sykepleieteoretiker Virginia Henderson, et av 14 grunnleggende behov. Disse er nødvendige for å dekke liv og helse. (Kristoffersen 4, 2005, s. 35). Hun mener derfor det er en sykepleieroppgave å bistå pasienten til å få det til, om han ikke har mulighet til å gjøre det selv.

Mange pasienter får dekket noe av deres behov for sosial kontakt ved å treffe andre eldre og personalet i fellesarealet. De som har familie og venner ønsker vanligvis gjerne besøk av dem.

Når sykehjemspasienten ikke kommer ut av rommet, uansett årsak, får han for få sosiale og sensoriske stimuli. Pasientens reaksjon til sensorisk deprivasjon kan være at han blir mer distré, eller mindre oppmerksom for det som skjer i omgivelsen. Han kan bli innesluttet og veldig trett. Det å være i et rom i flere dager er monotont, og det kan bidra til forvirring og tankeforstyrrelse.(Kristoffersen 2, 2005, s. 293)

### 5.4 pasientens reaksjon på isoleringstiltak

I vår samfunn, bruker man oftest isolering når man skal beskytte samfunnet og straffe noen. Kriminelle blir straffet med fengsel. Isolering er den største straffen vi har her i landet. Sosialisolering er effektiv om en ønsker noen vondt. Denne metoden er bevist eller ubevist brukt av skolebarn der elever blir utestengt fra lek eller fra bursdagselskaper.

Pasientene forstår stort sett hvorfor de må isoleres, og de går med på det. Likevel er det er ikke unaturlig at de ser det som et onde.

De fleste pasientene har en eller en annen reaksjon på isolering. Det kan være vanskelig å måtte være alene på rommet, når man er vant til å omgås andre. Det er sjeldent mulig for personalet å fortelle pasienten hvor lenge tiltaket er nødvendig. Spesielt i forhold til smitte, må det tas prøver, og man må vente på svaret. Pasienten kan føle seg fanget i eget rom, og å vite at han kan smitte andre kan gi ham skyldfølelse. Når pleiepersonalet og besøkende bruker beskyttelsesutstyr, minner det ham på situasjonen hele tiden. Det kan også være skremmende.

Når Pasienten ikke får bevege seg rundt omkring og blir enda mer avhengig av personalets hjelp, kan det opprøre pasienten. Han kan bli rastløs og oppleve dette som en stressituasjon. Avhengigheten kan påvirke hans syn på seg selv. (Kristoffersen 2, 2005 S. 292)

De vanlige reaksjoner som kan oppstår er angst, forvirring, kvalme og appetittløshet, skyldfølelse, rastløshet og irritasjon over andre. Når han er innestengt på rommet, er dessuten pasienten mye innaktiv. (Almås 2007, s. 1101)

For å hjelpe pasienten til å tåle isolasjon bedre, bør sykepleieren være sammen med pasienten ofte og bruke god tid til å snakke med ham. Hun bør informere ham godt, og prøve å finne ut om han ønsker noe spesielt, som ville gjøre at han blir opptatt med noe. (Almås 2007,s. 1102)

**5.5 Etikk**

Etikk er en refleksjon om ens egen og andres moral. Moral er meningene om det som er riktig eller galt, som man legger til grunn når man styrer sin atferd eller bedømmer andres. (Slettebø 2007, s.11)

De yrkesetiske retningslinjer er laget for at praksisen skal være moralsk forsvarlig (Slettebø 2007, s. 15).

Allmennmoralen er de verdier og normer som gjelder i et samfunn. Normer er det som er rett eller urett å gjøre, mens verdier handler om det som er bra eller dårlig å gjøre.(Slettebø 2007, s. 11)

Mennesket er ikke et selvtilstrekkelig vesen, og er fra fødselen av avhengig av andre for å overleve. Det er avhengig av omsorg (Henriksen og Vetlesen 2006, s28). I vår del av verden er likevel autonomi en overordnet verdi. Folk ønsker som regel å være selvstendig og uavhengig av andre. Når en person er avhengig av omsorg fra andre for å leve, kan det hende at han føler at han blir overkjørt eller har mistet sin selvbestemmelsesrett.

De etiske retningslinene for sykepleiere tar for seg autonomiprinsippet i punkt 1. Pasienten skal ha rett til å være medvirkende til sin egen behandling og retten til å ikke bli krenket. Unødig bruk av tvang og rettighetsbegrensninger anvendes ikke står det i punkt 1.4 (Norsk sykepleierforbund, 2007)

Det er flere normer og verdier som settes pris på i vårt samfunn. Høflighet og respekt, er allmennmoralske normer, og det forventes at sykepleiere handler deretter.

Respekt er et ord som er vanskelig å definere fordi det ofte blandes med frykt. Erving Goffman, (Goffman 1967 i Houg, 1998) som for over 40 år siden studerte hvordan pasienter utviklet typiske atferd etter de ble flyttet i en totalinstitusjon, har prøvd å finne ut hvordan respekt (engelsk: deference) foregår.

Pasienter føler seg respektert av andre ved at vise ritualer forekommer, for eksempel å bruke fysisk kontakt og berøring, å gi komplimenter eller tilby å utføre små tjenester. Det å hilse på hverandre og spørre hvordan det går er også et ritual som viser respekt.

Det å unnskylde/beklage seg, gi uttrykk for underkastelse, lydighet, forsoning og tillit er tegn for respekt. (Houg, 1998 s.22)

### 5.6 Kvalitet i sykepleie

Kvalitet i sykepleie handler om å imøtekomme pasientens behov for helsehjelp, samtidig som sykepleieren retter seg etter samfunnets krav til hvordan arbeidet skal utføres. Helsemyndighetene mener at hensynet til pasienten skal komme først og har laget retningslinjer som er med på å sikre kvaliteten (Kristoffersen 4, s.151). For å utføre god sykepleie må arbeidsplassen tilrettelegge det slik at det er mulig å følge disse retningslinjene. Det kreves også at sykepleieren har en holdning som er profesjonell og at hun er innstilt på å yte service.

