

Anonym

Smitteisolat - en utfordring for helhetlig sykepleie?

Prosjektbachelor

4942 ord

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2021

Anonym

Smitteisolat - en utfordring for helhetlig sykepleie?

Prosjektbachelor

4946 ord

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

ABSTRAKT

Introduksjon: Studien undersøker sykepleiers erfaringer og opplevelser rundt hvilke konsekvenser smitteisolering har for pasienters psykososiale behov. Simultant undersøkes og beskrives potensielle forklaringer til disse konsekvensene.

Metode: For å undersøke sykepleiers opplevelser og erfaringer ble kvalitativ forskningsmetode ved hjelp av intervjuer benyttet. Tre semistrukturerte intervjuer med en veiledende intervjuguide ble gjennomført ved avdelingen mars 2021. Dataen ble analysert etter prinsipper for meningsfortetning, ved hjelp av firetrinns analysemetode.

Resultater: Studiens funn viser at smitteisoleringen kan ha konsekvenser for fysiske behov, samt de emosjonelle og relasjonelle delene av psykososiale behov. Empirien viser samtidig at pasienter håndterer isoleringen ulikt. Ikke alle pasienter berøres psykososialt under isolasjon. Det er uklart hvorvidt konsekvensene skyldes isoleringsregimet alene. Potensielle forklaringer til hvorvidt isoleringsregimet påvirker psykososiale behov vises å kunne være sykepleiers funksjon og pasientens bakgrunn.

Konklusjon: Studien viser at smitteisolering kan ha psykososiale konsekvenser som følge av berørte fysiske behov, velværebehov, manglende opplevelse av kontroll og tapt sosial kontakt. Dette kommer i hovedsak til uttrykk gjennom angst, nedstemthet eller ensomhet. Ikke alle isolerte pasienter får psykososiale konsekvenser, noe som kan ha sammenheng med sykepleietiltak og pasientens ressurser, sykdom og psykologiske faktorer. Studien er for liten til å fastslå egne funn på generell basis. I videre forskning kunne det blitt arrangert flere intervjuer for å undersøke sammenhenger nærmere, samt hvilke tiltak som kunne ha hatt en forebyggende effekt.

ABSTRACT

Introduction: this study examines nurses' experiences with psychosocial consequences in isolates patients caused by isolation. Simultaneously, the study describe potential explanation to these effects.

Method: In order to investigate nurses' experiences and potential psychosocial consequences, qualitative research method was used. Three semi structured interviews with an indicative interview guide were conducted in March 2021. The data were analyzed using the principles of meaning condensation and a four-step analysis method.

Results: The study's findings show that infection isolation can have consequences for physical needs, as well as the emotional and relational elements of psychosocial needs. At the same time, the empirical evidence indicate that patients handle the isolation differently. Not all patients are psychosocially affected during isolation. It is unclear whether the consequences are due to the isolation regime alone. Potential explanations for whether the isolation regimen affect psychosocial needs are shown to be the nurse's function and the patient's background.

Conclusion: The study shows that infection isolation can have psychosocial consequences as a result of affected physical needs, well-being needs, lack of experience of control and less social contact. This is mainly expressed through anxiety, depression or loneliness. Not all isolated patients have psychosocial consequences, which may be related to nursing interventions and the patient's resources, illness and psychological factors. The study is too small to determine own findings on a general basis. In further research, a richer number of interviews should be arranged to investigate connections in more detail, as well as which measures that could have had a preventive effect.

Forord

«Den er ikke så stor. Avstanden mellom oss. Allikevel oppleves den helt uendelig her jeg vet at jeg ikke kan trosse centimeterne for å fange deg i en klem som varer i livslange tre sekunder.» (1, s. 10)

INTRODUKSJON

Isolasjon er et begrep folk flest har skapt assosiasjoner til i løpet av det siste året. Mennesker har opplevd å måtte isoleres i hjemmene sine – samtidig som terskelen er lavere for å isolere pasienter i sykehus. Symptomer som tidligere ble ansett som uproblematisk og normale under vintersesongen, er nå indikasjon for smitteisolering (2). I 2019 ble det rapportert om totalt 296 smittsomme sykdomstilfeller i sykehus (3). I løpet av det forrige året, 2020, stod SARS-CoV-2 – bedre kjent som «covid-19» – alene for 2198 av smittsomme sykdomstilfeller i sykehus (4). Som følge av dette har sykepleiere det siste året hyppigere vært ikledd gule frakker, hansker og munnbind, og pasientene oftere underlagt isolasjonsregime. Isolering fungerer som et av de viktigste virkemidlene innen smittevern i sykehus. Regimet skal forhindre potensiell smittespredning fra pasienter med uavklart eller påvist smitte ved å bryte smitteskjeden (5). Samtidig befinner fremdeles sårbare og utsatte pasienter seg i sykehusene, og behøver beskyttelse fra økt antall pasienter med smitte. Stubberud (6) bemerker at å være syk og inneliggende i sykehus i seg selv kan være en angstfremkallende opplevelse som følge av ukjente mennesker og omgivelser, samtidig som det kjente forholdet til vanlige støtteressurser – familie, venner og annet nettverk – virker fjernere. Å være isolert på enerom over lengre tid kan i seg selv oppleves som en stor psykisk belastning (7). Videre endrer isolering hvordan helsehjelp utøves, hevder Guilley-Lerondeau et al. (8). Som følge av smitteregimet og barrieren som oppstår, kan isolasjon endre hvordan sykepleier samhandler med pasienten og dermed påvirke opplevelsen av omsorg, videre berøre pasientens psykososiale behov (5, 6, 8-12).

Helsepersonell går inn til smitteisolerte pasienter halvparten så mange ganger som til ikke-isolerte (13). Sykepleiere er profesjonelle helsearbeidere noe som innebærer et etisk, juridisk og faglig ansvar for ivaretagelse av isolerte pasienter i sykehus (14, 15). Kliniske beslutninger skal være faglig forsvarlig, samt bygge på erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. I henhold til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, skal sykepleier ivareta helhetlig omsorg for hvert enkelt individ (14). Både Haugan og Stubberud (6, 16) beskriver at helhetlig omsorg omfatter å inkludere og anse den menneskelige enhet som integrert og i kontinuerlig interaksjon. Nyere studier (8-12) finner at pasienter underlagt smitteisolering opplever dårligere kvalitet på pleien og omsorgen som følge av isoleringsregimet. Siddiqui et al. (12) sin forskning av pasienters erfaringer under smitteisolering over fem år, fant at smitteisolerte pasienter generelt opplevde større misnøye. Misnøyen med omsorgen ble relatert til at sykepleier var mindre tilgjengelig for isolerte pasienter, i flere studier (8-10). Samtidig erkjente sykepleierne i Lupión-Mendoza et al. (10) at smitteisolerte pasienter ikke fikk samme pleiekvalitet og færre tilsyn. Det ble avdekket at sykepleierne tok seg selv i å gå inn på smitterommet kun når høyst nødvendig, og ved noen anledninger henvendte seg til pårørende mot å selv gå inn på pasientrommet. Det viste seg også at temperatur og blodtrykk ble målt sjeldnere hos isolerte enn ikke-isolerte pasienter (10), noe Furuno et al. (9) også fant i sin empiri.

