



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

### **Sykepleie til smitteisolerte pasienter**

(Nursing care for isolated patients)

Kandidatnummer: 10059

Antall ord: 7759

# Sammendrag

**Tittel:** «Sykepleie til smitteisolerte pasienter».

**Hensikt:** Å 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 bidra til å 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 depresjonssymptomer, angst, ensomhet, følelse av stigmatisering og å være smittsom, og mangel på kontroll. Dette som følge av dårlig informasjon/informasjon som ikke ble tatt imot, 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 prioritere tid til denne pasientgruppa.

**Nøkkelord:** Smitteisolering, psykososiale behov, sykepleie.

# Abstract

**Title:** «Nursing care for isolated patients».

**Purpose:** To examine if isolated patients experience that isolation happens at the expense of psychosocial needs and illuminate how nurses can contribute to preserve these needs.

**Issue:** How can the nurse contribute to preserve isolated patients' psychosocial needs during their hospital stay.

**Method:** A study of literature based on seven scientific articles and other literature from the syllabus and the subject of nursing.

**Result:** Patients experience both positive and negative associations of being isolated for infection precaution, but the negative experiences are dominating. These experiences are related to symptoms of depression, anxiety, loneliness, stigma, the feeling of being contagious and lack of control. This happens as a result of poor flow of information, fewer health professional encounters, less contact with staff and reduced quality of general care.

**Conclusion:** The experience of being isolated is subjective and the nursing care should be adapted each patient. The nurses should provide complete and understandable information, be aware of their actions and prioritize this group of patients.

**Keywords:** Isolation, infection prevention and control, psychosocial needs, nursing care.

# Innhold

Tabeller .....	v
1. Innledning.....	6
1.1. Introduksjon av tema .....	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begreper .....	6
1.4. Avgrensing og presisering av problemstillingen .....	6
1.5. Oppgavens kapitler.....	7
2. Metode .....	8
2.1. Søketabell .....	9
2.2. Kildekritikk .....	10
3. Empiri.....	11
3.1. Sammenfattet empiri .....	16
3.1.1. Psykososiale reaksjoner .....	16
3.1.2. Informasjon/kommunikasjon .....	16
3.1.3. Kvaliteten på pleie og omsorg .....	17
4. Teori .....	18
4.1. Smitteisolering.....	18
4.2. Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov .....	18
4.3. Informasjon og kommunikasjon .....	19
4.4. Sykepleie ved smitteisolering.....	20
4.5. Sykepleieteori .....	21
4.5.1. Mellommenneskelige forhold.....	22
5. Diskusjon .....	23
5.1. Psykososiale reaksjoner som følge av smitteisolering .....	23
5.2. Sykepleie med fokus på psykososiale behov .....	25
5.3. Viktigheten av god kommunikasjon og informasjon .....	26
5.4. Metodediskusjon .....	28
6. Konklusjon .....	29
Referanser.....	30

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	9
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	11

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon av tema

Å være isolert er noe hele Norges befolkning nå har fått kjenne på, i form av enten isolasjon eller karantene for å forhindre spredning av covid-19. Sykepleie til pasienter som er smitteisolert er derfor mer aktuelt enn aldri før. Når en pasient legges inn på sykehus befinner han seg plutselig i et nytt og ukjent miljø. Pasienten kan oppleve at de vanlige ressursene som familie, venner og arbeid vil virke fjernere. Hvis pasienten i tillegg blir smitteisolert, vil mest sannsynlig denne opplevelsen forsterkes. Sykepleiere bør derfor ha fokus på pasientens psykososiale behov ved smitteisolering.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

I praksis som sykepleierstudent har jeg møtt mange smitteisolerte pasienter. Jeg hadde spesielt mye med smitteisolerte pasienter å gjøre da jeg var i praksis på en infeksjonsavdeling. Jeg fikk erfare at det å opprettholde retningslinjene for smittevern samtidig som man ivaretar pasientens behov, spesielt de psykososiale behovene, kan være utfordrende. Disse erfaringene har gjort at jeg ønsker å undersøke dette temaet nærmere. Basert på egne erfaringer og opplevelser har jeg en forestilling om at smitteisolering ofte skjer på bekostning av pasientenes psykososiale behov. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke om dette faktisk er tilfellet, og hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta pasientenes psykososiale behov ved smitteisolering.

## 1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begreper

- Smittevern: en betegnelse på alle tiltak som har til hensikt å hindre at infeksjoner oppstår og spres (Rygh, Andreassen, Fjellset, Wilhelmsen & Stubberud, 2016).
- Psykososiale behov: har med menneskets psyke å gjøre. Beskrives ofte som menneskets sjeloliv. Har sitt utgangspunkt i hvordan pasienten selv opplever å være syk (Stubberud, 2019a).

## 1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Basert på temaet sykepleie til smitteisolerte pasienter er følgende problemstilling utarbeidet: «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?».

Oppgaven fokuserer på voksne smitteisolerte pasienter på sykehus. Den vil ikke rette seg mot en bestemt sykdom eller infeksjon, da det er isoleringen i seg selv denne oppgaven skal belyse. Pasientens opplevelse av isolasjon kan naturligvis påvirkes av sykdommens/infeksjonens alvorlighetsgrad, og kan også oppleves forskjellig med tanke på hvilket smitteregime pasienten blir satt i. Smitteregimene kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

## 1.5. Oppgavens kapitler

Denne oppgaven er delt inn i til sammen seks hovedkapitler. Etter innledningskapittelet begynner metodekapittelet. Dette omhandler forskningsmetoden som er anvendt i denne oppgaven og har en søketabell med søkehistorikk og valgt forskningslitteratur. Tredje kapittel er empiri. Her blir forskning som er valgt ut til å bli anvendt i denne oppgaven presentert. Empirien blir presentert i en artikkelmatrise, før det blir sammenfattet i et eget underkapittel for å få en oversikt over de forskjellige funnene og artiklene. Etter empiri kommer teori. Her presenteres teori som er relevant for oppgavens tema og problemstilling. I teorikapittelet presenteres også relevant sykepleieteori i form av Joyce Travelbee. Etter dette kapittelet kommer diskusjonskapittelet. Her skal empiri, teori og egne erfaringer drøftes opp mot oppgavens tema og problemstilling. Siste kapittel er konklusjon, hvor sentrale punkt oppsummeres.

## 2. Metode

Med metode menes fremgangsmåten en bruker for å komme frem til ny kunnskap eller etterprøve kunnskap som allerede er der. Metoden brukes som et redskap til å samle inn relevant informasjon for å belyse problemstillinger på en faglig interessant måte. I denne oppgaven er litteraturstudie anvendt som metode. En litteraturstudie går ut på å samle inn allerede eksisterende kunnskap på en systematisk måte. Kunnskap fra skriftlige kilder blir søkt opp, samlet inn, vurdert og sammenfattet (Dalland, 2012).

Hensikten med en litteraturstudie er å presentere kunnskap innenfor temaet man ønsker å belyse, på en god og forståelig måte. Først må en problemstilling formuleres og avgrenses. Før man begynner å søke etter litteratur bør man definere inklusjon- og eksklusjonskriterier. Deretter kan man begynne å søke etter litteratur i databaser som er passende for problemstillingen. Litteratursøket skal dokumenteres i en søketabell hvor man skriver hvor mange artikler som er valgt ut fra vært søk. Artiklene vurderes og deres funn analyseres og tolkes (Thidemann, 2015). I denne oppgaven gjøres dette i en artikkelmatrise, før resultatene sammenfattes.



## 2.1.Søketabell

Når tema og første utkast til problemstilling var bestemt, begynte søkeprosessen for innhenting av relevant litteratur. Dette var en tidkrevende prosess da det tok tid å finne gode søkeord som ga relevant forskning. I tillegg måtte mange forskningsartikler leses for å finne ut om de ga innsikt i temaet til denne oppgaven.

