



BACHELOROPPGAVE SPL 3903

SMITTEISOLERT

**HVORDAN OPPLEVER PASIENTEN ISOLASJON,
OG HVORDAN KAN SYKEPLEIER IVARETA DEN ISOLERTE PASIENTEN?**

FORFATTERE:

ANNE SCHRÖTER, SOLFRID RINGEN, JOAR HALVEG, KNUT ARILD RINGEN

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Våren 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Smitteisolert. Hvordan opplever pasienten isolasjon, og hvordan kan sykepleier ivareta den isolerte pasienten?	Dato : 11.05.15
Deltaker(e)/	Anne Schröter Solfrid Ringen Joar Halveg Knut Arild Ringen	
Veileder(e):	Randi Tosterud	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Isolasjon, pasient opplevelse, sykepleietiltak, smitte	
Antall sider/ord: 51/13201	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Innledning: Isolasjon er for å forebygge smitte mellom pasienter og andre. Det er mange viktige faktorer ved isolering, men det er tidligere studier som viser at isolasjon kan ha negativ effekt for pasienten.</p> <p>Hensikt: Undersøke hvordan pasienter opplever isolasjon på somatisk avdeling, og hvordan sykepleier kan bidra med å forbedre opplevelsen.</p> <p>Metode: Denne studien har benyttet litteraturstudie som metode, og er basert på 5 kvantitative og 2 kvantitative og kvalitative forskningsartikler, samt annen relevant litteratur.</p> <p>Resultat: Litteraturstudien viser at opplevelsen av isolasjon ikke nødvendigvis bare er negativ, men for å forebygge negative effekter av isolasjon trenger pasienter informasjon, trygghet og ivaretagelse. Kontakt med sykepleier og besøkstiden var redusert, mangelfull dokumentasjon, kommunikasjon og økt fare for komplikasjoner. Sosiodemografiske variabler kan påvirke opplevelsen av isolasjon.</p> <p>Konklusjon: Opplevelsen av isolasjon er individuell, og har både positive og negative sider. Sykepleier må ha kunnskap og kompetanse om opplevelsen og konsekvenser av isolasjon. Autonomi, kommunikasjon, informasjon og opplæring er viktige faktorer for å forbedre isolasjon.</p>		

ABSTRACT

Title:	Source isolation. How do patients experience isolation, and how can nurses take care of these patients?	Date : 11.05.15
Participants/	Anne Schröter	
	Solfrid Ringen	
	Joar Halveg	
	Knut Arild Ringen	
Supervisor(s)	Randi Tosterud	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	Isolation, patient experience, nurse intervention, infection	
Number of pages/words: 51/13201	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: The isolation of patients within the medical setting is to prevent the transmission of infection between patients and others. There are many important factors when a patient is placed under isolation precautions, but there are studies which present results that isolation may also have negative effects for the patient.</p> <p>Aim: Examine the effect of isolation precautions on patients in the healthcare setting and how nurses can contribute to improving the patient experience.</p> <p>Method: This study drew from literature based method and is based on five quantitative and two qualitative and quantitative research articles, as well as other relevant literature.</p> <p>Result: The literature study shows that patient experience while under isolation precautions is not necessarily negative, but in order to prevent further negative effects of isolation, patients will need information, security, and observation. Contact with the attending nurse and visiting hours were reduced, insufficient documentation, communication and increased risk of complications. Socio-demographic variables can also affect the experience while in isolation.</p> <p>Conclusion: The experience of isolation is dependent upon the individual and has both positive and negative effects. Nurses must have the knowledge and expertise of the experience and consequences of isolation. Autonomy, communication, information and training are key factors in improving the patient's experience while placed under isolation precautions.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	6
1.3	RELASJON TIL FORSKNINGSOMRÅDE	7
1.4	HOVEDTREKK FRA EKSISTERENDE FORSKNING	7
1.5	SYKEPLEIETEORI	7
1.6	BEGREPSAVKLARING	9
1.6.1	<i>Isolasjon</i>	9
1.6.2	<i>Smitteregime</i>	9
1.6.3	<i>Opplevelse</i>	10
1.7	HENSIKT	10
1.8	AVGRENSNING	11
2.0	METODE	12
2.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
2.2	REDEGJØRELSE FOR SØKEPROSESSEN	13
2.3	KRITISK VURDERING AV ARTIKLER	14
2.4	FORSKNINGSETIKK	16
3.0	FUNN	18
3.1	MATRISER	18
3.2	ARTIKLENE	25
3.2.1	<i>"Effects of contact precautions on patient perceptions of care and satisfaction: A prospective cohort study"</i>	25
3.2.2	<i>"Contact isolation in surgical patients: A barrier to care?"</i>	26
3.2.3	<i>"Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected?"</i>	27
3.2.4	<i>"Infection control: Reducing the psychological effects of isolation"</i>	28
3.2.5	<i>"Psychological effects of source isolation nursing 2; patient satisfaction"</i>	29
3.2.6	<i>"Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients"</i>	30
3.2.7	<i>"Safety of patients isolated for infection control"</i>	30
4.0	DISKUSJON	32
4.1	HVORDAN OPPELVER PASIENTEN ISOLASJON?	32
4.2	KONSEKVENSER AV ISOLASJON	34
4.3	KOMMUNIKASJON	35
4.4	BEHOVET FOR INFORMASJON	38
4.5	PASIENTENS MEDBESTEMMELSE	39
4.6	SYKEPLEIERENS KUNNSKAP OG KOMPETANSE	40
4.7	KRITISK VURDERING AV LITTERATUR OG METODISKE OVERVEIELSER	42
5.0	KONKLUSJON	45
6.0	LITTERATURLISTE	47
7.0	VEDLEGG	51

1.0 Innledning

Kravene til smittevernberedskap har økt i takt med økt globalisering. På slutten av 1800-tallet førte økt kunnskap om mikrober og mulige smitteveier til forebyggende tiltak som blant annet lovpålagt smitteisolasjon gjennom Sunnhetsloven (Folkehelseinstituttet 2014). Sunnhetsloven inneholdt blant annet vern mot smittsomme sykdommer, og var gjeldende fra 1860 frem til 1995 da Norge fikk en egen lov om smittevern (DNMS 2004). Lov om vern mot smittsomme sykdommer har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Dette ved å forebygge og hindre smitte i befolkningen, samt motvirke at smittsomme sykdommer føres ut av landet eller inn i Norge fra andre land. For å utøve sykepleie til pasienter med smittsomme sykdommer er det hensiktsmessig med kjennskap til denne loven (Smittevernloven 1994; Andreassen mfl. 2010). Loven tar blant annet for seg tiltak for smittevern, møteforbud for smittede pasienter, smittesanering og isolering. Tiltak som isolasjon er hensiktsmessig for å begrense smitte og bryte smittekjeden. Isolering gjennomføres på forskjellige måter. Dette bestemmes ut i fra hvilken infeksjon og hvilken måte infeksjonen smitter på. Likheten er at den smittsomme pasienten flyttes vekk fra andre ikke-smittede pasienter til et enerom, eller i noen tilfeller egne avdelinger (Akselsen og Elstrøm 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt temaet "sykepleie til isolerte pasienter" i denne oppgave. Vi ønsker å finne ut pasientens subjektive opplevelse av å være isolert, og å fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til en god opplevelse av isolasjon.

Gjennom utdanningen har vi fått erfaring med pasienter som er isolert. Vi har erfart at relasjoner mellom pasient og sykepleier har stor betydning for pasientens opplevelse av sykdom og å være innlagt på et sykehus. I tillegg har vi sett at opplevelsen kan bli påvirket på grunn av avgrensning fra det sosiale i avdelingen samtidig med at isolasjon kan føre til en annerledes ivaretagelse av pasienten. Bruk av smittevernutstyr som smittefrakk, hansker og munnbind, engangsartikler til matserving og færre besøk av helsepersonell og pårørende kan ha innvirkning på både det psykiske og fysiske hos pasienten (Akselsen og Elstrøm 2012). Ved innleggelse får personer tildelt en ny rolle som pasient og det kan krenke egen

identitet. Identiteten kan bli svekket av blant annet utbytting av personlig klær til pasientskjorte (Gammon 1998). Det kan påvirke muligheten til pasienten å være selvstendig på grunn av begrenset autonomi (Kristoffersen 2011a). Videre kan dette skape utrygghet og usikkerhet, og føre til en enda større belastning for den isolerte pasienten i tillegg til sykdommen (Gammon 1998). Økt fokus på mer kunnskap, trygghet, informasjon, omsorg, tillit, autonomi, kommunikasjon og relasjon kan ha innvirkning på opplevelsen av isolasjon (Andreassen mfl. 2010).

Vi ønsker å øke egen kompetanse i forhold til hvordan pasienten opplever å være isolert på grunn av smitterisiko. Det kan bidra til at sykepleiere utfører en mer helhetlig og kvalitetsmessig sykepleie.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Arbeid som involverer isolerte pasienter er en del av hverdagen innenfor sykepleieyrket. Det stilles krav til sykepleiere om kunnskap og kompetanse i arbeid med pasienter på isolering (Smittevernloven 1994). Kvalitet, kunnskap og forskning er i følge Stortingsmelding 10 viktige satsingsområder for å ivareta pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere ikke skal skade eller tilføre skade på pasienter, ivareta hver enkelt person sitt behov og utøve en helhetlig sykepleie (Norsk Sykepleieforbund 2011). I tillegg stilles det også krav om praktisk og teoretisk kunnskap til sykepleiere. Kristoffersen (2011d) sier at praktisk kunnskap er å innhente observasjoner fra forskjellige kilder som pårørende, handlinger og samtaler. For å se helheten i sykepleie er det derfor viktig å knytte både teoretisk og praktisk kunnskap mot hverandre.

