



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Sykepleie til smitteisolerte pasienter

Innleveringsdato: 05.06.2019

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10103

Antall ord: 7858

Sammendrag

Tittel: Sykepleie til smitteisolerte pasienter.

Hensikt: Undersøke om pasienter som smitteisoleres opplever at isoleringen går på bekostning av psykososiale behov, og belyse hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta disse behovene.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?

Metode: Litteraturstudie basert på syv forskningsartikler og annen relevant fag- og pensumlitteratur.

Resultat: Pasienter har både positive og negative assosiasjoner med smitteisolering, men de negative dominerer. De negative knyttes til opplevelsen av ensomhet, kjedsomhet, mangel på kontroll og følelsen av å være smittsom. Dette som følge av mangelfull og uforståelig informasjon, færre tilsyn, lite kontakt med personalet og generelt dårligere pleiekvalitet.

Konklusjon: Opplevelsen av å være smitteisolert er subjektiv, og sykepleien bør derfor tilpasses den enkelte. Sykepleier bør gi fullstendig og forståelig informasjon, være bevisst sine handlinger og kroppsspråk samt prioritere tid til denne pasientgruppa.

Nøkkelord: Smitteisolering, psykososiale behov, sykehus, sykepleier.

Forord

*«Det stumme rommet mangler hud.
Her er det kun øyne, tegnet inn over munnbind.
Granskende forsøker hun å risse inn smilet i sykepleierens blikk.
Vil så gjerne se, se ordene,
se omsorgen skrevet av munnens form og farge,
hun vil så gjerne se pusten hos det andre mennesket.»*

- Anne Kari Ramberg

(Hentet fra <https://sykepleien.no/reportasje/2018/06/smittefare>)

Innholdsfortegnelse

Tabeller	iv
1. Innledning	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2. Presentasjon av problemstillingen	5
1.3. Begrepsavklaring.....	5
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	5
1.5. Oppgavens kapitler	6
2. Metode.....	7
2.1. Litteraturstudie som metode.....	7
2.2. Søkeprosessen	7
2.3. Søketabell.....	8
2.4. Kildekritikk og valg av litteratur.....	9
2.4.1. Ethiske overveielser	10
3. Empiri.....	11
3.1. Artikkelmatriser.....	11
3.2. Sammenfattet empiri	18
3.2.1. Psykososiale reaksjoner	18
3.2.2. Informasjon	19
3.2.3. Kvaliteten på pleie og omsorg.....	19
4. Teori.....	21
4.1. Smitteisolering	21
4.1.1. Psykososiale dimensjoner ved isolering.....	21
4.2. Virginia Hendersons grunnprinsipper for sykepleie.....	22
4.3. Kommunikasjon.....	23
4.3.1. Formidling av informasjon	23
4.3.2. Nonverbal kommunikasjon	24
4.4. Sykepleiens kunnskapsgrunnlag.....	24
5. Diskusjon.....	25
5.1. Betydningen av informasjon	25
5.2. Betydningen av kvaliteten på pleie og omsorg	27
6. Konklusjon.....	30
Referanseramme.....	32

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt for å avgrense søket.....	8
Tabell 2 Søketablell som viser utførte søk og inkluderte artikler.....	8
Tabell 3 Artikkelmatrise for artikkel A.....	11
Tabell 4 Artikkelmatrise for artikkel B.....	12
Tabell 5 Artikkelmatrise for artikkel C.....	13
Tabell 6 Artikkelmatrise for artikkel D.	14
Tabell 7 Artikkelmatrise for artikkel E.....	15
Tabell 8 Artikkelmatrise for artikkel F.....	16
Tabell 9 Artikkelmatrise for artikkel G.	17

1. Innledning

I 2018 ble det rapportert om totalt 1967 smittsomme sykdomstilfeller i helseinstitusjoner, hovedsakelig forårsaket av norovirus, influensavirus, meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), og ESBL produserende *E. coli* (Folkehelseinstituttet, 2019). Som følge av dette må stadig flere pasienter smitteisolerers under sykehusoppholdet, og sykepleiere må oftere på med gule frakker, hansker og munnbind.

Under sykehusoppholdet er pasienten ofte i et nytt og ukjent miljø, og han kan oppleve at det kjente forholdet til sine vanlige støtteressurser – som familie, venner og annet nettverk – virker fjernere (Stubberud, 2017a). Når pasienten smitteisolerers under sykehusoppholdet, kan han oppleve dette som en psykisk belastning (Folkehelseinstituttet, 2004). Sykepleiere bør derfor ha fokus på pasientens psykososiale behov.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I praksis som sykepleiestudent har jeg møtt på flere pasienter som av ulike årsaker har vært smitteisolert under sykehusoppholdet. Jeg har vært vitne til hvordan sykepleieres ulike holdninger og kunnskapsnivå, har påvirket måten de møter disse pasientene på. Selv har jeg også fått kjenne på utfordringer som kan oppstå i utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppa, i forhold til det å følge retningslinjer for smittevern og samtidig ivareta pasientens verdighet og integritet. Disse erfaringene har vekket et ønske hos meg om å undersøke dette temaet nærmere. Basert på egne erfaringer og opplevelser har jeg en forestilling om at pasienter som smitteisolerers, ofte opplever at isoleringen går på bekostning av grunnleggende behov – særlig de psykososiale. Gjennom arbeidet med denne oppgaven ønsker jeg å undersøke om dette faktisk er tilfelle, og belyse hvordan behovene kan ivaretas av sykepleier. Jeg håper oppgaven kan bidra til å sette fokus på et viktig tema, som er aktuelt for sykepleiere i de aller fleste institusjoner.

1.2. Presentasjon av problemstillingen

Basert på temaet sykepleie til smitteisolerte pasienter har jeg utarbeidet følgende problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?*»

1.3. Begrepsavklaring

Psykososiale behov: Ifølge Stubberud (2017a) omhandler de psykososiale behovene menneskets psyke, altså det sjelelige eller mentale. De kan også beskrives som menneskets sjeleliv.

Smitteisolering: Smitteisolering innebærer isolering av en pasient med en smittsom infeksjon eller sykdom, etter et bestemt smitteregime. Formålet er å bryte smittekjeden og hindre videre smittespredning (Folkehelseinstituttet, 2004).

1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

I oppgaven velger jeg å fokusere på smitteisolerte pasienter over 18 år, innlagt på sengepost i en somatisk avdeling. Jeg velger å ikke fokusere på én bestemt sykdom eller infeksjon, da det er isoleringen i seg selv jeg ønsker å undersøke. Har imidlertid forståelse

for at en sykdoms eller infeksjons alvorlighetsgrad, kan påvirke pasientens opplevelse av det å være isolert. Er også klar over at det med de ulike smitteregimene følger ulike forholdsregler, og at dette også vil ha innvirkning på opplevelsen av isoleringen.

I oppgaven brukes hovedsakelig begrepet «sykepleier», men i enkelte tilfeller brukes også begrepet «helsepersonell» når sykepleier omtales. I tilfeller hvor det brukes pronomener om «sykepleier» og «pasient», omtales sykepleier som «hun» og pasient som «han».

1.5. Oppgavens kapitler

Denne oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 er oppgavens innledende kapittel, og her presenteres oppgavens tema og problemstilling. Avgrensninger som er gjort vil beskrives og problemstillingens sentrale begrep defineres. I kapittel 2 presenteres metoden. Her blir søkeprosessen gjort rede for og de aktuelle søkene fremstilles i en søketabell. De kritiske vurderinger og etiske overveielser som er gjort i utvelgelsen av litteratur vil også presenteres. Kapittel 3 omhandler oppgavens empiri. De åtte utvalgte forskningsartiklene blir først presentert i artikkelmatriser, før empirien sammenfattes i et eget underkapittel. I kapittel 4 presenteres oppgavens teoretiske grunnlag, herunder smitteisolering, Virginia Hendersons behovsteori, kommunikasjon og sykepleiers kunnskapsgrunnlag. I kapittel 5 vil ulike momenter drøftes for å gi svar på oppgavens problemstilling. Drøftinga tar utgangspunkt i presentert teori og forskning. Kapittel 6 er oppgavens konklusjon og her vil jeg oppsummere sentrale punkt som er blitt drøftet.

2. Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere metoden som danner grunnlaget for oppgaven. Jeg vil gjøre rede for litteraturstudie som metode, gi en konkret beskrivelse av søkeprosessen og fremstille søkene mine i en strukturert søketabell. De kritiske vurderinger som er gjort i selve søkeprosessen og utvelgelsen av litteratur, vil også presenteres. Hensikten er å beskrive metoden slik at andre kan følge samme oppskrift og komme frem til de samme resultater som det jeg har gjort i denne oppgaven.

2.1. Litteraturstudie som metode

Dalland (2012) beskriver metoden som fremgangsmåten som benyttes for å fremskaffe og etterprøve kunnskap. Det er altså et hjelpemiddel i innsamlingen av data som er nødvendig for å besvare en problemstilling. Videre påpeker Dalland (2012) at metodevalget baseres på hva en mener vil gi gode data og belyse problemstillingen på en relevant og interessant måte.