**Tabell 2.1 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	30.03.20	S1.	(MH «Patient Isolation+»)		2118	
		S2.	(MH «Cross Infection+»)		31954	
		S3.	(MH «Infection Controll+»)		63799	
		S4.	(MH «Psychosocial Aspects of Illness+»)		89374	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		6	1 (A)
Cinahl	31.03.20	S1	(MH «Cross Infection+»)		37098	
		S2	(MH «Patient Isolation+»)		2774	
		S3	(MH «Attitude of Health Personnel+»)		104803	
		S4	S1 AND S2 AND S3	År 2005-2020	19	2 (B,C)
	26.05.20	S5	S1 AND S2 AND S3	År 2005-2020	19	1 (D)
Cinahl	01.04.20	S1	(MH «Patient Satisfaction+»)		58177	
		S2	(MH «Patient Isolation+»)		2776	
		S3	S1 AND S2	2010-2020	36	3 (E,F,G)

**Inkluderte artikler:**

- A. Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. (2019). *American Journal of Infection Control*.
- B. The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. (2010). *Canadian Journal of Infection Control*.
- C. Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. (2012). *American Journal of Infection Control*.
- D. Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. (2016). *American Journal of Infection Control*.
- E. The stigmatisation of source isolation: a literature review. (2019). *Journal of Research in Nursing*.
- F. Patient isolation for infection control and patient experience. (2018). *Infection Control & Hospital Epidemiology*.
- G. Effects of isolation on patients and staff. (2015). *American Journal of Infection Control*.

## 2.2. Kildekritikk

De syv forskningsartiklene som er valgt ut til denne oppgaven er hentet gjennom databasen Cinahl, som er en anerkjent database innenfor sykepleieforskning. Det kan hende jeg gikk glipp av relevant forskning ved å bare bruke en database, men jeg mener Cinahl ga meg den forskningen jeg trengte. Alle artiklene har en IMRaD-struktur, det vil si at de har introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og alle artiklene er fagfellevurdert.

All forskning er relativt ny, da den eldste artikkelen er fra 2010. Forskingen anses derfor som oppdatert. Artiklene er publisert på engelsk. Ved oversettelse kan det derfor ha oppstått feiltolkninger fra min side. Forskingen er gjort i vestlige land og kan derfor være overførbar til Norge.

I oppgaven er det for det meste anvendt primærkilder, men også noen få sekundærkilder. For eksempel er *Grunnleggende sykepleie 1* blitt benyttet som kilde til sykepleieteori av Joyce Travelbee. Siden denne boken er pensumlitteratur anser jeg den som troverdig, men det kan hende at boken har feiltolket sykepleieteorien og at jeg har videreført det til oppgaven. Travelbee sin sykepleieteori er av eldre art, men den er likevel tatt i bruk til denne oppgaven. Grunnen til det er at hennes fokus på det mellommenneskelige aspektet mellom pasient og sykepleier er relevant for oppgaven.

Av bøker er det nesten utelukkende benyttet pensumlitteratur. Unntaket er Dag Gunnar Stubberud sin bok *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, hvor jeg har benyttet meg av tre kapitler. Alle skrevet av han. Denne boken ble inkludert i oppgaven for å gi en dybde til temaet som jeg ikke følte pensumbøkene jeg besitter klarte å gi.

### 3. Empiri

I dette kapittelet vil de syv utvalgte forskningsartiklene presenteres i en artikkelmatrise. Under matrisen vil resultatene fra alle artiklene sammenfattes i tre forskjellige temaer.

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

<b>Referanse</b>	(A) Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J. & Davido B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. <i>American Journal of Infection Control</i> , 47(9), 1077-1082. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018">https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018</a> Studiet ble utført i Frankrike.
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Målet med studien er å beskrive pasientenes følelser og kunnskap etter å ha blitt innlagt på sykehus med smitteisolering. Hvis vi kan tyde og forstå pasientenes følelser, kan vi kanskje gi bedre svar på spørsmål de måtte ha. Smitteisolering som forebygging mot resistente organismer kan føre til flere følelsesmessige bivirkninger. Artikkelen evaluerer pasientens opplevelse av sykehusinnleggelsen med en antibiotikaresistent infeksjon.
<b>Metode</b>	Kvalitativt intervju av 11 pasienter cirka 2 måneder i etterkant av deres innleggelse og isolasjon på en infeksjonsavdeling i Paris. Alle pasientene var innlagt i minst 5 dager. De 11 pasientene hadde 5 forskjellige antibiotikaresistente infeksjoner, så fokuset var ikke på selve sykdommen/infeksjonen. Intervjuene ble gjennomført av en lege i spesialisering.
<b>Resultat og diskusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientene uttrykte frykt for sykdommen/infeksjonen og et eventuelt tilbakefall.</li> <li>- Mange av pasientene uttrykte angst grunnet dårlig informasjon om opphavet til sykdommen/infeksjonen.</li> <li>- Pasientene ville vite hvordan de ble infisert, altså smitekilden.</li> <li>- Pasientene uttrykte frykt for å ikke bli friske siden bakteriene var resistente.</li> </ul> <p>Bivirkninger som følge av smittevern inkluderer, ifølge denne artikkelen, angst, depresjon, frykt for stigmatisering, mindre kontakt med sykepleiere og andre unngåelige og uheldige situasjoner. Det kommer frem av studien at de smitteisolerte pasientene får mindre hjelp til daglige aktiviteter og stell, og har generelt mindre interaksjoner med andre.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne artikkelen er med i oppgaven fordi den belyser hvilke følelser pasientene som var smitteisolert hadde under innleggelse og hvilke spørsmål som har dukket opp i ettertid.

<b>Referanse</b>	(B) Pacheco, M. & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for <i>Clostridium difficile</i> in adult patients and their families. <i>Canadian Journal of Infection Control</i> , 25(3), 166-174. Studiet ble utført i Canada.
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien skal utforske opplevelsen av isolasjon hos innlagte pasienter med <i>Clostridium difficile</i> og deres pårørende.
<b>Metode</b>	Data ble hentet gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer. Fem pasienter med <i>Clostridium difficile</i> og fem pårørende (en fra hver pasient) ble intervjuet. Ett intervju per respondent.
<b>Resultat og diskusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere pasienter opplevde mangel på besøkende og lå på enkeltrom, noe som resulterte i ensomhet.</li> <li>- De fleste følte ikke at de fikk mindre eller dårligere pleie på grunn av isolasjonen, hverken med tanke på kvalitet eller frekvens.</li> <li>- Pasientene følte ikke de fikk for lite/dårlig informasjon, men hadde samtidig mange spørsmål.</li> <li>- Pasientene opplevde at personalet gjennomførte samme smittevernstiltak ulikt. Spesielt med tanke på av- og påkledning av beskyttelsesutstyr. Pasienten kan få en følelse av at pleierne ikke tar smitten seriøst, eller han kan bli usikker på hvor viktig det er med smittevern.</li> <li>- Pasientene hadde mange spørsmål om hensiktsmessigheten og effekten av isolering, noe som førte med seg en følelse av angst.</li> <li>- Sykepleiere har en avgjørende rolle i å samarbeide med familien med tanke på å adressere bekymringer.</li> </ul>
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven fordi pasienter intervjues om deres opplevelse av isolasjon. Gjennom intervju får man en dypere forståelse for pasientenes følelsesliv. I tillegg diskuterer denne studien viktige aspekter ved sykepleie til en smitteisolert pasient.
<b>Referanse</b>	(C) Furuno, J.P., Krein, S., Lansing, B. & Mody, L. (2012). Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. <i>American Journal of Infection Control</i> , 40(3), 263-266. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.019">https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.019</a> Studiet ble utført i USA.
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien adresserer kontroverser angående fordeler og ulemper med kontaktisolering i «skilled nursing facilities» (en slags langtidsposter).
<b>Metode</b>	Kvantitativ undersøkelse med 356 sykepleiere og annet helsepersonell. 7 institusjoner av samme art var med i undersøkelsen mellom august og september 2006.
<b>Resultat og diskusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De fleste mente at isolasjon er en god måte å forebygge smitte, men mange understreket at de hadde</li> </ul>