Denne oppgaven skal øke forståelse og kunnskap om hvilke opplevelser isolerte pasienter har og hvordan sykepleier kan ivareta denne pasientgruppen på en god måte. Økt kunnskap kan bidra til en god opplevelse og øke kvaliteten av sykehusoppholdet. Kunnskap fra denne oppgaven kan ha elementer som er nyttig og relevante til anvendelse i lignende pasient- og sykepleie situasjoner.

1.3 Relasjon til forskningsområde

Valgt tema går under forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Fokuset innenfor delområdet kvalitet i sykepleie ligger på pasientsikkerhet og pasientens behov, og personalet sin funksjon og sikkerhet. Kunnskap om pasientens behov vil være relevant for sykepleiere for å forstå opplevelsen til den isolerte pasienten. I tillegg vil bevisstgjøring av sykepleierens funksjon øke kompetansen om hvordan samhandle med isolerte pasienter i ulike arbeidssituasjoner (Høgskolen i Gjøvik 2014). I følge Bjørø og Kirkevold (2011) skal kvalitet i sykepleie være virkningsfull, sikker, trygg, kontinuerlig, tilgjengelig, rettferdig, involvere pasienten og bruke ressursene på en adekvat måte. Kvalitet i sykepleie innebærer at det skal utvikles kunnskap som knytter seg opp mot grunnleggende behov og pasientsikkerhet hos pasienter og pårørende.

1.4 Hovedtrekk fra eksisterende forskning

Gjennom litteratursøk har vi sett at opplevelsen av isolasjon blir undersøkt i flere ulike sammenheng. Det finnes litteraturstudier som sammenfatter tidligere forskning om temaet "sykepleie til isolerte pasienter". Tidligere litteraturstudier viser at opplevelsen av isolasjon kan ha både positive og negative sider. Det rapporteres at isolasjon kan gi uønskede konsekvenser for pasienten. I tillegg viser studiene at det finnes flere faktorer for å forebygge disse konsekvensene, og det påpekes at det er behov for mer forskning rundt temaet (Morgan mfl. 2009; Barratt, Shaban og Moyle 2011).

1.5 Sykepleieteori

Det finnes ulike sykepleieteorier. Alle har som felles mål å formidle funksjonsområdene til sykepleiere. Sykepleieteoriene beskriver hverdagen og gir veiledning for å vurdere daglige situasjoner sykepleiere kommer opp i. Veiledningen er ment som hjelpeverktøy for at sykepleiere skal handle etter best mulige evne (Kristoffersen 2011e).

I forhold til vår problemstilling har vi valgt å bruke Joyce Travelbee sin interaksjonsteori. Hun kaller møtet mellom sykepleier og pasient for en interaksjonsprosess (Travelbee 1999). Vi har valgt interaksjonsteorien fordi det er nødvendig for etablering av en god relasjon til isolerte pasienter og for å skape god en opplevelse av sykehusoppholdet (Barratt, Shaban og Moyle 2011). Videre fokuserer Travelbee (1999) på at menneske-til-menneske-forhold er

grunnlaget for god sykepleie til pasienten, og at kommunikasjon er et middel for sykepleiefaglige handlinger.

Budskapet til Travelbee (1999) er at sykepleiere må vurdere pasientens subjektive opplevelse av helse, og ikke bare ta utgangspunkt i sin egen objektive vurdering eller pasientens diagnose. Ved å se hele mennesket i hver enkelt person med sykdom og lidelse, ikke bare se arbeidsoppgavene som må gjøres eller fokusere kun på sykdommen. I løpet av yrkeslivet som sykepleier kan egenskapen reduseres, dette kalles den menneskelige reduksjonsprosessen (Travelbee 1999). Det finner sted når mennesket blir oppfattet som en sykdom i stedet for et menneske med sykdom. Sykepleiere må se på hvert enkelt menneske som unikt. Ved å fokusere på den enkelte, ikke bare pasienten, så vil behandlingen oppleves bedre.

I følge Travelbee (1999) må et menneske-til-menneske-forhold målbevisst etableres og opprettholdes for å kunne oppnå et godt forhold til pasienten. Det vil si at både sykepleier og det syke mennesket blir sett på som likeverdige, men likevel blir sykepleiebehovet til det syke mennesket ivaretatt. Et menneske-til-menneske-forhold gir gjensidig forståelse og kontakt som må etableres over tid, og blir skapt gjennom fire faser som er beskrevet som et innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse.

Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et mål for å nå interaksjonsprosessens mål. Målet med interaksjon er å lære den syke å kjenne, det gjøres gjennom kommunikasjon, se og ivareta den sykes behov, observasjoner, og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Interaksjon er all kontakt der to individer øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt og/eller non verbalt. Kommunikasjon er sykepleierens viktigste verktøy for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. I tillegg må sykepleiere være bevisst på opptreden siden de er tildekket på grunn av smitteregime. Sykepleiere må kjenne til hvordan et enkelt menneske takler påkjenninger og hvordan de oppfører seg under vanskelige situasjoner. Uten det kan ikke sykepleiere gi meningsfull hjelp (Travelbee 1999).

Motsetning til dette er sykepleier-pasient-interaksjon, det vil si at all kontakten mellom sykepleier og en syk person der begge har en stereotyp oppfatning av den andre som videre kan skape en barriere (Travelbee 1999). Travelbee påpeker i sin interaksjonsteori flere

faktorer som blant annet kommunikasjon, kunnskap og relasjon mellom pasient og sykepleier som er av betydning i forhold til ivaretagelse av isolerte pasienter.

1.6 Begrepsavklaring

1.6.1 Isolasjon

Pasienter med smittsom sykdom skal isoleres. Er det indikasjoner på at pasienter bærer smitte så er det nødvendig med isolering selv om diagnosen hos pasienten ikke er stilt eller bekreftet. Isolering skal forebygge og motvirke spredning av infeksjoner og smittsomme sykdommer. Det betyr å bryte smittekjeden slik at det ikke overføres smitte til andre personer, samt å hindre smitte fra andre personer til den isolerte pasienten (Andreassen mfl. 2010). I følge Smittevernloven (1994) er isolering et helseforebyggende tiltak. Det finnes flere typer isoleringsformer avhengig av smitteformen som setter forskjellige krav til isoleringsregime. Behandlende lege har ansvar for valg av isoleringsregime (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet 2004).

1.6.2 Smitteregime

Det benyttes tre ulike smitteregimer med ulike forhåndsregler. Dette for å hindre spredning av smittsom sykdom og i tillegg hindre at pasienter som har nedsatt immunforsvar blir smittet. De ulike smitteregimene deles inn i kontaktsmitte, dråpesmitte og luftbåren smitte. I tillegg finnes det beskyttende isolering. Dette er for pasienter som isoleres fra omverdenen på grunn av redusert immunforsvar (Akselsen og Elstrøm 2012).

Kontaktsmitte smitter ved kontakt med smittestoff. Dette krever forskjellig prosedyrer med tanke på beskyttelsesutstyr, som kan innebære bruk av hansker, smittefrakk og munnbind. Ved kontaktsmitte er det ikke alltid nødvendig at pasienten isoleres på enerom så lenge smitterisikoen er liten, sekresjonen er kontrollert og når pasienten er bevisst på egen hygiene. Ved dråpesmitte skal pasienten isoleres på enerom. Helsepersonell må benytte seg av beskyttelsesutstyr. Dråpesmitte smitter ved støvpartikler eller dråpekjerner i luften. Luftbåren smitte er en av de strengeste isolasjonsprosedyrene som innebærer bruk av hansker, smittefrakk, munnbind og hette. Pasientene må isoleres på enerom med egen sluse (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet 2004).

1.6.3 Opplevelse

Antonovsky sier i følge Kristoffersen (2011b) at det i hovedsak er pasientens subjektive oppfatning av situasjoner i tillegg til tre faktorer; forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet, som påvirker opplevelsen til mennesker.

Opplevelse av en situasjon er individuelt betinget og er knyttet til personens identitet. Livssituasjon, barndom og livserfaring generelt påvirker personers oppfattelse og opplevelse av hendelser. Samtidig kan helsepersonell bidra med enten å styrke eller understøtte den enkeltes opplevelse av sammenheng. Det kan helsepersonell gjøre ved å støtte pasienten på disse tre nevnte faktorene som inngår i opplevelsen. Med forståelse menes at pasienten må forstå situasjonen han befinner seg i. Det kan styrkes av helsepersonell ved å gi informasjon, oversikt over situasjonen og å være tilgjengelig ved spørsmål. Dette er grunnleggende prinsipper som ivaretar pasientens følelse av trygghet og kontroll, dermed fremmer det pasientens opplevelse. Videre må situasjonen være meningsfull. Det vil si at pasienten må oppleve at det er mening i tilværelsen, som videre vil bidra til innsats ved å kjempe, anstrengelse og holde ut. Det er opp til hver enkelt pasient å finne mening i ulike situasjoner. Siste faktor som kan spille inn på opplevelsen er at situasjonen må være håndterbar. Pasienten må kjenne mestring ved situasjonen. Det betyr ikke mestring av situasjonen helt på egenhånd, men viktig at pasienten føler innflytelse og mulighet til å påvirke sin egen situasjon så langt det er mulig. Samtidig er det viktig for pasienten å kunne motta hjelp av helsepersonell når det foreligger behov for det (Kristoffersen 2011b).

1.7 Hensikt

I følge Tjade (2008) er det nødvendig at personer med smittsomme sykdommer isoleres over et visst tidsrom. Med isolering menes at pasienten i hovedsak ikke skal forlate pasientrom grunnet skjerming fra fellesskapet for å hindre spredning av smitte til andre pasienter (Andreassen mfl. 2010).