«Jeg vekkes kun av de gulkleddede. De som med rutinerte bevegelser hekker meg av og kople meg til. Jeg ser, men mest ser jeg at jeg ikke ser mennesket bak det gule.» (1, s. 19)

Isolering gjennomføres på forskjellige vis. Fellesnevneren er at den smittsomme eller sårbare (immunsupprimerte) pasienten ekskluderes fra andre pasienter til et enerom eller egne avdelinger, og forutsetter helsehjelp fra helsepersonell ikledd smittevernutstyr

(5). Goffman (17) beskriver i «Stripping of Self» prosessen fra person til pasient. Dette rollebyttet kan skape en opplevelse av krenket identitet (17, 18). Travelbee (19) presiserer det avgjørende hvorvidt sykepleier ser pasienten som et unikt individ og påstår at «det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper» (19, s. 188). Stubberud (20) bemerker pasientens forutsetninger og psykiske forhold som en viktig faktor for pasientens ressurser til å mestre den nye pasientrollen. Studien til Findik et al. (21) fant at individuelle forskjeller kan disponere for utvikling av depresjon. Å kjenne de følelsene depresjon omfatter behøver like mye å bli sett og verdsatt understreker Travelbee (22), samtidig som depresjon kan forsterkes ved å føle seg isolert.

I diktaturer er isolat anvendt som torturmetode. Uten et møte med en annen vil mennesket kjenne seg fremmed, noe som vil kunne bidra til ensomhet og angst (16). Dette er fenomen som ifølge Stubberud (20) kommer til uttrykk ved berørte psykososiale behov. Menneskers grunnleggende behov består av flere ulike behov – fysiske, psykiske, sosiale og åndelige – som alle kan berøres av sykdom og helsehjelp (6, 23). Isolasjon vises i forskning å ha konsekvenser primært for de psykososiale behovene (24). Psykososiale behov omtales som menneskets psyke og sjel liv, og tar utgangspunkt i subjektive pasientfenomener (6, 16). Stubberud (6) sorterer behovene i en emosjonell og relasjonell del. Sistnevnte omfatter sosial støtte. Sosial støtte kan defineres som prosessen som skjer når en person yter hjelp til en annen (25). Slik støtte er omtalt som en av de viktigste enkeltfaktorene som fremmer helse (26), og påvirker risikoen for angst, depresjon og dødelighet (27-29). All klinisk sykepleie foregår i relasjoner. Denne relasjonen hevdes å påvirke alle pasientens grunnleggende behov (16). Guilley-Lerondeau et al. (8) sin studie illustrerer betydelige forskjeller i sykepleier-pasient-relasjonen til de smitteisolerte, mens Lupión-Mendoza et al. (10) fant at de isolerte pasientene kjente på ensomhet og savn etter noen å prate og dele erfaringer med. Sykepleieren kan ifølge Travelbee (19) bistå pasienten i å mestre sykdom gjennom å etablere en mellommenneskelig tilknytning. I samme ånd hevder Kari Martinsen (16) at mennesket er et relasjonelt vesen som lever sitt liv i relasjoner – utenfor relasjonene er vi ikke til. Nettopp derfor er isolasjon som torturmetode effektiv – det er å bli gjort til ingen (16).

Et av sykepleierens viktige funksjonsområder er undervisning og veiledning (14), og reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven (30) og helsepersonelloven (31). Informasjon kan fremme pasientens opplevelse av forutsigbarhet og kontroll (32). Flere studier på sykepleiers og pasienters opplevelser ved smitteisolering finner utilstrekkelig og mangelfull informasjon (8, 10-12). I studien til Guilley-Lerondeau et al. (8) rapporterte pasientene at de ikke var fornøyde med kvaliteten på informasjonen de mottok om infeksjonsstatus og isoleringsregimet. Pasientene forsto ikke alltid hensikten med smitteverntiltakene, eller hvordan tiltakene gagnet dem. Informasjon om smitteverntiltakene rapporteres også utilstrekkelig i Siddique et al. (12) og Mehrotra et al. (11), samtidig som sistnevnte studie understreker informasjon som vesentlig for å bedre omsorgen. Lupión-Mendoza et al. (10) fant at pasientene visste hvorfor de var isolert – de «var angrepet av noe» men visste ikke hva. De samme pasientene var engstelige for å få besøk, med bakgrunn i frykt for å smitte besøket. Sykepleierne i samme studie (10) opplevde usikkerhet til de enkelte smitteregimene, særlig når det gjaldt risiko for å selv blir smittet.

Stubberud (6) omtaler at sykdom sammen med helsehjelpen som gis, kan utsette pasienten for store psykososiale påkjenninger. Barratt et al. (24) sin gjennomgang av forskning fant at de vanligste fenomenene hos smitteisolerte pasienter er angst, depresjon, mangel på kontroll og ensomhet. Sykepleierne i Furuno et al. (9) sin studie bemerket bekymringer for smitteisolerte pasienters symptomer på angst og depresjon. Både Day et al. (33) og Lupi3n-Mendoza et al. (10) fant klar sammenheng mellom smitteisolasjon og depresjon, men ingen sammenheng mellom isolasjon og angst. Samtidig avdekket Guilley-Lerodeau et al. (8) merkbart høyere angst hos smitteisolerte. Til kontrast fant Findik et al. (21) sin studie ingen sammenheng mellom smitteisolering og angst og depresjon. Hensikten med denne studien er 3 unders3ke – gjennom sykepleiers perspektiver – hvilke konsekvenser smitteisolering har for pasienters psykososiale behov. For 3 fullstendig unders3ke dette, utforskes ogs3 mulige forklaringer p3 disse konsekvensene. Ved 3 unders3ke hvordan sykepleier oppfatter og forst3r pasienters ber3rte psykososiale behov, vil s3kelyset rettes mot hvordan og hvilke symptomer som kommer til uttrykk for sykepleier. Kombinert med forskning omkring tema som s3rlig omfatter pasientopplevelser, vil studien forh3pentligvis kunne bidra til 3 3ke helsepersonells kunnskap og oppmerksomhet for pasientgruppen.

