

Anne-Line Hjelle Midthus, Ann-Kristin Torp og
Kine Therese Frydenberg

Psykososial helse ved smitteisolasjon i sykehus

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Inger Balke

Mai 2021

Anne-Line Hjelle Midthus, Ann-Kristin Torp og Kine
Therese Frydenberg

Psykososial helse ved smitteisolasjon i sykehus

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Psykososial helse ved smitteisolasjon i sykehus	Dato: 21.05.21
Forfattere:	Anne-Line Hjelle Midthus, Ann-Kristin Torp og Kine Therese Frydenberg	
Veileder:	Inger Balke	
Stikkord/nøkkelord:	Isolasjon, psykososiale behov, sykepleier, sykepleier tiltak	
Antall sider/ord: 43/10851	Antall vedlegg: 0	
Bakgrunn: <p>Pasienter på sykehus som er plassert på isolat, på grunn av smitteverntiltak, har en negativ påvirkning på pasientenes psykiske helse. Dette har også en påvirkning på helsepersonellens omsorg til pasienten.</p>		
Hensikt: <p>Hensikten med denne litteraturstudien er å finne hva helsepersonell kan gjøre, for å beskytte og forebygge pasientens negative symptomer på sin psykiske helse, mens den er isolert.</p>		
Metode: <p>Litteraturstudien er gjort med strukturerte søk innenfor databasene CINAHL, PubMed og MEDLINE. Den inneholder seks artikler av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Som deretter blitt evaluert, analysert og funn blir identifisert.</p>		
Resultat: <p>Respondentene i de forskjellige artiklene hadde forskjellige erfaringer mens de var isolert på grunn av infeksjon. Angst, depresjon, ensomhet, og mindre sosial kontakt med andre kom frem i flere av artiklene. Respondentene hadde utilstrekkelig informasjon om deres egen helse, som reflekterte en mistillit i helsepersonellet som ikke ga dem nok informasjon under deres opphold. I noen artikler besøkte helsepersonell pasientene sjeldnere. Mens i én av artiklene fant de en måte å kommunisere med pasienten uten å forurense helsepersonellet.</p>		
Konklusjon: <p>Det er utilstrekkelig kunnskap blant helsepersonellet om hvilke faktorer som påvirker pasientens psykososiale behov og opplevelse når de er isolert. Effektiv kommunikasjon, gode relasjoner, endring av rommiljøet og bruk av teknologi vil bidra til å bedre ivaretagelse av pasienten. Dette bidrar også til å ivareta pasientens psykososiale helse, men vil også gi andre positive opplevelser av å være isolert.</p>		

Abstract

Title:	The impact of psychological health of hospital patients through infection isolation	Dato: 21.05.21
Authors:	Anne-Line Hjelle Midthus, Ann-Kristin Torp and Kine Therese Frydenberg	
Supervisor:	Inger Balke	
Keywords:	Isolation, psychosocial needs, nursing methods, nursing	
Number of pages/words:	43/10851	Number of appendices: 0
Background:		
<p>Hospitalized patients that are placed in isolation, due to infection precautions, have a negative impact on the patient's mental health. This also has an impact on the healthcare providers (HPC), care of the patient.</p>		
Purpose:		
<p>The purpose of this literature study is to find out what the nurses can do, to protect and prevent the patients negative mental health symptoms while being isolated.</p>		
Method:		
<p>The literature study is done with structured searches within the databases: CINAHL, PubMed and MEDLINE. It includes six articles of both qualitative and quantitative research, which is then evaluated, analysed and findings were then identified.</p>		
Results:		
<p>The respondents in the different articles had different experiences of being isolated due to infection. Anxiety, depression, loneliness, and less social contact with others came up in several of the studies. The respondents had insufficient information about their own state of health, which is reflected in mistrust in HCPs not giving them enough information about their stay. In some of the articles, the HCPs visited the patient less frequently. While in one of the other articles, they found a way to communicate with the patient without having the HCPs contaminated.</p>		
Conclusion:		
<p>There's inadequate knowledge among the HPCs on how factors influence psychosocial needs and the patient experience in isolation. Effective communications, good relations, change of the room's environment, and the use of technology will contribute to better safeguarding of the patient's psychosocial health. This gives other positive experiences in isolation.</p>		

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Oppgavens sykepleiefaglige relevans	6
1.2	Hensikt og problemstilling	7
2	Bakgrunn.....	8
2.1	Teorigrunnlag	8
2.2	Psykososiale behov og reaksjoner på isolasjon.....	8
2.2.1	Den psykososiale helsen	9
2.2.2	Å bli syk og isolert.....	9
2.2.3	Stressmestring	10
2.2.4	Sykepleierens oppgave.....	10
2.2.5	Pasientenes rettigheter	11
2.3	Sykepleierens funksjon og ansvar	11
2.3.1	Kommunikasjon	12
2.3.2	Det kliniske blikket	12
3	Metodebeskrivelse	13
3.1	Litteraturstudie	13
3.2	Søkeprosess og innhenting av litteratur	13
3.3	Inklusjon og eksklusjonskriterier	14
3.4	Utvalg av artikler og søkematrise.....	15
3.5	Analyse og vurdering av artikler.....	15
3.6	Kildekritikk og vurdering av kvalitet	16
4	Resultatpresentasjon	18
4.1	Fremstilling av artikler	18
4.1.1	Artikkel 1	18
4.1.2	Artikkel 2	19
4.1.3	Artikkel 3	20
4.1.4	Artikkel 4	21
4.1.5	Artikkel 5	22
4.1.6	Artikkel 6	23

4.2	Oppsummering av resultatene	24
4.2.1	Negative opplevelser på isolasjon.....	24
4.2.2	Kompetanse og kunnskap	25
4.2.3	Informasjon og veiledning	26
5	Diskusjon	28
5.1	Pasientens behov for veiledning og informasjon	28
5.2	Sykepleierens kompetanse, kunnskap og holdning.....	29
5.3	Løsninger på en ressurskrevende isolasjon	31
5.3.1	Teknologi	31
5.3.2	Tilgjengelighet av hverdagsartikler	31
5.3.3	Re-screening	32
5.3.4	Ivaretagelse av mestringsstrategier og stressfaktorer	32
5.3.5	Tverrfaglig samarbeid og faglig forsvarlighet	33
5.3.6	Sikre god informasjon om pasienten.....	33
5.3.7	Generelle tiltak.....	34
5.4	Kritisk vurdering og metodediskusjon	36
5.5	Forskningsetikk	37
5.5.1	Helsinki deklarasjonen.....	37
5.5.2	Etiske overveielser	37
6	Konklusjon.....	38
6.1	Sykepleier tiltak.....	38
6.2	Innovasjon, fag- og tjenesteutvikling.....	39
7	Litteraturliste.....	40

1 Innledning

Isolasjon er noe pasienter som enten representerer en smittefare for omgivelsene, eller som selv må beskyttes mot smitte kan oppleve. For disse kan det være aktuelt å oppholde seg på isolat ved innleggelse i somatisk sykehus. Dette er spesielt aktuelt i forbindelse med den pågående COVID-19 pandemien. Dette kan være en utfordrende situasjon for den enkelte pasient, både fysisk og psykisk. Dette er et tema som bør belyses og aktualiseres, derfor mener vi denne tematikken er viktig for oss som sykepleiere å reflektere over.

Grov (2015) forteller at når en pasient ligger med alvorlig sykdom på et somatisk sykehus, har pasienten et ønske om å føle seg trygg og ivaretatt. Behovet for trygghet er vanskelig å definere, for det har med hele sammenhengen i miljøet å gjøre. Alle mennesker har et behov for forutsigbarhet og beskyttelse. Dette ligger som et grunnleggende behov.

Mange pasienter vil oppleve det som en belastning å bli isolert i sykehus og møte helsepersonell som ifører seg smittefrakk, hansker og munnbind. God kommunikasjon er avgjørende for å sikre at pasienten forstår prinsippene for og hensikten med isoleringen. Isolasjon har alvorlig innvirkning på pasientens helse, velferd og frihet. Isolasjon krever samtykke (Akselsen, 2018).

Heggestad (2016) skriver at det er gjennomført en studie ved somatiske sykehus, der pasienter fortalte om opplevelser de fant krenkende ved innleggelse på sykehus. En del av dette er at verdigheten ikke blir ivaretatt.

Erfaringer fra praksis, under COVID-19 har vært at pasientene som ligger isolerte pga. mistanke om smitte, blir omprioritert og satt sist på lister i forhold til undersøkelser. Mange forteller de opplever å bli annerledes behandlet av personale. En smitteisolert pasient fortalte han ventet en hel dag på samtale med lege, samt for å ta en MR undersøkelse. Når prøvesvaret forelå, skulle alle andre de andre avdelingene ha tak i han samtidig som eksempel røntgen avdeling. Et utsagn fra han var:

«Så godt det var å endelig føle seg ønsket av noen.»

1.1 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

Nordtvedt og Grønseth (2016) forteller at utøvelsen av sykepleie handler ikke bare om pleie, men å se hele mennesket. Helsepersonell skal ivareta alle behovene til pasientene, enten de er fysiske eller psykiske. Som sykepleier skal man fremme helse, behandle, rehabilitere og lindre. Forutsigbarhet og mestring er relevant for å gi pasienten økt trygghet under innleggelse, men en sykepleiers oppgave omhandler også veiledning og undervisning. Sykepleieren skal vise skikkethet, samt oppdatere seg for fagutvikling for å sikre pasienten rett pleie og unødig stress (Nordtvedt og Grønseth, 2016).

Det er mange faktorer som spiller inn på den psykiske helsen. Det er vår jobb som sykepleiere å forebygge at det utvikles sykdommer eller plager pga. for stor belastning mentalt (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Når mennesker blir akutt syke, kan dette gå ut over pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2013). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) hevder at det er genene som styrer hvordan vi tolker og prosesserer inntrykk og utfordringer. Noen mennesker er mer sårbare enn andre, av natur.

Stubberud (2013) understreker også dette, da mange psykiske sykdommer dannes i grunn av en kombinasjon av sårbarhet og stress.

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) og Stubberud (2013) forteller at tryggheten vi drar med oss fra vi er barn, bidrar til hvordan vi tåler psykisk smerte og regulerer dette. Sårbarhet og stress er viktige faktorer som er med på å påvirke hvordan mennesker reagerer på det å være i isolasjon. Dersom stressnivået forblir forhøyet over tid, kan det utløse psykiske plager eller psykisk sykdom. Kunnskaper om hvilke faktorer som øker risikoen for psykiske plager under stress hos pasienten, bidrar til at sykepleieren lettere kan identifisere truende faktorer for psykiske plager.

1.2 Hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan pasientens psykososiale behov kan bli påvirket negativt ved innleggelse på sykehus under romisolasjon. Hvordan vi som sykepleiere kan utøve tiltak for å bedre situasjonen for den enkelte pasient, slik at risikoen for utvikling av psykiske plager i ettertid reduseres.