	<p>bekymringer med tanke på symptomer pasientene kunne få med tanke på angst og depresjon.</p> <p>Mange mente det fantes tiltak for å få mindre smitteisolerte pasienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kun isolere høyrisikopasienter</li> <li>- Effektiv antibiotikaforvaltning (unngå resistens)</li> <li>- Vektlegge håndvask sterkere</li> <li>- Beskyttelsesutstyr ved pleie av høyrisikopasienter</li> </ul> <p>Denne studien påpeker at isolerte pasienter har færre vitale målinger og mindre besøk av personalet. Disse pasientene er også mindre fornøyd med pleien de får under innleggelsen. Eldre har en potensielt større risiko for å utvikle psykososiale konsekvenser av isoleringen, men risikoen er til stede uansett alder.</p> <p>I denne studien viste sykepleierne og hjelpepleierne begrenset støtte og betraktelig bekymring angående bruken av smitteisolering.</p>						
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven for å belyse sykepleieres holdninger, opplevelser og meninger angående smitteisolering.						
<b>Referanse</b>	<p>(D)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. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.033">http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.033</a></p> <p>Studiet ble utført i USA.</p>						
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Kontaktsmitteregimet har blitt assosiert med flere uheldige utfall og lavere tilfredshet blant pasientene. Denne studien undersøker pasientenes og helsepersonellets forståelse og tilfredshet angående bruken av kontaktsmitteisolering.						
<b>Metode</b>	Kvantitative spørreundersøkelser. 249 pasienter + 70 pårørende er inkludert i studien. I løpet av 2014 svarte de på en rekke påstander om kontaktsmitteregimet de var under sykehusoppholdet. Hver påstand hadde fem svaralternativer som gikk fra veldig uenig til veldig enig.						
<b>Resultat og diskusjon</b>	<p>Svarene fra pasientene var forholdsvis positive. De fleste respondentene følte seg tryggere på grunn av smitteisoleringen. En mindre majoritet mente også at de fikk forklart hvordan isoleringen fungerte på en god måte, og at dette ble fulgt av helsepersonellet.</p> <p>Noen utdrag av funnene fra undersøkelsen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Påstand</b></th> <th><b>Veldig enig (%)</b></th> <th><b>Veldig uenig (%)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grunnen for bruken av smittevernutstyr ble godt forklart til meg.</td> <td>64,6</td> <td>24,4</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Påstand</b>	<b>Veldig enig (%)</b>	<b>Veldig uenig (%)</b>	Grunnen for bruken av smittevernutstyr ble godt forklart til meg.	64,6	24,4
<b>Påstand</b>	<b>Veldig enig (%)</b>	<b>Veldig uenig (%)</b>					
Grunnen for bruken av smittevernutstyr ble godt forklart til meg.	64,6	24,4					

	Jeg forstår at bruken av smittefrakk og hansker bidrar til å hindre smittespredning.	90,1	4,9
	Helsepersonell var konsekvente i bruken av frakk og hansker når de ga meg pleie.	75,4	14,9
	At helsepersonell bruker frakk og hansker fører til at jeg blir opprørt.	17,4	71,8
	At helsepersonell bruker frakk og hansker fører til at jeg føler meg uren.	18,4	71,4
	Jeg tror helsepersonellet brukte mindre tid på meg siden det var nødvendig med frakk og hansker.	14,7	71,8
	Nødvendigheten av frakk og hansker hadde en negativ effekt på pleien jeg mottok.	10,6	78,4
	Jeg ville foretrukket å bli lagt inn på et sykehus som ikke bruker frakk og hansker ved pleie av pasienter.	6,5	87,1
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven fordi den undersøker pasientenes forståelse av smitteisolering, og hvorvidt de er fornøyde med måten den blir gjennomført.		
<b>Referanse</b>	(E) Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: a literature review. <i>Journal of Research in Nursing</i> , 24(8), 677-693. <a href="http://dx.doi.org/10.1177/1744987119845031">http://dx.doi.org/10.1177/1744987119845031</a> Studiet ble utført i England.		
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Å bli smitteisolert er assosiert med flere uønskede innvirkninger på pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov. Formålet med denne artikkelen er å gjennomgå litteraturen for å avdekke pålitelige bevis som støtter påstanden om at stigmatisering er et kjennetegn for smitteisolering.		
<b>Metode</b>	«Literature review». 189 sammendrag ble screenet før 14 artikler ble sett på som relevante og bidragsgivende til dette temaet. Ved gjennomgang av litteraturen ble det metodiske rammeverket til Arksey og O'Malley (2007) benyttet. Dette består av fem steg: identifisering av forskningsspørsmål, identifisering av relevante studier, valg av artikler, kartlegge og sortere data, summere og evaluere resultatene.		
<b>Resultat og diskusjon</b>	Å oppleve å bli avskilt fra andre pasienter og ha begrensede muligheter for sosialisering er uunngåelig ved smitteisolering. Dette fører til en følelse av ensomhet, sosial isolasjon, stigmatisering og av å bli forlatt. Disse følelsene kan igjen føre til depresjon, angst og humørsvingninger, noe som kan forlenge tiden det tar før man blir frisk. Studien viser en klar sammenheng mellom stigmatisering og isolering.		
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven da den undersøker psykososiale aspekter ved det å være smitteisolert, med mest fokus på stigmatisering, men også andre psykososiale aspekter.		

<b>Referanse</b>	(F) Siddiqui, Z.K., Abusamaan, M.S., Conway, S.J. & Wu, A.W. (2018). Patient isolation for infection control and patient experience. <i>Infection Control &amp; Hospital Epidemiology</i> , 40(2), 194-199. Studiet ble utført i USA.
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Pasienter satt i isolasjon rapporterer høyere grad av angst og ensomhet, og har færre besøk av helsepersonell. Denne studien har til hensikt å undersøke om smitteisolering har en dårlig effekt på pasientens innleggelse generelt og angående kommunikasjon spesielt.
<b>Metode</b>	Analyse av HCAHPS-spørreundersøkelser over en 5-årsperiode. Alle pasienter som leverte spørreundersøkelsen mellom juli 2011 og juli 2016 er inkludert i studien. Deretter ble de smitteisolerte pasientene sammenlignet med andre pasienter. De som ble regnet som isolerte pasienter var de som var i isolasjon over 50% av oppholdet. 21.175 pasienter leverte spørreundersøkelsen, hvorav 1.784 av dem var i isolasjon over 50% av tiden de var innlagt.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Analyse av spørreundersøkelsene viste en stor generell misnøye blant de isolerte pasientene. De rapporterte verre opplevelse av generell pleie, særlig i form av tilgjengelighet og hvor kjapt de kom inn på rommet, og i form av at informasjon som ble gitt ikke var tilstrekkelig.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven siden den belyser forskjellene på å være smitteisolert og det å ikke være det. Den undersøker videre hva disse forskjellene er, hva som oppleves som negativt hos de smitteisolerte pasientene.
<b>Referanse</b>	(G)Mendoza, C.L., Dominguez, M.J.A., Fernandez, C.G., Brioso, C.R. & Bano, J.R. (2015). Effects of isolation on patients and staff. <i>American Journal of Infection Control</i> , 43(4), 397-399. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.009">https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.009</a> Studiet ble utført i Spania.
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Undersøker forskjellige mulige uheldige effekter av isolering av pasienter og hvordan man kan forebygge dette.
<b>Metode</b>	To typer forskning. 1: «Matched case-controll study» med kvantitative spørreundersøkelser og forskjellige scoringsverktøy rettet mot de innlagte pasientene. 2: Individuelle åpne intervjuer (kvalitativt) som hadde fire hovedtemaer: kunnskap, mening, tilfredshet og følelser. Intervjuer av ansatte ble også gjennomført.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Pasientene så på privatlivet og stillheten de hadde som positivt, men noen ytret et ønske om å dele rom med noen. De savnet å kunne forlate rommet når de ville. Pasientene visste hvorfor de var i isolasjon. De hadde ingen nevneverdige klager på pleien de fikk, men bemerket at det tok tid når de ringte på pleierne.

	Pasientene selv ga restriksjoner på besøk fra familie siden de var redde for å smitte de. Isolasjon ble assosiert med depresjon, men ikke med angst.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er med i oppgaven siden den undersøker uheldige effekter av smitteisolerings.

### 3.1. Sammenfattet empiri

I denne litteraturstudien bygger store deler av oppgaven seg på empiri fra syv forskningsartikler, som alle er relevante for oppgavens tema: sykepleie til smitteisolerte pasienter med fokus på psykososiale behov. Empirien tar i stor grad for seg pasientens perspektiv, men noen av artiklene inkluderer sykepleiere og annet helsepersonell sine synspunkter og erfaringer. Fire av artiklene brukte kvantitativ metode, to artikler brukte kvalitativ metode og en artikkel kombinerte de to metodene. På bakgrunn av empiriens funn vil dette kapittelet bli delt opp i følgende tema: psykososiale reaksjoner, informasjon/kommunikasjon og kvalitet på pleie og omsorg.