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at den baserer seg på allerede eksisterende kunnskap som er presentert i vitenskapelige artikler (Dalland, 2012; Støren, 2013). I en litteraturstudie blir kunnskap fra skriftlige kilder systematisert, som innebærer at den blir søkt, samlet inn, vurdert og sammenfattet (Dalland, 2012). Hensikten med litteraturstudien er å presentere kunnskap om temaet problemstillingen ønsker å belyse på en god og forståelig måte (Thidemann, 2015). Litteraturstudien beskrives i seks trinn. Først må en avgrenset og presis problemstilling formuleres. Deretter må selve litteratursøket forberedes, ved å definere inklusjon- og eksklusjonskriterier, operasjonalisere problemstillingen og velge relevante databaser. Når dette er gjort kan litteratursøket gjennomføres, og aktuelle artikler samles inn. Her påpeker Thidemann (2015) at litteratursøket skal dokumenteres i en søketabell. Videre skal kvaliteten på artiklene vurderes og artiklenes funn analyseres og tolkes. Tilslutt sammenfattes resultatene (Thidemann, 2015).

2.2. Søkeprosessen

Når tema var satt og første utkast av problemstilling utarbeidet, startet søkeprosessen for innhenting av relevant litteratur. Dette har vært en tidkrevende prosess som har foregått fra mars 2019 til mai 2019. For å holde oversikt over de ulike søkene som er gjort, har jeg fortløpende ført de inn i en søketabell. Denne blir presentert senere i kapittelet (se tabell 2).

Det ble utført strukturerte litteratursøk i databasene CINAHL, PubMed, EMBASE og SveMed+. Samtlige databaser inneholder artikler fra tidsskrifter innen sykepleie, medisin og helsefag. Ifølge Bjørk & Solhaug (2008) bør en starte med å gjøre brede søk, for så å snevre de inn. På denne måten minskes sannsynligheten for å utelukke relevant litteratur. Startet med å trekke ut sentrale begrep fra problemstillingen, og endte da opp med ordene «isolation», «infection control» og «psychosocial factors». De første søkene inkluderte kun nøkkelord, men for å heve kvaliteten på søkene valgte jeg å bruke både nøkkelord og emneord. Dette gjorde søkene mer presise. Søkeordene ble kombinert med «AND» og «OR». Søkene i SveMed+ ga ingen treff som omhandlet det aktuelle temaet, som trolig

skyldes at det er en relativt liten database (Helsebiblioteket, u.å.). I både CINAHL, PubMed og EMBASE ble det funnet flere sentrale artikler. I tabell 1 presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har anvendt for å filtrere ut artikler uten relevans for min oppgave:

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt for å avgrense søket.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> – Smitteisolerte pasienter. – Isolert i mer enn 24 timer. – Pasienter over 18 år. – Sengepost på sykehus. – Fagfellevurderte artikler. – Publisert etter 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> – Andre språk enn norsk og engelsk. – Smitteisolering i sykehjem.

Etter å ha lest flere sammendrag, plukket jeg ut tilsammen 21 artikler som jeg ønsket å lese fullstendig. Tilslutt endte jeg opp med syv artikler som ble inkludert i oppgaven.

2.3. Søketablell

Tabell 2 viser søkene som er gjort for å finne artiklene som utgjør oppgavens empiri. Tabellen viser databasen som er benyttet, dato for søket og søkeord som er brukt. Antall treff og eventuelle avgrensninger som er gjort presenteres også. I nederste del av tabellen er artiklene presentert med full tittel.

Tabell 2 Søketablell som viser utførte søk og inkluderte artikler.

Database	Dato	Søk	Søkeord Emneord = MH Nøkkelord = ""	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	28.03.2019	S1	«Infection control»		77 294	
		S2	«Source isolation»		107	
		S3	S1 AND S2		21	1 (A)
	01.04.2019	S1	«Patient isolation»		3 600	
		S2	«Cross infection»		23 964	
		S3	«Prevention and control»		509 677	
		S4	«Psychosocial factors»		378 731	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2010-2019	13	2 (B, C)
	05.04.2019	S1	MH Cross Infection+		30 529	
		S2	MH Patient Isolation+		2 231	
		S3	«Attitudes»		278 637	
		S4	S1 AND S2 AND S3	2009-2019	16	2 (D)
	05.04.2019	S1	MH Patient Satisfaction		83 112	
		S2	«Contact precautions»		16 557	
		S3	S1 AND S2		7	1 (E)
EMBASE	10.04.2019	S1	MH Patient satisfaction OR «Patient satisfaction»		134 924	
		S2	MH Patient isolation OR «Patient isolation»		850	
		S3	S1 AND S2		12	3 (F, G)

Inkluderte artikler:

- A. Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
- B. Effects of isolation on patients and staff.
- C. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalized patients.
- D. Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation.
- E. Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study.
- F. Patient isolation for infection control and patient experience
- G. Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital

2.4. Kildekritikk og valg av litteratur

Kildekritikk innebærer de metoder som benyttes for å vurdere og avgjøre om en kilde er sann (Dalland, 2012). Det handler om å vise de refleksjoner og overveielser en foretar i utvelgelsen av relevant litteratur, med tanke på relevans og kvalitet. Med kildens relevans menes den verdien kilden har i forhold til oppgavens problemstilling. Min problemstilling retter seg mot ivaretagelse av de psykososiale behovene hos pasienter som smitteisolereres, og artiklene jeg valgte å inkludere i oppgaven inneholdt elementer relatert til dette. En kildes kvalitet handler om dens gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012). Dette ble vurdert basert på vitenskapelig nivå, fagfelle vurdering, struktur og oppbygning, språk, alder og etisk forsvarlighet.

For å kvalitetssikre artiklene ble de aktuelle tidsskriftene søkt opp i NSDs (Norsk senter for forskningsdata, u.å.) register over vitenskapelige publiseringskanaler. Dersom tidsskriftet er godkjent av NSD, vil vitenskapelig nivå vurderes til enten 1 eller 2, der nivå 2 er mest anerkjent. Artiklenes vitenskapelige nivå presenteres i artikkelmatrisene senere i oppgaven (se tabell 3-9). Alle tidsskrifter som godkjennes av NSD må ha rutiner for ekstern fagfelle vurdering (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). På denne måten fikk jeg undersøkt om artiklene var fagfelle vurderte, noe som var et av mine inklusjonskriterier.

Mitt litteratursøk ga ingen funn i form av norske studier, som oppfylte mine inklusjonskriterier. Jeg har derfor utelukkende vært nødt til å bruke artikler fra andre land enn Norge. Samtlige artikler er imidlertid fra vestlige land, og jeg anser det som både mulig og aktuelt å trekke linjer til det norske helsevesen. Det er også viktig å påpeke at samtlige forskningsartikler inkludert i oppgaven er skrevet på engelsk. Det må derfor tas forbehold om at feiltolkning og misoppfatning av innholdet kan ha oppstått ved oversetting til norsk – til tross for bruk av ordbok.

Alle de inkluderte artiklene har såkalt IMRaD-struktur. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon, omtales av Dalland (2012) som den mest brukte oppbygningen av vitenskapelige artikler. Støren (2013) påpeker at en slik struktur bidrar til at forskningsresultater enkelt kan gjøres kjent for andre.

Litteraturen jeg har valgt å bruke er hovedsakelig artikler fra vitenskapelige tidsskrifter og fag- og pensumlitteratur. Dalland (2012) rangerer disse øverst i kildehierarkiet, men påpeker at hver enkelt kilde må vurderes for seg. For å sikre at jeg forholder meg til oppdatert kunnskap, har jeg valgt å utelukke alle forskningsartikler eldre enn ti år. Når det gjelder fag- og pensumlitteratur, har jeg tilstrebet å bruke nyeste utgave av bøkene.

2.4.1. Etiske overveielser

Det stilles formelle krav til etisk forsvarlighet i gjennomføring av forskningsprosjekter. Disse er regulert på et overordnet og internasjonalt nivå av Helsinkideklarasjonen (Bjørk & Solhaug, 2008). De nasjonale forskningsetiske komiteene utarbeidet i 2014 de generelle forskningsetiske retningslinjene. I retningslinjene påpekes det blant annet at forskningen skal ha høy faglig kvalitet, at personlig informasjon skal behandles konfidensielt, det skal foreligge frivillig informert samtykke, i tillegg til at god henvisningsetikk skal følges (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Fem av artiklene inkludert i oppgaven er godkjent av etisk komité, mens to av dem ikke opplyser om dette. Velger likevel å inkludere disse, da de oppfyller etiske krav i forhold til anonymisering og konfidensialitet, informert samtykke og god henvisningsetikk.

3. Empiri

Med empiri menes kunnskap som bygger på erfaringer, og den forteller oss hvordan noe er i virkeligheten (Dalland, 2012). I dette kapittelet presenteres de syv utvalgte forskningsartiklene som utgjør oppgavens empiri. Artiklene fremvises først i artikkelmatriser, med en kort beskrivelse av hensikt, metode og resultat. Under sammenfattet empiri vil jeg trekke ut og presentere de resultatene som er mest relevante for å drøfte min problemstilling.

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 3 Artikkelmatrise for artikkel A.