METODE

Utvalg

Utvalget er lagt til en medisinsk avdeling ved et sykehus i Midt-Norge. Tema isolasjon ble utlyst av avdelingen etter deres ønske. Med bakgrunn i rammer og formål ble det til samarbeidsavdelingen vektlagt ønske om sykepleiere med variert erfaring. Studiens empiri inkluderer tre sykepleiere fra medisinsk sykehusavdeling, med flere års erfaring med varierte og komplekse pasienter.

Datainnsamling

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som studerer menneskers erfaringer, holdninger eller fenomener (34, 35). For å undersøke hvilke konsekvenser sykepleierne opplevde at smitteisolering hadde for pasienters psykososiale behov, videre hvilke forklaringer dette hadde, ble kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer vurdert som best egnet (36). En veiledende intervjuguide basert på resultater fra tidligere forskning ble benyttet (vedlegg 1). Ved en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er det vesentlig at forskeren stiller seg åpen, slik at vedkommende lar seg berøre av det informantene gir uttrykk for (37). Ved semistrukturerte intervju fikk informantene anledning til å uttale seg fritt om de ulike temaene, samtidig som forsker tillot forandringer både i rekkefølge og spørsmålsform. Forsker lot informant prate fritt og ferdig, før eventuelle oppfølgings spørsmål.

Intervjuene fant sted i et eget rom like ved avdelingen, i informantenes arbeidstid. Intervjuene varte fra 45 til 55 minutter. Intervjuguiden var delt opp i tre hovedtema – generelt om smitteisolering, sykepleierperspektivet og pasientperspektivet. Intervjuer og referent introduserte alle intervju ved å muntlig gjenta tidligere utdelt informasjonskriv, samt formidle kort om personlig bakgrunn. I tillegg ble informant oppmuntret til det samme, med den hensikt å skape en uhyøytelig men tillitsfull atmosfære som forhåpentligvis ville tilrettelegge for ærlige og grundige skildringer (34, 35). Informantenes utsagn ble etter beste mulig evne nedskrevet kontinuerlig underveis i intervjuene av referent. På denne måten kunne forsker være fullstendig involvert i dialogen med informant.

Analyse

I etterkant av intervjuene ble rådataen transkribert og renskrevet. Videre ble den gjenværende teksten plassert i et tabellsystem etter kategorier fra intervjuguiden for å sammenligne informantenes utsagn. For å analysere empirien til hoved- og subkategorier, ble en beskrivende temasentrert analysemetode i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (36) benyttet (tabell 1). Etter gjentatte gjennomlesinger av teksten som helhet ble det identifisert relevante meningsbærende enheter (trinn én). Alle svar som belyste samme tema ble inkludert. Disse ble kortere oppsummert til meningsfortetninger (trinn to). Deretter ble meningsfortetningene kategorisert i et undertema (trinn tre). Analysens siste trinn omfattet å få overblikk for å tolke informantenes utsagn og utvikle sentrale temaer (trinn 4).

Tabell 1: Eksempel på analysematrise inspirert av Kvale og Brinkmanns metode

Meningsbærende enhet	Meningsfortetning	Undertema	Sentralt tema
1 Det er jo mye å kle på, jeg syns det er arbeidskrevende. Det er litt høyere terskel for å gå inn på rommet, mer planlegging, går helst færrest mulig turer. Det er mer arbeidskrevende, både med tid, påkledning, mens også inne på rommet, prosedyrer tar jo lenger tid.	Isolering er tid- og arbeidskrevende - medfører høyere terskel for å gå inn på smitterommet. Går færrest mulig turer.	Smitteregimet skaper terskel	Årsaker og utfordringer
2 Jeg synes det er tungvint med smitteisolering. Når jeg får en smittepasient blir jeg litt sånn «åhr». Jeg synes det er ekstra arbeidsbelastende – den følelsen er der selv om jobben nødvendigvis ikke er så mye mer arbeidsbelastende.	Opplever smitterom som ork og arbeidsbelastende selv om den ikke er det. Tidkrevende.	Negative følelser relatert til smitteregimet	Årsaker og utfordringer

Forskningsetiske betraktninger

Informantene ble informert og rekruttert gjennom samarbeid mellom forfatter, NTNU og samarbeidende avdeling. Informasjonsskriv (vedlegg 2) ble tilsendt samarbeidende avdeling i forkant av intervjuene. Informantenes rettigheter ble gjentatt rett før intervjuet. Alder, kjønn og spesialitet benevnes ikke med hensyn til anonymitet (35). Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at skriftlig samtykke og navn ble aldri innhentet, intervjuene foregikk uten lydopptaker og eventuelle muntlige kjennetegn ble fjernet under transkribering (35). Materialet fra analysen er ikke presentert for informantene i ettertid. Det vil derfor være rom for feiltolkning som forfatter må ta på sin kappe. For å bevare deltakernes anonymitet blir de i løpende tekst referert til som «informant».

RESULTATER

Studiens empiri presenteres i form av to hoveddeler. Første hoveddel viser potensielle forklaringer på smitteisolerings konsekvenser for psykososiale behov, ved hjelp av en tabell (tabell 2) med hovedkategorier og subkategorier basert på analysen som ble gjort. Andre hoveddel beskriver konsekvenser, tegn og symptomer sykepleierne oppga at kom til uttrykk hos pasientene.

Del 1

Smitteregimet

To informanter beskriver at utstyret skaper en fysisk og mental avstand, mens alle informantene vektla smitteisolering som arbeidsbelastende og opplever det som mer tungvint og krevende sammenlignet med helsehjelp forøvrig.

Når jeg får en smittepasient blir jeg litt sånn «åhr». Jeg synes det er ekstra tungvint. Også opplever jeg det lettere å komme i dypere samtale uten utstyr.
(Informant 2)

Samtlige informanter nevnte mangel på tid som en utfordrende faktor ovenfor alle innlagte, men at det særlig får konsekvenser for de smitteisolerte nettopp fordi påkledning av smittevernutstyret er ekstra tidkrevende. To informanter nevnte at terskelen er høyere for å gå inn på smitterommet. Dette medfører at sykepleier tilser pasienten sjeldnere, og blir mer målrettet på smitterommet. Samstundes understrekes tilstedeværelse.

Da er det ekstra viktig med tilstedeværelse de minuttene man er der, man tar jo mindre småturer innom. (Informant 1)

Sykepleiers funksjon

Alle informantene beskriver at pasientinformasjon trolig er mangelfull, tilfeldig og varierende til både pasient og pårørende. To informanter beskriver hvordan «gjengangerne» sannsynligvis rammes i størst grad av utilstrekkelig informering.