#### 3.1.1. Psykososiale reaksjoner

Alle forskningsartiklene fant data på at smitteisolerings har en negativ effekt på psykososiale behov, med unntak av Chittick et al. (2016). Mange av funnene var av samme art, men det var også noen funn som skilte seg ut i enkelte studier. Reaksjonen det var flest funn på var depresjon (Hereng et al., 2019; Furuno et al., 2012; Gammon et al., 2019; Siddiqui et al., 2018; Mendoza et al., 2015). Angst ble oppdaget av de samme studiene, med unntak av Hereng et al. (2019) og Mendoza et al. (2015). Smitteisolerings ble assosiert med stigmatisering, eller opplevelse av stigmatisering, i to av artiklene (Hereng et al., 2019; Gammon et al., 2019). Pacheco & Spyropoulos (2010) nevnte at det fantes tidligere forskning som relaterte smitteisolerings til stigmatisering.

Ensomhet ble også rapportert i flere av artiklene. De sosiale restriksjonene smitteisolerte pasienter blir påført kan føre til ensomhet, følelse av å bli forlatt, sosial isolasjon og stigmatisering. Dette kan føre videre til depresjon, angst og humørsvigninger (Gammon et al., 2019). Pasientene i Pacheco & Spyropoulos (2010) opplevde ensomhet som følge av lite eller ingen besøk. Frykt for å være en risiko for andre kan føre til at pasientene ikke vil ta imot besøk og derfor føle ensomhet. Dette var tilfellet i studien til Mendoza et al. (2015), hvor pasientene også skulle ønske de delte rom med en annen pasient. Samtidig satt pasientene pris på privatliv og stillhet til tider. Sykepleiere må oppfordre til sosial kontakt ved å komme innom rommet ofte og oppmuntre til å ta imot besøk (Gammon et al., 2019).

#### 3.1.2. Informasjon/kommunikasjon

Å forstå pasientenes følelser kan bidra til å gi bedre svar på spørsmål de smitteisolerte pasientene har. Noen av pasientene i Hereng et al. (2019) uttrykte angst på grunn av mangel på informasjon angående infeksjonens opprinnelse. I Hereng et al. (2019) brukte mange av pasientene internett for å tilegne seg informasjon. Dette førte i mange tilfeller til angst og sinne, da pasientene ofte blir feilinformert. 64,6% av pasientene i Chittick et al. (2016) var helt enig i påstanden om at de fikk god forklaring på grunnen til at det ble brukt smittevernuttstyr, mens 24,4% var helt uenig.

I Pacheco & Spyropoulos (2010) følte pårørende på usikkerhet på grunn av dårlig informasjon, men ikke pasientene. Pasientene hadde likevel mange spørsmål om



sykdommen og infeksjonen. Siddiqui et al. (2018) fant ingen utslag som tilsa dårlig kommunikasjon. Mendoza et al. (2015) og Chittick et al. (2016) fant heller ingen utslag på dette. Pasientene visste for eksempel hvorfor de var i isolasjon. Sykepleiere må forberede pasientene til smitteisolering ved og gi god nok informasjon i god tid, ifølge Gammon et al. (2019), men det er ikke alltid mulig.

### 3.1.3. Kvaliteten på pleie og omsorg

Pasientene i Hereng et al. (2019) anga at de hadde for lite kontakt med sykepleierne. Siddiqui et al. (2018) hadde funn som tilsa det samme og at sykepleierne var mindre tilgjengelig for de smitteisolerte pasientene. I tillegg opplevde de isolerte pasientene å få dårligere generell pleie. I Pacheco & Spyropoulos (2010) derimot, var pasientene fornøyd med både frekvens og kvalitet på pleie, men de observerte forskjellig utøvelse av smittevern blant pleierne. Dette ga pasientene usikkerhet. Pasientene i Mendoza et al. (2015) hadde heller ingen nevneverdige klager på pleien de fikk, men syntes responstiden etter å ha dratt i ringesnoren var dårlig. I Chittick et al. (2016) følte de fleste pasientene (71,8%) at de ikke fikk mindre pleie på grunn av smitteregimet, og 78,4% var svært uenig i at smittervernrutinene resulterte i dårligere pleie.

I studien til Gammon et al. (2019) viste sykepleierne og hjelpepleierne begrenset støtte og betraktelig bekymring angående bruken av smitteisolering. De var oppmerksomme på at smitteisolerte pasienter har behov for psykososial støtte, men sa også at det var mer tid- og ressurskrevende å gå inn til de smitteisolerte pasientene.

## 4. Teori

I dette kapitlet vil relevant teori presenteres. Først forklares det litt om smitteisolering og hva det innebærer rent praktisk. Dette vil ikke være med i diskusjonen, men det er med i dette kapitlet for at leseren skal få et innblikk i hva smitteisolering innebærer. Videre presenteres teori gjennom å deles opp i underkapitler. Oppdelingen av dette kapitlet bygger på resultatene fra empirien. Til slutt presenteres relevant sykepleieteori av Joyce Travelbee.

### 4.1. Smitteisolering

Det er tre typer smitteregime: kontakt-, dråpe og luftsmitte. Kontaktsmitte er det vanligste regimet og her brukes smittefrakk og hansker siden smitten overføres via direkte eller indirekte kontakt mellom den som har smitten og en mottakelig andrepert (Rygh et al., 2016). Ved dråpesmitte bruker man i tillegg munnbind siden man vil hindre smittestoffet som overføres via dråper som slynges ut ved hosting, nysing, snakking eller andre måter man kan komme i kontakt med kroppsvæsker. Dråpesmitte, som er en form for nærkontaktsmitte, må ikke forveksles med luftsmitte. Luftsmitteregimet brukes ved sykdommer som kan smitte gjennom luft og over avstander på mer enn en meter. Ved luftsmitteisolering må man ha et luftsmitteisolat som har egen sluse og undertrykksventilasjon. Man bruker smittefrakk, hansker og åndedrettsvern som beskyttelsesutstyr. Vanlige kirurgiske munnbind beskytter ikke mot innånding av aerosoler. Luftsmitteregimet blir også benyttet ved sykdommer som er særlig farlige, selv om de ikke smitter gjennom luft. Sykdommens alvorlighetsgrad og hvor smittsom den er står ofte ikke i sammenheng til hverandre (Akselsen & Elstrøm, 2015). Dråpe- og luftsmitteregime oppleves ofte som spesielt vanskelig for pasienten, blant annet fordi han kun ser øynene til de som kommer inn på rommet (Rygh et al., 2016).

### 4.2. Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov

Rygh et al. (2016) nevner flere psykososiale reaksjoner en pasient kan få av isolasjon. Disse reaksjonene innebærer blant annet angst, forvirring, uvirkelighetsfølelse, skyldfølelse, irritasjon og sinne, rastløshet og frihetsberøvelse. Omtrent alle pasienter som isoleres vil oppleve ett eller flere av disse problemene.

Å bli lagt inn på smitterom/isolat oppleves som en livskrise for mange pasienter. Først kommer ofte et sjokk. Sykepleiere har ikke alltid tid til å forberede pasienten på at han skal isoleres. Ved mistanke om smittsom sykdom som krever isolering skal man iverksette tiltak umiddelbart uten å vente på for eksempel mikrobiologisk prøve (Akselsen & Elstrøm, 2015). Etter en liten stund begynner ofte tiden å gå veldig sakte for pasienten. Ofte blir også døgnrytmen forstyrret. En vanlig følelse hos isolerte pasienter er å føle seg fanget i en fengselscelle og de føler seg ofte ensomme og føler ikke lenger at de har kontroll på egen hverdag. Det er vanlig med psykiske forandringer hos den smitteisolerte pasienten som man vanligvis ikke ser hos andre pasienter. Det kan for eksempel være sinne, utagering og hallusinasjoner, eller de kan utvikle psykose (Rygh et al., 2016).

Eriksson (1995) i Kristoffersen, Breivne & Nortvedt (2014) skriver at å ha en sykdom kan omfatte alt fra fysisk smerte til sjelelig og åndelig lidelse. Følelser som fornedrelse,

forlegenhet, skam og skyld henger sammen med at pasienten opplever seg selv som mindre og dårligere enn han selv hadde ønsket og håpet. Dette skyldes et komplisert samspill mellom den enkelte pasients sykdomshistorie og bakgrunn, den kulturelle vurderingen av tilstanden og helsepersonellens kunnskap og evne til innlevelse i situasjonen (Kristoffersen et al., 2014).

Sykepleieren må kunne legge til rette for et terapeutisk miljø for pasienten og ivareta de psykososiale behovene ved å kommunisere og samhandle. Det kan være en utfordring å skape et terapeutisk miljø i en teknisk og hektisk hverdag som er ukjent for pasienten. Der det ikke er mulig å fjerne belastende stressorer, for eksempel det å være smitteisolert, kan sykepleier støtte pasientens stresshåndtering. Informasjon er et av flere tiltak som kan fremme pasientens opplevelse av forutsigbarhet og kontroll. Informasjon om hva som skal gjøres, hvorfor det må gjøres, og hvor lenge situasjonen vil vare kan hjelpe pasienten til å få en forståelse av hensikten og meningen med den stressende opplevelsen (Stubberud, 2019b).