Hvilke tiltak kan sykepleieren gjøre for å ivareta pasientens psykososiale behov, inneliggende på romisolasjon i somatisk sykehus?

2 Bakgrunn

Heggestad og Knutstad (2016) sin litteratur forteller at grunnleggende sykepleie handler om å forebygge sykdom og iverksette tiltak ut fra kunnskap om pasientens behov. Pasientens behov skal stå i sentrum i form av hvordan vi jobber, og det er vesentlig for oss som sykepleiere å vite hvordan pasienten har det. Dette er uavhengig av somatisk eller psykisk sykdom.

2.1 Teorigrunnlag

Martinsen (2003) nevner at hennes og Katie Erikssons omsorgsteorier dreier seg om mer enn bare fysisk pleie. I første omgang må man få til en dialog mellom pasient og pleier. Gjennom kommunikasjon dannes grunnlag for nestekjærlighet, tillit, åpenhet og håp ved å vise medmenneskelighet. Som sykepleier har man et ansvar for å ivareta den enkeltes behov, men man skal ikke frata pasientens autonomi. Både Kari Martinsen og Katie Eriksson er enige i at fagkunnskapen og medmenneskelig nærhet er koblet sammen, og danner grunnlaget for sykepleiens omsorgsteori (Martinsen, 2003). Helsepersonell skal møte et menneske, ikke sykdommen (Martinsen, 2003).

Martinsen (2018) hevder at menneskets åndelige behov blir mer vesentlig når pasienten er isolert. Inntrykk er alltid til stede, og blir berørt av situasjonen pasienten befinner seg i. Artikler skrevet i eksempelvis fagblad setter søkelys mot mer tidspress og oppgaver for sykepleierne. Et stadig økt tidspress og oppgaver for sykepleierne gir svikt i selve pleien. Pasienten føler økt krenkelse og invadering (Martinsen, 2018).

2.2 Psykososiale behov og reaksjoner på isolasjon

Mennesker har i dag høye krav til seg selv, og ved akutt sykdom vil de fleste oppleve en form for krenkelse, der livet kan føles meningsløst. Autonomien til pasienten kan bli svekket, noe som går utover pasientens psykiske helse. Psykososiale behov omhandler menneskets psykiske og åndelige helse. Psykososial helse tar utgangspunkt i hvordan pasienten opplever å være syk. I praksis kan dette behovet oversees i en hektisk hverdag. Dette til tross for at sykepleierne skal ivareta en helhetlig omsorg (Stubberud, 2013).

For pasienter som er utsatt for smitte, eller er sårbare for infeksjoner, kan det være vesentlig å isolere dem. Det er legens ansvar å bestemme om en pasient skal isoleres i samarbeid med

sykepleierne (Akselsen, 2018). Akselsen (2018) forklarer videre at hvis det er mistanke om smitte, må det igangsettes isolering i påvente av prøvesvar.

Stubberud (2013) forteller at det kan oppleves som en stor belastning for sårbare pasienter, om de må bytte pasientrom.

Videre sier Akselsen (2018) at det å bytte pasientrom er ofte nødvendig for å kunne isolere nyinnlagte pasienter.

2.2.1 Den psykososiale helsen

Stubberud (2013) beskriver at den psykososiale helsen deles inn i emosjonelle og relasjonelle behov. Det psykososiale kan ikke ivaretas uten at de grunnleggende fysiske behovene er ivaretatt. De psykiske behovene er veldig fremtredende når man blir akutt syk. Det er også vanskelig for mange å uttrykke sine følelser, og noen følelser kan bli kraftigere enn andre, som redsel og sinne.

Stubberud (2013) forteller at når en pasient blir innlagt med akutt sykdom på romisolasjon, kan opplevelsen av innleggelsen forandre seg raskt. Derfor er det viktig at sykepleierne er tilgjengelige og har tilsyn ofte for å øke pasientens følelse av trygghet og ivaretagelse. Sykepleieren må vise empati overfor den syke, og ta seg tid til å besvare spørsmål som omhandler pasientens psykiske behov. Dette gjelder også overfor pasientens pårørende. Pasienten kan ha behov for samtaler om det eksistensielle, livskvalitet og sykdommen. Sykepleieren må da spørre om pasientens åndelige behov og det er viktig at sykepleieren vet hvordan man tilnærmer seg dette. Opplevelsen av sykdommen kan føre til psykiske plager som angst, sårbarhet og depresjon. Dette kan gå ut over vitale funksjoner, som respirasjon og sirkulasjon. Dette kan forverre sykdom (Stubberud, 2013).

2.2.2 Å bli syk og isolert

Stubberud (2013) forklarer at pasienter ofte føler skyld for å måtte be om hjelp. Når pasienten er smitte isolert, blir autonomien svekket, og mange opplever en form for krenkelse.

Pasienten blir nødt til å be om hjelp til alt som er utenfor pasient rommet. Dette er alt fra henting av mat og drikke, til renholds artikler eller utstyr til eliminasjon. Mange pasienter ser dette som en avhumanisering, og at de blir sett på som et objekt.

Siden mennesker er sosiale dyr, vil pasientene oppleve belastning ved å være isolert fra andre på avdelingen. Pasienten får ikke kontakt med medmennesker, familie og venner som kunne

vært en god ressurs for pasientens psykiske helse. Pasienter kan utvikle angst og delirium når de er isolert. På grunn av disse påvirkningene kan prosessering og fortolkning av informasjon derfor bli redusert (Stubberud, 2013).

2.2.3 Stressmestring

Stress er kroppens reaksjonsrespons på belastninger, enten det er fysisk eller psykisk. Som Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) nevner så er denne belastningen subjektiv, og oppleves forskjellig for hver enkelt person.

“Fight or flight” er en beskrivelse av hva som skjer med kroppen når den blir overbelastet i en stress-situasjon. Den fysiologiske prosessen som skjer i kroppen til pasienten, er skadelig når det skjer over tid. Risikoen for å utvikle katabole reaksjoner øker, som kan på sikt føre til organsvikt på flere nivåer. Dermed er kontinuitet og oppfølging viktig, for å stabilisere en stressfull og sårbar situasjon (Stubberud, 2013).

Den psykiske helsen vil for noen pasienter bli mer utsatt for belastning på grunn av isolasjonen i seg selv, ikke bare opplevelsen av sykdommen. Følelser og opplevelser som ensomhet, tap av frihet og minimal kontakt med andre mennesker er store stressfaktorer. Noen pasienter vil oppleve det å bli satt i isolasjon som en trygghet. Dette har en sammenheng i tidligere opplevelser av liknende situasjoner (Stubberud, 2013).

For pasienter som opplever isolasjonen negativt, viser forskning at det er 40% større sannsynlighet for utvikling av angst og depresjon under rom-isolasjon (Ilbert *et al.*, 2017). Angst blir beskrevet som en uspesifikk form for frykt, og av natur vil kroppen vår flykte fra farer. Dette slår ut i en form for “fight or flight” respons, som kan påvirke fysiske vitalier negativt (Stubberud, 2013).

2.2.4 Sykepleierens oppgave

Sykepleieren må beherske flere former for mestringsstrategier og veilede pasientene sine for å redusere stress. Derfor er det viktig at sykepleieren er godt forberedt i møte med pasienten, kjenner til pasientens sinnstilstand og personlighet. På denne måten kan sykepleieren veilede pasienten i riktig retning for å kunne bearbeide påkjenningen. Sykepleieren må også være god på kommunikasjon og bruk av det kliniske blikket. Det å vite hvilke faktorer som utløser

stressbelastning, og fjerne disse er også er en viktig oppgave som sykepleieren har (Stubberud, 2013).

2.2.5 Pasientenes rettigheter

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (2021) §4, krever isolering samtykke fra pasienten. For at dette kan gjøres uten at pasienten har gitt samtykke, må det fattes tvangsvedtak av lege (Akselsen, 2018; Pasient og brukerrettighetsloven, 2021). I praksis, ser man at pasienter ofte blir plassert på rom, uten informasjon om hvorfor de er smitteisolert, før de kommer på post. Retten til nødvendige undersøkelser og behandling gjelder like mye for isolerte pasienter som de som ikke er isolert. Det er fastsatte retningslinjer for isolering. Individuelle tiltak må utøves før undersøkelser og behandling, men det må tydeliggjøres hvis det gjøres unntak av behandling grunnet isolasjonen (Akselsen, 2018).

2.3 Sykepleierens funksjon og ansvar

Som nevnt tidligere er det vesentlig for sykepleiere å være gode på kommunikasjon. Dette forklarer Martinsen i sin omsorgsteori som vektlegger at pleieren har et ansvar for å etablere en relasjon mellom pasient og pleier for å skape et tillitsbånd (Martinsen, 2018).

Stubberud (2013) understreker også viktigheten kommunikasjonen har for behandling og forståelsen av det å være akutt og kritisk syk. Sykepleieren må derfor være god på kommunikasjon, dette er viktig for å få pasienten til å forstå hensikten med isoleringen. Informasjonen som gis, bør foregå både muntlig og skriftlig for å sikre at pasienten forstår informasjonen som blir gitt.

Martinsen (2018) nevner at man som sykepleier må forstå og prosessere, hva pasienten kommuniserer. Dette for å fremme tryggheten og følelse av ivaretagelse av pasienten. Sykepleier må bruke verbale ferdigheter innen aktiv lytting, og forsikre seg at pasienten har forstått informasjonen som blir gitt.

Sykepleieren må også ifølge Stubberud (2013) lære seg å speile andre sine følelser og vise empati. Det å tydeliggjøre det sykepleieren snakker om, sammenfatte følelsene og innholdet av samtalen, gi oppmuntringer og vise at man er interessert i pasienten er en viktig del av bekreftende kommunikasjon. Det antas at hvis en pasient blir møtt med dette, kan sykepleieren styrke pasientens selvbilde (Stubberud, 2013).

Eide og Eide (2018) bekrefter dette, og sier videre at bekræftende kommunikasjon skape trygghet og tillit, og kan være avgjørende for å bygge en god relasjon og et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren (Eide og Eide, 2018).

Den mellommenneskelige relasjonen gjør ofte at pasienten lettere åpner seg for sykepleieren, og ved at sykepleieren interesserer seg i pasienten vil tillitsbåndet opprettholdes (Stubberud, 2013)

2.3.1 Kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er alt det vi uttrykker uten ord. Med kroppsholdningen, mimikk og øyekontakt. Det å se på en pasient gjør at sykepleieren virker interessert, men sykepleieren skal ikke stirre. Det å smile og nikke kan være med på å bygge relasjon til en annen. Den verbale og nonverbale kommunikasjonen skal samsvare. Pasientene er veldig vare på denne typen kommunikasjon (Heyn, 2016).