Sykepleieren skal være tilgjengelig. Det vil si at pasienten på sykehjemmet skal få snakke med sykepleieren eller få den hjelpen han trenger, innen rimelig tid. (Kristoffersen 4 2005, s.153)

En pasient med smittsomme sår må være den siste som blir stelt om morgenen. Isolerte pasienter er helt avhengig av å få hjelp av pleiepersonalet når de trenger noe. Kvalitet handler om å finne løsninger som gjør at de ikke behøver å vente mer enn nødvendig.

Sykepleieren skal være lydhør overfor pasienten. Dette er nødvendig for å imøtekomme ham med respekt (Kristoffersen 4 2005, s.153)

. Pasienten kan ha spørsmål, eller ha behov for å snakke om det å ha sår og de tiltakene som er satt i gang. God kvalitet i sykepleie er å ta seg tid til å lytte til pasienten.

Solide fagkunnskaper er nødvendige for å sikre kvalitet i sykepleie. Teoretiske oppdaterte kunnskaper er viktige, men det hjelper lite hvis sykepleieren ikke klarer å tilpasse dem til det praktiske (Kristoffersen 4, 2005, s.153).

Kunnskaper om smitte er avgjørende når det gjelder forebygging. Sykepleieren må jobbe hele tida for spre kunnskapen og lage rutiner som er lett å forholde seg til.

Forsvarlighet handler om at sykepleien må være i stand til å begrunne faglig sine vurderinger og sine handlinger (Kristoffersen 4, 2005, s.153).

Sykepleierhandlingene skal være hensiktsmessige, raske og effektive. Når sykepleieren finner ut at pasienten har et sår som kanskje er kolonisert av bakterier må hun ta en rask beslutning. Det kan handle om å ta en sårprøve eller å vurdere smitteforebyggende tiltak. Det handler ikke minst om å gi god informasjon til pasienten.

Punktlighet er også nødvendig for å utføre god sykepleie (Kristoffersen 4, 2005, s.153). Når sykepleieren møter pasienten når hun har avtale om det, bidrar til at han får tillit til henne. En pasient kan være handlingslammet på grunn av isolering. Hvis sykepleieren blir forsinket til avtalen og ikke gir beskjed, kan pasienten føle håpløshet og avmakt.

Å gi god informasjon til pasient og pårørende er med på å øke kvaliteten i sykepleierens arbeid. Det gir pasienten mulighet til å si noe om hvordan han vil ha det, og forstå hvorfor behandlingen er som den er (Kristoffersen 4, 2005, s.153). De smitteforebyggende tiltakene kan være veldig inngripende i pasientens og de pårørendes liv. Sykepleierens åpenhet kan bidra til at tiltakene oppleves noe mindre ubehagelig.

Pasienten skal oppleve en helhetlig omsorg (Kristoffersen 4, 2005, s.153). Dette er spesielt viktig på sykehjem, fordi det er pasientenes bolig. Sykepleieren skal ikke glemme at selv om det er smitte, selv om det er et sår, har pasienten andre behov som skal dekkes. Pasienten må ivaretas minst like godt som han ble ivaretatt før smitten blir oppdaget.

Sykepleierens holdning gjenspeiler seg i sin væremåte i relasjon med pasienten og pårørende. Å bli møtt med vennlighet og imøtekommenhet er viktig for de som har behov for omsorg (Kristoffersen 4, 2005, s. 155). Når en pasient må isoleres, er det viktig at informasjon blir gitt på en vennlig måte. Tiltaket i seg selv kan føles ubehagelig eller urettferdig. Om sykepleieren virker for eksempel streng, kan det forsterke pasientens negative følelser.

Sykepleieren er helt avhengig av sine medarbeidere. God samhandling er avgjørende for kvaliteten på arbeidet som utføres i en avdeling. Hun har kunnskap som må formidles, men det klarer hun ikke om samhandling ikke blir basert på gjensidig respekt og anerkjennelse (Kristoffersen 4, 2005, s.155). Det er mye bra arbeid som gjøres blant personalet når det gjelder smitteforebygging. Det er mye mer en kan gjøre for å øke kvaliteten. Det krever kanskje at sykepleieren planlegger hvor mye og hvordan informasjon skal gis så kollegaene ikke føler seg nedverdiget. Det handler også om å være vennlig i relasjonen til sine medarbeidere.

## 5.7 Oppsummering.

Når en snakker om smitteforebygging er første bud å kjenne til hvordan smitte sprer seg.

Smitteforebygging er et prioritert område for myndighetene. Kommunene skal følge loven om vern mot smittsomme sykdommer og forskriften om smittevern. Kommunene har et delegert ansvar om å skrive et infeksjons kontrollprogram. Det skal blant annet ha egne retningslinjer for isolering. Kommunene må her støtte seg til veilederen om bruk av isolering. Denne veilederen gir kommunen mulighet til å velge at en pasient med smittsomme sår blir isolert eller kan forlate sitt rom. Hygienespesialister mener at kun full isolering er bra nok. På den andre siden står det ingenting i loven om tvungen isolering på sykehjem. Det må bety at dette ikke er lovlig. Isolering skal være frivillig.

Likevel er det ikke slik at isolering alltid er mulig i et sykehjem. Noen ganger må en pasient med smittsomme sår dele rom med en frisk pasient.

Veilederen om bruk av isolering påpeker at isolerte pasienter trenger ekstra omsorg. Eldre trenger både sensorisk og sosial stimulering slik at deres kognitive ferdigheter ikke forfaller. Faglitteraturen forteller at pasientene som regel har en form for reaksjon til isolasjon, for eksempel skyldfølelse, eller sinne. Sykepleieren må derfor sette av tid til å blant annet informere pasienten og finne ut hva som kan gjøres for at tiden ikke skal føles så lang.

Etikk handler om det som er riktig, godt, galt eller dårlig å gjøre. De yrkesetiske reglene må sykepleieren følge. I vår del av verden er selvbestemmelsesrett og autonomi viktige verdier. Når pasienten ikke føler han har noe valgt, kan isolering komme i konflikt med disse verdiene. Selv om smitteverntiltakene kan føles ubehagelig for pasienten må sykepleieren henvende seg til pasienten slik at han føler seg respektert.