### 4.3. Informasjon og kommunikasjon

Ved å tilstrebe god dialog med pasienten og hjelpe han i daglige gjøremål, vil han stole på at personalet holder det de lover og vil ha en viss forutsigbarhet i pleien. Gjentakelse av informasjon er viktig, spesielt det som omhandler sykdommen og isoleringstiden (Rygh et al., 2016). I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter §3-2 (1999) har pasienten rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen han får, og til den informasjon han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand. God kommunikasjon er avgjørende for å sikre at pasienten forstår prinsippene for og hensikten med isolering (Akselsen & Elstrøm, 2015). Hver pasient er unik, men man kan likevel dra med seg erfaringer fra tidligere pasienter. For eksempel vedrørende hva pasientene pleier å lure på eller hvilken informasjon man har erfart bør gjentas flere ganger.

Når man skal gi pasienten informasjon er det viktig å tenke på at informasjonen skal høres, forstås og huskes. Pasienten må være i stand til å ta den imot og sykepleier må spørre seg om pasienten har behov for informasjonen man tenker å gi. Alt dette krever omtanke. I tillegg vil det være hensiktsmessig å finne ut hva pasienten trenger/ønsker informasjon om. Informasjonen bør formidles med fullstendighet, forutsigbarhet og forståelighet (Eide og Eide, 2016). På den måten vil pasienten oppleve å ha større kontroll over situasjonen (Stubberud, 2019c). Som regel vet man ganske mye om hva pasienten trenger informasjon om, men ikke alt. God informasjonsformidling skjer gjennom dialog på pasientens premisser (Eide & Eide, 2016). Gjentakelse av informasjon vil i de fleste tilfeller være nødvendig. Informasjon man gir pasienten tidlig i forløpet kan for eksempel bli ansett som lite viktig for pasienten ved dette tidspunktet, men veldig viktig ved et senere tidspunkt. Pasienten vet ofte ikke selv hva han trenger å vite, derfor er det alltid ikke nok å spørre pasienten om det er noe han lurer på (Eide & Eide, 2016).

For å finne ut hva pasienten trenger av informasjon, er det derimot noen andre spørsmål man kan stille. Åpne spørsmål som «hvordan går det?» eller «hvordan opplever du å være smitteisolert?» kan føre til at pasienten forteller mye om hvordan han har det. Da er det mulig å innhente mye kunnskap om hva pasienten sliter med og hva han trenger (Eide & Eide, 2016). Med utgangspunkt i pasientens fortelling kan sykepleier informere om behandlingens hensikt, virkningsmekanismer og bivirkninger for å gjøre situasjonen mer forståelig og overkommelig. Gjennom nær dialog iverksetter sykepleier, eller pasienten

selv, konkrete tiltak og forsikrer seg om at pasienten vet hvordan disse skal gjennomføres (Eide & Eide, 2016).

#### 4.4. Sykepleie ved smitteisolering

Når man er sykepleier for en smitteisolert pasient skal man «gjøre det samme» som man vanligvis gjør, men det er i tillegg noen spesielle forhold å ta hensyn til. Det vil være behov for å gi informasjon til pasient og pårørende om hygieniske retningslinjer for å hindre spredning av smitten eller for å beskytte en immunkomprimert pasient. Hvis flere pårørende ønsker å besøke pasienten er det viktig å spre disse besøkene så godt som mulig. Jo flere på rommet desto større smittefare. I tillegg vil det bli sånn at pasienten har besøk større deler av dagen enn hvis alle kom samtidig, og det bra for å forebygge ensomhet. Det er også viktig at av- og påkledning blir gjort i riktig rekkefølge av både personal og besøkende for å forhindre smitte (Rygh et al., 2016).

Å jobbe med isolerte pasienter kan føre til en følelse av at man ikke klarer å møte pasientens behov på grunn av at det er tidkrevende og utfordrende. Man sitter ofte igjen med dårlig samvittighet for ikke å ha vært nok inne hos pasienten. Det kan bli enda vanskeligere ved at pasienten ikke vil ha deg på rommet, da isolerte pasienter kan være utvelgende i sitt forhold med pleiepersonalet og ønsker bare pleie av spesifikke pleiere (Rygh et al., 2016). Som sykepleier må man bruke empatiske evner for å forstå pasientens reaksjoner på isolasjonen. Det holder ikke å dokumentere at «pasienten tåler isolasjonen dårlig». Sykepleier må vite hva problemene dreier seg om og iverksette relevante tiltak for å bedre situasjonen til pasienten. Det vil være viktig å gå ofte inn til pasienten, selv om han ikke har ringt på, fordi han skal ha minst en time samtale/besøk utenom pleiernes daglige gjøremål (Rygh et al., 2016).

Som tidligere nevnt, å bli smitteisolert kan resultere i at pasienten får sjokk (Akselsen & Elstrøm, 2015). Som sykepleier vil det da være viktig å gi pasienten emosjonell støtte. Behovet for omsorg og trygghet vil være stort, selv om pasienten kan virke forholdsvis uberørt av isoleringen. Pasienten må få rom til å gi utløp for de reaksjoner og tanker han måtte ha. Når pasienten er i sjokk vil hans evne til å oppfatte ting som blir sagt og gjort bli redusert. Sykepleier må i dette tilfellet forholde seg rolig, la pasienten få anledning til å snakke og være en aktiv lytter (Eide & Eide, 2016). Som nevnt i delkapittelet over, kan man innhente mye informasjon om hvordan pasienten har det og hva han har behov for når han får snakke fritt.

Et spørsmål som er ganske vanlig å få fra smitteisolerte pasienter er angående hvor lang tid pasienten må være isolert. Da er det viktig ikke å gi pasienten falske forhåpninger om at isolasjonen vil være raskt over. Å forutsi hvor lenge pasienten må være isolert er som regel vanskelig å forutsi. Det kommer an på prøvesvar og pasientens respons på behandlingen han får. Det er bedre å antyde lengre isolasjonstid enn for kort (Rygh et al., 2016).

Psykiske forhold er en viktig faktor som påvirker pasientens ressurser til å mestre pasientrollen. Observasjon og klinisk vurdering av pasientens psykiske forhold kan gi sykepleieren kunnskap som kan bidra til å forebygge pasientens følelse av blant annet angst og utrygghet (Stubberud, 2019c).

Ifølge mye empiri og teori er angst og depresjon ofte en bivirkning av å bli smitteisolert. Angst kjennetegnes ved en følelsesmessig spenningstilstand som er en reaksjon på noe som oppleves som farlig. Å observere angst hos pasienter kan være vanskelig, da

reaksjonene og symptomene er individuelle. Men angst kan blant annet gi følelsen av tomhet eller å ha sommerfugler i magen. I tillegg vil det sympatiske og parasympatiske nervesystemet gi stressreaksjoner som hjertebank, svetting, kvalme, oppkast og diaré. Muskelspenninger er også normalt, og kan gi hodepine og nakkesmerter. Sinne og aggresjon i form av utagerende atferd rettet mot seg selv eller andre, er typiske reaksjoner på en angstopplevelse. Normale angstreaksjoner i en kort periode krever normalt ingen legemiddelbehandling, men informasjon er viktig for å forebygge og redusere tilstanden (Stubberud, 2019c).

Depresjon har to sett med symptomer, grunnsymptomer og tilleggssymptomer. Grunnsymptomene består av depressivt stemningsleie, interesse- og gledeløshet og energitap eller økt tretthet. Tilleggssymptomer kan være redusert konsentrasjon og oppmerksomhet og redusert selvfølelse og selvtillit. Skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om eller utføring av selvskade eller selvmord, søvnforstyrrelser og redusert eller endret appetitt er også mulige tilleggssymptomer. Sykepleier må kunne observere og vurdere forandringer i pasientens psykiske tilstand for å forebygge eller redusere symptomer. Det finnes flere spørreskjemaer og skalaer som kan måle depresjonsdybden, for eksempel MADRS eller Geriatric Depression Scale (Stubberud, 2019c).