Artikkel A	
Tittel Land, år	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). Australia, 2010
Referanse	Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 28(2), 53-59.
Hensikt	Å undersøke pasienters erfaringer med å være smitteisolert for MRSA på sykehus.
Metode	<ul style="list-style-type: none">- Fortolkende fenomenologisk analyse med kvalitativ metode.- Semistrukturerte intervju.- 10 deltakere.- Alder: 46-78 år.- Isolert i 3-21 dager.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none">- Totalopplevelsen av isoleringen var negativ.- Mangel på sosial kontakt, redusert mellommenneskelig interaksjon og frykt for å smitte andre.- Pasientene verdsatte konkret og nøyaktig informasjon.- Helsepersonell må ha god kunnskap for å kunne gi fullstendig og forståelig informasjon.- Bruk av smittevernutstyr fikk pasientene til å føle seg skitten og smittsom.- Pasientene satt pris på privatlivet og stillheten som fulgte med å ligge på isolat.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none">- Studien undersøker psykososiale reaksjoner hos pasienter underlagt smitteisolering, og peker på psykososiale forhold som sykepleier bør rette oppmerksomheten mot.- Godkjent av etisk komité.- Vitenskapelig nivå 1, NSD.

Tabell 4 Artikkelmatrise for artikkel B.

Artikkel B	
Tittel Land, år	Effects of isolation on patient and staff. Spania, 2015
Referanse	Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M. J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C., & Rodriguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. <i>American Journal of Infection Control</i> , 43(4), 397-399. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.009
Hensikt	Identifisere potensielle negative effekter som kan assosieres med isolering.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Todelt kasus-kontrollstudie med kvalitativ og kvantitativ metode. - Sykehus med aktivt infeksjonskontrollprogram. - Isolert >5 dager. - 72 deltakere: 36 isolerte og 36 ikke-isolerte. - Godkjent sp3rreskjema brukt til 3 m3le pasientens grad av tilfredshet med pleie og omsorg. - HADS-A og -D (the Hospital Anxiety and Depression Scale) for 3 evaluere angst og depresjon. - Semistrukturerte intervju av 28 helsepersonell og 28 isolerte pasienter.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Klar sammenheng mellom isolering og depresjon. - Ingen klar sammenheng mellom isolering og angst. - Pasientene opplevde f3lelse av ensomhet, begrenset omr3de 3 bevege seg p3 og redsel for 3 smitte bes3kende. - Pasientene f3lte de fikk f3rre tilsyn fra pleierne. - Helsepersonell mente at isolerte pasienter ikke fikk lik pleiekvalitet som ikke-isolerte pasienter. - Sykepleierne f3lte p3 usikkerhet rundt de ulike smitteregimene og smitterisiko.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> - Tar for seg negative aspekter rundt det 3 v3re smitteisolert. - Studien tar hovedsakelig for seg pasientens perspektiv, men ser ogs3 p3 helsepersonellens erfaringer. - Godkjent av etisk komit3 - Vitenskapelig niv3 1, NSD.

Tabell 5 Artikkelmatrise for artikkel C.

Artikkel C	
Tittel Land, år	Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalized patients. Nederland, 2010
Referanse	Wassenberg, M. W. M., Severs, D., & Bonten, M. J. M. (2010). Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. <i>Journal of Hospital Infection</i> , 75(2), 124–127. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.01.023
Hensikt	Å Undersøke om pasienter under korttidsisolering opplever negative psykologiske reaksjoner som angst, depresjon og redusert livskvalitet.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> – Kohortstudie med kvantitativ metode. – 126 deltakere: 42 isolerte og 84 ikke-isolerte. – Alder: >18 år – Isolert på enerom. – Deltakerne evaluerte isoleringsregimet etter 24 og 48 timers isolering. – Evaluert ved hjelp av HADS-A og -D (Hospital Anxiety and Depression Scale), EQ VAS (Visual Analogue Scale of EQ-5D) og et selvutviklet spørreskjema.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> – De isolerte pasientene rapporterte at de opplevde isoleringen som positiv. – Majoriteten opplevde ikke at kvaliteten på omsorgen gitt av leger og sykepleiere ble negativt påvirket av isoleringen. – Av de isolerte pasientene rapporterte 95% at de var blitt informert om isoleringsregimet, og 47% av disse mottok også skriftlig informasjon. – Korttidsisolering fremkaller ikke negative psykologiske reaksjoner som angst, depresjon og redusert livskvalitet hos innlagte pasienter.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> – Brukes hovedsakelig for å sammenligne korttidsisolering og langtidsisolering. – Godkjent av etisk komité. – Vitenskapelig nivå 1, NSD.

Tabell 6 Artikkelmatrikse for artikkel D.

Artikkel D	
Tittel Land, år	Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. USA, 2016
Referanse	Chittick, P., Koppisetty, S., Lombardo, L., Vadhavana, A., Solanki, A., Cumming, K., ... Band, J. (2016). Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. <i>American Journal of Infection Control</i> , 44(6), 657–660. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.033
Hensikt	Vurdere pasienters og pårørendes forståelse av, og tilfredshet med kontaktsmitteisolering.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> – Prospektiv undersøkelse med kvantitativ metode. – Spørreskjema med 5-poengs Likert-skala. – 249 pasienter og 70 pårørende. – Alder: >18 år – Isolert >48 timer.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> – Mer enn 60% av respondentene mente de fikk tilstrekkelig informasjon om begrunnelsen for smitteisoleringen. – Over 90% hadde tro på at isoleringen forebygget smitte. – Mer enn 80% av pasientene rapporterte at de var glad for å være innlagt ved et sykehus som brukte kontaktsmitteisolering, og at de følte seg tryggere på grunn av det. – Mindre enn 20% av pasientene rapporterte om potensielt negative konsekvenser av isoleringen.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> – Det ble ikke skilt mellom pasienter isolert på enerom og pasienter under kohortisolering. – Godkjent av etisk komité. – Vitenskapelig nivå 1, NSD.

Tabell 7 Artikkelmatrikse for artikkel E.

Artikkel E	
Tittel Land, år	Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. USA, 2013
Referanse	Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencevich, E. N., Pineles, L., Harris, A. D., ... Morgan, D. J. (2013). Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study. <i>Infection Control & Hospital Epidemiology</i> , 34(10), 1087–1093. https://doi.org/10.1086/673143
Hensikt	Undersøke hvordan kontaktsmitteisolering påvirker pasientens tilfredshet og opplevelse av omsorgen de mottar under sykehusoppholdet.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> – Prospektiv kohortstudie med kvantitativ og kvalitativ metode. – Medisinske og kirurgiske avdelinger – 528 deltakere: 238 isolerte og 290 ikke-isolerte. – Standardiserte intervju med tre åpne spørsmål ved innleggelse samt innleggelsesdag 3, 7 og 14: <ol style="list-style-type: none"> 1) Opplever du at det har vært noen problemer med omsorgen du har mottatt under sykehusinnleggelsen? 2) Opplever du å ha tatt skade av, eller vært innlagt lengre enn nødvendig på grunn av problemer med omsorgen du har mottatt? 3) Tror du at noen har begått feil som har påvirket omsorgen du har mottatt under sykehusinnleggelsen? – Etter utskrivelse: standardiserte intervju og HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)-undersøkelse via telefon.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> – Dårlig organisering og manglende respekt for behov og ønsker. – Uklart om kvaliteten på pleie og omsorg faktisk er dårligere, eller om opplevelsen av å være isolert hadde negativ innvirkning på oppfatningen.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> – Ser på pasientenes oppfatning av den omsorgen de mottar under smitteisolering i sykehus. – Skiller ikke mellom pasienter isolert på enerom og pasienter under kohortisolering. – Studien har tatt høyde for kovariabler som kan påvirke resultatet (lengden på sykehusoppholdet, utdanning, komorbiditet) – Opplyser ikke om godkjenning av etisk komité. – Vitenskapelig nivå 1, NSD.

Tabell 8 Artikkelmatrikse for artikkel F.

Artikkel F	
Tittel Land, år	Patient isolation for infection control and patient experience. USA, 2019
Referanse	Siddiqui, Z. K., Conway, S. J., Abusamaan, M., Bertram, A., Berry, S. A., Allen, L., ... Brotman, D. J. (2019). Patient isolation for infection control and patient experience. <i>Infection Control & Hospital Epidemiology</i> , 40(2), 194–199. https://doi.org/10.1017/ice.2018.324
Hensikt	Undersøke om smitteisolering kan forverre pasientopplevelsen under sykehusoppholdet.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> – Kvantitativ metode. – Retrospektiv analyse av HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) undersøkelsesresultater over fem år. – Isolert >50% av sykehusoppholdet. – Gjennomsnittlig varighet på isoleringen: 7,5 dager. – 1784 isolerte, kontrollgruppe på 18816 ikke-isolerte.
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> – De isolerte pasientene rapporterte ikke om negative opplevelser med kommunikasjonen mellom dem og personalet. – Imidlertid opplevde de dårligere responstid fra personalet i forbindelse med tidsfølsomme behov som toalettbesøk. – Det ble ikke observert noen sammenheng mellom isolasjonslengden og pasientopplevelsen. Dette kan indikere at isolering påvirker pasientopplevelsen negativt uavhengig av tidsperspektivet, eller at den negative opplevelsen skyldes andre faktorer enn isoleringen i seg selv.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> – Ser på sammenhengen mellom smitteisolering og pasientopplevelsen under sykehusoppholdet. – Undersøkelsen er ikke rettet mot isolering spesifikt, men oppholdet generelt. – Studien har tatt høyde for kovariabler som kan påvirke resultatet. – Opplyser ikke om godkjenning av etisk komité. – Vitenskapelig nivå 1, NSD.