2.3.2 Det kliniske blikket

Klinisk sykepleie forstås som «sykepleie ved sengen». Det er sentralt å forstå pasientens tilstand og plager, og på denne måten bidra til lindring og restitusjon. En slik omsorgsfull behandling omfatter ulike former for kunnskap og kompetanse hos sykepleieren (Nortvedt og Grønseth, 2016).

Det kliniske blikket innen sykepleiefaget vil si det man observere ved å bruke sansene våre. Dette er en ferdighet som må trenes opp og læres. Som sykepleier skal man bruke det kliniske blikket til å samle inn data om pasientens tilstand. Syn, hørsel, lukt og berøring er de viktigste sansene. For at sykepleier skal kunne tolke det en observerer trengs det en teori om aktuelle fenomener. Ofte kan det kliniske blikket gjøre sykepleieren oppmerksom på at ikke alt er som det skal, og ut ifra dette gjøre flere målinger og eventuelle tiltak (Kristoffersen, 2012).

3 Metodebeskrivelse

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en studie som har den hensikt å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Det å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten med dette er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen omkring problemstillingen, og beskrive hvordan man eventuelt har kommet frem til dette (Thidemann, 2019).

I denne bacheloroppgaven ble det gjort flere strukturerte litteratursøk innen temaet psykososiale behov hos pasient innlagt på romisolasjon i somatisk sykehus. Dette for å identifisere 5-8 artikler som har relevans for vår problemstilling. Samt hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens psykososiale behov.

Kvalitative og kvantitative studier blir den beste metoden for å svare på vår problemstilling. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, der kvalitativ metode fanger opp en mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020).

Dette er vesentlig for vår problemstilling da det er vesentlig å vite hvordan man kan bedre forståelsen til enkeltmennesker, som eksempelvis blir plassert på smitterom. Det var vanskelig å finne spesifikke forskningsartikler som sa noe om tiltak som sykepleieren kunne gjøre. Derimot var det flere forskningsartikler som tilsa om forslag til forbedring, fra synspunktet til pasientene som var isolert.

3.2 Søkeprosess og innhenting av litteratur

Problemstillingen ble valgt etter å ha gjort erfaringer i praksis som har åpnet en interesse innenfor temaet, og ønsket om å tilegne seg ny kunnskap om dette. Det ble så satt i gang en strukturert søkeprosess etter mulige vitenskapelige artikler i forskjellige databaser. Når det gjaldt annen litteratur, ble det valgt bøker fra sykepleierutdanningen ettersom disse er ansett som troverdige kilder. Bøkene som ikke utdypet seg nok i eventuelle tema vi ønsket å vektlegge, ble valgt med et kritisk blikk.

3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Thidemann (2019) sier at man tydeliggjør litteratursøket sitt og avgrenser mengden litteratur, med eksempelvis en tabell.

Denne tabellen inneholder da inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som man ønsker å bruke i søkene sine. Tabell 1.0 viser inklusjons og eksklusjonskriteriene vi kom frem til.

Tabell 1.0 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alder over 18 år	Alder under 18 år
Artikler etter 2011	Artikler før 2011
Publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2	Ikke fagfelleverdert
Vitenskapelige artikler	Fagartikler
Pasienter innlagt på somatisk-, kirurgisk- eller intensiv avdeling	Kommunehelsetjenesten
Artikler med smittsomme sykdommer	Kognitive sykdommer
Artiklene har en IMRAD-struktur	Tidligere psykisk lidelse
Artikler skrevet på norsk eller engelsk	Artikler skrevet på andre språk enn nevnte

Før arbeidet med å søke opp artikler, så satte vi opp våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter å ha gjort et søk ble problemstillingen valgt, fant vi ut at det var gjort studier på personer over 18 år. Dermed ble dette ett av inklusjonskriteriene i litteraturstudien. For å passe på at artiklene ikke er for gamle, ble det valgt at de ikke kunne være mer enn 10 år gamle. Artiklene må være vitenskapelige artikler, og de må være publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2. Vi ønsket artikler med smittsomme sykdommer, der de er innlagt på avdeling i spesialisthelsetjenesten. Pasientene i artiklene som ble valgt som «interessante», hadde ikke ha kognitive sykdommer eller tidligere psykisk lidelse. Dermed ble disse valgt som to av eksklusjonskriteriene.

3.4 Utvalg av artikler og søkematrise

Databasene som ble valgt er CINAHL, PubMed og MEDLINE. Disse databasene ble valgt spesielt siden de dekker sykepleiens fagområder (Nortvedt *et al.*, 2014). Disse tre har vi tilgang til via universitetet, på søketjenesten Oria. Oria har en stor mengde elektronisk materiale som gir tilgang til eksempelvis databaser eller elektroniske bøker (Helsebiblioteket, 2021).

Emneordene ble valgt ut ifra standardiserte ord for begrep i databasen. Standardiserte ord beskriver innholdet i dokumenter som artiklene man ønsker å finne. Databaser har egne emneordsystemer (Thidemann, 2019, s. 86).

Det ble valgt og ikke bruke søkeord i fritekst, da dette ikke er sikkert at søkeordene gjenspeiler det sentrale innholdet i en artikkel.

I disse databasene, som vist i tabell 2.0. Ble det gjennomført strukturerte søk der vi brukte ulike søkeord og kombinasjoner. For å finne de aktuelle artiklene vi ønsket å bruke, brukte vi ord som gjerne var i samme «tema» i kombinasjon med OR. Kombinasjonen AND ble brukt mellom disse forskjellige temaene, for å kunne innskrenke resultatet vi fikk. Noen kombinasjoner ga flere treff på noen databaser enn andre. Tabell 2.0 viser en søkematrise for å finne de vitenskapelige artiklene som var interessante opp mot problemstillingen i oppgaven.

3.5 Analyse og vurdering av artikler

Analysen er en vurdering av hva materialet forteller. I tolkningen søkes det etter «meningen» i det av hva man har fått vite. Når det vurderes kilder som ønskes å bruke, må det analyseres hvilken type artikkel det er, hva den kan bidra med samt hvorfor den skal benyttes i oppgaven (Dalland, 2020). Det ble brukt screeningspørsmål når de vitenskapelige artiklene ble lest gjennom (Nortvedt, 2014).

Under vurderingene av artiklene ble disse screeningspørsmålene brukt:

- Hva er hensikten til studien?
- Er metoden som er benyttet, velegnet til å svare på problemstillingen?
- Hva viste resultatet og diskusjonsdelen?
- Kan resultatene bli brukt i din egen praksis?

3.6 Kildekritikk og vurdering av kvalitet

Studiene må ha en relevans for problemstillingen. Dette gjelder både når man søker data i litteraturen, men også når det gjelder studiene man velger. Dataene man henter fra kildene må også være relevante (Dalland, 2020). I denne litteraturstudien har vi valgt å ta i bruk primærstudier, utenom et par sekundærstudier. Primærstudier er vitenskapelige artikler som er den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den samme. En sekundærkilde er en oversatt utgave av den primære kilden (Dalland, 2020). For å se om de aktuelle artiklene er vitenskapelige, så man om de fulgte en såkalt IMRAD-struktur. Denne strukturen er mye brukt i selve oppbyggingen av vitenskapelige artikler, og er en forkortelse for: *Introduction, Methods, Result And Discussion* (Dalland, 2020).

For å sjekke vitenskapelig nivå av artiklene som ble brukt, ble valget å bruke Norsk Senter for forskningsdata, publiseringskanalen. Denne rangerer artiklene i nivåer for hvor vitenskapelig og prestisjefylt artikkelen er, på verdensbasis. Det ble valgt at artiklene som minimum hadde nivå 1. Dette for å kunne bevise at artikkelen er vitenskapelig etter minimumskrav, og skiller seg fra fagartikler og referanseartikler (NSD, 2021).

Tabell 2.0 Søkematrise for vitenskapelige artikler

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgte artikler
1. Depression 2. Anxiety 3. Psychosocial Aspects of Illness 4. Infection control 5. Ethnology	<i>CINAHL</i>	1 OR 2 OR 3 OR 10 AND 4 OR 6 AND 8 OR 9 AND 11	26	Artikkel 1
6. Communicable diseases 7. Hospitalization 8. Patient Isolation 9. Quarantine 10. Mental Health 11. Quality of Health Care	<i>CINAHL</i>	1 OR 2 OR 3 OR 10 AND 4 OR 6 AND 8 OR 9 AND 7	9	Artikkel 2
1. Anxiety 2. Depression 3. Psychosocial aspects of illness 4. Nursing care 5. Nursing methods	<i>Medline</i>	1 OR 2 OR 3 AND 4 OR 5 OR 6 AND 7 AND 8 OR 9 OR 10	39	Artikkel 3 Artikkel 6
6. Preventative nursing methods 7. Patient isolation 8. Infection control 9. Cross infection 10. Infection prevention 11. Hospitalization with prevention & control 12. Communicable diseases 13. Quarantine 14. Quality of life px. Psychology 15. Stress, psychological or adaption, psychosocial	<i>Medline</i>	11 AND 13 OR 7 AND 14 OR 15 OR 1 OR 2	18	Artikkel 4 Artikkel 5

4 Resultatpresentasjon

4.1 Fremstilling av artikler

4.1.1 Artikkel 1

Tittel	“Reengineering the patient’s environment: Establishment of a “Red Box” to improve communications with patients on isolation precautions.”
Forfattere/Land	Prashant Malhorta MD, <i>et al.</i> USA
Hensikt med studien	Hensikten var å se om helsepersonellet kom til å besøke pasienten oftere, om helsepersonellet ikke trengte å ta på seg beskyttelsesutstyr. Det å ta på seg beskyttelsesutstyr er både kostbart og tar tid.
Nøkkelord	Personal protective equipment, Patient satisfaction, Health care-associated infection, Infection prevention, Patient safety
Metode	<ul style="list-style-type: none">- Sykehuset hadde 50 pasientrom som var fordelt på medisin-, kirurgi- og intensivavdelinger.- Den «røde boksen» var i døråpningen til pasienten, og gjorde det mulig for at helsepersonellet og pasienten kunne se hverandre.- Et område på 3 feet (91 cm) ble laget bak døren til pasienten med rød teip. Denne røde boksen var 6 feet (182,88 cm) unna ansiktet til pasienten.- Helsepersonellet måtte bare ha beskyttelsesutstyr på seg om de gikk forbi den «røde boksen».- Inkludert i studien: Kontakt- og dråpesmitte.- Helsepersonellet vurderte den «røde boksen» med anonymisert spørreskjema, pasientene ble intervjuet før de ble skrevet ut av sykehuset.
Resultat	<p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none">- 97% av helsepersonellet svarte at de snakket med pasienten oftere, og at den «røde boksen» sparte tid- 40% av helsepersonellet svarte at de så til pasienten opp til fem ganger mer etter at den «røde boksen» ble implantert- 72% av helsepersonellet følte at bruken av den «røde boksen» fjernet barrierene på isolatet, ettersom de kunne ta vare på pasienten- 12% brukte den røde boksen mer på dråpesmitte enn kontaktsmitte- Pasienttilfredshet gikk opp i årene fra 2015-2017- Pasienttilfredshet var positiv og at tilsynet av pasienten hadde blitt hyppigere med å bruke den røde boksen. <p>I konklusjonen er det flere fordeler ved den røde boksen. Det er en enkel løsning, positive oppnådde resultater samt forbedret pasient og helsepersonellets opplevelse. Sykehusets kostnad av at helsepersonell bruker beskyttelsesutstyr gikk ned, uten at det «smittes» videre eller at det går utover sikkerheten til helsepersonellet. Å ta inn en enkel løsning som den «røde boksen», vil gjøre isolering av pasienter mer effektivt, lettere og en enkel måte å opprettholde pasientens subjektive opplevelse av sykehusoppholdet. Samt tas det vare på sikkerheten til helsepersonellet som utsetter seg ved å gå inn til en smitteisolert pasient.</p>