Ut i fra tema "sykepleie til isolerte pasienter" har vi valgt å fokusere på den subjektive opplevelsen av isolasjon, og behov og ønsker for å forbedre opplevelsen hos isolerte pasienter. Sykepleiere må se pasienten helhetlig i forhold til det somatiske, psykiske og

sosiale for å forstå den individuelle opplevelsen av isoleringen. Økt kunnskap om hvordan det er å være isolert kan bidra til at pasienten blir bedre ivaretatt (Morgan mfl. 2009).

Vi har sett i forskning at isolering kan være enn større belastning og dermed forårsake negative effekter hos noen pasienter i forhold til mestring, opplevelsen og psykososiale funksjoner (Gammon 1998). Vi har valgt å se nærmere på hvordan pasienter som er isolert opplever isolasjon, og hva pasienter selv mener kan forbedre opplevelsen.

Ut i fra disse funn har vi valgt følgende tema og hensikt:

Smitteisolert. Hvordan opplever pasienten isolasjon, og hvordan kan sykepleier ivareta den isolerte pasienten?

1.8 Avgrensning

Med smitte menes dråpesmitte, kontaktsmitte og luftsmitte. Vi har valgt å ikke fokusere oss på en smitteform fordi vi har erfart at smitteregime i ulik grad kan skape en barriere mellom pasient og sykepleier. Pasientens alder er avgrenset til å være over 16 år. Vi omtaler pasienten som både pasient, person og menneske. Vi bruker sykepleier og helsepersonell. Vi har avgrenset isolering i denne oppgaven til pasienter som er innlagt på vanlig sengepost på et somatisk sykehus.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Vi har benyttet litteraturstudie som metode i vår oppgave. Det innebærer å besvare en problemstilling ved hjelp av forskningsbasert litteratur. En litteraturstudie tar utgangspunkt i en problemstilling, der en god strategi ved hjelp av relevante søkeord, innhenter litteratur og forskning. Resultatene drøftes avslutningsvis for å finne eventuelle svar. En grundig studie kan bidra til at sykepleier kan tilegne seg ny kunnskap og forbedre sine ferdigheter (Polit og Beck 2012).

Innholdet i en litteraturstudie bør bygges opp etter IMRAD-struktur og det innebærer at studien er delt opp i Introduksjon, **M**etode, **R**esultat **A**nd **D**iskusjon (Polit og Beck 2012). En god litteraturstudie skal gi en grundig redegjørelse for hvordan litteraturen er funnet og vurdert, samtidig som metoden beskrives. Ved funn av studier som mangler en slik redegjørelse skal man være spesielt kritisk med tanke på hvordan de er kommet frem til resultatet (Aveyard 2014).

En litteraturstudie er viktig for å sammenfatte tilgjengelig litteratur rundt et tema. Det finnes store mengder litteratur tilgjengelig for personell innen helse og omsorg, dermed kan en litteraturstudie oppsummere litteraturen rundt et bestemt tema. En litteraturstudie er viktig for å tilegne seg ny kunnskap på en effektiv måte. Risikoen ved å danne seg et feil bilde av et tema kan være tilstede ved kun å lese en studie. Det vil alltid finnes studier som ikke samsvarer med majoriteten av forskningen (Aveyard 2014). Litteraturstudier legger et grunnlag for å lage en problemstilling og viser behov for mer forskning (Polit og Beck 2012). Utfordringer og svakheter med litteraturstudie kan være å samle inn essensiell litteratur og forskning til et bestemt tema, samtidig som forfatter kan ha valgt ut litteratur som underbygger egne teorier (Forsberg og Wengström 2013). Vårt tema "sykepleie til isolerte pasienter" viste seg å være godt dekket innenfor forskning. I tillegg ble det synlig at noen forfattere av valgte vitenskapelige artikler sier at det er behov for mer forskning innenfor temaet. For å dekke tema på best måte fulgte vi trinnene i Aveyards og Polit og Becks modell for en litteraturstudie.

2.2 Redegjørelse for søkeprosessen

I følge Aveyard (2014) er det nødvendig å finne et tema man vil skrive om før utarbeidelse av en problemstilling. Etter idemyldring valgte vi temaet "sykepleie til isolerte pasienter". Vi formulerte hensikten innenfor temaet "sykepleie til isolerte pasienter" som anbefales når det gjelder litteraturstudie. Vi valgte et bredt innledende litteratursøk for å kunne finne et mer bestemt område innenfor temaet vi ønsket å skrive om (Aveyard 2014). Vi baserte søket vårt på omsorg til isolerte pasienter. Omsorg er et vidt begrep og dermed kunne vi finne mye litteratur rundt temaet. Etterhvert fant vi ut å fokusere på opplevelsen med tanke på trygghet, relasjon, informasjon, kommunikasjon og tillit, og formulerte hensikten deretter.

Vi valgte søkedatabasene Ovid Nursing Database, Chinal, PubMed og Google Scholar da det var databaser vi var godt kjent med fra tidligere.

Søkeordene vi benyttet: Patient isolation, patient satisfaction, psychosocial effects, health knowledge, patient care, contact isolation, quality of care, infection control.

Disse ble kombinert ved å bruke "AND" for å benytte to eller flere ord i et søk. Søkene er dokumentert ved å legge resultatene i en tabell (vedlegg 1).

Vi laget inklusjonskriterier som ville hjelpe oss i prosessen med å finne gode og relevante artikler. Disse var:

- pasienter isolert lengre enn 48 timer
- pasienter over 16 år
- publisert etter 2000
- IMRAD-struktur
- artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som er vurdert til nivå 1 eller 2
- primærkilder
- studier utført i andre land med overføringsverdi til norske forhold og kultur
- sengepost på sykehus
- vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert

Vi valgte å ikke skrive eksklusjonskriterier da disse speiler inklusjonskriteriene våre.

Aveyard (2014) anbefaler å bruke disse inklusjonskriteriene i ulike treff i søkeprosessen ved å lese sammendragene til aktuelle artikler. Noen artikler ble forkastet før vi leste sammendraget, da det kom frem i tittelen at disse handlet om isolasjon til psykiatriske pasienter. Inklusjonskriterier forenklet søket slik at vi kunne utelukke mange artikler som ikke var relevante for vår oppgave, uten at vi måtte lese hele artikkelen. På den måten leste vi gjennom 80 sammendrag, og endte opp med 25 artikler som vi leste grundigere. Vi begrenset oss ikke til studier som var lett tilgjengelig, men benyttet oss av biblioteket på Høgskolen i Gjøvik til å skaffe artikler som ikke var tilgjengelige gjennom skolens databaser.

Etter gjennomlesing av artiklene valgte vi å skrive matriser for å få en bedre oversikt over hver studie. Polit og Beck (2012) anbefaler bruk av matriser i en litteraturstudie for å skaffe oversikt over innholdet i artiklene som velges ut. Det blir da lettere å finne akkurat de artiklene som er relevante i forhold til vårt tema. Ut i fra disse matrisene valgte vi artiklene som belyste vår hensikt best mulig.

2.3 Kritisk vurdering av artikler

I følge Polit og Beck (2012) kan det være store forskjeller på innholdet og kvaliteten i forskning som blir publisert. Som forfatter må man bestemme seg for hva man vil lese og inkludere i sitt eget studie. Samtidig er det viktig med vurdering av godt skriftlig språk og god organisering som innebærer at vitenskapelige artikler bør inneholde en IMRAD-struktur.

Gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), databasen for statistikk om høgere utdanning som har ansvar for å registrere autoriserte publiseringskanaler, sjekket vi artiklene for tidsskriftenes publiseringsnivå. Vitenskapelige publiseringskanaler har rangering etter nivå 1 og nivå 2, hvor nivå 2 har høyest internasjonal prestisje. I tillegg så vi at tidsskriften var fagfellevurdert (Databasen for statistikk om høgre utdanning 2015).

Vi har benyttet primærkilder i funndelen. Disse er mer nøyaktig og ved å granske primærkilder vil det hindre at viktig informasjon går tapt eller får endret betydning av andres tolkning. Vi har likevel valgt å bruke sekundærkilder i innledning og drøfting for å få en bedre

oversikt i forhold til vår problemstilling. For å få en oversikt har vi lest gjennom flere litteraturstudier som i følge Polit og Beck (2012) er en god måte å få overblikk over tidligere forskning. Vi er kritisk til sekundærkilder siden det er forskning basert på andres tolkning av andres arbeid (Polit og Beck 2012).

En kritisk granskning er en vurdering av styrker og svakheter på hver enkelt studie. En slik gjennomgang vil gjøre oss i stand til å vurdere om studien er relevant og om den kan svare på vår problemstilling. Det er derfor viktig å være godt kjent med innholdet i artiklene. Det vil hjelpe oss å vurdere kvaliteten, relevans for vår problemstilling og hvordan vi kan bruke litteraturen senere i oppgaven (Aveyard 2014).

Vi har inkludert kvalitative og kvantitative studier for å besvare vår hensikt. Kvalitative studier kan refereres som "naturlig forskning" i følge Aveyard (2014). Det vil si at forskning innebærer naturlige settinger som ofte skal belyse erfaringer eller fenomener. Kvalitativ forskning har som hensikt å tolke, forstå eller overføre pasientens subjektive opplevelse. Målet er å utvikle en teori som kan forklare fenomenet. Det kan brukes til å forstå hvordan en situasjon kan oppleves (Polit og Beck 2012; Forsberg og Wengström 2013). Bakgrunnen for at vi har benyttet kvalitativ forskning er fordi vi ønsker å besvare vår hensikt om hvordan pasienten opplever isolasjon og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forbedre opplevelsen til pasienten. Informasjon kan for eksempel hentes gjennom intervju, men det vil som regel ikke gi et resultat man kan sette tall på eller føre statistikk over. I kvalitativ forskning brukes semi-strukturerte intervjuformer. I slike intervju er spørsmålsformuleringen mer åpen og tilpasset den som blir intervjuet, og man tar utgangspunkt i stikkord eller beskrivelser når man stiller spørsmål. Dette gjør at man kan gå mer i dybden rundt et bestemt tema. En svakhet er at man ikke kan sammenligne de svarene man får på en eksakt måte (Polit og Beck 2012).