Det er mange gjengangere så til disse gir vi nok for lite informasjon – man antar at de vet og er kjent med hvordan ting fungerer, så det glipper nok til de.
(Informant 1)

På spørsmål om grad av tilgjengelighet ovenfor smitteisolerte pasienter angis ulike svar – å ta alarmen krever å gjøre seg ferdig med annet og å kle på alt smittevernutstyret. Samtidig svarer to informanter å være like tilgjengelig for alle. Det bemerkes dog at dette medfører større avstand, mindre berøring, reduserte observasjoner og roping fra dørsprekken. Om smittevernreglement bemerker samtlige informanter lite klare regler og ulik forståelse av reglene. Dette åpner for egne vurderinger og ulik praksis, formidler to informanter. En informant bemerker at ulik smittevernpraktisering forutsetter å informere pasienten for å ikke skape forvirring eller frykt. Det nevnes at uoverensstemmelsen kan være utfordrende for pasienten og deres pårørende.

Jeg tror pasienten kan bli forvirret av at man gjør det så ulikt, og at de kanskje føler det blir mer utrygt, selv om flere måter egentlig kan være riktig.
(Informant 2)

Det avkrefte av alle informanter bevisst kartlegging av psykiske symptomer eller berørte psykososiale behov med bakgrunn i smitteisolering. Samtlige informanter poengterte at den smitteisolerte får medisinsk behandling og vitale målinger på lik linje med ikke-isolerte.

Dårlige pasienter får mye oppmerksomhet, isolerte får ikke mer eller mindre, det spørs heller på sykdom. (Informant 3)

Pasientens bakgrunn

Helsehjelpen vurderes etter sykdom og pasientens individuelle behov. Alle informantene beskriver at pasientene håndterer isoleringen ulikt og pasientenes behov for en ekstra samtale varierer. Pasientens personlighetstrekk og sykepleier-pasient-relasjonen nevnes også som faktor for hvor mye oppmerksomhet pasienten får.

Det spørs også på personligheten til pasientene. Vi formidler oss imellom om en pasient er beskjedent. Være mer på tilbudssiden da. Nå er det en som ikke er så trivelig – har ikke satt meg ned der – uavhengig av om det er smitte eller ei. (Informant 2)

Tabell 2. Potensielle forklaringer

Hovedkategori	Underkategori
<i>Smitte-regimet</i>	Praktiske og organisatoriske krav
	Uklar og ulik praksis
<i>Sykepleiers funksjon</i>	Informasjon
	Tilgjengelighet
<i>Pasientens bakgrunn</i>	Sykdom og behov
	Personlighetstrekk

Del 2

Fysiske behov

Figur 1 viser hvordan smitteisolering har konsekvenser for fysiske-, emosjonelle- og relasjonelle behov og hvordan disse kan forstås å interagere. Funn illustrerer at de tre kategoriene alle påvirker hverandre. Alle informantene vektla at fysiske behov berøres hos smitteisolerte pasienter. To informanter nevnte inaktivitet som en særlig konsekvens for pasienten. Videre ble det beskrevet av alle at døgnrytmen påvirkes negativt, og har

sammenheng med inaktivitet, understimulering og lite varierte dager. Én informant nevnte redusert matlyst som berørt behov.

Emosjonelle behov

Sykdommen som årsak til innleggelsen angis å disponere for berørte psykososiale behov. Om pasientenes opplevelser av å være isolert nevnes distansert og fremmedgjort. Samtlige informanter vektlegger at mange i pasientgruppen har eksisterende symptomer på angst og nedstemthet ved innleggelse. To sykepleiere beskriver at symptomene på angst forverres av isolering, og identifiserer det gjennom hyppige alarmbehov og trang til åpen romdør. Det poengteres at mange trolig føler seg innestengt.

Noen føler seg som i et fengsel. (Informant 1)

Nedstemthet identifiseres ved at det er vanskeligere å komme i prat, pasienten sover mye og at noen tar til tårene. Enkelte pasienter blir også tilbaketrukket i form av å ringe lite på. Samtidig understrekes det utfordrende å sortere ut berørte psykososiale behov som følge av isoleringen alene da mange av de innlagte er komorbid og kompleks.

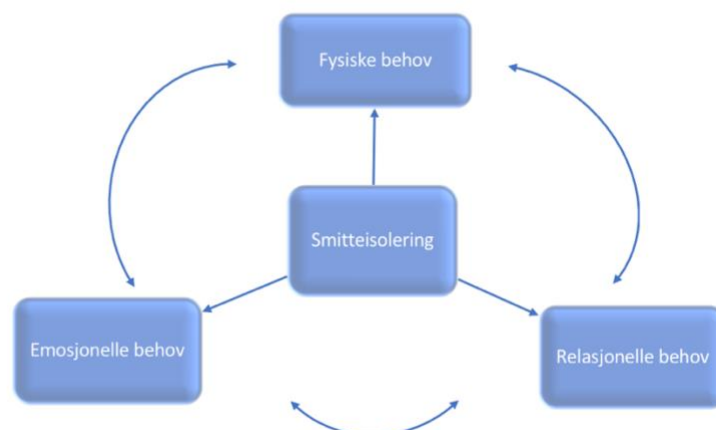
Det kan fort være tung stemning inne på rommet, men det er jo sammensatt. Noe henger sammen med sykdom og pasientens livssituasjon, så kommer isoleringen på toppen, det kan være vanskelig for de. (Informant 1)

Relasjonelle behov

Endret kontakt mellom pasient og sykepleier angis av samtlige informanter som en forklaring til berørte psykososiale behov, men fungerer også som en konsekvens av isoleringsregimet. Samtlige informanter beskriver at isolasjonsreglementet også medfører tapt sosial kontakt og støtte fra medpasienter. Blant alle informantene ble ensomhet understreket. Samtidig poengteres det at pasientene generelt takler isolering ulikt - trolig kjenner ikke alle på ensomhet, men det er gjengangeren. Berørte behov for velvære ble nevnt blant samtlige informanter.

Forskjellen er at det blir mer rotete på smitterommet. I dag ryddet jeg bort fiskesuppe fra i går. Det kan ikke ha vært kjekt for pasienten med den lukten. (Informant 2)

Figur 1. Forklaringers samspill



DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke konsekvenser sykepleiere ved medisinsk avdeling opplever at smitteisolering har for pasienters psykososiale behov. Simultant ble det undersøkt hva disse konsekvensene kunne skyldes. Hovedfunn viste at sykepleiers funksjon og pasientens bakgrunn sammen med isoleringsregimet, påvirker hvilke konsekvenser smitteisoleringen kan ha for psykososiale behov. Videre fremkom det av empirien at smitteisolering kan ha konsekvenser for begge delene av psykososiale behov. Hvordan de potensielle forklaringene vist i resultatdelen kan tenkes å bidra til psykososiale konsekvenser, diskuteres derfor i tre underoverskrifter; fysiske behov, emosjonelle behov og relasjonelle behov.