4.1.2 Artikkel 2

Tittel	“Evaluation in general practice of the patient’s feelings about a recent hospitalization and isolation of a multidrug-resistant infection”
Forfattere Land	Ophélie Hereng, <i>et al.</i> Frankrike
Hensikt med studien	Hensikten er å beskrive pasientenes følelser og kunnskap etter et opphold på sykehus med en multiresistent organisme infeksjon (MOI).
Nøkkelord	MDR, Decolonization, ESBL, Carriage, Fear
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studie gjennom intervjuer av pasienter som var innlagt på sykehus. - Studien hadde 19 pasienter, der kun 11 intervjuer ble gjennomført. - Forfatterne samlet informasjon som alder, kjønn, type MDRO og infeksjonssted. - Intervjuet av pasientene ble utført av en praksispraktikant, som stilte 17 spørsmål. - Erfaringene til pasientene ble gjort uten at sosial status eller kulturelle grunner hadde noe å si. - Forfatterne brukte datanalyse for å klassifisere og sortere informasjonen.
Resultat og konklusjon:	<p>Resultatet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flere av deltakerne som hadde bakterier som koloniserte fordøyelseskanalen kunne navngi bakterien og dens egenskaper - Pasientene hadde hørt om denne bakterien gjennom media og internett - Mange pasienter var overbevist at infeksjonen var relatert til at de var på sykehuset, altså nosokomial <p><u>Pasientenes uttrykte følelser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De var redde for multiresistente bakterier. - Redselen for å bli innlagt med samme infeksjon. - De fleste pasienter ønsket å bli ferdige med infeksjonen. - Angst på grunn av lite informasjon om hvordan infeksjonen forekom. - De fleste pasientene som ble intervjuet krevde en behandling som bare kunne gis på sykehus mot infeksjonen, som skulle «redde» dem. - Pasientene hadde en frykt for neste infeksjon av samme art, på grunn av at legene måtte gjøre en reduksjon i hvilken medisins behandling de fikk. <p>Konklusjonen avslørte noen av pasientenes bekymringer. Infeksjonene påvirker pasientens opplevelse negativt selv etter utskrivelse på sykehus, delvis på grunn av tidligere implisering av forholdsregler til deres isolasjon.</p> <p>Forfatterne mener at leger, inkludert turnusleger, må kommunisere bedre om disse temaene under sykehusinnleggelsen. Forfatterne nevner også at vi må heve bevisstheten til allmennleger om temaet, for å kunne bedre svare pasientenes spørsmål og uro etter de er utskrevet til hjemmet.</p>

4.1.3 Artikkel 3

Tittel	“SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting”
Forfattere	Ramon Z. Shaban PhD, <i>et al.</i>
Land	Australia
Hensikt med studien	Pasientens opplevelse av å være på et isolat, og deres forslag til tiltak.
Nøkkelord	Outbreak, phenomenology, quarantine, pandemic, disease control
Metode	<ul style="list-style-type: none">- 11 pasienter er med i undersøkelsen.- Alder 27-61.- Kontakt-, dråpe- og luftsmitte var inkludert.- Smittet med COVID-19.- Datainnsamling gjennom pasientintervjuer.- Milde symptomer: 11 smitterom.- Alvorligere symptomer: lagt på isolasjonsrom som hadde separat forrom og utgangsrom, med intensivbehandling og uten naturlig lys eller vinduer.
Resultat og konklusjon	<p>Resultatet:</p> <ul style="list-style-type: none">- Det å bli diagnostisert førte til angst, sjokk og tvil. Spesielt omkring symptomer ved sykdommen, da de ikke opplevde det samme som de fant på internett.- Angst, tvil, sjokk, skyldfølelse for å utsette personalet og familiemedlemmer for infeksjon. <p>Negativ opplevelse i isolat:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mistet sosial kontakt, visste ikke hvor mye klokken var og liten plass å bevege seg på.- Hadde ingen TV, noen uten vindu, speil, klokke, tekanne, intercom til å snakke med personalet mm. på rommet.- Vanskelig å snakke med personalet, inkludert lege. Hadde følelsen av at de helst ville inn og ut fortest mulig.- Psykiske konsekvenser ble verre til lengre man under isolasjon. <p>Konklusjonen sier at isolasjon hjelper på å hindre infeksjon og gir pasienten privatliv og omsorg. Det er uheldige psykiske konsekvenser ved å være isolert. Noen måter å løse dette på er å gi nok rom til å bevege seg på, ha større vinduer, tillate mer aktiviteter og nok sensorisk stimuli til pasienter som er isolert. Utbedring av kommunikasjonsbarrierer mellom pasienten og helsepersonell. Tilby tilgang til tjenester som kan støtte pasientene sosialt og psykologisk.</p>

4.1.4 Artikkel 4

Tittel	“Psychological experience of patients admitted with SARS-CoV-2 infection”
Forfattere Land	Sahoo, S. <i>et.al.</i> India
Hensikt med studien	Studien skulle ta sikte på å evaluere de følelsesmessige reaksjonene og erfaringene til pasientene
Nøkkelord	Patient’s experience, psychological distress, Covid-19, mental health, hospital stay
Metode	<ul style="list-style-type: none">- Tversnittstudie.- Pasienten ble intervjuet med video eller taleanrop.- Ved samtykke fikk de også en lenke til spørreskjema. Skjemaet besto av helsespørsmål, generell erfaring, følelsene og hvordan de klarte seg under oppholdet. Samt skjema for å screene angst og depresjon- 50 personer fullførte.
Resultat og diskusjon	<ul style="list-style-type: none">- Flertallet rapporterte om negative følelser ved informasjon om positiv Covid-19 diagnose.- Halvparten følte seg annerledes behandlet.- Mestringsstrategier som gav effekt var å minnes Gud, snakke med venner og familie, musikk, film og andre religiøse faktorer.- 38 % ble positiv screenet for angst og/eller depresjon.- Pasientene følte de ble avhengige av personalet.- Kommunikasjonen sviktet slik at pasientenes grunnleggende behov ikke ble oppfylt.- Pasient og helsepersonells kommunikasjon må bedres, da misforståelser var en hovedfaktor- Ingen store forskjeller på kjønn, sivilstatus, tillegg sykdom og lengden på oppholdet.- Funnene tyder på at det er behov for psykologiske tiltak for denne pasient gruppen. Tiltakene burde være sorgarbeid og støttende psykoterapi.

4.1.5 Artikkel 5

Tittel	“Empower to connect and connect to empower: Experience in using a humanistic approach to improve patients` access to, and experience of, care in isolation wards during the Covid-19 outbreak in Singapore.”
Forfattere Land	Woong, N.L. <i>et.al.</i> Singapore
Hensikt med studien	Målet med dette prosjektet skulle være å redusere de negative effektene av isolasjon ved å sette søkelys på informasjon- og psykososiale behov. Helsepersonell skulle styrke og berolige pasientene med nøyaktig informasjon og integrere humaniora i klinisk behandling.
Nøkkelord	Covid-19, access to information, communication, healthcare quality improvement, mobile applications.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Alle pasientene innlagt på en to måneders periode ble inkludert. - Installert Ipad ved sengen med et program kalt «MyCare» som kunne gjøre det lettere for pasientene å kommunisere med helsepersonellet. - «MyCare» ga pasienten tilgang til personlig klinisk informasjon, eksempelvis testresultater og orienteringsmateriell. - Estimerte bruken via «trafikklogg».
Resultat og konklusjon	<p>Resultatet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienterfaring tilsier at velinformerte pasienter var mindre engstelige. - Ved å sette eksperter kunnskap og andres erfaringer sammen, var hensikten å gi pasientene direkte tilgang til informasjon som de trengte for å lindre engstelsen rundt eksempelvis ny diagnose. - Kun et fåtall sendte meldinger til helsepersonellet om medisinske spørsmål og diettbestillinger. - 10 av 83 sendte tilbakemeldinger, derav 9 vurderte appen til fem stjerner. - Én pasient sa at det var nyttigere enn TV og internett, ettersom man kan stole på kilden. - Negative respons var at det kunne være vanskelig å komme på appen, ettersom den krevde to passord. - Ikke alle legene visste at Ipadene var utplassert. <p>Konklusjon:</p> <p>Videre vil forfatterne passe på å kunne etablere flere Ipadere slik at en større pasient gruppe kan bruke dem. Der forfatterne skal engasjere helsepersonellet for å hjelpe pasienten å bruke appen, samt samle inn brukerdata på opplevelsen av oppfinnelsen. Pasienter som er isolert har et komplekst behov, som kan løses med appen. Dette ikke bare å forbedre kommunikasjonen med helsepersonellet, men også ivareta pasientenes psykososiale behov.</p>

4.1.6 Artikkel 6

Tittel	“Impact of admission to high-risk isolation room on patients’ and healthcare workers’ perceptions: A qualitative cross-assessment approach”
Forfattere	G. Bendjelloul, <i>et al.</i>
Land	Frankrike
Hensikt med studien	Pasientens og helsepersonellets oppfatninger om isolat på sykehus.
Nøkkelord	Human, France, depressive disorder, patient isolation/psychology, communicable disease control/standard, hospital design and construction/standard
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studie basert på individuelle semistrukturerte intervjuer for å vurdere oppfatningen til både pasienter og helsepersonell. - 7 sengerom på 4-8 m², på en avdeling for isolasjon. - Rom med sluse. - Alle rom hadde overvåkingsutstyr, alle rom hadde tilgang på tlf. til avdelingen. - Dørene til alle rom hadde et vindu.
Resultat og konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientene følte seg isolert og «innelåst» - Rommene ga muligheten til å reflektere - Hovedoppfatningen til pasientene: følelsen av å være fengslet, psykisk lidelse, stigma, lav positiv oppfattelse av rommet, følelse av å bli beskyttet, ro, mistillit - Viktigheten under oppholdet: underholdning, god omsorg var bra, oppfatning av rommets egenart og sykdommens alvorlighetsgrad, høy introspeksjon fremkalt av rommet, psykisk lidelse opp mot varighet av oppholdet, dårlig informasjon fra leger, komfort følt fra rommet var dårlig, lang ventetid fra pasientene ringer til de fikk hjelp - Helsepersonell følte seg isolert og fanget på rommene ment for isolat, og prøvde å komme seg ut raskest mulig - Pasientene hadde angst for å smitte andre med sin diagnose. <p>Konklusjonen sier at det berører ikke pasientene kun emosjonelt, men også helsepersonellet av at de lå på isolat. Pasientene og helsepersonellet opplevde stress og angst. Helsepersonellet opplevde dette spesielt med tanke på at de ikke hadde muligheten til å overvåke pasienten, dette med mangel av synlighet og mer kompleks romtilgang. Tiltak som varslinger, intercom og videokonferansesystem kan forbedre pasientsikkerheten og følelsen av å være trygg, samt kommunikasjon mellom pasientene og deres pårørende. Regelmessige evalueringer omkring isolasjonens konsekvenser vil tillate å spesialtilpasse rom, når helsepersonell forventer skadelige bivirkninger av isolasjon. Pasientene trenger psykologisk støtte under et slikt opphold.</p>