## 6.0 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (f.1943) er en norsk sykepleier, filosof og historiker. Hun er anerkjent for sin omsorgsfilosofi. Hennes filosofi er inspirert først og frem av den danske teologen K. E. Løgstrup. Hun er en talsmann for det betingelsesløse omsorgen, der selve omsorgen er målet. (Kristoffersen 4,2005, s. 62)

### 6.1. Menneskesyn

Martinsens utgangspunkt er at menneskene er like og avhengige av andre, av dyr, naturen og av en skaper for å eksistere. I vårt samfunn kaller vi ofte den kraften ”Gud”, mens andre kulturer har andre betegnelser. Vår avhengighet til andre gir oss både muligheter og begrensninger.. Vi kan ikke være foruten den omsorgen som vi tar imot fra vi er født til vi dør, men tar for gitt vår avhengighet til hverandre. (Alvsvåg i Knutstad 2006, s.65). Vi utvikler vår selvstendighet og realiserer oss selv ved hjelp av andre. Omsorg har med felleskap og solidaritet å gjøre (Kristoffersen 4, 2005, s.62).

### 6.2 De spontane og suverene livsytringene

Livsytringer som tillit, åpenhet, og barmhjertighet, er vi født med, de er utenfor vår kontroll. Det kan stilles spørsmål ved om de er skapt av høyre makter eller ikke, men de er tilstede. De blir uforandret gjennom livet, og derfor suverene, selv om vi noen ganger opptrer ukjærlig eller med mistillit. Om vi ikke bruker de livsytringene i våre

relasjoner med omverden, kan ikke omsorg finne sted. En pasient viser tillit til sykepleieren ved å fortelle noe om seg selv. Han sier det fordi han ikke forventer sladring eller misbruk av det han forteller. Om pasienten føler han blir avvist, kan det også skape mistillit sier Løgstrup. (Alvsvåg i Knutstad 2006, s. 72) Avvisning kan skje når sykepleieren viser at hun ikke interessert i hva pasienten har å si, for eksempel ved å forandre samtaleemne, eller ved å være distré.

### 6.3 Martinsens tanker rundt menneskeverd i vårt samfunn

Martinsen mener at vår kultur preges av individsentrert humanisme, og denne ønsker å tildekke den naturvitenskapelige kunnskap. Med denne ideologien, settes ingen grenser for hvordan en realiserer seg selv, selv om det påvirker andre i gjerningen (Martinsen, s.99). Hun mener det er uheldig om målet for menneskeverdet er å være selvstendig og utøve ”egenomsorg”. Mange vil da falle utenom. Det kan være naturlig at pasienten har egenomsorg som mål, men Martinsen mener at det er feil at det skal være et mål i sykepleie. Det er dessuten to pasientgrupper. De som er midlertidig syke og kan bli bedre og de som vil trenger profesjonell omsorg resten av livet. Hun mener at slik det er i dag, er funksjonshemmede og pleietrengende eldre nedprioritert fordi vi er for opptatte av resultater. (Kristoffersen 4, 2005, s.65)

### 6.4 Sykepleierens omsorg og dømmekraft

Ansatte i et sykehjem gir omsorgen ulikt fordi de har forskjellige oppgaver, men omsorgens kvalitet handler også om hvordan disse oppgavene blir gjennomført. Handlingene skal være riktige og utført på riktig måte for at pasienten får akkurat den hjelpen den trenger. (Alvsvåg i Knutstad 2006, s.66)

I sin stilling, handler sykepleieren ut fra faglige og teoretiske kunnskaper. Martinsen mener at sykepleieren er nødt til å ta vare på livsytringene for å utøve omsorg for pasienten. Omsorg og det faglige skjønnet skaper mulighet for at pasienten erfarer tillit, barmhjertelighet, kjærlighet og åpenhet samtidig som faglig innsikt. (Alvsvåg i Knutstad 2006, s.66)

De konkrete erfaringsbaserte kunnskapen læres ved å se de menneskene hun jobber med. I kraft av hennes stilling har sykepleieren autoritet. Barmhjertighet ligger til grunn i sykepleierens forhold til pasienten, men kun til et visst punkt. Den gir etter hvert rom til overveielser av faglig og skjønnsmessig art. (Martinsen 1993, s.95-96)

Martinsen understreker at det er viktig at medmenneskelighet, barmhjertighet og tillit ikke må vike plassen for holdninger som kun konsentrerer seg om faglige eller ideologistiske prinsipper. Da vil utøvelsen av sykepleie være moralistisk og man vil miste det levende i relasjonene. (Martinsen 1993, s.97)

### 6.5 Kari Martinsen og omsorgens treenighet

Omsorg er relasjonell, det vil si at det trengs minst to parter for å utøve det.

Omsorg er praktisk, det vil si at den gis gjennom konkrete og pratiske handlinger. En må forstå pasientens situasjon, for å handle riktig.

Omsorg er moralsk, det vil si at pleieren skal være ”tilstede” i det hun utfører omsorgen. Det skal ikke være et mekanisk utført arbeid. En skal passe seg for å gjøre ting som pasienten klarer selv, men skal foreta vurderinger ut fra pasientens dagsform. (Martinsen 1993 s.67)

Disse tre former for omsorg er tilstede i hver omsorgsituasjon.

Hos Løgstrup handler moralen om kjærlighet, det er å handle til den andres beste. Martinsen mener at moral og etikk er to sider av samme sak. De leves i de menneskelige relasjoner. Teorier og argumentasjon kommer sekundært, (Martinsen 1993 s.73)

Å unnlate å handle til pasients beste er å handle umoralsk. Det hender at pasienten ikke ønsker å få hjelp eller vil kun ha en viss form for hjelp. Sykepleieren går med på det av respekt for pasientens autonomi. Imidlertid blir ikke unnlatelseshandlingen alltid det beste for pasienten, og Martinsen sier det kan være nødvendig med en svak form for autoritet i omsorgen (Kristoffersen 4, 2005, s.94).