Fysiske behov

Observasjoner og undersøkelser danner grunnlaget for kliniske vurderinger og hvilke tiltak som iverksettes (18). Videre er det sykepleiers ansvar å formidle denne informasjonen til legen, noe som kan bidra til hvilken behandling pasienten får. Grundige og jevnligte observasjoner og tilsyn er dermed et sentralt element for å tilstrekkelig ivareta pasientens fysiske behov (38). Flere studier (8-10, 12) viser divergens mellom isolerte og ikke-isolerte pasienters opplevelse av sykepleiers tilgjengelighet og tilsyn. Egne funn illustrerer at smitteisolerte pasienter får mindre sykepleierkontakt – enten i form av reduserte observasjoner som følge av stor avstand, eller som følge av færre tilsyn grunnet tidkrevende smittevernutstyr. Sykepleierne tilså den smitteisolerte pasienten kun ved et formål dersom pasienten ikke krevde annet. Ved sjeldne tilsyn og reduserte observasjoner kan det tenkes at isolerte pasienter utsettes for begrensede tiltak mot fysiske behov. Sykepleierne i studien til Lupión-Mendoza et al. (10) oppga at smitteisolerte pasienter fikk færre målinger av temperatur og blodtrykk, og ble ofte tilsett sist på legevisittrunden. Dette samsvarer med pasientenes egne opplevelser i studien (10), som følte seg nedprioritert og lite tilsett. Furuno et al. (9) fant også færre vitale målinger av smitteisolerte pasienter. Til ulikhet fra disse to studiene (9, 10), viser egen studie at smitteisolerte pasienter får vitale målinger på lik linje med ikke-isolerte. Samtidig blir de isolerte pasientene ifølge sykepleierne i egne studie særlig inaktiv, endrer døgnrytmen og får dårlig søvnhygiene, samt redusert matlyst. Menneskers ulike fysiske behov henger nært sammen og kan ha konsekvenser for hverandre. Samtidig interagerer de fysiske behov kontinuerlig med åndelige, psykiske og sosiale dimensjoner beskriver Haugan og Stubberud (6, 16). Berøres derfor enkelte fysiske behov, vil trolig både flere fysiske behov og psykososiale behov berøres. Dersom pasienten opplever å ikke bli tilstrekkelig observert og ivaretatt fysisk, kan det altså tenkes at de fysiske berørte behovene bidrar til konsekvenser for pasienten psykososialt – både emosjonelt og relasjonelt.

Emosjonelle behov

De psykososiale behovenes emosjonelle del omfatter pasienten selv, reaksjoner, følelser og opplevelser (6). Dette inkluderer blant annet å oppleve tilfredshet og velvære. Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og ivareta den enkelte pasientens behov for omsorgsfull hjelp (14). Forskning (8-12) relaterer dårligere opplevelse av omsorg hos smitteisolerte pasienter igjen til sykepleieres reduserte tilgjengelighet. Videre rapporterer de isolerte pasientene at lav tilfredshet med omsorgen ble relatert til dårlig renhold og at det tok lang tid fra pasienten ringte etter hjelp, til sykepleier ankom rommet (8-12).

Mehrotra et al. (11) sin studie assosierer smitteisolasjon og problemer med omsorg dobbelt så ofte. Egen studie samsvarer med disse poengene fra tidligere forskning. Sykepleierne gikk mindre inn på smitterommet, noe som ifølge sykepleierne fikk konsekvenser for pasientens behov for velvære. Færre turer grunnet tidkrevende og arbeidsbelastende smittevernutstyr- og prosedyrer medførte at skittentøy og utstyr ble stående lenger og hopet seg opp. Samtidig viste egen empiri at det kunne ta lenger tid før sykepleier kunne hjelpe den smitteisolerte. Med bakgrunn i isoleringsregimet som forklaring på sykepleiers tilgjengelighet kan det forstås at isolerte pasienters psykososiale behov berøres som følge av lavere grad av opplevd tilfredshet og velvære.

Emosjonelle behov inkluderer også sinnsstemninger, fravær av negativt stress og å oppleve trygghet (6). Ifølge Stubberud (6) er angst og depresjon vanlige pasientfenomener ved berørte psykososiale behov, noe Barratt et al. (24) sin gjennomgang også identifiserte. Sykepleierne i egen studie oppga at de isolerte pasientene kunne oppleves engstelig og nedstemt. Det kunne ofte være tung stemning på rommet eller behov for åpen dør. Høyere angstnivå og nedstemthet samsvarer med annen forskning. Guilley-Lerondeau et al. (8) sin studie avdekket merkbart høyere angst hos de smitteisolerte, mens Lupión-Mendoza et al. (10) fant klar sammenheng mellom smitteisolasjon og depresjon. Sykepleierne i Furuno et al. (9) uttrykte bekymringer for pasientens symptomer på både angst og depresjon. Day et al. (33) sin studie så sammenheng mellom isolasjon og diagnostisk depresjon – smitteisolerte pasienter hadde 40% større sannsynlighet for å bli diagnostisert med depresjon (33). Midlertidig rapporteres også velvære (21), og at isoleringsregimet for enkelte kan ha sine fordeler (24). Findik et al. (21) fant nemlig ingen sammenheng mellom smitteisolering og angst eller depresjon. Studien (21) fremhever likevel at visse personlige egenskaper øker risikoen for utvikling av depresjon. Stubberud (6) hevder at pasientens forutsetninger og psykologiske faktorer kan påvirke psykososiale behov ved å predisponere for økt motstandskraft eller økt sårbarhet. Psykologiske faktorer omfatter personlighet, emosjonelle- og kognitive faktorer og psykiatriske lidelser. Egen studie samsvarer med Stubberuds teori (6) og Findik et al. (21) sin studie, da det fremkom at pasientene opplever og håndterer isolering ulikt. Sykepleierne vektla nemlig pasientens personlige egenskaper som mestrings- og risikofaktorer for psykososiale konsekvenser. Videre poengterte sykepleierne det utfordrende å sortere ut eller fastslå psykososiale konsekvenser av isolering alene, da den bakenforliggende sykdommen også forstås disponerende. Disse funnene samsvarer med poenger fra Day et al. (33) sin studie, hvor forskerne (33) anslo at smitteisolerte pasienter er hyppigere innlagt i sykehus og kritisk syke, derav har større risiko for negative konsekvenser. Likevel viser egen empiri at dersom pasienten sliter med angst og nedstemthet fra før, kan isoleringen forsterke symptomene. Med bakgrunn i ulike og varierende grad av konsekvenser i både egen og andres forskning, kan det tenkes at Stubberud (6) sin teori om psykologiske faktorer som mestringsressurser og risikofaktorer, spiller en rolle for hvilke psykososiale konsekvenser isolering har for den enkelte.