4.2 Oppsummering av resultatene

4.2.1 Negative opplevelser på isolasjon

En negativ konsekvens av å være på isolasjon var i mange tilfeller at man får mindre besøk av helsepersonell (Malhorta *et al.*, 2019). Det er kostbart og tidkrevende og gå inn på et isolasjonsrom, noe som gjør at pasientene får mindre besøk enn andre. Dette undersøkte de i studien til Malhorta *et al.* (2019) der etablerte de en rød boks i døråpningen inn til pasienten. Denne var 1 meter fra åpningen på døren, og 2 meter fra ansiktet til pasienten. Den ble markert på gulvet med rød teip. Dette gjorde at helsepersonell kunne komme inn på rommet uten å kle seg i smittevernutstyr, for å kunne snakke med pasienten. Kostnadene ved verneutstyret ble betydelig lavere. Pasient tilfredsheten økte, og det viste seg at pasienten fikk oftere besøk av helsepersonellet. De beviste også at det ikke «smittes» videre eller går utover sikkerheten til helsepersonellet. Det var en effektiv, lett og enkel måte å opprettholde pasientens subjektive opplevelse av sykehusoppholdet (Malhorta *et al.*, (2019).

Det ble observert på flere isolasjonsrom hvor pasientene ikke hadde noen form for tidsperspektiv grunnet manglende vinduer, TV eller klokke. Mange hadde også lite kontakt med helsepersonell igjennom en dag, og pasientene mistet mye sosial kontakt. Dette resulterte i økt risiko for utvikling av angst og skyldfølelse for å utsette personalet for smitterisiko om de lå innlagt med smitte. Pasientene utviklet også sjokktilstander når de også fikk beskjed om positiv smitte, og symptomene de leste om på internett ikke stemte med det som ble opplevd. Mange opplevde også at jo lenger de var isolert, jo større ble risikoen for uheldige psykiske konsekvenser (Shaban *et al.*, 2020).

Bendjelloul *et al.* (2020) bekrefter videre viktigheten med komfort i rommene som pasientene ble isolert i. Det hjalp å kunne ha forskjellige aktiviteter å gjøre mens pasientene var isolert, dette er viktig for å redusere stress og angst (Bendjelloul *et al.*, (2020).

Pasienter med bekreftet smitte opplevde at de ble behandlet annerledes. De opplevde mindre tilsyn av personale, og følte at deres grunnleggende behov ikke var viktig. Dette resulterte i økt utvikling av angst, uro, depresjon, ensomhet, avvikende atferd og irritabilitet. Flere av pasientene hadde allerede isolert seg hjemme før sykehusinnleggelsen grunnet karantene eller konstatert covid-19 smitte. Ved positiv smitte, utviklet flere angst for sykdommen og redsel

for å dø. De ble derimot sjokkert når de oppdaget symptomene fysisk, i stedet for slik de hadde lest på nett (Shaban *et al.*, 2020).

Pasienter innlagt på romisolasjon foreslo flere tiltak som kunne bedre deres opplevelse av å være isolert. Et av dem var å ha tilgjengelig vannkoker og te for å lindre halssmerter eller muligheten til å ha fersk frukt tilgjengelig. På denne måten slapp de å spørre sykepleieren om dette, hver gang de ønsket frukt eller te. Dette er råd mange mennesker har lært fra barnsben av at som kan lindre symptomer man opplever, og som for mange er nødvendig (Shaban *et al.*, 2020).

Bendjelloul *et al.* (2020) nevner at det er viktig med fritidsaktiviteter mens pasienten er isolert. Spesielt aktiviteter der pasientene fikk besøk, ringe familie, se på TV, surfe internettet. Samt til en viss grense, kontakt med helsepersonellet. Derimot var sistnevnte en aktivitet de satte nederst på listen, ettersom det ga dem angst. Resultatene i denne studien viser også om at et videokonferansesystem hadde vært en god løsning, dette for å kommunisere mellom pasient og helsepersonellet. Det påpekes også at det er viktig at pasientene får støtte psykisk av tverrfaglig samarbeid (Bendjelloul *et al.*, 2020).

4.2.2 Kompetanse og kunnskap

Uavhengig av kjønn og lengde på opphold, konstaterte flere at de kunne ha god nytte av sorg og depresjonsterapi. Pasientene ønsket at sykepleieren var mer støttende og hadde mer tid til å lytte når sykepleierne var innom på tilsyn. Det at sykepleieren gjorde tiltak for å fremme åndelige behov hadde for mange en positiv effekt. Mange pasienter ønsket å komme i kontakt med Gud, eller å få muligheten til å låne en mobiltelefon for å ha en videosamtale med pårørende. Andre hadde også nytte av å kunne ha TV eller radio tilgjengelig. Sykepleierne måtte gi rom for disse tiltakene, til tross for smitteisolat (Sahoo *et al.*, 2020).

Bendjelloul *et al.* (2020) understreker viktigheten med å forberede fremtidig isolasjon til pasientene, vil hjelpe dem å håndtere isolasjonen bedre. Sykepleierens utdanning om isolasjon, og informasjon som gis videre til pasientene kan redusere pasientens negative psykososiale effekter. Pasientene opplevde mye angst for å kontakte sykepleieren. Forfatterne beviste også at sykepleieren mangler kunnskap og tid til å støtte pasientene gjennom deres psykososiale engstelse (Bendjelloul *et al.*, (2020).

Videre skriver Sahoo *et al.* (2020) at pasientene allerede hadde fått mye misvisende informasjon via media når det gjaldt COVID-19 symptomer. Dette var en vesentlig faktor for dødsangst og muligheten for å utvikle psykologiske lidelser under og etter oppholdet på sykehus. Konklusjonen var at sykepleierne må ta seg tid til å lære hverandre å bli gode på kommunikasjon, samt få en opplæring i mestringsstrategier. Dette for å fremme den psykiske helsen til pasienten, når tankemønsteret gikk negativt (Sahoo *et al.*, 2020).

I en av studiene hadde det blitt plassert ut Ipad hos pasientene her kunne de se deler av sin egen journal og stille spørsmål til helsepersonellet samt sende matbestillinger. Dette ble dessverre ikke gunstig brukt (Woong *et al.*, 2021).

4.2.3 Informasjon og veiledning

Flere pasienter rapporterte om redsel i forbindelse med for lite kunnskap. Sykepleieren må bli bevisste på å gi pasientene riktig informasjon. Dette er med på å roe pasientens bekymringer og besvare pasientens spørsmål. Pasientene uttrykker negative følelser knyttet til for lite informasjon om hvordan infeksjonen skjedde. Sykepleieren må kunne hjelpe pasienten til å forstå prosessen i infeksjonen og årsakene til infeksjonen pasienten har. Dette er viktig, uavhengig av hva slags sykdom eller infeksjon pasienten har (Hereng *et al.*, 2019).

I studien av Woong *et al.* (2021) fant forfatterne at pasienterfaringen tilsvarte at pasientene var mindre engstelige når de var velinformerte. Ved en ny diagnose er det mange pasienter som søker informasjon gjerne fra nett og media. Man kan finne store mengder med informasjon på nett, men det er ikke alt som kommer fra pålitelige kilder og det er ikke alt man skal stole på. Woong *et al.* (2021) satte ekspertkunnskap og tidligere pasienterfaringer sammen, dette med hensikt og gi pasientene direkte tilgang til faglig korrekt informasjon. Det var mange pasienter som satte pris på å lese om flere som hadde det som dem (Woong *et al.*, 2021).

Shaban *et al.* (2020) forteller at mange pasienter opplevde de ble for lite informert om deres sykdom, og at de hadde tillitsproblemer til leger og sykepleierne. Pasientene følte at sykepleierne helst ikke ville gå inn på rommene, og at tiden var for knapp til å få rikelig med informasjon om deres tilstand og behandling (Shaban *et al.*, 2020).

Sahoo *et al.* (2020) skriver at det reduserte angst når pasientene ble velinformert om sykdommen. Det de hadde opplevd via media var at sykdommen kunne relateres til en smertefull død, noe som ga flere panikkangst og redsel før å dø. For dem var det viktig at sykepleieren tok seg tid til å prate igjennom informasjonen og forsikre seg om at pasientene forsto hva som ble sagt (Sahoo *et al.*, 2020).

Bendjelloul *et al.* (2020) diskuterer viktigheten med å forberede pasienten på opplevelsen av å bli isolert. Det er viktig at sykepleieren informerer og utdanner pasienten innenfor hva de kan forvente, samt hva de kan oppleve m.m. Dette har vist seg å redusere negative psykososiale effekter. Pasientene nevnte flere ganger at de savnet informasjon fra sykepleieren og lege, og dette ga pasientene mistillit til dem (Bendjelloul *et al.*, 2020).

5 Diskusjon

5.1 Pasientens behov for veiledning og informasjon

I praksis viser erfaringer at pasientene opplever å få lite informasjon om at de blir plassert på isolasjon. De får også lite informasjon om hva det innebærer å bli romisolert. Dette viste både Hereng *et al.* (2019) og Sahoo *et al.* (2020) som resultat i deres artikler. Akselsen (2018) skriver at pasienten skal gi samtykke til isolering.

Som sykepleier har man et ansvar å veilede og informere. Dette for å få et sikkert samtykke til tiltak og behandling (Molven, 2012).

Hereng *et al.* (2019) forklarer at pasienter ønsker mer informasjon fra helsepersonell om pågående infeksjon og behandling, for å sikre korrekt kunnskap. Lite og feilaktig informasjon gir pasienten angst. Sykepleierens veiledende rolle, blir å informere ut ifra egen kunnskap om emnet. Nåtidens store problem er at vi har tilgang til media.