I kvantitative studier er det involvert mange deltagere og det blir ofte brukt spørreskjema som pasientene fyller ut selv. Dermed gir det konkrete tall som er sammenlignbare og muligheten til å føre statistikk (Aveyard 2014). I våre artikler er det brukt standardiserte skjemaer som "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS-A og HADS-D), som ser på

forekomsten av angst og depresjon hos pasienter, samt "Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems" (HCAHPS) som er et skjema opp mot pasienttilfredshet. Resultatene settes opp mot sosiodemografiske variabler. Det vil være nyttig i besvarelsen av vår hensikt for å se om hvilke faktorer som kan spille inn på pasientopplevelsen.

Noen av våre kvantitative studier har vært utført som kohortstudie. En kohortstudie ser på en gruppe som er utsatt for en spesiell hendelse eller intervensjon. I noen tilfeller kan resultatet settes opp mot en kontrollgruppe. Dette har vært tilfelle i studiene våre. Inkludering av kontroll gruppe i en kohortstudie vil ikke gi like klare resultater som ved "randomized control trail" (RCT). Det beror seg på andre variabler som kan påvirke resultatet hos kontrollgruppen sammenlignet med de utsatte pasientene, som eksempelvis sosiodemografiske og sykdomsbilde. RCT vil være vanskelig å utføre i forhold til temaet isolasjon med tanke på etiske dilemmaer rundt det å påføre mennesker en dårligere helse (Aveyard 2014).

2.4 Forskningsetikk

I studier som involverer mennesker er det alltid etiske utfordringer (Polit og Beck 2012). Norge har lovfestet at forskning som innebærer forsøk på mennesker skal legges frem for en etisk komite for godkjenning. Alle artiklene tar hensyn til forskningsetiske prinsipper til pasienter, vi ser som en styrke at noen av artiklene våre er godkjent i etisk komite. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) skal sikre etisk forsvarlighet, eksempelvis ved å vurdere prosedyre for utvalg av informanter, innsamling av samtykke og beskyttelse av deltakere (Forskningsetikkloven 2006).

I følge Polit og Beck (2012) er det viktig å ta hensyn til etiske prinsipper i sykepleiestudier. I The Belmont Report nevnes tre viktige etiske prinsipper som en standard for forskning som inkluderer pasienter og mennesker. Disse er velgjørenhet, respekt for menneskeverd og rettigheter (The National Commission for the Protection of Human subject of biomedical and Behavioral Research 1979). En av de viktigste etiske prinsippene er velgjørenhet, som er en plikt for å minimere skadene og maksimere fordelene hos pasienten. Det skal gi pasienten og

samfunnet fordeler som helhet (Polit og Beck 2012). Valgte artikler tar hensyn til dette, da de har som hensikt å forbygge uønskede effekter av isolasjon.

I følge Sykepleiernes samarbeid i Norden (1995) har de utarbeidet følgende etiske prinsipper for sykepleieforskning, prinsippet om autonomi, gjøre godt, ikke skade og rettferdighet. Prinsippet autonomi respekteres når pasienten er informert om studien, og har gitt sitt samtykke. Pasienten skal ha mulighet til å trekke seg fra studien uten at det gir negative konsekvenser. Prinsippet å gjøre godt betyr at sykepleieforskning skal bidra til ny kunnskap, å fremme og gjenopprette god helse samt å forebygge sykdom. Prinsippet om ikke å skade innebærer at forskning ikke skal påføre skade. Det er forsker sin plikt å minimere eventuelle skadelige påvirkninger. Det krever at deltagerne skal få informasjon om skadelige effekter og hvordan det kan unngås. Rettferdighet skal verne svake grupper som ikke har mulighet til å ivareta seg selv. Våre artikler involverer pasienter som er isolerte, og vi må se på dem som en sårbar gruppe. Det er derfor vesentlig at vi vurderer forskningsetikk i vår kritiske gransking av artiklene.

3.0 Funn

3.1 Matriser

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Mehrotra mfl. (2013)</p> <p><i>“Effects of contact precautions on patient perceptions of care and satisfaction: A prospective cohort study”</i></p> <p>Infection Control and Hospital Epidemiology</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten med studien var å se på sammenhengen mellom isolasjon og pasienttilfredshet sett i forhold til redusert kontakt mellom helsepersonell og pasient.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>528 pasienter, og 238 av disse var isolert.</p> <p>Prospektive kohortstudie.</p> <p>HCAHPS-skjema.</p> <p>Kvalitativ metode.</p> <p>Pasienten ble spurt tre spørsmål ved innleggelse, med repetisjon etter 3, 7, 14 dager og 7-30 dager etter utskrivelse. Som omhandler omsorgen, komplikasjoner, behandling og feilbehandling.</p>	<p>Studien viste at 135 pasienter opplevde problemer med pleien de mottok ved isolering.</p> <p>Pasientene opplevde dårligere organisering av behandling og manglende respekt for behov og egne ønsker.</p> <p>Lignende studier har tidligere vist resultater med forskjellige utfall. Likevel er det vanskelig å konkludere med en fasit siden isolerte pasienter ofte har lengre sykehusopphold enn andre. Det ble tatt hensyn til dette i studien, og funn viser likevel at pasienter opplevde dårligere pleie.</p> <p>Ved bruk av HCAHPS-skjema ble det ikke funnet noen betydelige forskjeller.</p>	<p>Høy relevans. Viser pasientenes opplevelse av isolasjon.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Kvalitativ og kvantitativ studie.</p> <p>Mange deltagere.</p> <p>Nyere forskning.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Få spørsmål.</p> <p>Mindre deltagere etter hver spørsmålsrunde.</p> <p>Studien gjort i USA, men kan overføres til norsk helsevesen.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Evans mfl. (2003)</p> <p><i>“Contact isolation in surgical patients: A barrier to care?”</i></p> <p>Surgery</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten var å undersøke om isolasjon har en negativ innvirkning på behandling og omsorgstilbudet til pasienten. I tillegg undersøke effekten av smitteregime.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>48 isolerte og 48 ikke isolerte pasienter.</p> <p>Studien er gjennomført i tre deler:</p> <p>Observasjon av kontakt mellom pasienter og helsepersonell i fem uker.</p> <p>9 isolerte og 17 ikke isolerte pasienter ble intervjuet ved bruk av et standardisert spørreskjema med svaralternativer.</p> <p>Retrospektive litteraturstudie.</p>	<p>Pasienter som var isolert hadde mindre antall besøk og tid sammen med helsepersonell sammenlignet med ikke isolerte pasienter.</p> <p>Pasientene rapporterte selv at helsepersonell tilbrakte mindre tid hos dem, men likevel opplevde de god omsorg.</p> <p>Isolerte pasienter hadde økt immunsuppression, komorbidet og trengte mer omsorg.</p> <p>Strengere smitteregime, mindre antall utført håndvask, andre studier viser det motsatte.</p> <p>Pasienter som var alvorlig syke og som lå på isolat hadde for lite besøk av helsepersonell.</p>	<p>Høy relevans. Viser antall besøk og tilbrakt tid hos isolerte mot ikke isolerte pasienter.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 2.</p> <p>Helsepersonell var ikke informert om observasjon.</p> <p>Kontrollgruppe.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Observasjon ble gjort på sykehus og ble gjennomført noen timer i løpet av en dag og ble generalisert for hele dagen.</p> <p>Bedre overvåkning gjennom teknisk verktøy og ikke bare observatør.</p> <p>Ikke bare på sengepost.</p> <p>Studien gjort i USA, men kan overføres til norske helsevesen.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Gasink mfl. (2008)</p> <p><i>“Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected?”</i></p> <p>Infection Control & Hospital Epidemiology</p> <p>Pennsylvania</p>	<p>Hensikten med studien var å sammenligne isolerte og ikke isolerte pasienter i forhold til tilfredshet og om pasienten hadde kunnskap om isolasjon.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>86 deltagere, 43 isolerte og 43 ikke isolert.</p> <p>Isolert i minst tre dager.</p> <p>Bruk av spørreskjema fra CAHPS rundt opplevelsen, med svaralternativer, som regel eller alltid.</p> <p>Undersøkelsen ble gjennomført på medisinsk og kirurgisk avdeling.</p> <p>Personalet brukte smittefrakk og hansker.</p>	<p>Isolerte pasienter oppfattet innleggelsen mer negativ, men er ikke vesentlig mindre tilfreds med innleggelsen. Likevel oppfattet noen isolasjon som en forbedring i deres medisinske behandling.</p> <p>Pasientene syntes at informasjon om isolasjon og kunnskap om prosedyrene hos helsepersonell ikke var tilstrekkelig.</p> <p>God kommunikasjon og kunnskap om isolasjon hos pasientene er vesentlig.</p>	<p>Høy relevans. Viser opplevelsen av isolasjon i forhold til respekt, kommunikasjon, informasjon, behandling og rom.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Fagfellevurdert.</p> <p>Forfatterne er kritisk til egen forskning.</p> <p>Forsikre seg at pasienten har forstått spørsmålene.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Spørreskjema og ikke personlig intervju.</p> <p>Studien er gjort i USA, men kan overføres til norsk helsevesen.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Ward (2000)</p> <p><i>“Infection control: Reducing the psychological effects of isolation”</i></p> <p>British Journal of Nursing</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Hensikten var å undersøke hvorfor pasienter som er isolert opplever isolasjon på en negativ måte, og hva som kan hindre eller redusere denne opplevelsen.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>21 pasienter på en isolasjons-avdeling.</p> <p>Bruk av spørreskjema som inneholder positive og negative adjektiv som kom frem i tidligere studier.</p> <p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semi-strukturert intervju med 5 av 21 deltagere med negativ opplevelse av isolasjon.</p> <p>Deltakerne var mellom 16-75 år</p> <p>Isolert i minst tre dager.</p>	<p>Opplevelsen er individuell.</p> <p>Positive konsekvenser av isolasjon: Stillhet, ro, avslapning og ha privatliv.</p> <p>Negative følelser: Ensomhet, kjedsomhet og følelsen av å være innesperret.</p> <p>Faktorer som påvirket den negative opplevelsen av isolasjon: For lite skriftlig og muntlig informasjon. Pasienten må kunne forstå informasjon.</p> <p>Besøk og kontakt med familie og venner forebygger følelsen av ensomhet. Pasienten må bestemme selv hvor mye besøk han ønsker.</p> <p>Kontakt med andre pasienter hjelper å reflektere bedre over egen situasjon.</p> <p>Tid til samtaler med helsepersonell og mere personell.</p> <p>God kommunikasjon, samtaler, TV, radio, aviser, telefon, aktiviteter og bøker reduserer følelsen av å kjede seg og ensformighet.</p> <p>Integrasjon i avdelingen.</p> <p>Viktig å vurdere om det er nødvendig å isolere pasienten for å unngå unødvendig lidelse.</p>	<p>Høy relevans. Viser til pasientens negative opplevelser av isolasjon og tiltak som forbedrer opplevelsen.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Semi- strukturert intervju.</p> <p>Ekskludering av pasienter som var i psykisk behandling eller brukte antidepressiva.</p> <p>Godkjent av etisk komité.</p> <p>Anonym.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Få antall deltagere.</p> <p>Infeksjons-avdeling.</p> <p>Studien er gjort i Storbritannia, men kan overføres til norsk helsevesen.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Rees mfl. (2000)</p> <p><i>“Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction”</i></p> <p>Nursing Standard</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Hensikten var å se sammenheng mellom stemningsleie og pasientens tilfredshet. I tillegg ble det sett på hvilke faktorer som er av størst betydningen for pasienten under isoleringen.</p>	<p>Studien er en påbygging av en tidligere studie av Davis og Rees.</p> <p>Kvantitativ metode.</p> <p>21 deltagere.</p> <p>Small Audit-style evaluation.</p> <p>I en intervjubasert spørreundersøkelse svarte pasientene og pårørende på spørsmålene med fastslåtte svaralternativer.</p>	<p>Studien viser at det er nødvendig med jevnlig kontakt, god kommunikasjon og informasjon til pasient og pårørende.</p> <p>Pasientene var opptatt av ryddige og rene rom, og tilgang til tv og telefon.</p> <p>Pasientene hadde lite tillit til medisinsk hjelp når de var nedstemte.</p> <p>Helsepersonell burde ha mer kunnskap til å se psykososiale forandringer hos isolerte pasienter.</p> <p>Opplæring av ansatte for å forbedre god kommunikasjon, både skriftlig og muntlig.</p>	<p>Høy relevans. Viser til mulige tiltak som er viktig for pasientene for å forbedre opplevelsen av isolasjon.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Intervjubasert spørreundersøkelse. Det er mulig å gå litt mer i dybden på svarene enn med et spørreskjema pasienten fyller ut alene.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Er en del av en større forskningsprosjekt.</p> <p>Få antall deltagere.</p> <p>Studien gjort i Storbritannia, men kan overføres til norsk helsevesen.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Findik mfl. (2012)</p> <p><i>“Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients”</i></p> <p>International journal of nursing practice</p> <p>Tyrkia</p>	<p>Hensikten med studien var å se effekten av det å være isolert i forhold til angst- og depresjonsnivå. Analysere sosiodemografiske og personlighet i forhold til angst og depresjon, samt å finne ut hvilke tanker pasienter har om isolering.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>117 pasienter, 60 isolert og 57 i kontrollgruppe.</p> <p>Non-randomized quasi-experimental study.</p> <p>Det ble brukt HADS-A og HADS-D, samt pasient-informasjons-skjema.</p> <p>Deltagerne var mellom 18- 65 år</p> <p>Isolert i minst fem dager.</p>	<p>I studien fant de ingen sammenheng mellom det å være isolert og høyere opplevelse av angst og depresjon.</p> <p>Tidligere studier støtter, mens andre støtter ikke dette resultatet.</p> <p>Likevel fant de en sammenheng mellom kjønn, alder og utdanning og lønnsnivå i forhold til økt følelse av angst og depresjon.</p> <p>Fra tidligere var det få studier rundt dette temaet.</p> <p>Halvparten av de isolerte rapporterte at de var tilfreds med å være isolert, det var på grunn av enerom.</p>	<p>Middels relevans</p> <p>Ser på pasientens opplevelse av å være isolert.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Nyere forskning.</p> <p>Godkjent av etisk komité.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Begrenset antall deltagere.</p> <p>Kontrollgruppa bodde på rom med 2-8 andre pasienter slik at det å bli isolert økte komforten til pasientene.</p> <p>Studien gjort i Tyrkia, men kan overføres til norsk helsevesen. Hensyn til kulturforskjeller må tas.</p>