Enkelte studier som fant høye nivåer av angst, fant også mangelfull informasjon til pasientene (8, 24). Stubberud (20) hevder at informasjon fremmer pasientens opplevelse av forutsigbarhet og kontroll (20, 32). Ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon utviser også sykepleieren faglig kompetanse noe som vil fremme trygghet (6). Barratt et al. (24) fant mangel på kontroll som en av de vanligste opplevelsene ved smitteisolering. Den emosjonelle del omfatter nettopp behovet kontroll og være orientert i eget liv og livssituasjon, mens mangel på dette kan forverre utrygghet og angst (6).

Egen studie bemerker at enkelte pasienter kan føle seg redd under isoleringen, samtidig som sykepleierne uttrykket at informasjon og veiledning til isolerte pasienter ofte er tilfeldig og mangelfull. Flere studier (8, 10-12) rapporterer om pasienter som er misfornøyd med informasjonen. I egen empiri fremkom varierende forståelse og etterlevelse av smittevernreglementet, mens pårørende fikk ulike oppfordringer ved besøk. Egne erfaringer fra praksis rundt etterlevelse av smittevern understreker nettopp dette funnet av ulik praktisering. Dette kan for pasienten forstås som et uttrykk for usikkerhet rundt smittevern noe som kan bidra til utrygghet (6). For pasienten kan sykepleierne fremstå mindre faglig kompetent dersom informasjonen i tillegg er mangelfull. I de yrkesetiske retningslinjene omtales også informasjon viktig for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg (14), noe som gjenspeiles av forskning. I Guilley-Lerondeau et al. (8) sin studie hvor informasjonen var mangelfull, opplevde pasientene begrensning i selvbestemmelse. Samtidig bemerket Mehrotra et al. (11) og Barratt et al. (24) viktigheten av informasjon for å forbedre pasientopplevelsen. Findik et al. (21) konkluderte med at angst- og depresjonsnivået til de isolerte pasientene var lave med bakgrunn i pasientens innsikt i indikasjon for isoleringen (21). Den emosjonelle del kan altså berøres ved at pasienten opplever begrenset forutsigbarhet, kontroll og autonomi, samtidig som ulik praktisering av smittevern, samt varierende eller mangelfull informasjon kan tenkes å bidra til psykososiale konsekvenser som utrygghet og angst.

Relasjonelle behov

Den relasjonelle delen innebærer pasientens behov for sosial kontakt og engasjement, følelsesmessig støtte og relasjonen til pårørende og helsepersonellet (6). Holt-Lunstad et al. (29) viste at mangel på sosial støtte kan være en risikofaktor for økt dødelighet, og bør tas like alvorlig som andre risikofaktorer som røyking eller høyt blodtrykk. Den relasjonelle del vil berøres om pasienten opplever å bli behandlet mer som et objekt eller et biologisk kasus, enn et menneske (6). Ifølge Goffman (17) inkluderer sykehus mennesket i en egen sosial orden hvor personen tildeles en unik rolle som pasient – rollen som passiv mottaker av effektiv og målrettet medisinsk behandling, mens personlige kjennemerker fjernes eller oppleves irrelevant. Rollebyttet kan skape en opplevelse av krenket identitet (17, 18). Egen empiri illustrerer at isolerte pasienter får mindre tid med sykepleier. Når sykepleier først går inn på smitterommet er det med et formål. Å gå inn på smitterommet krever mer tid og planlegging og sykepleier blir dermed effektiv og målrettet. Egen studie insinuerer at smitteisolerte pasienter opplever fremmedgjøring som følge av barrieren med smittevernutstyret. Når sykepleier ankommer smitterommet med et formål – en prosedyre eller for medisinsk behandling ikledd fullt smittevernutstyr – kan pasienten erfares som et biologisk kasus. At sykepleier i tillegg fremstår målrettet, kan tenkes å bidra til at den anerkjennende, personlige samtalen ikke like naturlig finner sted. Dersom sykepleier ikke balanserer eller motarbeider rollemønsteret som Goffman (17) beskriver, vil pasienten trolig kunne oppleve krenket identitet, videre redusert opplevelse av relasjonelle behov som sosial støtte og engasjement.

Opplevd sosial støtte påvirker risikoen for angst, depresjon og dødelighet (27-29). Smitteregimet ekskluderer pasienten fra kontakt med medpasienter, samtidig som pårørendebesøk begrenses. Sykepleieren står dermed som primærkilden for sosial kontakt under isolasjon. Sosial støtte er omtalt som en av de viktigste enkeltfaktorene som fremmer helse ved store belastninger (26). Sosial støtte defineres som prosessen

som skjer når en person yter hjelp til en annen (25). All klinisk sykepleie foregår i relasjon med en pasient. Sykepleier-pasient-interaksjonen kan dermed forstås som en ressurs (16). Ved sykdom har pasienten særlig behov for å mestre tilværelsen (6). Ifølge Travelbee (19) vil pasienten enklere mestre sykdom ved tilstedeværelse av en støttende relasjon fra sykepleier. Likevel fremkom ensomhet av egen studie som fremtredende konsekvensen ved isolering, noe som gjenspeiles av forskning. Isolerte pasienter kjente i større grad enn ikke-isolerte på ensomhet og savn etter noen å prate- og dele erfaringer med (10, 21, 24). Samtidig fant Guilley-Lerondeau et al. (8) betydelige forskjeller i sykepleier-pasient-relasjonen til de smitteisolerte.

Videre illustrerer egen empiri at isolerte pasienter håndterer isoleringen ulikt. Noen har betydelig behov for samtale, andre sover store deler av døgnet. Enkelte ringer hyppig på mens andre fremstår tilbaketrukket. Sistnevnte kan være tegn på nedstemthet eller depresjon (6). Travelbee (22) hevder at de erfaringer depresjon omfatter behøver like mye oppmerksomhet som annen mer fremtredende atferd. Samtidig hevder Stubberud (20) at de forutsetninger og psykologiske faktorer som bidrar til ressurser for mestring, også er bidragsytende for hvorvidt sykepleier mestrer å tilfredsstille pasientens psykososiale behov (20). Isoleringsregimet vises i egen studie å ha konsekvenser for hvor mye sykepleierkontakt pasienten får. Samtidig understreker egen empiri at pasientens personlighetstrekk og reaksjoner på isolasjon er styrende for mengde sykepleierkontakt. En pasient som krever mer – får mer – og vise versa. Det kan derfor tenkes at isolerte pasienter som fremstår tilbaketrukket ikke får like mye tid med sykepleier, noe som kan bidra til lavere opplevd sosial støtte. Som følge av fravær av kontakt med medpasienter og pårørende under isolasjon, er sykepleiers relasjon til pasienten betydningsfull for pasientens opplevelse av sosial støtte. At ensomhet for sykepleierne i egen studie var fremtredende hos smitteisolerte pasienter, kan tyde på at pasienten ikke opplever tilstrekkelig sosial kontakt og støtte fra sykepleier, noe som ifølge forskning (27-29) kan påvirke risikoen for angst, depresjon og dødelighet.