Tabell 9 Artikkelmatrise for artikkel G.

Artikkel G	
Tittel Land, år	Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. Frankrike, 2017
Referanse	Guilley-Lerondeau, B., Bourigault, C., Guille des Buttes, A.-C., Birgand, G., & Lepelletier, D. (2017). Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. <i>European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases</i> , 36(1), 75–80. https://doi.org/10.1007/s10096-016-2772-z
Hensikt	Vurdere hvordan smitteisolering påvirker pasienters tilfredshet og opplevelse av angst under sykehusoppholdet.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> – Prospektiv kohortstudie med kvantitativ metode. – Medisinske og kirurgiske avdelinger. – Alder: >18 år – 30 isolerte pasienter sammenlignes med kontrollgruppe på 60 pasienter. – Intervju med tre spørreskjemaer gjennomført tre dager etter isolering. <p>1) vurdere hvor fornøyde de var med informasjon de mottok. 2) vurdere hvor fornøyde de var med den daglige pleiehjelpen de mottok. 3) vurdere angstnivå ved hjelp av State-Anxiety scale av Spielberger.</p>
Resultat/diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> – Studien viste at smitteisolerte pasienter opplevde større misnøye med sykehusoppholdet enn andre pasienter. – Misnøyen ble relatert til tilgjengelighet, daglig hjelp og forholdet til helsepersonell. – Flere pasienter påpekte at isoleringen fremkalte en følelse av å være innesperret og opplevde en begrensning i egen selvbestemmelse. – Majoriteten av de smitteisolerte pasientene rapporterte at de ikke var tilfreds med kvaliteten på informasjonen de mottok vedrørende infeksjonsstatus og smitteregime. – Smitteisolerte pasienter scorete i gjennomsnitt betydelig høyere på opplevelsen av angst.
Relevans/ kommentar	<ul style="list-style-type: none"> – Viser at smitteisolerte pasienter er mindre fornøyde med innleggelsen i sykehus, og at de oppleve større grad av angst. – Studien viser også at smitteisolerte pasienter ikke er fornøyde med informasjonen de mottar angående egen situasjon. – Godkjent av etisk komité. – Vitenskapelig nivå 1, NSD.

3.2. Sammenfattet empiri

Denne litteraturstudien bygger på empiri fra syv forskningsartikler med relevans til oppgavens tematikk; sykepleie til smitteisolerte pasienter. Artiklene tar hovedsakelig for seg pasientens perspektiv, men flere artikler inkluderer også helsepersonellens erfaringer. Artiklene har ulike innfallsvinkler, men resultatene har flere fellestrekk. Fire av artiklene har kvantitativ metode, én artikkel har kvalitativ metode, mens to av artiklene har kombinert kvantitativ og kvalitativ metode. På bakgrunn av artiklenes funn har jeg valgt å dele sammenfatningen inn i underkategorier for å gjøre det mer oversiktlig. Jeg tar utgangspunkt i følgende tema: psykososiale reaksjoner, informasjon og kvaliteten på pleie og omsorg.

3.2.1. Psykososiale reaksjoner

Seks av studiene undersøkte pasientenes opplevelse og psykologiske reaksjoner ved smitteisolering (Barratt, Shaban, & Moyle, 2010; Chittick et al., 2016; Guilley-Lerondeau, Bourigault, Guille des Buttes, Birgand, & Lepelletier, 2017; Lupión-Mendoza, Antúnez-Domínguez, González-Fernández, Romero-Brioso, & Rodríguez-Bano, 2015; Mehrotra et al., 2013; Wassenberg, Severs, & Bonten, 2010). Ifølge Wassenberg et al. (2010) fremkaller ikke korttidsisolering i 24-48 timer negative reaksjoner som angst, depresjon og redusert livskvalitet hos innlagte pasienter. Sammenheng mellom isolering og angst ble heller ikke observert i studien til Lupión-Mendoza et al. (2015), men de fant tydelig sammenheng mellom isolering og depresjon. Studien til Guilley-Lerondeau et al. (2017) viste derimot signifikant høyere angstnivå hos smitteisolerte pasienter enn hos ikke-isolerte pasienter.

Pasientene i studien til Barratt et al. (2010) følte seg stigmatisert, og noen relaterte dette til helsepersonellens bruk av smittefrakk og hansker. At helsepersonell var ikledd smittefrakk og hansker før de kom inn på pasientrommet, bidro til at pasientene følte seg skitne, smittsomme og ensomme (Barratt et al., 2010; Mehrotra et al., 2013). På tross av dette rapporterte flere pasienter at de var positive til forholdsreglene som ble tatt for å forebygge smittespredning, da det økte følelsen av trygghet (Chittick et al., 2016; Wassenberg et al., 2010).

Flere pasienter synes det var godt å isoleres på enerom, og de satte pris på stillheten og privatlivet. De følte at tiden de fikk for seg selv gjorde det enklere å mestre situasjonen (Barratt et al., 2010; Lupión-Mendoza et al., 2015). Samtidig var det enkelte som følte seg ensom og heller ønsket en romkamerat, for da kunne de prate med andre pasienter og pårørende, og dele erfaringer (Lupión-Mendoza et al., 2015). Studien til Barratt et al. (2010) påpekte viktigheten av å kunne kommunisere med andre. Å ha tilgang på telefon bidro til at pasientene kunne opprettholde kontakten med familie og venner. Besøk fra familie og venner reduserte også følelsen av å være isolert (Barratt et al., 2010).

Flere pasienter opplevde begrensninger av å være isolert, og dette ble av flere relatert til det å måtte holde seg på rommet. Dette fremkalte en følelse av å være innesperret og isolert fra omverdenen, og de savnet å kunne forlate rommet fritt når de ønsket (Barratt et al., 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013). Pasientene følte også begrensning i egen selvbestemmelse og selvstendighet. Å være avhengig av helsepersonell hvis de var sultne, tørste eller ønsket å dusje, svekket følelsen av kontroll over eget liv (Barratt et al., 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017).

3.2.2. Informasjon

Fem av studiene undersøker i hvilken grad pasientene har mottatt informasjon om smitteregime og infeksjonsstatus (Barratt et al., 2010; Chittick et al., 2016; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Wassenberg et al., 2010). I studien til Guilley-Lerondeau et al. (2017) rapporterte pasientene at de ikke var fornøyde med kvaliteten på informasjonen de mottok om infeksjonsstatus og isoleringsregimet. Det viste seg at pasientene ikke alltid forsto hensikten med smitteverntiltakene, og på hvilken måte de gagnet dem. Forfatteren selv påpekte at skriftlig informasjon i form av brosjyrer kan bidra til at pasienten får større forståelse av situasjonen (Guilley-Lerondeau et al., 2017). Ifølge Barratt et al. (2010) uttrykte pasientene et ønske om å forstå sin egen situasjon. De verdsatte nøyaktig informasjon som bidro til økt kunnskap, og følte at dette lettet på engstelsen de i utgangspunktet følte på, og dermed hjalp de å takle situasjonen.

I studien til Lupión-Mendoza et al. (2015) rapporterte pasientene at de visste hvorfor de var isolert – de «var angrepet av noe», men de husket ikke navnet. De samme pasientene var også engstelige for å motta besøk, da de var redde for å smitte besøket. I samme studie ble også helsepersonell intervjuet – hovedsakelig sykepleiere. Sykepleierne hevdet at de kjente til tiltakene som måtte iverksettes når pasienter ble isolert. Likevel følte de på en usikkerhet til de enkelte smitteregimene, spesielt når det gjaldt smitterisiko og sjansen for å bli smittet selv. Usikkerhet og mangel på kunnskap hos sykepleierne påvirket pasientene, som følte seg mer bekymret og engstelig som følge av dette (Barratt et al., 2010).

I studiene til Wassenberg et al. (2010) og Chittick et al. (2016) var majoriteten av pasientene fornøyde med sykehusoppholdet. Bortimot samtlige pasienter i studien til Wassenberg et al. (2010) rapporterte at de hadde fått informasjon om smitteregimet, og halvparten av disse hadde også mottatt informasjonen skriftlig. Godt over halvparten av pasientene i studien til Chittick et al. (2016) mente de hadde fått god informasjon og tilstrekkelig forklaring av årsaken til isoleringen, og at de hadde tro på at tiltaket var smitteforebyggende.

3.2.3. Kvaliteten på pleie og omsorg

I fem av studiene kom det frem at pasientene underlagt isolering opplevde at kvaliteten på pleie og omsorg ble påvirket negativt av isoleringsregimet (Barratt et al., 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013; Siddiqui et al., 2019). I flere av studiene ble dette relatert til helsepersonellens tilgjengelighet (Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013; Siddiqui et al., 2019). I to av studiene var majoriteten av pasientene fornøyde med pleiekvaliteten de mottok, og følte ikke at den ble påvirket av isoleringsregimet (Chittick et al., 2016; Wassenberg et al., 2010).