Referanser	Hensikt, Problemstilling, forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon	Relevans og Kildekritikk
<p>Stelfox, Bates og Redelmeier (2003)</p> <p><i>“Safety of patients isolated for infection control”</i></p> <p>The Journal of the American medical Association</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten var å undersøke kvaliteten av medisinsk pleie til pasienter som er isolert på grunn av smitte.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Ble gjennomført på to sykehus.</p> <p>150 isolerte pasienter, 300 pasienter i kontrollgruppen</p> <p>Kohortstudie</p> <p>De isolerte og kontrollgruppen ble behandlet på mest mulig lik måte.</p> <p>Gjennom helsepersonell sin dokumentasjon og pasientens tilfredshet i form av klager og utskrivelse mot medisinsk anbefaling kom de frem til resultatet av studien.</p> <p>Isolert minst to dager.</p>	<p>Studien viser at kvaliteten på pleien hos pasienter som er isolert var mindre tilfredsstillende.</p> <p>Pasienter er mindre fornøyd med pleien og oppfølgingen.</p> <p>På grunn av færre målinger og mangelfull dokumentasjon i det daglige.</p> <p>Det kan være fare for pasientsikkerheten.</p> <p>Informasjon til pasientene om sin sykdom og oppfølging var tilfredsstillende.</p>	<p>Høy relevans. Viser kvaliteten på pleien og oppfølgingen til isolerte pasienter.</p> <p>Styrker:</p> <p>Vitenskapelig nivå 2</p> <p>Mange deltagere.</p> <p>Kontrollgruppa bodde på like rom som de isolerte.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Sykdomsforskjeller i gruppene kan gi misvisende resultater.</p> <p>Resultatene er basert på to store sykehus og pasienter med MRSA, det kan være forskjeller fra annen smitte og små sykehus.</p> <p>Studien gjort i USA, men kan overføres til norsk helsevesen.</p>

3.2 Artiklene

I denne delen presenteres de sju artiklene som utgjør oppgavens resultatet. Hver enkelt artikkel blir analysert i forhold til vår problemstilling.

3.2.1 "Effects of contact precautions on patient perceptions of care and satisfaction: A prospective cohort study"

I studien som er gjennomført av Mehrotra mfl. (2013) i USA, har de benyttet kvalitativ og kvantitativ forskning. De har sett på sammenheng mellom isolasjon og pasienttilfredshet. I tillegg undersøkte de om tilfredshet har en sammenheng med redusert kontakt mellom helsepersonell og pasient. I den kvantitative metoden ble det brukt HCAPS-skjema for å få en oversikt over hvordan pasienten opplevde tilfredshet. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller av tilfredshet som var av betydning. I den kvalitative metoden ble pasientene intervjuet med tre åpne spørsmål ved innleggelse som ble repetert flere ganger under og etter oppholdet. Spørsmålene som ble stilt omhandlet pasientens tillit til behandling og omsorgen under sykehusoppholdet. Ut i fra svarene tolket de at pasientene opplevde forskjeller i omsorgen. Isolerte pasienter var mindre tilfreds med omsorgen enn kontrollgruppen. Mehrotra mfl. (2013) mener at gjennom intervju blir temaet bedre belyst, og spesielle situasjoner i pleien kommer til syne fremfor bruk av standardisert spørreskjema.

Studien viste at det ofte oppleves manglende respekt for pasientens behov og ønsker samt dårlig organisering av behandling til pasienter som er innlagt under smitteregime. Dårlig organisering forklares med at forskjellige beskjeder blir gitt angående behandling av pasientene mellom lege og sykepleier, noe som kan føre til frustrasjon og forvirring blant pasientene. Studien viste også at pasientene som var innlagt under smitteregime opplevde dårligere behandling fra helsepersonell sammenlignet med de som ikke var isolert (Mehrotra mfl. 2013).

Mehrotra mfl. (2013) konkluderte med at intervensjoner bør utvikles for å sikre god kvalitet på behandlingen til alle pasienter. Utdanning og kunnskap hos helsepersonell er vesentlig for å forbedre omsorg og hjelpe pasienten og pårørende til å forstå grunnen for isolasjon. Det må sikres like god omsorg til pasienter som er isolert sammenlignet med pasienter som ikke er isolert.

3.2.2 "Contact isolation in surgical patients: A barrier to care?"

Studien av Evans mfl. (2003) ble først utført som en observasjonsstudie der det ble sett på antall besøk hos de isolerte pasientene. De benyttet seg av kvantitativ forskningsmetode. Pasientene ble intervjuet ved hjelp av et standardisert spørreskjema med svaralternativer i forhold til hvordan de opplevde behandlingen, antall besøk og besøkets varighet av helsepersonell. Studien ble utført på et universitetssykehus i USA.