## 4.5. Sykepleieteori

Joyce Travelbee hadde et menneskesyn som sier at man skal forholde seg til ethvert menneske som et unikt individ. Sykepleierens oppgave er ifølge Travelbee å hjelpe den syke og lidende til å finne mening og mestring i den situasjonen pasienten befinner seg i. Sykepleieren må kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilken mening han selv legger til. Med andre ord, man må se forbi sykdommen (Kristoffersen, 2014).

Det er forskjellige faser av lidelse, ifølge Travelbee, og hun ser på det som en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde ut ifra hvem man er og hva man lider av. Den nest siste fasen av lidelse kjennetegnes ved sinne, håpløshet og bitterhet. Her er det avgjørende at sykepleier griper inn, og Travelbee beskriver denne fasen som en mellommenneskelig øyeblikkelig hjelp-situasjon i like stor grad som livreddende behandling er øyeblikkelig hjelp. Grunnen til det er at neste og siste fase kjennetegnes ved apatisk likegyldighet og at pasienten mister viljen til å leve (Kristoffersen, 2014).

Ifølge Travelbee forsøker mennesker som lider å finne en årsak til eller en forklaring på det som har skjedd. Mennesket søker naturlig etter mening (Kristoffersen, 2014). Å gi en isolert pasient mening kan man ikke som sykepleier forvente å klare, men årsaker og forklaringer på lidelse er definitivt i jobbeskrivelsen. Det er viktig å fortelle pasienten om sykdommen og hvorfor han kan ha fått den. Informasjon om hvorfor pasienten må isoleres og hvordan isoleringen fungerer er også viktig. Travelbee sin forståelse av mening er høyst personlig og individuell, da hvert enkelt menneske må finne mening selv – den kan ikke gis fra et menneske til et annet. Hun knytter begrepet opp mot personens opplevelse av å bry seg om noe eller noen utenfor seg selv. Eller at en person opplever mening når vedkommende føler at han har verdi og er betydningsfull for andre. I prosessen med å utvikle og opprettholde denne opplevelsen av mening trenger man kontinuerlig støtte og hjelp fra sine nærmeste og fra helsepersonell (Kristoffersen, 2014).

#### 4.5.1. Mellommenneskelige forhold

Et menneske-til-menneskeforhold må etableres for at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås, og dette kan kun skje mellom personer. Derfor mener Travelbee at det er viktig at pasienten og sykepleieren kommer forbi det stadiet hvor de ser på hverandre som roller og begynner å se hverandre som personer (Kristoffersen, 2014).

Det er gjennom en interaksjonsprosess det etableres et menneske-til-menneskeforhold, og denne prosessen inneholder flere faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Første gang pasient og sykepleier møtes vil de basere seg på generaliserte og stereotypiske oppfatninger, men etter flere møter vil det oppstå et mellommenneskelig forhold. Dette vil skje gjennom at deres identiteter vil lyse frem å bli oppfattet av motparten. Gjennom empati vil forholdet bli enda sterkere. Sykepleier vil bli mer forpliktet til denne pasienten og pasienten vil føle nærhet i form av at han føler seg mer sårbar og utsatt enn tidligere. Pasienten kan ha vist tillitt til sykepleieren ved å være åpen og personlig, og vil videre bli desto mer skuffet om han føler tillitten blir brutt. Travelbee understreker at det er urealistisk å forvente at sykepleier skal empati med alle pasienter, men ønske om å forstå den andres opplevelse er en nødvendighet. Gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier forutsetter at sykepleieren har et ønske om å hjelpe og har de kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2014).

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet drøftes funnene fra empirien i lys av presentert teori, sykepleieteori og egne erfaringer for å svare på oppgavens problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?». De fremtredende empiriske funnene angående psykososiale konsekvenser av smitteisolering, vil få sitt eget delkapittel. De forskjellige delkapitlene vil diskutere hvorvidt de psykososiale konsekvensene støttes empirisk og teoretisk, og hva man som sykepleier kan gjøre for å forhindre eller redusere de.

### 5.1. Psykososiale reaksjoner som følge av smitteisolering

Fem av forskningsartiklene fant data på depresjon og symptomer på depresjon hos pasienter som følge av smitteisolering (Hereng et al., 2019; Furuno et al., 2012; Gammon et al., 2019; Siddiqui et al., 2018; Mendoza et al., 2015). For å forebygge depresjon hos den smitteisolerte pasienten må sykepleieren observere og vurdere forandringer i pasientens psykiske tilstand. Da gjelder det å være observant med tanke på grunn- og tilleggssymptomene som Stubberud (2019c) snakker om. Deretter vurdere, iverksette og evaluere relevante tiltak. Det finnes også flere scoringsverktøy som vil være til stor hjelp, da det kan være vanskelig å bedømme pasientens psykiske status kun gjennom observasjon. Stubberud (2019c) nevner MADRS og Geriatric Depression Scale som gode verktøy for å måle depresjonsdybden.

Angst og symptomer på angst som følge av smitteisolering ble presentert som funn i flere av forskningsartiklene (Furuno et al., 2012; Gammon et al., 2019; Siddiqui et al., 2018). Dette virker å være kjent kunnskap også i faglitteratur. Rygh et al. (2016) nevner for eksempel reaksjoner som angst, forvirring, skyldfølelse, irritasjon, sinne, rastløshet og frihetsberøvelse. Bortimot alle pasienter som isoleres vil oppleve ett eller flere av disse problemene. Angst er en reaksjon på at noe oppleves som farlig og kommer til uttrykk som en følelsesmessig spenningstilstand (Stubberud, 2019c). At noe *oppleves* som farlig betyr ikke nødvendigvis at det faktisk *er* farlig. Det vil derfor være viktig at sykepleier trygger pasienten gjennom å ufarliggjøre det som ikke er farlig og gi god informasjon om ting han lurer på eller er skeptisk til. Å observere angst hos en pasient kan være vanskelig, men mulige kliniske observasjoner er stressreaksjoner som hjertebank, svetting, kvalme, oppkast og diaré. I tillegg kan man observere muskelspenninger, som gir hodepine og nakkesmerter, sinne og aggresjon (Stubberud, 2019c).

Hereng et al. (2019) og Gammon et al. (2019) fant data på stigmatisering, eller opplevelse av stigmatisering. Eriksson (1995) i Kristoffersen et al. (2014) snakker om at det å ha en sykdom kan resultere i sjelelig og åndelig lidelse i form av fornedrelse, forlegenhet, skam og skyld. Grunnen til det er at pasienten opplever seg selv som mindre eller dårligere enn han selv ønsker, da han sammenlikner seg med normer og verdier fra kulturen sin. Pasientens egen opplevelse av lidelsen blir i stor grad farget av helsepersonellens reaksjon på hans tilstand. Å ha kunnskap om slike sammenhenger er en nødvendighet for å forstå hvorfor en sykdom medfører lidelse, og for at sykepleier skal kunne møte pasienten på en måte som bidrar til å lindre lidelsen (Kristoffersen et al., 2014).

Travelbee ser på lidelse som en erfaring som er varierende i intensitet, varighet og dybde, avhengig av hvem man er og hva man lider av (Kristoffersen, 2014). To smitteisolerte pasienter med samme infeksjon kan derfor reagere forskjellig siden de opplever infeksjonen ulikt. Travelbee skriver videre at sinne, håpløshet og bitterhet er kjennetegn på en mellommenneskelig øyeblikkelig hjelp-situasjon. Her må sykepleier gripe inn for å forhindre at pasienten når det siste nivået av lidelse, som kjennetegnes av apatisk likegyldighet og ingen vilje til å leve (Kristoffersen, 2014). I denne fasen vil det være meget vanskelig for sykepleieren å ivareta pasientens psykososiale behov.

Å skape et terapeutisk miljø for den smitteisolerte pasienten kan være vanskelig siden han befinner seg i en ukjent situasjon på et ukjent sted. Derfor kreves det kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient for å fjerne eller redusere belastende stressorer. Der det ikke er mulig må sykepleier støtte pasienten gjennom hans stresshåndtering. Informasjon kan hjelpe pasienten til å få en opplevelse av forutsigbarhet og kontroll, og til å få en forståelse av hensikten og meningen med smitteisoleringen (Stubberud, 2019b). Ved å ta vare på pasientens indre psykiske forhold vil han være bedre rustet til å mestre rollen som pasient. For å gjøre dette kreves observasjon og klinisk vurdering av pasientens psykiske forhold. Dette kan bidra til å forbygge pasientens følelse av blant annet angst og utrygghet (Stubberud, 2019c).