Dette gir ofte feilaktig informasjon, og gir økt risiko for utvikling av angst (Woong. et al., 2021). Det antas at media er en stor stressfaktor, og utløser angst hos pasientene grunnet eksempelvis nyhetene om COVID-19. Ikke alle er like kritiske til informasjonen de finner på nettet. Mange pasienter leser også om diagnosene eller tentative diagnoser på nett, fordi de har spørsmål som de ikke har forstått (Woong. et al., 2021). Som Woong *et al.* (2021) og Shaban *et al.* (2020) sier i sine studier, er dette uheldig i forhold til den psykiske helsen. Dette samsvarer med litteraturen til Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) om triggere til angst.

Det som er viktig å tenke på som sykepleiere, er å forsikre at pasienten har forstått informasjonen vi gir. Samt forklare viktigheten med sikre kilder i henhold til informasjon om diagnoser (Eide og Eide, 2018).

Kommunikasjon kan være vanskelig å utøve, hvis pasienten er stresset og redd (Stubberud, 2013).

Det er viktig som sykepleier å tenke på ens non-verbale kommunikasjon, selv om man er under et tidspress. For og ikke uttrykke at man ikke har tid til å aktivt lytte. Det å eksempelvis stå med hånda på døren mens en prater med pasienten, kan gi inntrykket at man ikke har tid til å prate og vil fortrest mulig ut igjen (Heyn, 2016).

For at pasienten skal forstå betydningen av isolasjon og hva det medfører, må sykepleieren formidle hvorfor pasienten er på isolasjon, og hvilke forholdsregler som skal overholdes. Sykepleieren må også være sikker på at denne informasjonen er forstått, i form av bekreftende kommunikasjon (Eide og Eide, 2018).

Både Akselsen (2018) og Stubberud (2013) understreker at sykepleieren må være god på kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt. Informasjonen om forholdsregler er viktig for pasientsikkerheten, og for medpasienter som ikke er isolert. Dette for å hindre smittespredning i avdelingen.

5.2 Sykepleierens kompetanse, kunnskap og holdning

Det er viktig at en sykepleier har nok kunnskap om forebyggende tiltak, for å bedre pasientopplevelsen. Opplæring og simulering kan gjøre sykepleieren tryggere på omkledding, og hvordan oppføre seg i smitterom (Carvalho *et al.*, 2018).

Det er viktig å søke etter kunnskap man mangle som sykepleier. Det å kontakte en psykiatrisk sykepleier for å tilstrebe denne kunnskapen er viktig.

Dette nevner Sahoo *et al.* (2020) i sin artikkel, der de ser at personalet blir trygge på situasjonen de befinner seg i med riktig kunnskap. Det kan antas at sykepleierne blir tryggere i sin kompetanse, vil dette kunne redusere risikoen for utvikling av angst. Grunnet for lite eller ikke at pasienten har forstått informasjonen om sykdommen (Stubberud, 2013). Dette bedrer også tryggheten til pasienten, og følelsen av å bli ivaretatt, og ses ifølge Martinsen som god omsorg (Martinsen, 2003).

Angst er et stort tema, og det er individuelt hva som utløser det (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). For ivaretagelse av pasienter som sliter med angst, er det viktig å prøve fjerne det som utløser frykten. Det er ikke alle tilfeller dette er mulig, men at en sykepleier kan tilrettelegge miljøet etter beste evne, og trygge pasienten i en stresset situasjon. Dette kan en sykepleier oppnå ved å utrykke kompetanse og vise til gode kommunikasjonsevner. Vise at man «ser» pasienten, og ikke prater over eller rundt personen, viser medmenneskelighet (Martinsen, 2003).

Når sykepleieren skal behandle pasienter som er isolert kreves det en del kunnskap og kompetanse om hva det vil si å være under isolasjon. Stubberud (2013) forteller at det er viktig at sykepleierne har god kunnskap og oppdatert kompetanse for å ivareta trygghetsbehovet til pasientene. Mange sykepleiere føler seg redde for å gjøre feil, og redde for å utsette seg selv for smitte.

Carvalho *et al.* (2018) fant i sin studie at opplæring i form av simulering vil gi bedre kunnskap og trygghet for helsepersonell og behandle pasienter med smitte. Dette antas at kan være en god erfaring å lære i utdanningen til sykepleiere. Grunnutdanningen oppfattes å ha mye konsentrasjon på prosedyreutøvelse, men lite simulering i forhold til pasientsituasjoner. Spesielt pasientsituasjoner under smitteisolasjon og ivaretagelse (Carvalho *et al.*, 2018). Martinsen (2003) forteller at hun og Eriksson forteller i sine omsorgsteorier at det er viktig å se pasienten under utøvelse av sykepleie, ikke bare sykdommen. Dette gjelder også under isolasjon.

Sahoo *et al.* (2020) fant i sin studie at halvparten av pasientene følte seg annerledes behandlet grunnet isoleringen. Eriksson og Martinsen (2003) sine omsorgsteorier forteller at alle mennesker er forskjellige, med forskjellige behov. Dette gjelder spesielt behovet om det åndelige. En sykepleier skal ikke behandle noen annerledes, og pasienter skal behandles likt. De yrkesetiske retningslinjene står det skrevet at sykepleieren skal ivareta pasientens rett til ikke å bli krenket (NSF, 2019). I praksis kan dette gjennomføres ved å kommunisere med pasienten, og be om konstruktive tilbakemeldinger på ivaretagelsen. Stubberud (2013) og Grov (2015) nevner at det å ligge på smitterom, fører til at pasienten blir frarøvet deler av sin autonomi og bevegelsesfrihet. Dette kan føre til at pasienten føler seg krenket. Selv om dette er en viktig beskyttelsesfaktor for pasienten selv og andre på avdelingen, i henhold til smittevern. Men det betyr ikke at de skal behandles på en annen måte, enn de som ikke utgjør en risiko (Stubberud, 2013; Grov, 2015).

5.3 Løsninger på en ressurskrevende isolasjon

5.3.1 Teknologi

I dagens samfunn med mye teknologi, kan eksempelvis nettbrett, være en løsning på hvor ressurskrevende det er å være isolert. På nettbrettet kunne det være kamera for videokonferanse med familie/venner og helsepersonell. Dette henviste de i artikkelen til Malhorta, *et al.* (2019), i form av intercom. Her tas det i betraktning av personvern hensyn om tilgang og samtykke til bruk av kamera (Lovdata, 2018). I studien til Malhorta *et al.* (2019) kunne de ha oftere tilsyn til pasienten med disse tiltakene.

Kritikk til Woong *et al.*, (2021) så var nettbrettene stilt inn på ett språk, og det var vanskelig å endre dette. Dersom denne typen teknologi skal tas mer i bruk er det viktig at personellet som jobber med dette kan være hjelpelige med opplæring. Det kan også med fordel gjøres med spesifikt, som at pasienten eks. kunne få kontakt med apotek og mer detaljert matbestilling (Woong *et al.*, 2021).

I dagens samfunn er det voksne og de unge som bruker mest teknologi. Noen år frem i tid så vil også de eldre være på nett, og muligheten for å bruke teknologien vil være større.

Woong *et al.* (2021) fikk tilbakemeldinger på at det kunne være vanskelig å få logget seg inn på «MyCare»-appen da det krevdes to passord. I Norge brukes det Bank ID for å logge seg inn på offentlige sider som kan inneholde sensitiv informasjon. Det er mulig at dette hadde vært lettere i Norge enn i Singapore som denne studien er fra, på grunn av vår innloggingsmetode i ID-porten og Bank ID.

5.3.2 Tilgjengelighet av hverdagsartikler

En pasient i Shaban *et al.* (2020) forteller at de kunne hatt god nytte av å ha tilgjengelig vannkoker og lett mat eller frukt inne på rommet. Dette for å slippe be om hjelp til autonome ting de hadde fikset selv om de var hjemme. Mange av deltakerne i studien fortalte at de klarte å holde orden på rommene selv, for å ikke utsette personalet for mulig smitte ved å eksempelvis måtte re opp sengen. I praksis ville det vært praktisk å ha en vannkoker på pasientrom, samt tilgjengelige engangsbestikk og krus. Om en pasient skal være på romisolasjon over tid, kan det antas å være tids- og økonomibesparende at pasienten kan ha diverse artikler inne på rommene, for å ordne små ting selv. Dette for at sykepleierne ikke trenger bekle seg for å gå inn til pasienten for en kopp med te. Kostnaden i forhold til avfall ble redusert i.h.t smitteutstyr, men økt gjennom engangsutstyr (Shaban *et al.*, 2020). I motsetning til om det ikke tas hensyn til dagsbehov av diverse artikler. Brannfaren blir større

også ved å ha vannkoker på pasientrom. En løsning på dette kan være å ha installert tidsur i kontaktene. Denne slår seg da av etter innstilt tid, for eksempel 10 minutter.

Stubberud (2013) beskriver at små løsninger, som eksempelvis tilgjengeligheten av håndkle, klut, toalettsaker, speil ol. som ivaretar pasientens autonomi. Dette gjør at sykepleierne kan ha fokus på pasientens mentale helse når den er inne på tilsyn, fordi de grunnleggende behovene ivaretar pasienten selv (Stubberud, 2013).

5.3.3 Re-screening

Goldsack MChem *et al.* (2014) så på at hos pasienter med Methicillinresistente *Staphylococcus Aureus* (MRSA) fulgte den positive prøven på smitte med pasienten til neste innleggelse. La oss si at ved sist innleggelse hadde du et sår med oppvekst av MRSA. Neste gang du legges inn blir du lagt på isolat til tross for at såret har grodd. Som sykepleier kan vi stille spørsmål om isolasjonen er nødvendig, og vi kan ta dette opp med legen om pasienten burde testes igjen for smitten. Sykepleierne har lov til å være kritiske til legenes avgjørelser, og stille spørsmål om disse. Studien viser at så mange som 80% av de som var med ikke lenger hadde oppvekst av MRSA (Goldsack MChem *et al.*, 2014). Dette svarer til at hvis en retester tidligere diagnoser som krever at pasienten isoleres, så kunne man unngått å isolere pasienter som ikke er smittet med eksempelvis MRSA. Eller utsette de for å de negative risikoene ved isolasjon. Studien viste også at kostnaden av testingen av disse pasientene var mindre enn forbruket av smittevernsutstyr (Goldsack MChem *et al.*, 2014). Om pasienten blir negativt screenet, kan det antas at dette også spiller inn på den psykososiale helsen, fordi man fjerner en stressfaktor og opplevelse av å være syk (Stubberud, 2013).