Studiens styrker og svakheter

Studiens empiri bygger på kvalitative intervjuer med informanter med lang erfaring i yrket og med pasientgruppen, noe som bidrar til å styrke resultatenes troverdighet. Intervjuene bidro til relevante beskrivelser for egen studie. Studien er kumulativ og forankret i relevant og anerkjent pensumlitteratur, samt fagfelleurdert forskning på både sykepleier- og pasientopplevelser. Litteraturutvalget er av relevans for egen studies hensikt og inkluderer syv fagfelleurderte forskningsartikler med både kvalitative og kvantitative metoder, samt én litteraturgjennomgang. Alle er fra 2011 - 2021 og tar for seg isolasjon i miljø lignende norske sykehus. Selv den eldste forskningen er vurdert relevant da de omhandler psykiske og sosiale dimensjoner, opplevelser og erfaringer. Egen studie er presentert for relevante klinikere, som fant studien aktuell og troverdig.

Da oppdragets rammer ikke innebefattet bruk av lydopptaker, ble intervjuene skrevet ned forløpende etter beste evne av tredjeperson tilstede. Dette kan ha medført at stemmens kvaliteter, enkelte ord og beskrivelser med en muntlig sjanger av betydning, kan ha gått tapt. Spørsmålene i intervjuguiden var overlappende og enkelte ble derfor kuttet ut. Intervjuene foregikk like etter hverandre uten særlig pause. Av denne erfaring kunne intervjuene med fordel foregått ulike dager da dette hadde sikret umiddelbare føringer av helhetsinntrykk og transkribering før neste intervju. Studien er kun basert på informantenes oppfatninger og beskrivelser. Dette medfører at funn av

pasientopplevelser er fortolket via sykepleier og forsker, og kan derav ikke fastslås. Dette er den kvalitative forskningsmetodens styrke og svakhet – metoden fanger opp subjektive erfaringer og holdninger, samtidig som dataen må fortolkes for å skape kunnskap. Min førforståelse, samt «forskereffekten» utfordrer også objektiviteten ved denne metoden. En viss nærhet til feltet gjennom egne erfaringer, samt rollen som sykepleierstudent, kan tenkes bidra til å påvirke informantenes beskrivelser (35). Det ble derfor særlig vektlagt at egen førforståelse ikke skulle prege datainnsamlingen og resultatene (35). For å «mette» studien, kunne flere sykepleiere blitt intervjuet. Tatt prosjektets omfang i betraktning, var det ikke hensiktsmessig å gjennomføre flere intervjuer. Utvalget er for lite til å fastslå psykososiale konsekvenser av smitteisolering. Likevel støttes egne resultater av litteratur og forskning, og kan derfor antyde sammenhenger og behov for ytterligere forskning.

Sykepleie skal bygge på kunnskapsbasert praksis. Dette omfatter brukerkunnskap (14). Sykepleiere skal altså kjenne til pasientfenomener og benytte dette aktivt i sine kliniske vurderinger. Å undersøke hvordan sykepleier oppfatter og vurderer pasientopplevelser under smitteisolasjon kan bidra til økt innsikt og oppmerksomhet for pasientgruppen. Kombinert med teori og annen forskning som særlig omfatter pasientopplevelser, kan studien tenkes å bidra til å bedre kvaliteten på kunnskapsbasert praksis. Økt kunnskap rundt hvilke forklaringer som bidrar belastende for pasienten i isolasjonssituasjonen, vil kunne bidra til å lettere identifisere forebyggende sykepleietiltak.

Konklusjon

Studien viser at smitteisolering kan ha konsekvenser for psykososiale behov. Berørte fysiske behov, velværebehov, tapt sosial støtte, samt berørt behov for kontroll kan bidra til konsekvenser for de emosjonelle og relasjonelle behovene. Samtidig viser studien at isolering håndteres ulikt og ikke har psykososiale konsekvenser for alle. Dette vises å kunne henge sammen med sykepleiers funksjon og pasientens bakgrunn. Berørte psykososiale behov kommer i hovedsak til uttrykk gjennom angst, nedstemthet og ensomhet. I videre forskning kunne flere intervjuer blitt arrangert for å undersøke sammenhenger nærmere, og med fordel identifisert hvilke tiltak som kunne virket forebyggende.

Etterord

«I dag er engler GULE. Du koplet meg fri fra ledning og pose, og vi visste begge at du var ferdig med meg og på vei videre, da du satte deg ned, og ble litt til.» (1, s. 21)

Referanseliste

1. Ramberg AK. Infeksjonsmedisinsk isolat - smittefare. Sykepleien. 2018.
2. Folkehelseinstituttet. Definisjoner av tilfelle og nærkontakt. [Internett]. [Oppdatert 19. januar 2021; Hentet 19. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/definisjoner-av-mistenkte-og-bekreftede-tilfeller-med-koronavirus-coronavir/>.
3. Lyngstad TM, Berg TC, Brandal LT, Hyllestad S, Johansen T, Kacelnik O, et al. Årsrapport • Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, juni 2020. [Hentet 9. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/arsrapport-utbrudd-i-2019.pdf>.
4. Folkehelseinstituttet. Statistikk om koronavirus og covid-19. [Internett]. [oppdatert 19. april 2021; hentet 19. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/#innlagt-i-sykehus>.
5. Akselsen PE. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
6. Stubberud D-G. Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud D-G, red. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019.
7. Folkehelseinstituttet. Isoleringsveilederen - Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet, april 2004. [Hentet 11. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf>
8. Guille-Lerondeau B, Bourigault C, Guille des Buttes AC, Birgand G, Lepelletier D. Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2017;36(1):75-80.
9. Furuno JP, Krein S, Lansing B, Mody L. Health care worker opinions on use of isolation precautions in long-term care facilities. *Am J Infect Control.* 2012;40(3):263-6.
10. Lupión-Mendoza C, Antúnez-Domínguez MJ, González-Fernández C, Romero-Brioso C, Rodríguez-Bano J. Effects of isolation on patients and staff. *Am J Infect Control.* 2015;43(4):397-9.
11. Mehrotra P, Croft L, Day HR, Perencevich EN, Pineles L, Harris AD, et al. Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34(10):1087-93.
12. Siddiqui ZK, Conway SJ, Abusamaan M, Bertram A, Berry SA, Allen L, et al. Patient isolation for infection control and patient experience. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2018:1-6.
13. Kirkland KB, Weinstein JM. Adverse effects of contact isolation. *Lancet.* 1999;354(9185):1177-8.
14. Norges sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: nsf.no; 2019 [Hentet 13. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.