I studien til Lupión-Mendoza et al. (2015) ble både helsepersonell og smitteisolerte pasienter intervjuet. Pasientene følte seg nedprioritert, og opplevde at de fikk færre tilsyn fra personalet. Dette ble også erkjent av helsepersonellet, som selv mente de ikke ga smitteisolerte pasienter samme pleiekvalitet som ikke-isolerte pasienter. Det kom frem at de tok seg selv i å kun gå inn på rommet til pasienten dersom det var høyst nødvendig, og at de ved noen anledninger henvendte seg til pårørende, istedenfor å gå inn på rommet og prate direkte med pasienten (Lupión-Mendoza et al., 2015). Dette ble begrunnet med at det tok tid å kle på seg smittevernutstyr.

Misnøyen med sykehusoppholdet ble også relatert til den daglige hjelpen pasientene mottok. De opplevde at det tok lang tid før rommene deres ble ryddet, og serveringsbrett med skitne kopper og fat ble fjernet (Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015). Det viste seg også at temperatur og blodtrykk ble målt sjeldnere hos isolerte pasienter enn hos ikke-isolerte pasienter (Lupión-Mendoza et al., 2015). I intervjuene til Mehrotra et al. (2013) kom det frem at pasientene opplevde manglende respekt for egne behov og ønsker. Pasienter opplevde også at ingen forsto hvorfor de var opprørt og engstelig, og at ingen hadde tid til eller brydde seg om å gi emosjonell støtte.

4. Teori

4.1. Smitteisolering

I situasjoner hvor det er mistanke om en smittsom infeksjon, er det nødvendig å iverksette tiltak som forhindrer spredning, slik at andre ikke utsettes for smitten (Akselsen, 2018). Dette er regulert av smittevernloven (1994) som har som formål å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer. Et slikt smitteforebyggende tiltak er i mange tilfeller isolering. Formålet med smitteisolering er hovedsakelig å blokkere smitteveier og hindre spredning av infeksjoner og smittsomme sykdommer. Det finnes flere former for isolering, og hvilken form som anvendes avhenger av typen smitte. Valg av isoleringsregime er det behandlende lege som har det overordnede ansvaret for, men ansvaret kan delegeres til for eksempel sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleier har god kunnskap om hvordan ulike sykdommer smitter, og hvilket smitteregime som er aktuelt (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2016). De forskjellige smitemåtene stiller ulike krav til isoleringsregimet, og bestemmer om det er kontakt-, dråpe- eller luftsmitteregime som skal iverksettes.

Kontaktsmitte kan smitte direkte fra smittebærer til smitemottaker eller indirekte via for eksempel gjenstander (Rygh et al., 2016). Kontaktsmitteregime er det isoleringsregimet som benyttes oftest i sykehus. Dette regimet innebærer bruk av smittefrakk og hansker, og eventuelt munnbind ved enkelte prosedyrer (Akselsen, 2018). Dråpesmitte innebærer at smittestoffet overføres med dråper som slynges ut ved blant annet hosting, nysing, snakking og oppkast (Rygh et al., 2016). Nødvendig beskyttelsesutstyr ved dråpesmitte er smittefrakk og hansker, i tillegg til kirurgisk munnbind ved pasientnære oppgaver (Akselsen, 2018). Ved luftsmitte spres smitten over store avstander i form av aerosoler eller støvpartikler. Luftsmitteregime forutsetter tilgang på luftsmitteisolat med egen sluse og undertrykksventilasjon. I tillegg kreves beskyttelsesutstyr som smittefrakk, hansker og åndedrettsvern (Akselsen, 2018).

Det skilles mellom isolater og andre isoleringsrom. Et isolat er et pasientrom med forgang, eget toalett, dusj og dekontaminator (Akselsen, 2018; Folkehelseinstituttet, 2004). Isolater ment for luftsmitteisolering har i tillegg egen sluse og undertrykksventilasjon. Det etterstrebes at alle pasienter som underlegges smitteisolering skal isoleres på isolat. I de tilfeller hvor det ikke er tilgjengelige isolater, kan enerom med eget toalett og dusj brukes som isoleringsrom (Akselsen, 2018).

4.1.1. Psykososiale dimensjoner ved isolering

Som pasient blir en avhengig av andre for å få dekt sine grunnleggende behov, og dette kan medføre svekkelse i opplevelsen av uavhengighet og kontroll (Blix & Breivik, 2006). Pasienter som smitteisoleres under sykehusoppholdet kan oppleve psykiske påkjenninger som følge av dette, og opplevelsen av uavhengighet og kontroll kan svekkes ytterligere. Å være isolert på enerom over lengre tid kan i seg selv oppleves som en stor psykisk belastning (Folkehelseinstituttet, 2004). Noen av de vanligste følelsene og reaksjonene hos smitteisolerte pasienter er angst, depresjon, ensomhet, stigmatisering, sinne, kjedsomhet og mangel på kontroll (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011).

Ensomhet er en subjektiv opplevelse som innebærer savn av sosial kontakt og fellesskap med andre (Helgesen, 2016). Ensomhetsopplevelsen har fire ulike dimensjoner: depresjon, utålmodig kjedsomhet, nedvurdering av selvet og desperasjon. Hvilke følelser som dominerer varierer med den enkeltes livssituasjon og med de tradisjonelle kjønnsrollemønstrene. Hos yngre personer er utålmodighet og kjedsomhet ofte mer fremtredende enn hos eldre (Blix & Breivik, 2006). Ensomhet og mangel på sosial støtte kan øke risikoen for utvikling av psykiske lidelser som angst og depresjon (Helgesen, 2016). Angst beskrives som en vag og ubehagelig emosjonell tilstand preget av mistro, bekymringer og kroppslige spenninger (Håkonsen, 2014). I angstpregede situasjoner kan pasienten oppleve forvirring, glemsomhet, svekket oppmerksomhet og konsentrasjonsvansker (Stubberud, 2017b). Depresjon betegnes som en emosjonell tilstand dominert av blant annet redusert stemningsleie, trettbarhet, skyldfølelse, og nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne (Håkonsen, 2014; Stubberud, 2017b). I tillegg kan depresjon føre til tap av interesse eller glede av lystbetonte aktiviteter, som gjør at pasienter ofte trekker seg bort fra familie og venner (Hummelvoll, 2012).

4.2. Virginia Hendersons grunnprinsipper for sykepleie

Virginia Henderson var den første sykepleieren som prøvde å beskrive sykepleierens særegne ansvars- og funksjonsområde i møte med pasienten (Kristoffersen, 2016c). Basert på dette formulerte hun sin definisjon av sykepleie. Her påpeker hun at sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe eller assistere individet, enten det er sykt eller friskt, til å utføre gjøremål som bidrar til god helse, helbredelse eller en fredfull død, som det ellers ville utført selvstendig om tilstrekkelig kunnskap, krefter og vilje hadde vært tilstede. I tillegg presiserer hun at det må gjøres på en slik måte at personens uavhengighet gjenvinnes så fort som mulig (Kirkevold, 1998).

Gjøremålene Henderson refererer til i sin definisjon, tar utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov. Disse har hun delt opp i 14 ulike punkter, som hun betegner som sykepleiens grunnleggende prinsipper (Kristoffersen, 2016c). Disse retter seg både mot fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale aspekter ved individet. Hun påpeker at ulike faktorer og forutsetninger hos en person – som alder, diagnose, kulturell bakgrunn, fysiske og psykiske krefter, vilje og motivasjon, vil påvirke de grunnleggende behovene og personens evne til å møte disse (Kirkevold, 1998). Hun understreker sterkt at helse er en individuell opplevelse, og at det er opp til pasienten å definere hva som oppleves som helse og velvære for han. Sykepleier bør derfor alltid ta utgangspunkt i den enkelte pasienten, og tilpasse gjøremål og tiltak etter hvordan pasienten opplever sine egne behov og manglende evne til å oppfylle dem (Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2016c).

I denne oppgaven velger jeg å ha fokus på tre av prinsippene, som retter seg mot pasientens psykososiale behov.

Å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre.

Ved sykdom kan mennesket oppleve at muligheten og evnen til å beskytte seg selv mot farer som rammer liv og helse reduseres. Uvitenhet kan påføre både syke og friske en unødig frykt for farer. Jo mer kunnskap sykepleier har om eksisterende farer og de farer mennesker tror kan eksistere, desto større er sannsynligheten for at sykepleier kan fjerne faremomentene og dermed mestre situasjonen (Henderson, 1997).

Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine egne behov og følelser.

Den lidelsen som pasienten opplever ved sykdom, kan ifølge Henderson (1997) skyldes at han er adskilt fra sine pårørende og venner, samt frykten for det nye og ukjente et sykehusopphold kan medføre. Det er derfor viktig at sykepleier viser forståelse overfor pasienten, slik at tilliten dem imellom styrkes. Dette åpner for at sykepleier kan hjelpe pasienten å mestre psykologiske farer ved sykdommen. Henderson (1997) påpeker også at ulike følelser kan komme til uttrykk ved fysiske forandringer som videre kan oppfattes av mennesker rundt oss (Henderson, 1997).

Å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler.

En stor del av menneskets hverdag innebærer ulike former for rekreasjon. Ifølge Henderson (1997) kan dette kan være å lese en bok, lytte til radio, se på tv, gå en tur eller være sammen med venner. Ved sykdom kan mennesket oppleve å bli fratatt denne frie muligheten til underholdning, avveksling og oppmuntring. I disse tilfeller er det viktig at sykepleier bidrar så godt hun kan til at pasienten får noe å glede seg over (Henderson, 1997).