5.3.4 Ivaretagelse av mestringsstrategier og stressfaktorer

Sahoo *et al.* (2020) publiserte i «*Asian Journal of Psychiatry*» flere ulike mestringsstrategier som var nyttige mens pasienten er isolert, og hva som gav effekt. Mange av pasientene gav uttrykk for at det hjalp å be til Gud, eller gjøre andre religiøse rutiner og ritualer. Samt kontakte venner/familie og høre på musikk. Martinsen (2018) nevner at sykepleiere kan kartlegge behovene og mestringsstrategiene hver enkelt har. Eksempelvis som musikk, film, kontakt med familie og venner o.l. Videre sier Martinsen (2018) at de åndelige behovene blir større når en pasient blir isolert. I praksis ses det at dette er et behov som gjerne blir sett litt for lett på når det gjennomføres inkomstsamtale på sengepost. Derfor er det viktig at sykepleierne er mer bevisste på å kartlegge dette, og gjerne være på tilbudssiden omkring

trosretning. Da dette kan være et behov som kan endre seg fra time til time (Stubberud, 2013; Martinsen 2018). De fleste norske sykehus har tilgjengelig sykehusprest og sosionom.

Norge er et sekulært land, der stat og religion er separert og det er derfor naturlig å tenke at religion ikke er like viktig for en person født og oppvokst i Norge som en person som kommer til Norge som f.eks. som innvandrer (Taule, 2014).

Opp igjennom årene har det kommet andre livssynssamfunn som er utenfor den norske kirke (Statistisk sentralbyrå, 2021). Derfor er det viktig som sykepleier å kartlegge hvilken religion pasienten har (Martinsen, 2018).

5.3.5 Tverrfaglig samarbeid og faglig forsvarlighet

En del av sykepleiernes oppgave er å jobbe tverrfaglig, og ved å involvere de rette profesjonene når behovet er der, er viktig i forhold til behandling av pasientenes psykiske helse, så de får rett kompetanse (Stubberud, 2013).

En sykepleier imøtekommer pasientens samtalebehov, anerkjenner og registrerer den. Senere kan det vise seg at det er behov for sjelesorg eller at pasienten har dype eksistensielle og religiøse problemstillinger m.m. Da kan sykehuspresten eksempelvis kontaktes (Eidslott og Nordengen, 2016).

Man skal ikke utøve behandling man ikke er kompetent til.

Forsvarlighetskravet står i flere lover, blant annet helsepersonelloven (2021) §4 og spesialisthelsetjenesteloven (2021) §2-2 (Molven, 2012; Helsepersonelloven, 2021; Spesialisthelsetjenesteloven, 2021).

5.3.6 Sikre god informasjon om pasienten

På sykehus er det ofte at sykepleieren ikke kjenner pasientene så godt som i kommunehelsetjenesten og i sykehjem, siden utskifting av pasienter skjer hyppig. Det tar tid å bli kjent med pasienten og den tiden må sykepleier ta seg. Sykepleieren plikter å bli kjent med pasientens behov og kartlegge dette for hvert tilsyn, selv om det allerede er skrevet en pleieplan (Eriksen, 2016). Dette beskriver også Stubberud (2013) og Martinsen (2018) viktigheten av, for å sikre behovene blir ivaretatt til hver tid. En løsning på dette er at sykepleieren får mer tid etter rapporter og lignende til å lese seg opp, og annet helsepersonell kan ta seg av morgenstell. Da blir fokuset til sykepleierne på pasienten og dens tidligere helse.

Sykepleiere kan delegere oppgaver til annet helsepersonell for å sikre at sykepleierne kan utøve sine oppgaver. De kan da be om informasjon fra f.eks. morgenstell. Dette står skrevet i Helsepersonelloven (2021) § 5 og 25 (Helsepersonelloven, 2021).

5.3.7 Generelle tiltak

Alle sykehus er bygget forskjellig, dette med tanke på størrelse og hva sykehuset har tilgang til. Noen rom som brukes til smitteisolerings, har et lite areal som medfører vansker for pasienten til å stimuleres fysisk, samt ingen vinduer tilgjengelig. Studien vi valgte viser at mange rom hadde ikke tilgang til TV, klokke eller speil (Shaban *et al.*, 2020).

På rom uten vindu vil ikke pasienten få en opplevelse av om det er dag eller natt ute. Grunnet dette, kan risiko for depresjon forsterkes på grunn av for lite dagslys (Johannesen, 2020).

Dagslys regulerer døgnrytmen og reduserer serotonin, som bidrar til å stimulere menneskers stemningsleie.

Derfor er det vesentlig at smitterom i de aller fleste tilfeller har tilgang til vindu. Hvis det i tillegg hadde vært vindu inn til pasienten fra gangen kunne sykepleier bruke det kliniske blikket med å observere pasienten og dens behov utenifra. I rom hvor det ikke er tilgang til vindu, TV eller speil, bør sykepleier absolutt kombinere dette med tiltaket fra den røde boksen. Studien til Shaban *et al.* (2020) viser at flere pasienter som opplever dette, samt kombinert med sykepleiere som kler seg i smitteutstyr, ikke har noe medmenneskelig kontakt. Derfor vil en kombinasjon av den røde boksen i smitterom vise medmenneskelighet, i en situasjon hvor pasienten ellers ikke ser noe annet enn hvite vegger. En klokke burde også være vesentlig på alle rom, så pasientene kan se hva tiden er, selv om de ikke ser om det er dag eller natt.

Speil er også et viktig instrument for at pasienten selv kan se om de viser tegn til forverring eller bedring av sykdom (Shaban *et al.*, 2020).

I Malhorta *et al.* (2019) sin studie, om den «røde boksen», ble det funnet at smitteisolerte pasienter fikk oftere besøk av helsepersonell når den ble tatt i bruk. Dette tiltaket er tilfredsstillende for korte beskjeder, ta opp matbestillinger eller liknende.

Forskning viser at ved dråpesmitte, har dråpene fra disponent en radius på 2 meter (FHI, 2020). Dermed kan sykepleieren stå to meter unna i viten om at dette er trygt. Skal sykepleier ha en lengre samtale over 15 min, bør den kle seg i smitteutstyr da luftsmitte kan forekomme hvis man befinner seg i rommet over lengre tid uten smittevernsutstyr. Dette gjelder alle

former for dråpesmitte (FHI, 2020).

Sykepleieren må være klar over hva den uttrykker både verbalt og non verbalt. Risiko for at sykepleier kan uttrykke tidspress og usikkerhet er stor når hen er hos pasient. Ved akutt sykdom kommer ofte pasienten inn med få personlige eiendeler, som for eksempel mobiltelefon, som er viktig for kommunikasjonen pasienten har med pårørende. Mange pasienter får da ikke gitt beskjeder eller pratet med sine pårørende, noe som kan skape en sterk følelsesmessig reaksjon som kan utvikles til depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Er pasienten mer utsatt for stress og uttrykker angst, er det viktig at sykepleieren tenker nøye over faktorer som kan trigge de psykiske plagene (Martinsen, 2018). Sykepleieren må bruke det kliniske blikket flittig, og være observant i.f.t. hvordan pasienten reagerer. Blir den “røde boksen” tatt i bruk, og man som sykepleier vet tilsynet tar lengre tid bør man kle seg før man går inn. Det samme gjelder om sykepleier observerer at pasienten har større behov for ivaretagelse. Da bør sykepleier gi beskjed at man må kle seg om for å komme inn igjen. Dette ivaretar tilliten til pasienten ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010). Videre forteller de at det er viktig å komme tilbake igjen med en gang, og ikke bli opphengt i alt annet, å “glemme” pasienten bort (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Noen pasienter har vanskeligheter for å høre hva en sier gjennom munnbind og ikke alle er flinke nok til å snakke høyt og tydelig. Spesielt dersom det er en eldre pasient. Sahoo *et al.* (2020) fortalte at pasienter følte de samhandlet med «romvesener», dette antar vi at var pga. smittevernutstyr. Løsningen på dette kan være å bruke “den røde boksen” til Malhorta *et al.* (2020) eller Woong *et al.* (2020) ved å bruke nettbrett med videosamtale.

5.4 Kritisk vurdering og metodediskusjon

Disse artiklene ble inkludert i oppgaven fordi de har forslag til tiltak som kan bedre pasientens psykososiale behov. Artiklene ble kontrollert i.f.t. metodekapittelet. Mens det ble lest gjennom artiklene, var det nødvendig å lese gjennom mange abstrakter for å kunne luke ut artiklene vi eventuelt kunne bruke. Det var mange artikler som rettet seg mot opplevelsene til pasientene under isolasjon, men ikke direkte på tiltakene som kunne gjøres. Noen av artiklene går direkte på hva pasienten opplever, derimot gir de forslag til tiltak på hva som kan gjøres bedre av helsepersonell eller generell utforming av pasientrommet. Det er slik vi ønsker å vinkle artiklene.

Mange av artiklene dreide seg om de negative effektene ved isolasjon, men sa ingenting om tiltak, som er vår problemstilling. Ingen av studiene har særlig mange inkluderte pasienter. I studien til Hereng *et al.* (2019) og Shaban *et al.* (2019) var det 11 pasienter som ble intervjuet. Sahoo *et al.* (2020) hadde 50 personer som deltok, her var det spørreskjemaer som de kunne sitte med på egenhånd. Bendjelloul *et al.* (2020) hadde 14 pasienter de intervjuet, samt 16 helsepersonell som jobbet regelmessig på avdelingen.

Kan det hende at man over/under driver når man fyller ut et spørreskjema? Ja, det kan tenkes, men en trenger jo heller ikke være ærlig under et intervju heller. Dermed måtte forfatterne se på svarene som troverdige.

Studien til Hereng *et al.* (2019) og Bendjelloul *et al.* (2020) ble gjennomført i Frankrike som er et land som kan sammenlignes med Norge geografisk. Woong *et al.* (2021) sin studie kan virke som ikke var godt nok informert til personellet og pasientene. Da kun 8,3 % av de som hadde tilgangen til Ipaden ga tilbakemelding og det var noen leger som ikke visste om dem. Ved en slik studie senere må det komme tydeligere frem at det foregår forskning.

Bendjelloul *et al.* (2020) viste at 1 av 6 pasienter som ble smitte isolert, utviklet negative psykososiale reaksjoner på isoleringen. De bestemte seg også for og ikke måle nivåene av angst og depresjon i studien, ettersom de ikke kunne vise direkte om pasienten led fra eksempelvis depresjon. Som krevde å bli diagnostisert og regelmessig oppfølging. De samlet bare opplevelsene til pasientene under intervjuet deres. De samlet ikke informasjon av uønskede hendelser som er assosiert etter bruk av isolasjon (Bendjelloul, 2020).

Ingen av våre studier hadde noen interessekonflikter.

5.5 Forskningsetikk

5.5.1 Helsinki deklarasjonen

Helsinki deklarasjonen tar for seg klinisk forskning, og viktigheten av informert samtykke til dette (Førde, 2014). Viktigheten av forskning er med på å utvikle videre behandling ut ifra ny kunnskap innhentet. Deklarasjonen sikrer pasientene deres rettigheter til samtykke for å være med i forskning, og at dette utøves etter retningslinjer og av rett personell. Denne deklarasjonen er revidert flere ganger, sist i 2013. Dette gjorde den mer lesbar for allmennheten, tok for seg hvordan resultatene påvirkes, hvem som finansierer og publiseringsplikt uansett utfall av forskningen. Pasienter som ikke har utbytte av forskningen i ettertid, skal ikke medvirke. I praksis er denne deklarasjonen med på å sikre behandling og kunnskapen vi har om dette. Det gir oss et grunnlag til informasjon for å kunne argumentere for rett behandling. Om behandlingen ikke er godt nok dokumentert, skal dette også informeres om som siste ledd i utredning av behandling. Pasienten har rett til å vite bivirkninger og effekten av behandlingen. Dette er vesentlig for vår måte å jobbe på som sykepleiere (Førde, 2014).