Evans mfl. (2003) fant ut at pasienter som er isolert på en infeksjonsavdeling har høyere andel av komorbiditet og er yngre enn pasienter som ikke er isolert. Dermed er det en gruppe pasienter som ofte kan ha behov for tettere oppfølging og bedre kontakt med helsepersonell. Studien viste at pasienter som er isolert opplever færre besøk, og mindre tid sammen med personalet i forhold til andre pasienter. Isolerte pasienter hadde halvparten så mange besøk på en time sammenlignet med pasienter på samme avdeling som ikke var isolert. Selv om antall besøk var betydelig mindre hos isolerte pasienter, vistes derimot ingen signifikant forskjell i opplevelsen av omsorgen til de isolerte pasientene. Det ble synlig at kontakten mellom helsepersonell og pasienter som ikke var isolert var bedre i forhold til de isolerte pasienter. Likevel viste det seg at mindre kontakt med helsepersonell kan være uheldig for pasienter som er isolert fordi det er pasienter som trenger tettere oppfølging på grunn av sin sykdom. Studien viste at det ikke nødvendigvis er noen sammenheng mellom antall besøk og pasientens opplevelse av omsorg (Evans mfl. 2003).

Konsekvensen av isolasjon er i følge Evans mfl. (2003) at antall besøk og tid med helsepersonell blir mindre. Resultatet kommer ikke uventet siden mindre besøk er forventet til pasienter som er isolert for å hindre spredning av smitte. De fant ut at pasienter som var isolerte ofte hadde behov for mer tilsyn på grunn av sykdomsbildet. Pasienter som var indikert som alvorlige syke og som i utgangspunktet hadde mer behov for tilsyn av helsepersonell kan ha en høyere risiko enn nytte av innleggelsen av isolasjon. Det konkluderes med at videre forskning må til for å undersøke dette nærmere.

3.2.3 "Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected?"

I studien til Gasink mfl. (2008) ble det brukt et standardisert spørreskjema (CAHPS). Det tar for seg pasientens opplevelse av å være innlagt på sykehus. Spørsmålene ble formidlet muntlig for å unngå muligheten til at pasienter ikke svarte eller misforstod spørsmålene. Tilleggsspørsmål ble også stilt rundt opplevelsen av omsorgen mens pasientene var isolert. Studien ble gjennomført på et universitetssykehus i USA.

I den kvantitative studien til Gasink mfl. (2008) ble de isolerte pasientene spurt direkte om de opplevde at isolasjon hadde en innvirkning på behandling som ble gitt av helsepersonell. Bare 8 % av pasientene rapporterte at isolering hadde en negativ innvirkning på behandlingen. Studien viste en marginal forskjell på hvordan pasientene opplevde sykehusoppholdet og kontakten med sykepleiere under isolasjon. Ut i fra spørsmålene om pasientene følte seg møtt med respekt og om sykepleiere hadde tid til å lytte, fant de ingen signifikant forskjell mellom isolerte og ikke isolerte pasienter. Det kom frem likhet i relasjoner mellom sykepleiere og pasientene angående høflighet, respekt og det å lytte til pasientene. Funn i studien viste at isolerte pasienter ikke var mindre fornøyd med omsorgen de fikk ved innleggelse enn ikke isolerte pasienter. Det kom frem at isolasjon ikke gjorde pleien fra helsepersonell dårligere, men derimot forbedret det pleien de mottok.

Studien viste at det ikke er forskjeller i kontakten og kommunikasjonen mellom leger, sykepleiere og pasientene, til tross for at isolerte pasienter ble mindre tilsett enn isolerte. Derimot viste det at pasientene ikke var godt nok informert, hadde lite kunnskap og fått for lite opplæring på prosedyrer og retningslinjer for isolasjon (Gasink mfl. 2008).

Gasink mfl. (2008) konkluderte med at pasienter som er isolerte ikke opplever mindre tilfredshet enn andre pasienter. Det viste seg at opplevelsen av isolering er til nytte for pasientene og deres behandling. Sykehus må iverksette tiltak for å sikre at pasientene har kunnskap om grunnen for innleggelse og den medisinske behandling.

3.2.4 "Infection control: Reducing the psychological effects of isolation"

Denne kvalitative og kvantitative studien til Ward (2000) hadde som hensikt å undersøke hvorfor pasienter opplever isolasjon som negativt og hva som kan redusere denne opplevelsen. I den kvantitative metoden ble det undersøkt ved hjelp av spørreskjema som inneholder positive og negative adjektiver hvordan pasienter opplever isolasjon. Det ble gjennomført på en isolasjonsavdeling med 21 deltagere, 9 av disse pasientene opplevde isolasjon som negativt. Erfaringer av isolasjon er en individuell opplevelse. Studien rapporterte at de mest vanlige positive opplevelsene var ro, avslapning og det å være for seg selv. I motsetning var de negative følelsene forbundet med ensomhet, kjedsomhet og det å være innesperret.

I den kvalitative metoden intervjuet Ward (2000) fem av de ni som opplevde isolasjon som negativt for å finne ut hvorfor pasientene hadde denne opplevelsen av isolasjon og hva som er nødvendig for å forbedre opplevelsen. Funn fra semi-strukturert intervju viste at tiltak som kommunikasjon og fasiliteter kan forbedre pasientens opplevelse av isolering. Pasientene sier at nødvendigheten av informasjon er viktig med tanke på deres opplevelse av oppholdet. Mangelfull skriftlig og muntlig informasjon som omhandler isolasjonsprosedyrer til både pasienter, pårørende og besøkende kan føre til utrygghet og ha uønskede effekter for pasienten. Besøk kan ha en positiv innvirkning da det forebygger kjedsomhet og ensomhet. Studien rapporterte at pårørende hadde for lite informasjon og kunnskap om selve isolasjon, det resulterte i at de sjelden eller aldri kom på besøk. Dette kan bidra til å forverre pasientens opplevelse av isolasjon. Pårørende trenger mer informasjon og kunnskap. Rutiner på besøkstid må være avklart i samarbeid med pasienten for å unngå at pasienten blir sliten. Videre sier Ward (2000) at refleksjon sammen med medpasienter er viktig for å ha noen å sammenligne seg med i lignende situasjoner. Tiltak som forbedring i kommunikasjon mellom helsepersonell, lege og pasient er nødvendig for at pasienten skal føle trygghet og god ivaretagelse. Nøye vurdering av pasientens behov for isolering må legges til grunn for å unngå unødvendig lidelse for pasienten. Lege og helsepersonell må tilegne pasienten kunnskap på en forståelig måte. Pasienten etterlyser bedre tid til samtale. Tiltak som vindu på rommet som pasienten kan se andre mennesker kan øke følelsen av integrasjon og forbedre fasilitetene. Videre kom det frem at fasiliteter

som tilgang til avis, telefon, TV og blader kan være tiltak som kan redusere den negative opplevelsen av isolasjon. Det ble rapportert at maten ikke var innbydende eller variert, noe som kunne føre til at pasienten fikk nedsatt matlyst. Tiltak som variert kost, ønskekost og fleksibilitet i forhold til serveringstid kan øke matlysten til pasientene (Ward 2000).

Ward (2000) konkluderte med at skriftlig og muntlig informasjon er viktig for å redusere stigmatisering og frustrasjon. Pasientene må få begrunnelse på hvorfor det er nødvendig med isolasjon, motta god informasjon om prosedyrer og forhåndsregler som må tas hensyn til ved behandling. Helsepersonell må forklare på en forståelig måte og forsikre seg at pasienten har forstått den informasjonen som blir gitt. Bedre tid inne hos pasienten kan gi helsepersonell muligheten til meningsfull samtale.

3.2.5 "Psychological effects of source isolation nursing 2; patient satisfaction"

Studien til Rees mfl. (2000) så på sammenheng mellom stemningsleie og tilfredshet til pasientene som er isolert. De benyttet seg av kvantitativ metode som inneholdt et intervjubasert spørreundersøkelse med egne svaralternativer. Det ble intervjuet 21 pasienter som var isolert. Studien ble gjennomført i Storbritannia.

Rees mfl. (2000) viste til at pasientene opplevde tilfredshet ved isolering. Faktorer som hadde innvirkning på den positive opplevelsen var blant annet at pasienten ble oppdatert, god kommunikasjon og kontakt med helsepersonell. I motsetning opplevde andre pasienter angst og utrygghet ved uforutsigbarhet av varigheten av isolasjon. Det ble rapportert at forandring i stemningsleie kan være en utfordring hos noen pasienter. Uforutsigbarhet med varigheten av isolasjon kan øke angstnivå hos pasienten. Videre sier de at mangelen av tillit til helsepersonell kan føre til at pasienter blir nedstemt.

Brukermedvirkning, emosjonell støtte, forståelse, tillit til behandling og pleie kan være tiltak som gjør at pasientene føler seg bedre ivaretatt. Tv og telefon skal være tilgjengelig for isolerte pasienter for å forbedre opplevelsen av isolasjon. Observasjon og identifisering av forandringer i stemningsleie må tas hensyn til i pleie- eller behandlingsplan. Ryddige og rene rom er viktig for pasientene som er isolert (Rees mfl. 2000).

Det konkluderes med at det er flere tiltak som er nyttig for å forbedre opplevelsen av isolasjon. Kommunikasjon og informasjon er vesentlig for å kunne sikre god omsorg. De hevder at opplæring i hvordan god informasjon gis og kunnskap om kommunikasjon er nødvendig for å sikre at det blir gitt muntlig og skriftlig informasjon til pasientene (Rees mfl. 2000).

3.2.6 "Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients"

I denne kvantitative studien ønsket Findik mfl. (2012) å se om angst og depresjon hadde innvirkning i forhold til isolerte pasienter. I tillegg om sosiodemografiske og personlige forhold hadde en påvirkning. Halvparten av 117 deltagere var isolerte pasienter, og andre halvparten var kontrollgruppe. Studien ble gjennomført med HADS-A og HADS-D som skulle kartlegge angst og depresjon hos pasientene. Pasientene var isolert i minst fem dager.