### 6.6 Makt i utøvelse av sykepleien

Martinsen er tilhenger av det hun kaller ”myk maternalisme”. Hun mener at sykepleieren må bruke sine faglige kunnskaper slik at pasienten får det best mulig. Noen ganger vil det si at pasienten har noe å si om måten han blir behandlet på, mens andre ganger vil han ikke ha forutsetninger til å forstå den. Andre ganger igjen har ikke pasienten interesse av å vite noe om behandlingen. Det betyr at sykepleien skal skje på pasientens premisser og at sykepleieren må lytte til pasienten for å finne den riktige framgangsmåten. ”Myk maternalisme” er en form for maktbruk, men Martinsen tar avstand til formynderi fra sykepleierens side. (Kristoffersen 4, 2007, s.63)

### 6.7 oppsummering

Kari Martinsen mener at menneskene er født med egenskaper som tillit, åpenhet og barmhjertelighet. Å gi og motta omsorg er derfor en naturlig del av livet. Barmhjertelighet og solidaritet til de andre medlemmene av samfunnet skal være den primære grunnen til at sykepleieren gjør sin jobb. Martinsen synes det er viktig med faglig og naturvitenskapelig kunnskap, men hvis det mellommenneskelige utgår, vil omsorgen være moralistisk.

Sykepleieren skal ha faglig innsikt. Hun får etter hvert egne erfaringer og lærer ved å jobbe sammen med andre. Summen av dette gir henne nok ferdigheter til å utøve faglig skjønn. Hun kan dermed vurdere hvordan hun best kan utføre sykepleien hos en pasient. Faglig skjønn betyr at sykepleien ikke alltid blir bundet av regler.

Kari Martinsens filosofi, handler mye om moral. I hennes forklaring, utøver sykepleieren svak paternalisme overfor de pasientene som er så syke at det ikke forventes at de blir autonome. Av den grunn er Martinsen i konflikt med de som mener at autonomi skal være målet for pasienten.

## 7.0 Drøfting

Min problemstilling, som handler om **pasienter med smittsomme sår**, er

**Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienten samtidig som hensynet til smitte blir ivaretatt**

Med bakgrunn i teorien, i filosofien og det jeg har lært om smittevernrutiner på sykehjem i løpet av denne perioden, har jeg reflektert over flere aspekter ved sykepleien til disse smittsomme pasientene. Jeg har også forsøkt å finne løsninger for å gi det jeg mener er god omsorg.

### 7.1 Omsorg til pasienten

Sykehjems pasienter er mennesker, som i sin siste periode av livet, er avhengige av andres omsorg for å leve. Kari Martinsen skriver at menneskene er like og avhengige av andre. Sykepleieren er i stand til å hjelpe disse pasientene akkurat nå. Om noen år blir det kanskje henne som vil trenge den omsorgen.

Det er forskjell på sykehjemspasienter og sykehuspasienter. Et sykehus tihører spesialisthelsetjenesten og pasientene får noen tjenester i en begrenset periode. Et sykehjem derimot er et permanent bosted. Sykepleieren skal ha et annet type forhold til pasienten. I tillegg til å pleie ham, skal hun legge forholdene til rette slik at han kan trives i sin bopel. Sykepleierens bør derfor ha fokus på pasientens livskvalitet.

Kari Martinsen sier at tillit, åpenhet og barmhjertelighet er følelser som eksisterer hos alle menneskene. Det er derfor de kan utøve omsorg for hverandre. Disse livsytringer er til hjelp i kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Når pasienten blir fortalt at han har et smittsomt sår, må sykepleieren være observant fordi pasienten kan reagere negativt på dette. Noen pasienter vet om de alvorlige konsekvensene et betent sår kan få. En av de sykepleiere jeg snakket med, fortalte om en pasient som ble veldig deprimert da han så et nytt sår, fordi han hadde fått amputert en fot året før. Noen ganger kan antidepressiva være aktuelt.

Sykepleieren må informere pasienten om smitte og om de tiltakene som blir satt i gang samtidig som hun må unngå at han blir skremt. Ærlighet skaper tillit. Sykepleieren må ikke lyve og si at dette vil gå bra, når hun ikke vet om det gjør det. Hun må si det si det som det er at hun gjør det hun kan for at situasjon blir bedre. På sykehjemmet jeg hospiterte i, fortalte sykepleieren alltid pasienten når hun så en god utvikling på såret, men hun unngikk å snakke om det negative.

Det at pasienten tør å fortelle om seg selv til sykepleieren er et tegn på tillit, men hvis sykepleieren avviser pasienten skaper det mistillit. Dette handler om at sykepleieren skal ta seg tid til å høre på hva pasienten har å si. Noen pasienter er skuffet, andre er sinte eller får dårlig samvittighet av å være smittsomme. Hvis sykepleieren ”vifter det bort” og sier bare at dette går over, vil pasienten ta det som avvisning og reagere med mistillit. Sykepleiere jeg har snakket med har fortalte om flere pasienter som brukte ordet ”spedalsk” om seg selv. Noen tolket det som humor, andre som ironi. For å gi riktig omsorg til pasienten, tror jeg at sykepleieren bør snakke med pasienten og finne ut hvordan han virkelig har det. Om dette er humor, betyr det kanskje at pasienten tar lett på infeksjonen eller isoleringstiltaket. Om det er ironi, er kanskje pasienten bitter og han trenger muligens mer støtte.

Jeg hørte om andre eksempler, der pasienter kviet seg for å be om en kopp fordi, sterilisering av utstyr gav merarbeid for sykepleieren. En pasient jeg jobbet med, var veldig lei seg fordi ”det var så mye arbeid med ham”. Det gjorde inntrykk på ham at personalet og familie måtte ha gule frakker og hansker, samt at sårskiftet tok lang tid. I slike situasjoner, mener jeg at vi kan anvende Kari Martinsens filosofi: I visse perioder av livet trenger en mer hjelp og omsorg enn i andre perioder. Jeg tror at selv om det kan være slitsomt å håndtere smittetiltakene, bør personalet fortelle pasienten at de synes det er fint at de kan være til hjelp.

Det er i det hele tatt mye en kan si når en forstår hva som er vanskelig for pasienten. Det er da veldig uheldig at de har blitt smittet, og pasienten bør ikke ha skyldfølelser. Noen sår kan virke truende på grunn av utseende, lukten og på grunn av tidligere dårlig erfaring. Det er ikke alltid en klarer å roe ned pasienten, men sykepleieren bør tilby seg selv som samtalepartner.