Tre av forskningsartiklene rapporterte om ensomhet som følge av smitteisolering (Gammon et al., 2019; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Mendoza et al., 2015). I Gammon et al. (2019) var det pasienter som følte på ensomhet, sosial isolasjon og det å bli forlatt som en reaksjon på å bli smitteisolert, og at dette kan føre videre til depresjon, angst og humørsvingninger. Pasientene i Pacheco & Spyropoulos (2010) og Mendoza et al. (2015) opplevde ensomhet siden de hadde lite eller ingen besøk, og skulle ønske de delte rom med noen slik at de hadde noen å dele erfaringer med og generelt være sosial med. Til tross for ensomheten ville ikke pasientene ta imot besøk, da de ikke ville være en risiko for andre. Gammon et al. (2019) sier at sykepleier må oppfordre pasienten til sosial kontakt ved å komme innom rommet ofte og oppmuntre til å ta imot besøk. Om det skulle være slik at flere pårørende ønsker å besøke, vil det være hensiktsmessig å spre disse besøkene utover slik at ikke alle kommer samtidig. Da vil både smitte og ensomhet forebygges (Rygh et al., 2016). Det skal sies at fire av forskningsartiklene (Gammon et al., 2019; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Chittick et al., 2016; Mendoza et al., 2015) også fant ut at pasientene til tider satt pris på privatlivet som isolasjon medfører. Men dette er bare en liten glede i en ellers belastende situasjon.



## 5.2. Sykepleie med fokus på psykososiale behov

Gammon et al. (2019) skriver at sykepleiere må forberede pasientene på smitteisolering for å forebygge psykososiale konsekvenser. Men ofte har man ikke mulighet til å forberede pasientene. Ved mistanke om smittsom sykdom som krever isolering skal man nemlig umiddelbart iverksette smitteverntiltak, som for eksempel å smitteisolere pasienten (Rygh et al., 2016). Da vil man ikke kunne forberede pasienten på det, og dette kan oppleves som en livskrise og et sjokk (Akselsen & Elstrøm, 2015). Ifølge Rygh et al. (2016) er det vanlig at den smitteisolerte pasienten opplever psykiske forandringer. Forandringene er forskjellige fra det andre pasienter får. I isolasjon kan tiden gå veldig sakte for pasienten, som ligger og stirrer på de samme fire veggene gjennom hele døgnet, og døgnrytmen blir ofte forstyrret. Derfor vil mange pasienter reagere med å føle seg fanget, ensom og føle at man ikke har kontroll på egen hverdag (Rygh et al., 2016). Pasientens evne til å oppfatte ting som blir sagt og gjort vil være redusert, spesielt om han er i sjokk. I dette tilfellet bør sykepleier forholde seg rolig, la pasienten snakke og innta en rolle som aktiv lytter. Man kan innhente mye informasjon om hvordan pasienten har det og hva han har behov for når han får snakke fritt (Eide & Eide, 2016).

Pasientene i Hereng et al. (2019) og Siddiqui et al. (2018) anga at de hadde for lite kontakt med sykepleierne og at sykepleierne var mindre tilgjengelig for de smitteisolerte pasientene. I tillegg opplevde de isolerte pasientene å få dårligere generell pleie. I Pacheco & Spyropoulos (2010) og Mendoza et al. (2015) derimot, var pasientene fornøyd med både frekvens og kvalitet på pleie, men de observerte forskjellig utøvelse av smittevern blant pleierne. Dette medførte usikkerhet blant pasientene. I tillegg mente mange av pasientene at sykepleierne brukte for lang tid når ringesnoren ble anvendt. I Chittick et al. (2016) mente tre fjerdedeler av pasientene at helsepersonellet var konsekvente i bruken av smittevernutstyr, mens 15% var helt uenig i dette. Av egne erfaringer er det ikke vanskelig å forstå at pasientene merker seg dette og reagerer på det. Det har skjedd flere ganger i praksis at alle ansatte er inne hos hver sin smitteisolerte pasient med full påkledning når en annen pasient ringer på. Så lenge man ikke er like mange ansatte som pasienter vil dette skje fra tid til annen.

Følelsen av å ikke strekke til er derfor normal når man jobber med smitteisolerte pasienter. Man klarer ikke å møte pasientens behov fordi det er tidkrevende og utfordrende og sitter ofte igjen med dårlig samvittighet siden man ikke kunne prioritere pasienten like mye som man skulle ønsket. Enda vanskeligere kan det bli hvis den isolerte pasienten er utvelgende i sitt forhold med personalet og kun ønsker pleie av spesifikke ansatte (Rygh et al., 2016).

Som sykepleier må man bruke empatiske evner for å forstå pasientens reaksjoner på isolasjonen. Empati vil ikke være mulig å ha overfor alle pasienter man har ansvar for, mener Travelbee, men viljen til å sette seg inn i pasientens situasjon må alltid være der. Som sykepleier må man vite hva pasienten opplever som et problem og iverksette tiltak som kan bedre pasientens situasjon. Det er en grunn til at pasienten skal ha minst en time besøk eller samtale om dagen, det er fordi det er nødvendig (Rygh et al., 2016). Skal man tro studien til Gammon et al. (2019) er sykepleiere som jobber med smitteisolerte pasienter oppmerksomme på at de trenger ekstra psykososial støtte, men det er vanskelig å gjøre til en realitet på grunn av begrenset tid og ressurser. Noen pasienter kan virke uberørte av å bli smitteisolert, men behovet for omsorg og trygghet vil alltid være der, og derfor er en av sykepleierens roller å gi pasienten emosjonell støtte. Pasienten må få rom til å gi utløp for sine reaksjoner og tanker (Eide & Eide, 2016).

### 5.3. Viktigheten av god kommunikasjon og informasjon

Noen av pasientene i Hereng et al. (2019) uttrykte angst på grunn av mangel på informasjon angående infeksjonens opprinnelse. Da brukte mange internett for å tilegne seg informasjon. Dette er ofte uheldig, da pasienten kan bli feilinformert. I mange tilfeller vil pasienten finne «svar» på internett som er verre enn realiteten og pasienten vil bekymre seg unødvendig. Informasjonen pasienten tilegner seg bør derfor komme fra helsepersonell som har mange av de faktiske svarene, i form av for eksempel prøvesvar og klinisk vurdering. Dette er noe internett ikke har tilgang til. Når sykepleier skal gi pasienten informasjon bør man tenke på at informasjonen skal være forståelig i form av at den skal høres, forstås og huskes. Det kan være lurt å spørre seg selv om pasienten har behov for denne informasjonen, og om han er i stand til å ta den imot. Det går også an å spørre pasienten om det er noe han lurer på, men han vil ikke alltid vite hva han lurer på selv. Om det er tilfellet, er det også mulig å stille mer åpne spørsmål. For eksempel «hvordan går det?» eller «hvordan er det å være smitteisolert?». Pasienten kan da gi sykepleieren hint om hva han trenger av informasjon uten at han vet det selv. Med utgangspunkt i det pasienten forteller kan sykepleier for eksempel informere om smitteisoleringens hensikt eller bivirkninger av behandling og smitteisolering. At man tar utgangspunkt i det pasienten sier kan gjøre at informasjonen er mer forståelig. Informasjon vil bidra til at pasienten føler han har bedre kontroll over situasjonen (Eide & Eide, 2016).

Pasientene i Pacheco & Spyropoulos (2010) anga ikke usikkerhet som følge av dårlig informasjon, men de hadde likevel mange spørsmål om sykdommen og infeksjonen. Disse spørsmålene er normalt blant alle pasienter, spesielt de smitteisolerte. Det vil være viktig å ikke være for optimistisk eller negativ i svarene når pasienten lurer på noe, for eksempel hvis pasienten lurer på hvor lenge isoleringen vil vare. Underdriver man lengden på isoleringen kan det hende at pasienten blir fornøyd der og da, men når han må ligge på «overtid» vil han sannsynligvis bli rastløs, skuffet og/eller uttrykke sinne. Hvis man for eksempel må vente på prøvesvar for å gi pasienten et godt svar, kan man si nettopp det til han (Rygh et al., 2016). Grunnen til at pasientene har mange spørsmål kan det hende Travelbee har svart på. Hun skriver at alle mennesker vil søke en årsak eller forklaring i møte med lidelse, og at man vil søke etter mening (Kristoffersen, 2014).