I studien kom det frem at det ikke var noen statistisk signifikant forskjell i opplevelsen av angst og depresjon hos pasienter som var isolert sammenlignet med pasienter som ikke var isolerte. Halvparten av de isolerte pasientene var tilfreds med oppholdet fordi de opplevde trygghet, ro, god omsorg og renslighet på enerom. Når pasientene fikk konkret spørsmål om hva de synes om isolasjon, svarte 32 pasienter at de var fornøyd med oppholdet. Det var begrunnet med at pasientene hadde enerom, trygghet, god pleie, grundig rengjøring og at de ikke forstyrret andre pasienter. Derimot rapporterte 6 av pasientene at de kjedet seg og ikke hadde noen å prate med. Pasientene hadde flere tanker på opplevelsen av isolasjon, og det ble synlig da det var 37 deltagere og 44 tilbakemeldinger (Findik mfl. 2012).

Findik mfl. (2012) konkluderte med at isolasjon hadde ingen innvirkning på angst og depresjonsnivået, og det var marginal forskjell mellom isolerte og ikke isolerte pasienter. Studien viste likevel at pasienter over 55 år, kvinner og gifte pasienter blant de isolerte hadde en høyere score på depresjonskalaen. Lav utdanning og lavt lønnsnivå kan også påvirke opplevelsen av isolasjon på en negativ måte, og øke faren for å bli deprimert under isolering.

3.2.7 "Safety of patients isolated for infection control"

Studien til Stelfox, Bates og Redelmeier (2003) tok utgangspunkt i tidligere studier som viste at isolerte pasienter har færre besøk av helsepersonell enn andre pasienter. De ønsket å

undersøke om det påvirket behandlingen pasientene fikk. De brukte kvantitativ metode ved å benytte seg av en kohortstudie med kontrollgruppe. Det deltok 150 isolerte og 300 ikke isolerte pasienter og undersøkelsen ble gjennomført på to sykehus i USA.

Pasientene opplevde flere uønskede konsekvenser på grunn av isolasjon og var misfornøyde med omsorgen fordi de mente at de fikk for lite informasjon.

Resultatene viste at isolerte pasienter hadde mangelfull dokumentasjon sammenlignet med ikke isolerte pasienter. Det ble synlig ved mindre registrerte målinger av vitale tegn og mangel av andre daglige notater utført av sykepleier, spesielt hos pasientene som hadde tilleggsdiagnoser og samtidig var isolert. Stelfox, Bates og Redelmeier (2003) rapporterte at isolerte pasienter hadde åtte ganger så stor risiko for komplikasjoner som fall, trykksår og væske- og elektrolyttforstyrrelser. De fant ingen signifikante forskjeller mellom isolerte og ikke isolerte når det gjaldt diagnostikk, operasjon, anestesi, medisinske prosedyrer eller feilmedisinering.

Studien konkluderte med at strenge retningslinjer i forhold til infeksjoner kan hindre spredning av smitte, men at det fører til dårligere oppfølging og behandling til pasientene. Det er ikke nødvendigvis det beste å sette pålagte prosedyrer fremfor behandling til pasienten. Prosedyrene skal ikke gå foran omsorgen til pasienten. Det er viktig å vurdere risiko-nytteverdien i forhold til hva sykepleiere må følge i forhold til medisinske prosedyrer til hver enkelt pasient (Stelfox, Bates og Redelmeier 2003).

4.0 Diskusjon

I denne delen diskuteres funnene, gjennom å drøfte hvordan pasienter opplever isolasjon og hvilke konsekvenser isolasjon medfører. Videre diskuteres faktorer som har betydning for opplevelsen til pasienten som kom frem i funndelen. Studiene viser at kommunikasjon, autonomi, informasjon, kunnskap og kompetanse anses som nødvendig for å forbedre opplevelsen for denne pasientgruppen.

4.1 Hvordan opplever pasienten isolasjon?

Tre av sju studier rapporterte at pasienter opplevde isolasjon som negativt (Rees mfl. 2000; Stelfox, Bates og Redelmeier 2003; Mehrotra mfl. 2013). Derimot kom det frem i tre andre studier at isolasjon ikke hadde noe innvirkning på opplevelsen (Evans mfl. 2003; Gasink mfl. 2008; Findik mfl. 2012). Studien til Ward (2000) underbygger at det er både positive og negative opplevelser hos isolerte pasienter. Disse funnene viser at opplevelsen er individuell og forskjellig fra pasient til pasient. Faktorer som alder, kjønn, utdanning og andre sosiodemografiske variabler kan påvirke opplevelsen (Findik mfl. 2012). Dermed må sykepleier ta hensyn til det når pasienter blir isolert. Flere av studiene konkluderer med at det er vanskelig å finne store forskjeller i hvordan pasientens subjektive opplevelse av isolasjon er i forhold til å bare være innlagt på en vanlig avdeling (Evans mfl. 2003; Gasink mfl. 2008; Findik mfl. 2012). 86 % av pasientene i studien til Findik mfl. (2012) rapporterte at de var tilfreds med isolasjonen, og det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller blant pasientene. Pasientene som er isolert opplevde at de ble tatt ekstra alvorlig, og at det å være isolert ville påvirke sykdommen positivt (Findik mfl. 2012). Opplevelsen av ro og det å være alene på rommet trekkes også frem av Ward (2000) som en positiv opplevelse av det å være isolert. Ro innebærer at pasienten kan slappe av, ha tid for seg selv og samle krefter. Derimot kan andre pasienter oppleve denne alenetiden som problematisk. Mye tid alene kan føre til rastløshet og en misoppfattelse av tid. Dette oppstår på grunn av kjedsomhet, fravær av sosial integrasjon og uforutsigbarhet (Andreassen mfl. 2010). Opplevelsen av alenetid kan forbedres ved hjelp av kommunikasjon og tilrettelegging av pasientrommet (Rees mfl. 2000; Ward 2000).

Ward (2000) poengterer at det som ble trukket frem som positive opplevelser for noen, opplevdes negativt for andre. Et pasientrom bør være tilrettelagt slik at det er mest mulig som et vanlig rom på avdelingen. Det bør legges til rette slik pasienten har tilgang på telefon og tv. Døra inn til rommet bør ha vindu slik at pasienten har mulighet til å se personalet og besøkende uten beskyttelsesutstyr (Andreassen mfl. 2010). Disse tiltakene samsvarer godt med funnene i Ward (2000) og Rees mfl. (2000) sin studie. Pasientene rapporterte at et vindu ut i avdelingen ville være med på at følelsen av å være isolert ikke var like stor, om det så bare var personale som gikk forbi (Ward 2000). Som nevnt tidligere kan alenetid og rom for refleksjon føre til ensomhet, kjedsomhet og frustrasjon (Andreassen mfl. 2010; Findik mfl. 2012). Savn av å være i et fellesskap kan føre til en negativ opplevelse mens man er isolert (Ward 2000). I studien til Findik mfl. (2012) rapporterte 16% av pasientene at kjedsomhet og det å ikke ha noen å prate med gikk ut over opplevelsen i isolat. Fellesskap til andre pasienter er viktig med tanke på å identifisere seg med medpasienter og å kunne knytte seg til hverandre i den forstand å være pasient. Kontakt og samtale med andre pasienter er vesentlig for en god opplevelse (Album 1996). Nærhet og fellesskap understrekes også av Smebye og Helgesen (2011) som en viktig faktor for at livet skal oppleves meningsfylt. Ward (2000) underbygger dette med at muligheten til å få besøk mens man er isolert vil bedre opplevelsen. Et viktig tiltak i forhold til dette kan være at pasienten får minst en time samtale eller besøk utenom faste prosedyrer eller andre oppgaver som utføres inne hos pasienten (Andreassen mfl. 2010). Derimot sier Smittevernloven (1994) at pasienter som er isolert skal motta effektiv og god omsorg i isolasjon. Loven sier at tiltakene som blir gjort inne hos isolerte pasienter skal være begrenset i forhold til hva som er påkrevd for å hindre smitteoverføring.

God kommunikasjon og informasjon er en viktig del av opplevelsen av isolasjon (Rees mfl. 2000; Ward 2000). Uforutsigbarhet i forhold til varighet av oppholdet og informasjon kan skape utrygghet og angst hos isolerte pasienter (Rees mfl. 2000). Det viser at informasjon og kunnskap er nødvendig for og forebygger uønskede konsekvenser for isolerte pasienter. Resultatene som kommer frem i studiene viser at det er forskjellige oppfattelser i opplevelsen av omsorg hos de isolerte pasientene. I den kvalitative delen av studien til Mehrotra mfl. (2013) rapporterte pasientene at de opplevde dårligere behandling i forhold til mangelfull organisering og respekt mens de var isolert. Pasientene i studien til Stelfox,

Bates og Redelmeier (2003) underbygger dette med mangelfull informasjon og uønskede komplikasjoner da dette kan påvirke opplevelsen negativt. I studiene til Evans mfl. (2003) og Gasink mfl. (2008) opplevde pasientene derimot ikke at behandlingen var dårligere, de opplevde å bli tatt godt vare på. Behandlingen opplevdes ikke som dårligere på tross av at den totale tiden inne hos pasienten var kortere (Evans mfl. 2003).

Disse funnene understreker at opplevelsen av isolasjon er individuell, og at det er flere faktorer som spiller inn. Det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom oppfølging eller antall besøk og pasientens opplevelse av isolering (Evans mfl. 2003).