4.3. Kommunikasjon

Gode kommunikasjonsferdigheter er essensielt i møte med pasienten. Slike ferdigheter bidrar til at helsepersonell kan gi bedre hjelp og støtte til pasienten, og stimulerer til utvikling på best mulig måte (Eide & Eide, 2016). Det finnes ulike former for kommunikasjon, men helt grunnleggende kan kommunikasjon defineres som utveksling av tegn og signaler mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2016). I denne oppgaven vil jeg ha fokus på formidling av informasjon og nonverbal kommunikasjon.

4.3.1. Formidling av informasjon

En viktig del av sykepleiers funksjonsområde er undervisning og veiledning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016). Under sykehusoppholdet har pasienten ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om ulike forhold (Faulkner, 1992; Granum, 2003, referert i Eide & Eide, 2106). Dette kan være sykdommen, prognosen, behandlingen, psykiske reaksjoner, praktiske forhold under oppholdet og lignende. Informasjon er nødvendig for at pasienten skal oppleve forutsigbarhet og få en viss kontroll over det som skjer (Stubberud, 2017b). Pasientens rett på informasjon og sykepleiers plikt til å gi informasjon reguleres henholdsvis av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) fremkommer det at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig, for å kunne få innsikt i sin helsetilstand og den helsehjelpen som gis. Informasjonen skal også være tilpasset de individuelle forutsetninger hos mottaker, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. I den grad det er mulig skal sykepleier forsikre seg om at pasienten har forstått både innholdet og betydningen av informasjonen som er gitt (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Hvordan informasjonen formidles er også av betydning. Ved formidling av praktisk informasjon bør sykepleier sørge for at informasjonen er fullstendig, forutsigbar og forståelig. Ved formidling av informasjon bør det brukes et dagligdags språk, korte setninger, og informasjonen bør gjentas flere ganger (Stubberud, 2017b). Det kan også være til fordel at pasienten mottar informasjonen skriftlig (Hoel et al., 2001, referert i Eide & Eide, 2016)

4.3.2. Nonverbal kommunikasjon

Tegn og signaler som brukes i kommunikasjonen kan være enten verbale eller nonverbale. Det verbale er det som blir sagt, mens det nonverbale er det som uttrykkes uten ord (Eide & Eide, 2016). Kanaler for nonverbale uttrykk er ansikt, blick, kropp, stemme, berøring, stillhet og tempo. Det nonverbale språket kan være kongruent eller inkongruent. Kongruens vil si at det er overenstemmeles mellom det verbale og det nonverbale, mens inkongruens betyr at det en sier ikke stemmer overens med det som uttrykkes uten ord. I et sykepleier-pasientforhold kan inkongruent kommunikasjon fra sykepleiers side, lett skape en følelse av utrygghet og mistillit hos pasienten. Dette kan svekke relasjonen. (Eide & Eide, 2016).

4.4. Sykepleiens kunnskapsgrunnlag

Det forventes at sykepleiere arbeider kunnskapsbasert, og at de beslutninger som tas i klinisk praksis har dette som utgangspunkt (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Kunnskapsbasert praksis innebærer å basere sin fagutøvelse på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Kristoffersen, 2016b). Forskningsbasert kunnskap fremstilles hovedsakelig i tidsskrifter, bøker og vitenskapelige rapporter, og er systematisk utviklet gjennom forskning. Forskningen kan rette seg mot erfaringer, opplevelser, effekten av ulike tiltak og lignende innenfor sykepleiefaget. Det er denne vitenskapelige kunnskapen som bidrar til utvikling i sykepleiefaget (Kristoffersen, 2016b). Erfaringsbasert kunnskap erverves gjennom yrkesutøvelsen som sykepleier, og kan knyttes til konkrete situasjoner. Denne kunnskapen er altså praksisnær, og utvikles gjennom systematisk og kritisk refleksjon rundt egne opplevelser og erfaringer som sykepleier. På denne måten utvikles den personlige kunnskapen og sykepleier får økt klinisk kompetanse. Med brukerkunnskap menes hensynet sykepleier må ta i forhold til pasientens verdier, ønsker og behov i en gitt situasjon (Kristoffersen, 2016b)

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte empiriens hovedfunn i lys av relevant teori, for å besvare oppgavens problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?*» For å belyse problemstillingen tar jeg utgangspunkt i temaene fra den sammenfattede empirien, som drøftes i to underkapitler - betydning av informasjon og betydning av kvaliteten på pleie og omsorg. De psykososiale reaksjonene vil trekkes inn i hvert underkapittel.

I drøftingen trekker jeg også inn Virginia Hendersons (1997) sykepleieteori, som tar utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov. Isolering av pasienter med smittsomme sykdommer, kan bidra til å dekke behovet som retter seg mot å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre. Samtidig kan dette gå på bekostning av behovet for kontakt med andre, og det å kunne gi uttrykk for egne behov og følelser samt behovet for underholdning og fritidssysler. At flere pasienter i de inkluderte studiene opplevde smitteisoleringen som negativ, kan muligens skyldes at disse grunnleggende behovene ikke er ivaretatt.

5.1. Betydningen av informasjon

Pasienter innlagt på sykehus har ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om ulike forhold relatert til sin individuelle situasjon (Faulkner, 1992; Granum, 2003, referert i Eide & Eide, 2016). Denne informasjonen har de også rett på etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), og det er ethvert helsepersonells plikt å sørge for at denne retten blir ivaretatt (helsepersonelloven, 1999, § 10). Likevel viser det seg at smitteisolerte pasienter opplever å få mangelfull og uforståelig informasjon om sin situasjon (Barratt et al., 2010; Chittick et al., 2016; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015).

Enkelte pasienter opplevde å ha fått informasjon, men skjønnte likevel ikke hensikten med isoleringstiltaket og på hvilken måte det gagnet dem (Guilley-Lerondeau et al., 2017). Dette kan tyde på at informasjonen enten var uforståelig eller mangelfull. At informasjonen er uforståelig for pasienten kan skyldes at den ikke er individualisert og tilpasset. Å ha gitt informasjon er nemlig ikke ensbetydende med at innholdet er mottatt og forstått (Kristoffersen, 2016d). Som sykepleier medfølger et ansvar om å sørge for at pasientens behov for kunnskap og forståelse blir møtt, i den grad det er nødvendig for at pasienten skal kunne mestre sin situasjon (Eide & Eide, 2016; Kristoffersen, 2016d). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) skal informasjonen som gis være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som kan være alder, modenhet, erfaring, og kultur- og språkbakgrunn. Dette støttes også av Henderson, som fremhever at enhver pasient har krav på individualisert og tilpasset pleie og omsorg (Kristoffersen, 2016c). Om sykepleier ikke tar slike hensyn ved formidling av informasjon, kan det fremkalle usikkerhet og mangel på kontroll hos pasienten (Barratt et al., 2011).

Henderson (1997) påpeker at sykepleier skal hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre. Videre hevder hun at uvitenhet kan påføre både syke og friske en unødig frykt for farer. Dette finner en støtte for i studien til Lupión-Mendoza et al. (2015), hvor sykepleierne følte på en viss usikkerhet rundt de enkelte smitteregimene. Denne usikkerheten rettet seg spesielt mot smitterisiko og sjansen for å

selv bli smittet. Dette kan vitne om at sykepleierne manglet kunnskap om infeksjoner, smitteåter og smittevern generelt. Det kan antas at denne kunnskapsmangelen hos sykepleierne hadde negativ innvirkning på deres evne til å informere pasientene på en god og hensiktsmessig måte, og at sykepleierens uvitenhet utsatte pasientene for unødig frykt. Denne antakelsen underbygges av studien til Barratt et al. (2010), hvor pasientene ga uttrykk for at usikkerhet og mangel på kunnskap hos sykepleierne, skapte bekymring og engstelse hos dem. Pasientene verdsatte konkret og nøyaktig informasjon som bidro til økt kunnskap om situasjonen de var i. Større innsikt i forhold som gjaldt sykdom, aktuelt smitteregime, isoleringens varighet og smitterisiko, lettet på følelsen av engstelse og gjorde det enklere å takle situasjonen under smitteisolerings (Barratt et al., 2010). Dette tyder altså på at fullstendig informasjon er viktig for å redusere negative psykologiske reaksjoner.

Angst og depresjon er vanlige reaksjoner hos pasienter som isoleres under sykehusoppholdet (Barratt et al., 2011). Dette ble også observert i studiene til Guilley-Lerondeau et al. (2017) og Lupi3n-Mendoza et al. (2015), som viste høyere nivå av henholdsvis angst og depresjon hos smitteisolerte pasienter. I disse studiene rapporterte flere pasienter at de ikke følte de fikk tilstrekkelig med informasjon, og andre rapporterte at de hadde fått informasjon, men hadde glemt deler av innholdet. Ifølge Kristoffersen (2016d) må pasientens behov for informasjon vurderes sammen med hans forutsetninger for å forstå. Stubberud (2017b) påpeker at pasienter som rammes av angst og depresjon, kan oppleve nedsatt hukommelse og redusert konsentrasjonsevne. Videre hevder han at pasienter preget av angst kan oppleve å ikke huske – eller bare huske bruddstykker – av den informasjonen som gis av helsepersonell. Dette er en mulig forklaring på hvorfor pasientene opplevde å ikke ha fått informasjon i tilstrekkelig grad. At psykiske reaksjoner, som angst og depresjon, påvirker pasientens evne til å oppfatte informasjonen som gis, viser at informasjonen bør gjentas for pasienten flere ganger.