## 7.2 Dekke med bandasje eller isolering?

Sykepleieren skal bruke sin faglige kunnskap slik at pasienten får det best mulig. Når det gjelder en pasienten som er smittsom kan ikke sykepleieren unnlate å tenke på de andre pasientene som kan bli smittet. I følge Martinsen vil dette være umoralsk. Sykepleieren må derfor beskytte seg selv.

Kunnskap om smitte og smittevei er nødvendige for at sykepleieren skal ta en beslutning om hvordan hun skal håndtere en situasjon, og hvordan hun skal gi omsorg til pasienten. Denne kunnskapen er noe av det første sykepleieren lærer i utdanningen. Sykepleieren har ansvar for å formidle denne kunnskapen videre til sine kolleger og pasienter, slik at smitten lettere kan unngås. Min personlige erfaring er at sykehjemspersonalet er godt informert om hvordan smitte foregår, men at tiltakene kan være forvirrende, spesielt når det gjelder bestemmelser om hvem som bør isoleres og hvem som får bevege seg fritt. Det virket også som det var slik på de to sykehjem jeg har besøkt. Smittevern utstyr var vanlig å bruke når det var påvist smitte, og noen ganger allerede før svaret på prøvene forelå.

På den ene siden er sykepleieren avhengig av infeksjons kontrollprogrammet (IKP) som er utarbeidet i hennes kommune for å gi omsorg. I den kommunen jeg besøkte var programmet kjøpt fra helseregionen. IKP var derfor tilpasset sykehusene som hørte til regionen. I denne stod det at pasienter med gule stafylokokker måtte isoleres.

Veilederen om bruk av isolering motsier hygienespesialistene (Andersen og Stordalen) når det gjelder bruk av isolat. Pasienten behøver ikke isolering når såret kan tildekkes slik at sekresjon er under kontroll. Jeg tror at de som har skrevet veilederen har den nødvendige kunnskaper om smitte, men at de, av etiske eller praktiske grunner, ikke kan anbefale kommunene å isolere mange pasienter. Det er klart at sårvæske er spesielt smittefarlig, men bakteriene finnes tross alt allerede i miljøet. Det blir derfor slik at man begrenser muligheten til å smitte, men man kan aldri unngå det helt.

Det har selvfølgelig mye å si for pasienten om han blir isolert eller ikke. Selv om noen er vant til å være inn på sitt eget rom, forbinder mange isolering med noe negativt. Det

kan sammenlignes med en straff for noe man ikke ha gjort. I praksis kan det være det også, fordi nosokomiale infeksjoner kan være påført av personalet.

Det står i veilederen om vern av smittsomme sykdommer at pasienten bør isoleres ved ukontrollerbar sekresjon. Jeg finner det underlig at det i loven står at legen kan gjøre et isoleringsvedtak for 7 dager av gangen på sykehus, mens det ikke står noen ting om sykehjem. Min tolkning er at tvungen isolering ikke kan være lovlig på sykehjem, og at isoleringen bør derfor skje frivillig.

Det står i teorien at det tar en til to dager fra pasienten har påbegynt en effektiv antibiotikakur til han er smittefrismittefri, men det tar lengre tid å påvise om at kuren er effektiv. Isoleringen vil da foregå fra dagen infeksjonen/kolonisasjonen blir oppdaget. Det vil bli sendt en sårprøve til et laboratorium, og man må vente på svar på hvilken bakterie som forårsaker infeksjonen. Noen leger starter antibiotikabehandling da, andre venter til at det foreligger en resistensbestemmelse. Isoleringen kan derfor bli langvarig. Det sier seg selv at sårprøven må tas så tidlig som mulig. Nyere og rene sår må observeres, og sårprøve må tas så snart såret ser mistenkelig ut.

Imidlertid var det ikke slik at alle pasienter med smittsomme sår ble isolert, på de sykehjemmene jeg har besøkt. De fulgte anbefalingene fra veilederen. Jeg fikk inntrykk at det skulle mye til for at sårvæske kom utenfor bandasjen. Det er også min erfaring. Jeg tror at med tanke på å unngå isolering, bør man prøve seg fram med flere lag med bandasjer hvis sekresjonen siver lett.

### 7.3 Omsorg til personer med demens

På sykehjem har åtte av ti beboere demens, men bare 55% av disse har fått en demensdiagnose (Selbæk 2008) Dette kan på en side være en fordel fordi de ofte ikke er skeptiske til tiltak som går på bruk av beskyttelsesutstyr. På en annen side er det en utfordring for sykepleieren å gi dem god informasjon, fordi pasienten ikke alltid forstår hva som foregår. Selv om såret er godt bandasjert kan pasienten fjerne bandasjen. Mange demente pasienter har dårlig hukommelse og det kan bli vanskelig for dem å overholde isolering. I slike tilfeller kommer sykepleieren i et dilemma som kan være vanskelig å løse. Å holde en pasient i et rom når han ikke forstår hvorfor han skal bli

der kan oppleves som et overgrep. Når det er slik, bør man kanskje sørge for at såret blir godt pakket inn, at man sjekker bandasjen ofte og at pasientens hender blir desinfisert om han kommer borti bandasjen.

På avdelingen jeg jobber på hørte jeg fra gangen en pasient skrike ”jeg har ikke gjort noe galt!” Da jeg gikk inn for å snakke med han, fortalte han meg at han ikke fikk gå ut av rommet fordi han hadde farlige bakterier. Han sa videre at dette ”var verre enn et mareritt”. Pasienten var dement og informasjonen han hadde fått, ble noe misforstått. Det hjalp veldig at jeg gikk inn på rommet og tok en rolig prat med ham. Han godtok at han måtte bli i rommet. Jeg sørget for å komme tilbake regelmessig slik at han fikk litt selskap.