5.5.2 Ethiske overveielser

Bendjelloul *et al.* (2020) og Hereng *et al.* (2019) brukte Helsinki deklarasjonen i sin forskning. Etisk komite ligger til grunne i de fleste forskninger som er godkjent. Det vil si at de følger retningslinjene nevnt i bl.a. Helsinkideklarasjonen. Malhorta *et al.* (2019) skriver ikke at de har vært igjennom dette, men at de har fått godkjenning av de involverte for bruk av intervju og lærdom i forskning.

I studien til Sahoo *et al.* (2020) så hadde instituttet et eget etikkutvalg som godkjente studien. Etter informasjon om studiens formål og viten om retten til å ikke delta, måtte deltagerne gi et muntlig samtykke.

Shaban *et al.* (2020) fikk etikk godkjenning gjennom *Western Sydney Local Health District Human Ethics Research Committee*, forskningen ble utført i samsvar med den godkjente protokollen og informert samtykke ble hentet fra alle pasienter.

Woong *et al.* (2021) fikk godkjenning av sykehusets toppledelse, ellers hadde de ingen etikkgodkjenning og pasientsamtykke ble ikke innhentet. Det kan antas at for liten informasjon til pasienter og helsepersonell om dette prosjektet gjorde at det fikk liten oppslutning.

6 Konklusjon

6.1 Sykepleier tiltak

Gjennom litteraturstudien fant man ut at det å bli innlagt på isolasjon for smitte, påvirker pasientens psykososiale helse negativt. Funnene viser at pasientene sliter med angst, depresjon, ensomhet og uttrykker stress. Allikevel er det viktig at de isoleres for å bryte smittekjeden, slik at ikke infeksjonen blir smittet videre. Noen av resultatene viste at det var flere tiltak som kunne bedre pasientens psykososiale behov. Sykepleieren må ta en del av ansvaret, å tilfredsstille de psykososiale behovene til pasienten.

Sykepleieren må være oppmerksom på virkningen isolering har på pasientens psykiske helse, og gjøre seg tilgjengelig. Det er viktig å vise forståelse, omsorg og empati på hvordan isolasjon kan oppleves for pasienten. En av funnene viste at forutsigbarhet og informasjon var viktig for pasientene. Forutsigbarhet og informasjon ga pasientene en trygghet og fremmet deres opplevelse av mening. Dette kan oppnås ved å observere hvordan pasienten opplever og erfarer tilværelsen i isolasjon, samt igangsette tiltak. Det å fremme hvordan dette er en normal reaksjon på en ubehagelig situasjon er viktig. Informasjon og forutsigbarhet viste seg i studiene å dempe pasientens negative opplevelser av isolasjon.

Sykepleieren må ha stor kunnskap i psykisk helse, kommunikasjon, observasjon og tilrettelegging. Kommunikasjonsbarrierer kan oppstå pga. smittevernrutiner og påkledning. Sykepleieren har derfor et ansvar å holde seg oppdatert på fagkunnskap, som symptomer på angst og depresjon.

Det ene funnet belyste at det er viktig å tenke på hvordan man uttrykker seg non-verbalt til pasienten. Etersom mye av ansiktet gjerne dekkes til av munnbind m.m., der pasienten bare har muligheten til å lese kroppsspråket til sykepleieren. Litteraturstudien poengterte også hvordan hver enkelt pasient kan oppleve isolasjon ulikt. Pasienters individuelle behov er ulikt, og det er viktig å kartlegge hva som kan være vesentlig for den enkelte pasient. Dette kan endre seg gjennom oppholdet, og samarbeidet mellom sykepleier, pasient og pårørende er viktig. Det er for å gjøre opplevelsen av isolasjon minst mulig ensomt og påtrengende. Mange pasienter ga gode tilbakemeldinger på hva som kunne gjøre isolasjonen bedre. Dette var små endringer på rommene de lå isolerte i, som det å ha tilgjengelig TV, internett, tekoker m.m. Noen lå også på smitterom som ikke hadde tilgang på vindu, og utviklet delirium. Det er

viktig å passe på at rom som skal brukes som smitterom, har tilgang på vindu for å motvirke dette.

6.2 Innovasjon, fag- og tjenesteutvikling

For fremtidens sykehus, bør isolasjonsrom ha mer avanserte varslingssystemer for bedre ivaretagelse av isolerte pasienter. Dette gjerne i form av velferdsteknologi som intercom og muligheten til videosamtale for å lettere komme i kontakt med pasienten uten å bekle seg i smittevernutstyr. Studier viser at utprøvelse av slike digitale verktøy har hatt god effekt for følelse av ivaretagelse hos pasienten da de føler økt trygghet da de får mer kontakt med personalet. Ikke minst sikrer det pasientsikkerheten, ettersom det er bevist i flere studier at pasienter på smitte isolasjon blir besøkt mindre enn andre pasienter. På denne måten kan man som sykepleier kanskje oppdage symptomer tidligere med det kliniske blikket. Det blir lettere for personale å ha løpende kommunikasjon med pasienten, på en travel avdeling.

7 Litteraturliste

Akselsen, P.E. (2018) *Smittevern i helsetjenesten*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Bendjelloul, G. *et al.* (2020) Impact of admission to high-risk isolation room on patients' and healthcare workers' perceptions: A qualitative cross-assessment Approach, *Infectious Diseases Now*, 51(3), s. 247-252. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.10.020>

Carvalho, E. *et al.* (2018) Multi-professional simulation and risk perception of health care workers caring for Ebola-infected patients. *Nursing in critical care* 24(5) s.256-262. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12396>

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.

Eide & Eide (2018) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal

Eidslott, G og Nordengen, O. (2016) *Sykehusprest er en profesjon*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/03/sjelesorger-uten-gudstro> (Hentet: 11.mai 2021)

Eriksen, E. (2016) Menneskets psykososiale behov i Grov, EK. og Holter, IM. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 5. utgave. Cappelen Damm Akademisk s. 887-907

Folkehelseinstituttet (2020) *Koronavirus: Dråpesmitte er viktigst, men luftsmitte kan skje i spesielle situasjoner*, Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/drapesmitte-er-viktigst-men-luftsmitte-kan-skje-i-spesielle-situasjoner/> (Hentet: 13.mai 2021)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*, Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 15.mai 2021)

Goldsach M, Chem, JC, *et al* (2014) Clinical, patient experience and cost impacts of performing active surveillance on known methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive patients admitted to medical-surgical units. *American Journal of Infection Control* 42(10) s. 1039-1043 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.07.011>

Grov, E. K. (2015) *Å bli pasient og hjelpetrengende*, I Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) Grunnleggende kunnskap I klinisk sykepleie, 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. S. 37–53.

Heggestad, A. K. T., Knutstad U. (2016) Pasientens opplevelser og reaksjoner, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*, 4.utgave, Latvia: Cappelen Damm AS, s. 17-22.

Heggestad, A. K. T. (2016) Verdighet som fenomen, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*, 4.utgave, Latvia: Cappelen Damm AS, s. 23-39.

Helsebiblioteket (2021) *Oria*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/bibsys?lenkedetaljer=vis> (Hentet: 19. april 2021)

Helsepersonelloven (2021) *Lov om helsepersonell* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#> (Hentet: 19. mai 2021)

Hereng, O. *et al.* (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), s. 1074-1082), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått i Grov, EK. og Holter, IM. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken I* 5. utgave Cappelen Damm Akademisk s. 363-398.

Ilbert F., Eckstein M., Günther F., Mutters N.T. (2017) *The relationship between subjective perception and the psychological effects of patients in spacial isolation*, GMS Hygiene and Infection Control, Vol 12. DOI: [10.3205/dgkh000296](https://doi.org/10.3205/dgkh000296)

Johannesen, T. (2020) *Vinterdepresjon*, Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/vinterdepresjon/>, (Hentet: 10.mai 2021)

Kristoffersen, NJ. (2012) Sykepleie – kunnskap og kompetanse i Kristoffersen, NJ., Nortvedt, F. og Skaug, EA. (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 1, 2. utgave. Gyldendal Akademisk s. 161-206.

Lovdata (2018) *Forskrift om kameraovervåking i virksomhet*, Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-07-02-1107> (Hentet: 15.mai 2021)

Malhorta, P. K. R., Aradhana MSN *et al.* (2019) Reengenering the patient's environment: Establishment of a "Red Box" to improve communications with patients on isolation precautions, *American Journal of Infection Control*, 47(3), s. 264-267. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.09.007>

Martinsen, K. (2003) *Fenomenologi og Omsorg*, 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2018) *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget

Molven, O. (2012) *Helse og jus* 7. utgave Gyldendal juridisk

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 10. mai 2021)

Nortvedt, M. W. *et al.* (2014) *Jobb kunnskapsbasert!* Litauen: Akribe.

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse, i Stubberud, DG., Grønseth, R og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.17-39

NSD (2021) *Vitenskapelig publisering*, Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (Hentet: 18. april 2021)

Pasient og brukerrettighetsloven (2021) *Lov om pasient og brukerrettigheter* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#> (Hentet: 18. mai 2021)

Sahoo, S. *et al.* (2020) Psychological experience of patients admitted with SARS-CoV-2 infection. *Asian Journal of Psychiatry*. 54(102355), DOI: [10.1016/j.ajp.2020.102355](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102355)

Shaban, R. Z. *et al.* (2020) SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting, *American Journal of Infection Control*, 48(12), s. 1445-1450. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.08.032>

Skårderud, F., Haugsgjerd S., Stänicke, E., (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spesialisthelsetjenesteloven (2021) *Lov om spesialisthelsetjenesten* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste%20loven#> (Hentet den 19. mai 2021).

Statistisk sentralbyrå (2021) *Religion*. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion?fbclid=IwAR3VcsdbuOTJ_nsZfuF_wWBSHvTVuEv5zRaKx0GMr6sRicaPTRUEqAgZIME (Hentet: 17.mai 2021)

Taule, L. (2014) Norge – et sekulært samfunn? *Samfunnsspeilet*, 1/2014, s. 9-16. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/_attachment/164168?ts=144de41b4e0 (Hentet: 17.mai 2021)

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Woong, N.L. *et al.* (2021) Empower to connect and connect to empower: experience in using a humanistic approach to improve patients' access to, and experience of, care in isolation wards during the COVID-19 outbreak in Singapore. *BMJ open quality* 10(1), DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000996>