I studien til Wassenberg et al. (2010) ble det ikke funnet noen sammenheng mellom korttidsisolering og negative psykologiske reaksjoner. Nesten samtlige pasienter rapporterte å ha mottatt informasjon om isoleringsregimet, og denne informasjonen ble for mange også mottatt skriftlig. Det kan tenkes at fraværet av negative psykologiske reaksjoner, skyldes isoleringens korte varighet på 24 og 48 timer. En annen mulig forklaring kan være at pasientene også mottok skriftlig informasjon. Dette kan en finne støtte for hos Hoel et al. (2001, referert i Eide & Eide, 2016), som påpeker at det ofte kan være fordelaktig for pasienten å motta informasjon i skriftlig form, da det bidrar til å at informasjonen blir mer fullstendig, forutsigbar og forståelig.

Til tross for god informasjon og forståelse for hensikten med isoleringstiltaket, viste det seg at isoleringen i seg selv fremkalte negative følelser hos pasientene (Barratt et al., 2010). Disse følelsene rettet seg mot de begrensningene som fulgte med å være isolert på enerom. Pasientene opplevde å være innesperret og de følte seg isolert fra omverdenen. Dette ble blant annet relatert til mindre sosialisering med andre (Barratt et al., 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupi3n-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013). Pasientene verdsatte kontakt og sosial samhandling med familie og venner. De følte dette bidro til å redusere følelsen av å være isolert samt eliminere noen av de negative psykologiske reaksjonene som isoleringen forårsaket. Dette støttes av Henderson (1997), som hevder at lidelsen som pasienter opplever ved sykdom, kan skyldes at de er adskilt fra sine pårørende og venner. Til tross for dette prøvde pasientene å begrense besøk og sosialisering, som følge av frykten for å smitte andre (Barratt et al., 2010; Lupi3n-Mendoza et al., 2015). I tillegg opplevde mange at familie og venner også trakk seg unna, og

unngikk å komme på besøk fordi de var redde for å bli smittet. Det kan tenkes at årsaken var at både pasient og pårørende hadde for lite kunnskap om aktuell infeksjonsstatus og risikoen for smitteoverføring, som følge av mangelfull eller uforståelig informasjon fra helsepersonell. Henderson (1997) påpeker at hun anser det som sykepleiers ansvar å hjelpe pasienten å dekke behovet for kontakt med andre. Mangel på informasjon fra sykepleier kan dermed bidra til at dette behovet ikke dekkes, og sykepleier har da ikke overholdt sitt ansvar. Sykepleier bør sørge for at både pasient og pårørende har fått riktig, tilstrekkelig og forståelig informasjon, slik at de vet om – og kan være trygge på – at de ved å følge eksisterende rutiner for smittevern unngår smitteoverføring.

5.2. Betydningen av kvaliteten på pleie og omsorg

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) skal alle pasienter ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Det viser seg likevel at mange smitteisolerte pasienter opplever at pleiekvaliteten de mottar under sykehusoppholdet, blir negativt påvirket av isoleringsregimet (Barratt et al., 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013; Siddiqui et al., 2019). Dette relateres blant annet til begrensninger pasienten opplever som følge av isoleringen, helsepersonellens håndtering av smittevernrutiner og helsepersonellens tilgjengelighet. Disse elementene bidrar til å fremkalle negative følelser og reaksjoner som angst, depresjon, ensomhet, stigmatisering, sinne, kjedsomhet og mangel på kontroll hos pasienten (Barratt et al., 2011).

Noe som gikk igjen i flere av studiene, var pasientenes opplevelse av helsepersonellens tilgjengelighet. Pasientene følte på at de ble nedprioritert, at de fikk færre tilsyn og at helsepersonell kun kom inn på rommet deres når det var noe spesielt som skulle gjøres. Når det gjaldt beskjeder opplevde de samme pasientene at helsepersonell ofte henvendte seg til pårørende, for å slippe å gå inn på rommet og snakke med pasienten selv (Lupión-Mendoza et al., 2015). Flere pasienter opplevde også at det tok lang tid før pleierne kom inn til dem når de ringte på (Siddiqui et al., 2019). Dette funnet ble også støttet av Mehrotra et al. (2013), hvor pasienter til og med opplevde å ikke få hjelp i det hele tatt når de ringte på. For pasienten kan dette oppleves stigmatiserende, og det kan tenkes at pasienten tolker det som at helsepersonell prøver å unngå dem på grunn av deres infeksjonsstatus. Er dette virkelig tilfellet, eller kan det tenkes at det skyldes andre forhold? I studien til Lupión-Mendoza et al. (2015) erkjente helsepersonell selv at de ikke utøvde lik pleie- og omsorgskvalitet til smitteisolerte og ikke-isolerte pasienter. Det viste seg derimot at dette skyldtes mangel på tid. Å kle på seg smittefrakk, hansker og munnbind var tidkrevende, og de endte derfor opp med å bare gå inn til pasienten i tilfeller hvor det var høyst nødvendig. På tross av at det for helsepersonell handler om tidsaspektet, viser dette at det fra pasientens perspektiv kan oppfattes på en helt annen måte. Overfor denne pasientgruppen er det derfor særlig viktig at sykepleier er bevisst sine handlinger, og hvordan de kan påvirke og oppfattes av pasienten.

Sykepleiere erfarer å ikke ha nok tid til smitteisolerte pasienter, og som følge av dette blir disse pasientene ofte overlatt til seg selv (van Vliet, 2003). Over tid kan dette fremkalle en følelse av ensomhet. Ensomhet er en subjektiv opplevelse med flere dimensjoner (Helgesen, 2016). For yngre personer kan ensomhetsopplevelsen domineres av utålmodighet og kjedsomhet, mens depresjon kan være mer fremtredende hos eldre (Blix & Breivik, 2006). Menneskets hverdag består i stor grad av ulike former for rekreasjon – å lese en bok, lese avisen, se på TV eller høre på radio (Henderson, 1997). Når pasienten smitteisoleres følger bestemte begrensninger. Å ikke ha mulighet til å fritt forlate rommet er én, og dette kan begrense pasientens evne til å dekke dette behovet selv. Ifølge Henderson (1997) har sykepleier et ansvar for å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler. Dette kan innebære å gjøre avtaler med pasienten, og sammen legge planer for dagen. I dag har de alle fleste tilgang på egen mobiltelefon, og av erfaring tørr jeg

påstå at denne som oftest er med under sykehusoppholdet. På denne måten kan pasienten opprettholde kontakt med omverdenen, følge med på nyheter og holde seg oppdatert på hva som skjer utenfor isolatet og sykehusets vegger. Sykepleiere har inntrykk av at tilgang på TV, radio og mobiltelefon, har bidratt til å redusere følelsen av å være isolert fra omverdenen, til tross for et strengt isoleringsregime (van Vliet, 2003). Det er likevel viktig å huske på at behovet for sysselsetting og underholdning er individuelt, og hva som bidrar til å oppfylle den enkeltes behov vil variere. På grunn av begrensningene isoleringen medfører, bør sykepleier alltid sørge for å sette av og prioritere tid til disse pasientene.

Ifølge Helgesen (2016) kan ensomhetsfølelsen og mangel på sosial støtte øke risikoen for utvikling av psykiske lidelser som angst og depresjon. Som nevnt ble det i to av studiene observert sammenheng mellom isolering og disse psykiske reaksjonene (Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupi3n-Mendoza et al., 2015). Det viser seg at smitteisolerte pasienter erfarer at deres behov og 3nsker ikke blir respektert, og mange opplever å ikke få den emosjonelle støtten de har behov for (Mehrotra et al., 2013). Igjen blir det aktuelt å trekke inn et av Hendersons (1997) grunnprinsipper for sykepleie, som påpeker at sykepleier skal hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine egne behov og følelser. For at dette skal være mulig må sykepleier vise forståelse for pasienten, og prøve å sette seg inn i hvordan pasienten opplever å være under smitteisolering. Dette vil ifølge Henderson (1997) bidra til å styrke tilliten mellom dem. I hvilken grad sykepleier må involveres for å dekke dette behovet, vil variere for den enkelte pasient. Gj3remål og tiltak må tilpasses etter hvordan den enkelte opplever sine egne behov, og manglende evne til å oppfylle dem (Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2016c). Noen pasienter vil kanskje oppleve at bes3k fra familie og venner i tilstrekkelig grad vil oppfylle dette behovet. Som dr3ftet tidligere i oppgaven, er det imidlertid mange smitteisolerte pasienter som opplever at familie og venner tar avstand i frykt for å bli smittet. Da må sykepleier tre frem, gi emosjonell støtte og sørge for at pasienten får utl3p for sine følelser og behov.