### 7.4 Samarbeid med pårørende

Sykepleieren bør informere pårørende uansett mengde av sekresjon og uansett om pasienten er isolert eller ikke. De bør spesielt få opplysninger om de trenger beskyttelsesutstyr eller om det er områdene de ikke bør ta på. Sengen og nattbordet er ofte slike områder. De bør blir bedt om å sprite seg på hendene før de forlater rommet. I tillegg vet de ofte om pasienten får besøk av andre, og de kan formidle beskjed videre om de ønsker det. Som regel får ikke pasienten mye besøk. Smitte kan være skremmende for pasientens familie, og sykepleieren må ikke forsterke de pårørendes redsel for å bli smittet. Indirekte er dette god sykepleie, fordi pasienten ofte trenger omsorgen fra sine kjære.

Når pasienten er isolert er det enda viktigere at besøket ikke uteblir. Dagene er lange, pasienten kan være alene flere timer av gangen. Sykepleieren kan ta kontakt med pårørende for å be dem om å planlegge visittiden, slik at pasienten får besøk oftere. (Almås, 2007,s. 1102) Kanskje kan de alliere seg med venner, eller kan de komme på besøk hver for seg istedenfor å komme i grupper.

### 7.5 Samarbeid blant personalet

Det kan oppstå frustrasjon blant personalet når det er forvirring om tiltak. For noen år sida, var jeg vitne til at en pasient ble gitt plastservise på felles stua, mens de andre pasientene brukte vanlig utstyr. Det hadde selvsagt ingen effekt mot smitte, og jeg fant det veldig stigmatiserende for pasienten. Jeg tror praksisen var en misforståelse fordi isolerte pasienter gjerne får plastservice på rommet, for at personalet skal slippe en del arbeid med koking av servise. Det var en sykepleier som hadde skrevet tiltaket. Sykepleieren hadde sluttet og det gikk noen måneder mellom utbruddene av gule stafylokokker i sår. Tiltaket fikk leve sitt eget liv. Det ble mange diskusjoner før det endelig ble slutt på det.

Det er sykepleierne som har ansvaret for å veilede personalet. Det er viktig at de skal være samstemt, noe annet virker useriøst. Jeg har opplevd situasjoner hvor sykepleiere var uenige om isolering. Det var frustrerende for alle at tiltaket ble forandret flere ganger.  I de sykehjemmene jeg har besøkt, har de en hygienekontakt i hver avdeling. Det kan være veldig greit om det lages klare regler om hvem som bør isoleres.

På en annen siden, må sykepleieren kunne utøve skjønn og pasienten kan motsette seg isolering. Personer med demens husker ikke alltid at man har bedt dem om å være inne i rommet. Jeg vet om en pasient med et tørt sår med gule stafylokokker som ble isolert. Før smitten ble påvist hadde pasienten fjernet bandasjen og klødd såret til blods. Sykepleieren mente at pasienten hadde mye smitte i neglene og det var observert at han hadde tatt på mye inventar på rommet sitt.. Det var under en høytid og uheldigvis var ikke renholdspersonalet tilstedet for å vaske ut rommet. På grunn av dette ble pasienten ble isolert i fire dager ekstra.  Man kan synes konsekvensen ble urettferdig for pasienten, men sykepleieren hadde en faglig logisk begrunnelse.

Det er mange forhold å sette seg i når det gjelder smitteforebygging, og det er vanskelig å tenke på alle detaljene. Vi mennesker prioriterer forskjellig, noe kan føles viktigst for en, men ikke for en annen. Det tror jeg er årsaken til at tiltak blir tatt ut av sammenhengen og man opplever uhensiktsmessige tilnærminger. Når sykepleieren skal formidle kunnskap om smitteforebygging, tror jeg det må gjøres på en pedagogisk riktig måte. Alt kan ikke læres på en gang, og man må lage seg en plan. Det er ofte gjennomtrekk av personalet på sykehjemmene og det er derfor også nødvendig å gjenta

informasjonen med jevne mellomrom. Ikke minst må sykepleier gi anerkjennelse til sine medarbeidere for det de gjør bra. De er for eksempel mye flinkere med håndvask eller hånddesinfisering enn for noen år siden.

### 7.6 Bruk av skilt på dørene

Loven tillater bruken av skilt for å informere personalet, pårørende og pasienter slik at de unngår smitten. Det gis unntak fra taushetsplikten. Jeg har snakket med sykepleiere fra to sykehjem og de hadde forskjellig praksis. På det ene, brukte de skilt men ikke på det andre. Det var bevisste avgjørelser. På det ene sykehjemmet fulgte de veilederen. På det andre mente de at det kunne utløse unødvendig frykt, det var jo gule stafylokokker overalt i miljøet. Det var sjeldent det var pasienter med smittsomme sår på avdelingene, og sykepleierne mente at det viste at tiltakene de gjorde var bra nok. Jeg tror at Kari Martinsen ville kalle det en unnlatelsessynd, hvis man lot være å sette på skilt. Det er viktig at personalet og besøkende vet at de kommer inn i et rom med smitte slik at de kan unngå å bli smittet selv, eller bringe smitten videre til andre. Jeg tror imidlertid ikke at et stort gult skilt med ”kontaktsmitte” eller en skummel smittetegning er løsningen. Kanskje kan skiltet føles stigmatiserende for noen pasienter, det vil si at de kan føle seg merket som smittefarlige. Jeg har sett at det er blitt limt gule lapper klippet som trekant på pasientens dør. Disse ser ut som fareskilt. Meningen med skiltene skal være å gi informasjon og ikke skremme folk.

Pasienter som ikke skal inn på rommet har ikke behov for å vite noe om smitten. På sykehuset brukes skilt med fargekoder. Kontaktsmitteskiltet er oransje. Jeg kan se for meg at et lite skilt med fargekode, men uten skrift blir satt på døren slik at personalet blir oppmerksomt på smitten før de går inn.

Når det er spørsmål om isolering må nok et skilt med ” vennligst, henvend deg til vaktrommet før du går inn” henges på døren. Her skal pasienten være på rommet og behøver ikke å se på skiltet selv, men sykepleier bør snakke med pasienten, informere ham og prøve å fange opp om han har problemer med dette.