15. Lov om vern mot smittsomme sykdommer. (smittevernloven). LOV-1994-08-05-55. [Hentet 11. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>.
16. Haugan G. Helsefremmende interaksjon. I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. 5. utg. Cappelen Damm Akademisk; 2014.
17. Goffman E. Presentation of Self in Everyday Life. London: Allen Lane, 1969.
18. Rygh M, Andreassen GT, Fjellet AL, Wilhelmsen IL, Stubberud DG. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås H, red. Klinisk sykepleie 1. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
19. Travelbee J. Menneske-til-menneske-forholdet. I: Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
20. Stubberud D-G. Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I: Stubberud D-G, red. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019.
21. Findik UY, Ozbaş A, Cavdar I, Erkan T, Topcu SY. Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *Int J Nurs Pract*. 2012;18(4):340-6.
22. Travelbee J. Hva er sykepleie? I: Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
23. Grimsbø GH, Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Datainnsamling i sykepleie - Grunnleggende sykepleie. [Kartleggingsverktøy]. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
24. Barratt RL, Shaban R, Moyle W. Patient experience of source isolation: lessons for clinical practice. *Contemp Nurse*. 2011;39(2):180-93.
25. Lin N. Conceptualizing Social Support. I: Lin N, Dean A, Ensel WM, red. Social support, life events, and depression. Orlando FL: Academic Press; 1986.
26. Birkeland MS, Knatten CK, Hansen MB, Hem C, Heir T. Long-term relationships between perceived social support and posttraumatic stress after the 2011 Oslo bombing: A three-year longitudinal study. *J Affect Disord*. 2016;202:230-5.
27. Helgesen AK. Sosial kontakt. I: Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
28. Folkehelseinstituttet. Fakta om sosial støtte og ensomhet. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [Hentet 20. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
29. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
30. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. [Hentet 20. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
31. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. [Hentet 20. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.
32. Stubberud D-G. Konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I: Stubberud D-G, red. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019.

33. Day HR, Perencevich EN, Harris AD, Himelhoch SS, Brown CH, Gruber-Baldini AL, et al. Do contact precautions cause depression? A two-year study at a tertiary care medical centre. *J Hosp Infect.* 2011;79(2):103-7.
34. Malterud K. Hva er kvalitative metoder? I: *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
35. Dalland O. *Intervju. I: Metode og oppgaveskriving.* 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
36. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
37. Drageset S, Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. [Internett]. *Sykepleien Forskning.* 2011;5(4):332-5. [Hentet 23 april. 2021]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
38. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forsking.* 2013;8(4):324-32. [Hentet 30. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>

Vedlegg 1 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledning

- Takk for at du stiller opp!
- Hvem er jeg?
- Muntlig formidle innhold i informasjonsskrivet. Formål, anonymitet, frivillig.
- Tid – 1 time.
- Jeg er ikke ute etter å vurdere eller bedømme, men forstå.
- Det finnes ingen riktige eller gale svar – du (informanten) er eksperten.
- Spørsmål?

Hoveddel

Generelt

- 1) Kan du fortelle litt om deg selv i yrket som sykepleier?
- 2) Hvilke typer utfordringer / helseplager / symptomer går igjen ved avdelingen?
- 3) Hvilken erfaring har du med isolerte pasienter?
- 4) Hvilken pasientgruppe isoleres oftest? Hvor lenge er de isolert?
- 5) Kan du fortelle litt om dine tanker og følelser rundt smitteisolering?

Sykepleieperspektivet

- 6) Hvordan opplever du ivaretakelsen av isolerte pasienter?
 - Hva synes du kan oppleves som utfordrende?
 - Hva kan oppleves som positivt, enklere, nyttig, givende? → Har du noen eksempler på situasjoner hvor du/dere har mestret dette?
- 7) Benytter du "teknikker" (kommunikasjon, lengre tid inne på rommet) til isolerte pasienter som du gjør mindre av ellers? I så fall hvilke / på hvilken måte?
- 8) I hvilken grad opplever du at isolerte pasienter blir ivertatt på lik linje med ikke-isolerte?
Hva observerer du at isolerte pasienter "taper" / går glipp av?
Hvilke konsekvenser får det?
- 9) Hvilke grunnleggende behov vil du si rammes mest / i størst grad? Hvorfor?
- 10) Hva *gjør du* for å ivareta pasientens psykososiale behov ved isolering?
- 11) Hvilke tiltak *tror du* kunne bedret den psykososiale opplevelsen for pasienten?
- 12) Hva tenker du er det viktigste tiltaket dere kan gjøre for at isolerte pasienter ikke skal føle på ensomhet, nedstemthet eller angst? → Kan du fortelle litt mer om det?

- 13) Hva er dine tanker rundt deres grad av tilgjengelighet ovenfor isolerte pasienter vs ikke-isolerte?
- 14) Hva er dine tanker rundt ivaretagelse av informasjon om smitteregimet, behandlingen sykdom, smittevern osv?
- 15) I hvilken grad opplever du at sykepleiere her ved avdelingen kjenner til smittevernreglement, og deres felles overensstemmelse om hva som er tillatt og ikke?

Pasientperspektivet

- 16) Hvordan tror du pasienten opplever isoleringen?
- 17) Hva tror du pasienten opplever som mest utfordrende? Hvilke deler av isoleringen tror du har størst påvirkning på pasienten?
- 18) Hvilke følelser tror du isolerte pasienter kjenner mest på? Ensomhet, depresjon, angst? Hvorfor?
- 19) Opplever du at pasienten forstår effekten av isolering? Hvorfor? Bruker sykepleier sin pedagogiske funksjon her?
- 20) Hvilken effekt *tror du* isolering har på pasienten? Psykososiale behov?
- 21) Hvilke effekter *merker du* at isoleringen har for pasienten?
- 22) Finnes det noen mål på pasientens psykiske tilfredshet / bruker dere noen former for skjema for angstskåring, grad av tilfredshet? Vektlegger dere bevisst psykososiale behov under innleggelser?
- 23) Hvilken rolle tenker du pårørende spiller?

Avslutning

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

Vedlegg 2 Informasjonsskriv



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Mars 2021

INFORMASJON I FORBINDELSE MED INTERVJU

Dette er et informasjonsskriv til deg som skal delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere ivaretar psykososiale behov hos isolerte pasienter. Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

Bakgrunn og formål

Jeg ønsker med dette prosjektet å undersøke ivaretagelsen av isolerte pasienter ved lungeavdelingen, med søkelyset rettet mot sykepleiers perspektiver og erfaringer rundt psykososiale behov. Ved å stille til intervju vil deler av dine uttalelser i intervjuet kunne bli brukt som del av besvarelsen i en bacheloroppgave i sykepleie og mulig fagartikkel. Du vil være 1 av 3 informanter til dette prosjektet.

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

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

Navn:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Ved behov for utfyllende informasjon, ta kontakt med:

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen,