Guilley-Lerondeau et al. (2017) hevder forholdsregler som tas ved smitteisolering, kan ha negativ innvirkning på den mellommenneskelige relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Det kan tenkes at relasjonen trolig oppleves mer distansert, da det oppstår en barriere ved bruk av smittefrakk, hansker og munnbind. Pasientene selv uttrykker at helsepersonellens bruk av smittevernutstyr, fremkaller en følelse av å være smittsom, skitten og ensom (Barratt et al., 2011; Mehrotra et al., 2013). Det er åpenbart n3dvendig å bruke det smittevernutstyret som kreves av det aktuelle smitteregimet, men sykepleier bør likevel unngå ovedreven bruk. Dette kan være bruk av munnbind i situasjoner hvor det ikke trengs. Guilley-Lerondeau et al. (2017) mener en av 3rsakene til dette kan være sykepleiers manglende kunnskap om infeksjonssykdommer og rutiner for smittevern. Gjennom egne erfaringer har jeg opplevd hvordan bruk av munnbind kan gj3re det utfordrende for pasienten å kjenne meg igjen og kommunisere med meg. Når halve ansiktet er dekket til og det bare er 3ynene som ses, kan kommunikasjonen straks bli mer krevende. Når ansiktets helhet ikke lenger fungerer som en kanal for nonverbal kommunikasjon, bør sykepleier være mer bevisst hvilke nonverbale signaler som ytres gjennom blikket, kroppsspråket og stemmen. Det nonverbale bør også være i overenstemmelse med det som uttrykkes verbalt, hvis ikke kan troverdigheten svekkes. Om sykepleier informerer pasient og p3r3rende om at de trygt kan være sammen med pasienten ved å f3lge rutiner for smittevern, bør dette også gjenspeiles i m3ten de opptrer og handler p3. I studien til Barratt et al. (2010) opplevde pasienter at helsepersonell unngikk å h3ndhils p3 dem selv med hansker. Dette kan sende et signal om at en ikke 3nsker å r3re pasienten fordi han er smittsom. Eide & Eide (2016) hevder at slik inkongruens lett kan skape utrygghet og mistillit hos pasienten, og dermed svekke relasjonen. Dette underbygger viktigheten av at sykepleier er bevisst sitt kroppsspråk i m3te med den smitteisolerte pasienten.

Ved mistanke om smitte under sykehusoppholdet, skal pasienten smitteisolerer for å hindre videre spredning til andre. Dette er lovpålagt etter smittevernloven (1994). Pasienten har ikke mulighet til å velge bort isolering, og pasienten kan derfor oppleve svekkelse i egen autonomi og mangel på kontroll over eget liv (Barratt et al., 2011; Guilley-Lerondeau et al., 2017; Lupión-Mendoza et al., 2015; Mehrotra et al., 2013). Selv om det er nødvendig at isoleringsregimet blir gjennomført for å hindre at andre utsettes for smitte, er det viktig å huske på at pasienten fortsatt har sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det er derfor viktig at sykepleier fremmer delaktighet og lar pasienten bestemme på de områdene han faktisk har mulighet. Dette kan være små ting som at det legges til rette for at pasienten får dusje, spise og drikke når han selv ønsker det. Dette støttes også av Barratt et al. (2010).

Flertallet av pasientene hadde negative assosiasjoner med isoleringen, men det var fortsatt noen pasienter som opplevde isolering som positiv (Chittick et al., 2016; Wassenberg et al., 2010). Dette kan vitne om at pasienter opplever isoleringen ulikt, til tross for likt isoleringsregime og samme smitteforebyggende tiltak. Det kan antas at ulike forutsetninger hos pasientene er årsaken til at opplevelsen er ulik. Dette er i tråd med Hendersons teori (Kirkevold, 1998), som peker på at ethvert menneske har ulike forutsetninger, som blant annet påvirkes av alder, diagnose, kulturell bakgrunn, fysiske og psykiske krefter, vilje og motivasjon. Det kan derfor tenkes at pasientens situasjon utenfor pasientrommets fire vegger vil påvirke sykehusoppholdet. Det er dermed nødvendig at sykepleier ser pasientens helhetlige situasjon – både psykisk, sosialt og somatisk – for å kunne forstå den individuelle opplevelsen av isoleringen. Fokus på pasientens helhetlige situasjon er en forutsetning for å kunne ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering.

6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?*» For å svare på dette måtte jeg først undersøke hvordan smitteisolerte pasienter opplever å være isolert, og hvordan deres psykososiale behov blir påvirket.

Forskning viser at pasienter har både positive og negative assosiasjoner med smitteisolering, men at de negative dominerer. De positive assosiasjonene retter seg hovedsakelig mot stillheten og grad av privatliv som følger med å være isolert på enerom. Negative assosiasjoner knyttes til opplevelsen av ensomhet, kjedsomhet, mangel på kontroll og følelsen av å være smittsom. Det viser seg at disse opplevelsene og følelsene ofte skyldes mangelfull og uforståelig informasjon, færre tilsyn, lite kontakt med personalet og generelt dårligere pleiekvalitet. Forskning støtter dermed min forestilling om at isolering ofte går på bekostning av de psykososiale behovene.

Sykepleier bør sørge for å gi informasjon om sykdom eller infeksjon, smitterisiko, aktuelt isoleringsregime og isoleringens varighet. Informasjonen bør være fullstendig og forståelig, og tilpasset den enkeltes forutsetninger for å forstå. Dette bidrar til å styrke pasientens følelse av kontroll over egen situasjon. Det viser seg at mangel på tid ofte er årsaken til at smitteisolerte pasienter nedprioriteres og får færre tilsyn, da av- og påkledning av smittevernutstyr er tidkrevende. Sykepleier bør forsøke å sette av og prioritere tid til disse pasientene, slik at sykepleier-pasient-relasjonen ikke skades som følge av dette. Smitteisolering i seg selv kan være en psykisk belastning, og pasientene er i utgangspunktet i en sårbar situasjon. Sykepleier bør derfor være bevisst både sitt kroppsspråk og sine handlinger i møte med denne pasientgruppa, for å unngå at belastningen forsterkes.

Opplevelsen av å være smitteisolert er subjektiv, og vil variere fra pasient til pasient. Pasientenes ulike forutsetninger vil påvirke den enkeltes behov, og pleien som gis og tiltak som iverksettes bør derfor tilpasses den enkelte pasient.

Underveis i arbeidet med oppgaven, erfarte jeg at store deler av kvalitativ forskning som retter seg mot pasientens psykologiske reaksjoner på isolering, er eldre enn ti år. Det kan derfor være hensiktsmessig med mer kvalitativ forskning på dette området.

*«I dag er engler GULE.
Du koplet meg fri fra ledning og pose,
og vi visste begge at du var ferdig med meg og på din vei videre,
da du satte deg ned,
og ble litt til.»*

- Anne Kari Ramberg

(Hentet fra <https://sykepleien.no/reportasje/2018/06/smittefare>)

Referanseramme

- Akselsen, P. E. (red.). (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53–59.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180–193.
<https://doi.org/10.5172/conu.2011.180>
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Blix, E. S., & Brevik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Chittick, P., Koppisetty, S., Lombardo, L., Vadhavana, A., Solanki, A., Cumming, K., ... Band, J. (2016). Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. *American Journal of Infection Control*, 44(6), 657–660. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.033>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 8. mai 2019 fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2004). Isoleringsveilederen, Smittevern 9. Hentet 7. mai 2019 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringerveilederen.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2018. Årsrapport*. Hentet 30. mai 2019 fra <http://www.fhi.no/publ/2019/arsrapport-utbrudd-av-smittsomme-sykdommer-i-norge-i-2018-vevbasert-system/>
- Guilley-Lerondeau, B., Bourigault, C., Guille des Buttes, A.-C., Birgand, G., & Lepelletier, D. (2017). Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 36(1), 75–80. <https://doi.org/10.1007/s10096-016-2772-z>
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å.). Databaser. Hentet 2. mai 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-88. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 139-192. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016d). Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-28. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lupión-Mendoza, C., Antúnez-Domínguez, M. J., González-Fernández, C., Romero-Brioso, C., & Rodríguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), 397–399. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.009>
- Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencevich, E. N., Pineles, L., Harris, A. D., ... Morgan, D. J. (2013). Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(10), 1087–1093. <https://doi.org/10.1086/673143>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Publiseringsskanaler. Hentet 5. mai 2019 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/OmKriterier>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10. mai 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ramberg, A. K. (2018). Infeksjonsmedisinsk isolate: Smittefare. Hentet 30. mai fra <https://sykepleien.no/reportasje/2018/06/smittefare>
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., bind 1, s. 69-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Siddiqui, Z. K., Conway, S. J., Abusamaan, M., Bertram, A., Berry, S. A., Allen, L., ... Brotman, D. J. (2019). Patient isolation for infection control and patient experience. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(2), 194–199. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.324>
- Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Stubberud, D.-G. (2017a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I Stubberud, D.-G. (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2017b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I Stubberud, D.-G. (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-112). Oslo: Gyldendal.
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- van Vliet, E. (2003). Erfaringer med luftsmitte-isolerte pasienter. *Sykepleien*, 91(14), 32–36. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0033>
- Wassenberg, M. W. M., Severs, D., & Bonten, M. J. M. (2010). Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*, 75(2), 124–127. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.01.023>