### 7.7 Autonomi prinsippet.

Når såret er infisert med smittsomme bakterier, er det ønskelig at pasienten blir frisk slik at han ikke blir mer avhengig av hjelp enn det han allerede er. De som kun får et ekstra sårstell får sin autonomi redusert noe. Etter at stellet er unnagjort, kan de som regel leve som før. For den som må isoleres er det et tilbakeskritt når det gjelder autonomien. Pasienten er overlat til seg selv på et rom og det er ikke et ønske at de skal utøve egenomsorg på samme måte som før. I følge Kari Martinsen skal sykepleieren vurdere hver enkelt situasjon og kan hjelpe pasienter mer enn han trenger når det er nødvendig. Det er selvsagt meningen at isolering er midlertidig. Konsekvensene av isolasjon kan være reduksjon av kognitive evner. Uansett om sykepleieren bruker autonomi prinsippet eller om hun følger Martinsens filosofi må hun sørge for å gi pasienten stimuleringen han trenger under isolasjon. På denne måten prøver hun å unngå at hans funksjonsnivå blir redusert, og pasienten blir igjen autonom. Det å ikke gjøre noe ville være en unnlatelsessynd ville Martinsen si, og vil derfor være immoralsk.

### 7.8 Etiske prinsipper

De avgjørelsene som blir tatt når det gjelder smitteforebygging og omsorg til den smittsomme pasienten skal følge våre etiske normer. Det som er riktig og bra for pasienten, er først å fremst at sykepleieren setter i gang tiltak som gjør pasient frisk og ikke farlig for andre pasienter. Jeg har vist at påkjenningene kan være tunge for pasienten. Det er derfor ikke bra nok om sykepleieren stopper der. Hun må strekke seg til for at pasienten skal oppleve at tiltakene er riktige og at han blir møtt med respekt. Respekt får han ved å bli informert på en forståelig måte, og ved at sykepleieren erkjenner at han har det vanskelig. Ved å beklage at hun må gjennomføre de smitteforebyggende tiltak, vil sykepleieren viser en grad av underkastelse som oppfattes som respekt av pasienten. Sykepleieren tar også hensyn til pasienten ved å samarbeide for å finne løsninger som gjør en isolasjon lettere å tåle. Goffman fant ut at fysisk kontakt og berøring var tegn på respekt. Når pasienten har et smittsomt sår er det naturlig at personalet er forsiktig med å ta på pasienten. På rommet bruker personalet hansker og det kan føles ubehagelig å bli tatt på. Likevel, om pasienten ikke

viser motstand til det, bør pleiepersonalet ikke være redd for et håndtrykk eller en klapp på skulderen. Det kan være en trøst for pasienten i en tid han føler seg som en fare for sine omgivelser. Å bli tatt på viser han at personalet bryr seg om ham.

Selv om sykepleierfokuset skal være på pasienten, skal hensynet til de andre pasienter og alle de som kan komme i kontakt med smitte tas. Jeg har observert at hovedfokuset er vanligvis på smittefaren, og det gjør det lettere å glemme den smittede pasientens behov. Jeg tviler på at smitteforebygging blir glemt om man er nøyere med omsorgen til den pasienten med smittsomme sår.

### 7.9 Bruk av makt

Når pasienten har smittsomme sår, blir dagene annerledes. Han må han ha medikamentell behandling, sår stell, kanskje må han vente lenge på sykepleieren fordi han blir stelt sist. Det er ikke unaturlig at pasienten kan føle avmakt og bli passiv. En sykepleier som jeg har snakket med, fortalte om en mann som sluttet å stelle seg selv, fordi han ville kle på seg etter såret var stelt. Jeg hørte ikke om noe ble gjort i forhold til det, men jeg tror at god kommunikasjon og avtaler ville gjøre at pasienten fortsatt fikk beholde sin autonomi i stell og påkledning.

Om det blir bestemt at han blir isolert kan pasienten oppleve det som tvang. I og med det ikke er noen paragraf i smittevernloven som gir lov til å bruke tvungen isolering på sykehjem, bør sykepleieren være nøye med hva hun sier til pasienten. Det er faktisk slik at han ”bør” holde rommet men han ”må” ikke.

Sykepleiere kan ikke beordre tvungen isolering på sykehus, det er en lege oppgave. Jeg synes at sykepleiere på sykehjem ville ta en sjanse om de isolerer pasienter mot deres vilje. Dette bør klargjøres med sykehjemslegene og ledelsen, slik at alles rettsikkerhet bli ivaretatt.

Det er sykepleieren har god kunnskap om hvordan en best skal forebygge sår og unngå at andre blir smittet. Kari Martinsen er tilhenger av en mild form for paternalisme. I denne sammenhengen er kommunikasjon og gjensidig tillit viktig. Pasienten må forstå

hvorfor han må tilpasse seg tiltakene. De sykepleiere som jeg har snakket med, sa det ikke var et stort problem. Pasientene forstod at de måtte bli inni rommet. De pasientene som virkelig trengte å være isolert var ofte pasienter med store sår på setet, som allerede var sengeliggende.

Hvis det er slik at pasienten blir isolert, og får kun besøk av personalet ved måltidene eller stell, kan det bli veldig ensomt. Sykepleieren skal passe på at pasientens livskvalitet ikke forringes unødvendig. Det må være noe hun kan gjøre for pasientens situasjons bedre. Hun må samarbeide med ham.

## 8.0 Konklusjon

Å gi riktig omsorg til sykehjemspasienter med smittsomme sår, krever faglig kunnskap og samarbeidsevne. Arbeidsplassen må legge forholdene til rette, ved å ha et lett anvendbar infeksjonskontrollprogram og det nødvendige smittevernutstyret.

God sykepleie handler først og fremst om at sykepleieren setter den smittsomme pasienten i fokus. For å klare dette må hun ha et menneskesyn der solidaritet til den omsorgstrengende pasienten ligger i bunn. God sykepleie skal virke som en motvekt til det ubehagelige som smitten har gitt ham, både fysisk og psykisk. Det kan handle om fysisk trening for en isolert pasient eller samtaler om han er deprimert. Den måten pasienten føler han blir møtt på kan også ha konsekvenser på hans rekonvalesens. Kvaliteten i arbeidet kan også bedømmes ut fra kvaliteten av kontakten mellom sykepleieren, og pasienten og pårørende. Informasjon må de få, men de må føle at de blir møt med respekt, ved at sykepleieren lyter på det de har å si.