Ting det ofte kan være lurt å informere pasienten om for å gi han et innblikk i mulig årsak er generelt om sykdommen og hvordan han kan ha fått den, hvorfor det kreves smitteisolering og hvordan smitteisoleringen fungerer. For å hjelpe pasienten med å finne mening trenger han kontinuerlig støtte fra sykepleier, og eventuelt hans nærmeste, slik at han opplever å ha verdi og å være betydningsfull for andre (Kristoffersen et al., 2014). Man vet som regel ganske mye om hva pasienten trenger informasjon om, men det er forskjellig fra pasient til pasient når han er i stand til å ta imot dette. Gjentakelse av informasjon vil derfor være nødvendig (Eide & Eide, 2016). Selv om sykepleier har gitt informasjonen tidligere og pasienten sier at han har forstått det, er det ikke sikkert han har det. Eller han kan ha glemt det. Dette er noe som ofte skjer med informasjonen man gir tidlig i forløpet, da pasienten ikke ser på det som viktig informasjon. Men ved et senere tidspunkt kan informasjonen være av interesse. Det kan virke som at helsepersonellet i Chittick et al. (2016) fant riktig tidspunkt og riktig måte å gi informasjon på. Her forstod over 90% av pasientene at smittevernutstyr hindrer spredning av smitte. Noe alarmerende er det riktignok at kun 65% av pasientene i samme studie følte de fikk godt forklart grunnen for bruken av smittevernutstyr.

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter §3-2 (1999) har pasienten rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen han får, og til den informasjonen han trenger for å få innsikt i egen helsetilstand. For å sikre at pasienten forstår prinsippene for og hensikten med isolering er god kommunikasjon avgjørende (Akselsen & Elstrøm, 2015). Da må sykepleier tilstrebe god dialog med pasienten og hjelpe han med det han trenger hjelp til. Dette fører til at pasienten stoler på at personalet holder det de lover og pasienten vil oppleve forutsigbarhet (Rygh et al., 2016). Informasjonsbehovet til hver enkelt pasient vil variere, men opparbeider man seg en erfaring med smitteisolerte pasienter kan man dra nytte av det i form av at man vet hva de vanligste spørsmålene er.

Siddiqui et al. (2018) og Mendoza et al. (2015) fant ingen utslag som tilsa dårlig kommunikasjon og informasjon. Pasientene visste for eksempel hvorfor de var i isolasjon. Ifølge Rygh et al. (2016) er det flere ting det er viktig å informere den smitteisolerte pasienten om. For eksempel vil informasjon om hygiene, til både pasient og pårørende, for å forhindre smitte være av stor betydning. For besøkende vil det også være viktig å få informasjon om og bli lært opp i av- og påkledning av smittevernutstyr som frakk, hansker og munnbind/åndedrettsvern. Når denne informasjonen er gitt er det viktig å følge disse retningslinjene, for både besøkende og ansatte. Det er uheldig at sykepleierne som kommer inn på rommet bruker smittevernutstyret forskjellig eller i ulik grad. Da kan pasientene bli usikre på om det egentlig er nødvendig med smittevernutstyr og isolering, eller de kan føle på usikkerhet fordi de opplever at sykepleierne ikke tar pasienten og hans sykdom seriøst. Dette var tilfellet for en del av pasientene i Pacheco & Spyropoulos (2010) og i Mendoza et al. (2015).

God kommunikasjon og god informasjon er noe som skjer mellom mennesker. Travelbee sitt syn på mellommenneskelige forhold er derfor høyst relevant. For å oppnå et godt mellommenneskelig forhold er man avhengig av at sykepleier ønsker å hjelpe pasienten og prøver å se ting fra hans perspektiv. Det er når man kommer forbi det å se på hverandre som sykepleier og pasient, og heller ser hverandre som mennesker, at man virkelig kan kommunisere på en god måte (Kristoffersen et al., 2014).

## 5.4. Metodediskusjon

Litteraturstudie har vært en god metode for denne oppgaven. Det var relativt stor enighet blant forskningen, i form av tilsvarende resultater, vedrørende temaet sykepleie til smitteisolerte pasienter. Å utføre kvalitativ eller kvantitativ forskning selv ville likevel vært spennende for å se det med egne øyne. Samtidig stemte forskningen overens med mine forestillinger og erfaringer innen dette temaet.

Denne oppgaven tar ikke hensyn til hvilken sykdom/infeksjon det er snakk om, og heller ikke hva slags smitteregime som blir anvendt. Grunnen til det er at oppgaven har begrensninger når det gjelder både tid og omfang. Ved å se bort ifra sykdom/infeksjon og smitteregime ble det enklere å finne forskning innenfor temaet. Og skulle oppgaven for eksempel tatt for seg alle smitteregimene separat, ville omfanget av oppgaven blitt for stort. Hadde man fokusert på kun ett smitteregime ville det tatt mer tid å finne relevant forskning.

Formålet med oppgaven var å finne ut om smitteisolering gir konsekvenser for psykososiale behov, og i så fall hvilke konsekvenser, og hva man som sykepleier kan bidra med for å ivareta disse behovene. Dette føler jeg denne oppgaven har gjort.

Det er definitivt mulig å anvende resultatene fra denne oppgaven. Teori, empiri og egne erfaringer var i enighet. Det vil si at kunnskapsgrunnlaget er der, men det blir kanskje ikke prioritert. Med ekstra oppmerksomhet og tid rettet mot de smitteisolerte pasienter ville man kommet en lang vei.

## 6. Konklusjon

Denne litteraturstudien hadde til hensikt å belyse problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov ved smitteisolering under sykehusoppholdet?». For å finne svar på dette måtte det først undersøkes hvordan smitteisolerte pasienter opplever å være isolert, og hvordan deres psykososiale behov blir påvirket.

Tidligere forskning viser at pasienter har både positive og negative reaksjoner på smitteisolering, men de negative er dominerende. De positive assosiasjonene handler hovedsakelig om stillheten og graden av privatliv som følger med å være isolert på enerom. De negative reaksjonene er det flere av. Noe av det som gikk igjen var depresjonssymptomer, angst, ensomhet, følelse av stigmatisering og å være smittsom, og mangel på kontroll, for å nevne noen eksempler. Disse opplevelsene og følelsene skyldes ofte mangelfull og uforståelig informasjon, færre tilsyn, lite kontakt med personalet og generelt dårligere kvalitet på pleie. Det virker dermed som at forskning støtter forestillingen om at smitteisolering ofte skjer på bekostning av de psykososiale behovene til pasienten.

Så fort det er mulig bør sykepleier informere pasienten om sykdommen eller infeksjonen, smitterisikoen, smitteregimet som tas i bruk og isoleringens varighet. Informasjonen bør være fullstendig og forståelig, og tilpasset den enkeltes forutsetninger for å forstå. Det er lurt å gjenta informasjon siden pasienten ikke vil få med seg alt i starten når situasjonen er ny for han. Jo bedre informasjon og støtte pasienten får, desto mer vil pasienten føle at han har kontroll over egen situasjon. Mangel på tid viser seg ofte å være grunnen til at smitteisolerte pasienter nedprioriteres og får færre tilsyn, da av- og påkledning av smittevernutstyr er tidkrevende. Sykepleier må forsøke å sette av og prioritere tid til disse pasientene slik at relasjonen mellom sykepleier og pasient ikke skades.

De smitteisolerte pasientene er i en sårbar situasjon og smitteisolering i seg selv kan være en psykisk belastning. Man bør derfor være bevisst 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 bør derfor tilpasses individuelt.

Å bli smitteisolert har ikke alltid en psykososial effekt på pasienten, men når det har det, er det nesten alltid i negativ forstand (Hereng et al., 2019).

# Referanser

- Akselsen, P.E. & Elstrøm, P. (2012). *Smittevern i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.033>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Furuno, J.P., Krein, S., Lansing, B. & Mody, L. (2012). Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 40(3), 263-266. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.019>
- Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677-693. <http://dx.doi.org/10.1177/1744987119845031>
- Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J. & Davido B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *American Journal of Infection Control*, 47(9), 1077-1082. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>
- Kristoffersen, N.J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2014). *Lidelse, mening og håp*. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 245-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mendoza, C.L., Dominguez, M.J.A., Fernandez, C.G., Brioso, C.R. & Bano, J.R. (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>
- Pacheco, M. & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3).
- Rygh, M., Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I.L. & Stubberud, D.G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 69-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Siddiqui, Z.K., Abusamaan, M.S., Conway, S.J. & Wu, A.W. (2018). Patient isolation for infection control and patient experience. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(2), 194-199.

Stubberud, D.G. (2019a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.G. (2019b). Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.G. (2019c). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.