Det er nødvendig med smittevern for å beskytte andre pasienter, pårørende og personalet. Kommunen må følge loven og det skal utarbeides et infeksjonskontrollprogram. Det hender at man må ty til isolering av pasienten.

Isolasjon forbindes med straff i vårt samfunn. Det har mange negative konsekvenser for pasientens helse og bør ikke brukes om man kan unngå det. Det trengs derfor gode faglige begrunnelser for dette, og samarbeid med pasienten slik at han går med på tiltaket. Tvungen isolering, slik jeg forstår det, er kun lovlig på sykehus.

Sykepleieren er ikke alene om omsorgen til pasienten. Hun har mange kolleger som hun skal samarbeide med, og er helt avhengig av dem. Det er sykepleierens oppgave å sørge for opplæringen blir gitt slik at pasienten får en bedre hverdag.

## 9.0 Etterord

Jeg har skrevet om et tema som jeg interesserer meg veldig for. Jeg håpet å lære mer om smitte og omsorg til de smittede pasienter og det har jeg gjort. Det er blitt klarere for meg hva som er riktig å gjøre når pasienten mistenkes for smittsomme sår.

Mens jeg jobbet med dette, har lært mye om kvalitet i arbeidet. Det var godt å få en bekreftelse at det var riktig å ha omsorgen for hele pasienten i tankene, istedenfor å ha fokus på hvor farlig smitten var. Jeg synes jeg har fått gode argumenter for et menneskesyn der solidaritet og barmhjertighet er ingrediensene.

Denne oppgaven er begrenset til pasienter med kontaktsmitte i sår, men jeg mener at grunnholdningen til pasienten er det som er utgangspunktet på hvordan all tiltak skal planlegges og settes i gang.

Jeg forandret oppgaven min underveis, fra en empirisk orientert oppgave til en litteraturstudie. Det gjorde jeg ikke letthjertet. Jeg hadde jobbet mye med teori om kvalitativ forskningsintervju og foretatt intervju av 4 sykepleiere. De hadde brukt noe av deres dyrebare tid og jeg har hatt et lojalitetsproblem.

Når jeg ser tilbake på dette, synes jeg at jeg lærte mye av det de hadde fortalt meg. Da jeg omgjorde oppgaven til en litteraturstudie, tvang det meg å se problemstillingen fra andre vinkler. Jeg måtte finne mer litteratur på stimulering og kvalitetsarbeid.

Da jeg startet med intervju hadde jeg fokus på forskningsteorier. Jeg kunne en del om smitte og tiltak i forhold til det, men om lite andre ting som lovverket og sosialdeprivasjon. Dette var en ulempe. Jeg kunne ha brukt en strukturert intervjuform og stilt flere spørsmål, men jeg ville antagelig ikke fått nok svar heller. De omsorgstiltak litteraturen beskrev var, så vidt jeg vet, ikke brukt på sykehjemmene jeg har besøkt.

Jeg har valg å jobbe alene fordi dette var et tema jeg hadde tenkt på i flere år og jeg viste ikke om noen i klassa som hadde samme interesse. Jeg har kun snakket med min veileder om oppgaven. Jeg angrer ikke på mitt valg, men ser at jeg ble ensporet. Med hjelp av en annen student, hadde jeg kanskje valgt riktig framgangsmåte med en gang. Hvis jeg skulle jobbe på et prosjekt senere, ville jeg måtte samarbeide med andre. Jeg tror ikke det blir vanskelig. I et prosjekt må deltakere jobbe mot et klart mål som er bestemt av en arbeidsgiver. Jeg tror at det gjør det lettere for å samarbeide.

Om jeg tenker på en framtidig studie, så ønsker jeg å vite hvor ofte tvungen isolering foregår på sykehjem. Det kan nok gjelde flere sykdommer enn det jeg har snakket om her. Jeg ønsker å vite hvilke kriterier som ligger til grunn og hvordan informasjon blir gitt til pasientene.. Som jeg har nevnt flere ganger, har jeg ikke funnet noen hjemmel for dette. Selv om jeg har god tro på at sykepleiere gjør en god faglig jobb, er jeg redd for at pasientenes rettsikkerhet ikke alltid blir ivaretatt. Jeg synes også det burde undersøkes grundig hva slags tilbud isolerte sykehjemspasienter får, med tanke på sosialdeprivasjon og immobilitet.

# LITTERATURLISTE:

## Bøker og hefter:

Almås, Hallbjørg (2007): *Klinisk sykepleie I og II* . Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

*Andersen B.M: *Håndbok i hygiene og smittevern*(2006), sykehjem og helse institusjon, Oslo: Ullevål universitetssykehus

Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

*Houg, Tonje (1998): *Med Goffman på sykehjem*: en studie av pasienters verdighetsarbeid. Hovedfag i Sosiologi. Oslo: Universitet

*Knutstad Unni, Nielsen Birthe Kamp.(red) (2006): *Sykepleieboken 2*. del 4: Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning , Alvshaug,H. Oslo: Akribe

*Knutstad Unni (red) (2006): *Smitte*. Kap. 7: *Smittsomme sykdommer fra en medisinske synskvinkel*, Harthug S. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Kristoffersen N.J., Nortvedt F, og Skaug E, (red)(2005): *Grunnleggende sykepleie 1 og 4*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

*Martinsen, Kari (1993): *Fra Marx til Løgstrup*: Oslo, Tano

Stordalen, Jørn (2005): *Den usynlige fare*, 3.utgave. Bergen, fagbokforlaget

## Dokumenter i elektronisk form:

*Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005) URL: http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20050617-0610-001.html (01.05.10)

*Isoleringsveilederen**:** *Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner* (2004) URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1361:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:46300::1:5585:6:::0:0 (01.05.10)

Lov om pasientrettigheter (1999) URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettigh*&& (02.05.10)

*Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994) URL: http://www.lovdata.no/all/hl-19940805-055.html

Sykepleierforbundet*: Yrkesetiske retningsliner for sykepleiere*.(2007)URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf (01.05.10)

*Selbæk, Geir (2008): *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes –prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Sammendrag av prøveforelesning av doktorgradsprosjekt.

http://www.med.uio.no/disputaser/p-s/selbaek-geir.xml (03.05.10)