4.2 Konsekvenser av isolasjon

Stress, påkjenninger og belastninger er ofte forbundet med negative følelser, som frustrasjon, angst og mistriksel (Håkonsen 2011). Det vises til at en konsekvens av isolasjon er at isolerte pasienter kan oppleve slike følelsesmessige utfordringer. Pasientene blir satt i situasjoner som de selv ikke kan forandre, men må akseptere eller leve med (Håkonsen 2011). To av studiene viste at en konsekvens med å bli isolert er at pasienten ble tilsett mindre av helsepersonell. I tillegg hadde isolerte pasienter større behov for hyppigere tilsyn på grunn av sin sykdom (Evans mfl. 2003; Stelfox, Bates og Redelmeier 2003). Pasientene opplevde at organiseringen på avdelingen var dårlig. Det var mangelfull kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientene, samt mangel på respekt (Mehrotra mfl. 2013). Derimot påpeker Stelfox, Bates og Redelmeier (2003) at pasientene selv ikke opplevde noen forskjell i behandling, og at de var tilfreds. Men ut ifra observasjoner i studien ble det rapportert mindre oppfølging og dokumentering hos den isolerte pasienten, som for eksempel måling av vitale tegn. Dokumentasjon er nødvendig for pasientsikkerhet, kvalitet i pleien og kommunikasjon mellom helsepersonell (Heggdal 1999). Andre konsekvenser ved isolasjon er at pasienter hadde åtte ganger så stor risiko for fall, trykksår og væske- og elektrolyttforstyrrelser (Stelfox, Bates og Redelmeier 2003). Evans mfl. (2003) poengterer at på grunn av isolering blir pasienter tilsett halvparten så ofte som en pasient som ikke var isolert. Slike forskjeller skal ikke gå på bekostning av god behandling til den isolerte pasienten (Stelfox, Bates og Redelmeier 2003). Dette krever at avdelinger som har isolerte pasienter er godt organisert og at helsepersonell og pasienter får god opplæring

(Andreassen mfl. 2010; Mehrotra mfl. 2013). Pasienter må ha tilstrekkelig oppfølging, og rommene må være godt tilrettelagt (Andreassen mfl. 2010).

Fire av sju studier rapporterte at pasientens opplevelse av å bli ivaretatt er viktig og et nødvendig steg på veien til å bli frisk. God kommunikasjon, informasjon om behandlingen og fremgang vil gi pasienten håp og tro på behandlingen (Rees mfl. 2000; Evans mfl. 2003; Stelfox, Bates og Redelmeier 2003; Mehrotra mfl. 2013). Det kan føre til at pasienten kan føle isolering som mindre stressende og truende (Andreassen mfl. 2010). Hvis pasienten er stresset over en lengre periode, kan det forårsake utmattelse og at motstandsevnen til pasienten vil bli nedbrutt. Nedsatt motstandsevne kan føre til nye sykdommer eller forverre sykdomstilstanden (Håkonsen 2011). Stress kan redusere immunapparatet og dermed forsinke tilhelingsprosessen eller utsette pasienten for nye infeksjoner. Helsepersonell må derfor ha kunnskap om dette, og forsøke å unngå stress hos isolerte pasienter (Kristoffersen 2011c). I tillegg er det viktig med informasjon, kunnskap og opplæring til pasienter (Rees mfl. 2000). Sykepleier bør ha kunnskap om psykiske forandringer, prosedyrer om isolasjon og være bevisst i sin kommunikasjon med pasientene. Kunnskap om tema er svært relevant hos helsepersonell for å forebygge uønskede effekter (Andreassen mfl. 2010). Rees mfl. (2000) påpeker at det er lite kunnskap om hvordan pasienten opplever de psykiske påkjenningene ved isolasjon. Derimot kan god kunnskap og tidlig intervensjon forbygge komplikasjoner og redusere isolasjonstiden. Det kan bedre pasientens opplevelse og behandling (Morgan mfl. 2009; Håkonsen 2011).

4.3 Kommunikasjon

I følge Larsson, Palm og Hasselbalch (2008) kan kommunikasjonssvikt mellom helsepersonell og pasient resultere i at pasienter blir misfornøyd med muligheten til brukermedvirkning og informasjon om behandling. God kommunikasjon kan gi positiv opplevelse av sykehusopphold og redusere mulige komplikasjoner ved isolasjon (Ward 2000).

Det presiseres at kommunikasjon og informasjon må forbedres blant pasientene som var isolert. Videre kom frem at med bedre tid inne hos pasienten kan helsepersonell ha tid til meningsfulle samtaler (Mehrotra mfl. 2013). Ward (2000) poengterer det samme, men selv

om sykepleiere tok seg bedre tid til å prate med pasienten, så var det fortsatt for liten tid til meningsfulle samtaler. Derimot er det ikke bare dårlig tid som skaper dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og isolerte pasienter (Håkonsen 2011). Det er faktorer ved kommunikasjon som må til for at sykepleier kan samhandle på en god måte med pasienten. Oppmerksomhet er en av forutsetningene for god kommunikasjon. Med oppmerksomhet menes uttrykk gjennom kroppsholdninger og at helsepersonell tar seg tilstrekkelig med tid til pasienten. Likevel vises det ofte svikt på dette området som da bidrar til å forstyrre kommunikasjonen mellom mennesker (Håkonsen 2011). Det å ta seg tilstrekkelig med tid er vesentlig for oppmerksomhet, som i følge Mehrotra mfl. (2013) er manglende mellom helsepersonell og pasienter som er isolert. I to studier blir det poengtert at tilstrekkelig med tid, evne til å lytte, empati og observasjon er viktig i kommunikasjon for å oppnå god samhandling med den isolerte pasienten (Gasink mfl. 2008; Mehrotra mfl. 2013). Travelbee (1999) sier også at empati er viktig for å forstå meningen med andres tanker og følelser, samtidig som sykepleier holder sitt eget liv adskilt. Gjennom den empatiske prosessen så kan sympati utvikles, og dermed kommer ønsket om å gjøre noe for pasienten. Imidlertid sier Gasink mfl. (2008) at det ikke ble dokumentert noen forskjell i kontakten og kommunikasjonen mellom leger, sykepleiere og pasientene, til tross for mindre besøk. Pasientene rapporterer lik behandling angående høflighet, respekt og det å lytte til pasienten, som er viktige faktorer for å oppnå god kommunikasjon (Gasink mfl. 2008; Håkonsen 2011). Mehrotra mfl. (2013) kom derimot frem til at noen av pasientene opplevde mangel på respekt fra helsepersonell. Håkonsen (2011) sier at mangel på respekt kan forklare opplevelsen av misfornøyelse til behandling.

Pasientene rapporterte forskjeller på kommunikasjonsferdighetene til leger og sykepleiere. Legene hadde ofte dårlig tid og misforstod budskapet til pasientene (Ward 2000). God kommunikasjon skal ikke bare benyttes for å nå et mål. Det er viktig med samhandling med isolerte pasienter for å sikre at pasientene blir godt ivaretatt. Kommunikative ferdigheter og teknikker hos helsepersonell kan bidra til god sykepleie til pasienten (Håkonsen 2011).

I følge Ward (2000) sier Hind at kommunikasjon er medisin i seg selv og er nødvendig for å starte en terapeutisk behandling. Økt informasjon og kommunikasjon kan redusere angst.

Dette bekreftes også i studien til Rees mfl. (2000). I kontakt med pasienten bruker sykepleier seg selv og sin kunnskap om kommunikasjon for å oppnå god relasjon og samhandling (Kristoffersen 2011a). For å oppnå en felles forståelse, som er nødvendig for å kunne kommunisere, må helsepersonell sette seg inn i pasientens situasjon og opplevelse. Å bruke seg selv terapeutisk betyr bruk av personlighet og kunnskap for å gjøre forandringer hos den isolerte. Det blir først terapeutisk når sykepleier lindrer vedkommende sine plager (Travelbee 1999; Ward 2000; Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Kommunikasjon til isolerte pasienter kan oppleves som større utfordring enn til pasienter som ikke er isolert siden to studier påpeker at isolerte pasientene er misfornøyde med kommunikasjonen (Rees mfl. 2000; Ward 2000). Utfordringen for isolerte pasienter kan blant annet være bruk av beskyttelsesutstyr hos pårørende og helsepersonell. Det kan hindre pasientens tolkning i forhold til den non-verbale kommunikasjonen, som et eksempel kan et munnbind skjule ansiktsmimikk (Hansen 2009). I følge Eide og Eide (2007) er blant annet kroppsspråk, øyekontakt og ansiktsuttrykk viktig for å gi emosjonell støtte. Pasienter kan ofte mistolke eller oppleve mangel på tillit til helsepersonell når de non-verbale tegnene ikke samsvarer med de verbale. Disse misoppfatningene kan føles forvirrende og frustrerende (Hansen 2009). Derimot viser Gasink mfl. (2008) sin studie sammenheng med at pasientene er fornøyd med kommunikasjon og i tillegg oppleves ikke isolasjon på en negativ måte. Gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre god behandling, samt å observere og forstå pasienten. Kommunikasjonsferdigheter innebærer å lytte aktivt for å skape god og trygg relasjon. Aktiv lytting krever non-verbal kommunikasjon, som er kroppsholdning, berøring, øyekontakt og stemmeleie. Verbal kommunikasjon, innebærer bruk av åpne spørsmål, oppmuntring og gjentakelse av informasjon. Andre ferdigheter som er nødvendig er å observere og fortolke pasientens verbale og non-verbale signaler, etablere en god terapeutisk relasjon, møte pasientens behov på samme nivå, fremme ressurser og valgmuligheter, være åpen for pasientens problemer, vise interesse og være strukturert. I samtalen skal helsepersonell og pasient sammen komme frem til en god beslutning eller løsning. Forutsetning for profesjonell kommunikasjon er empati, kunnskap, møte egne og pasientens følelser, være målorientert, reflektert og etisk bevisst. Sykepleiere må ha kjennskap til pasientens fortid og ha kunnskap om hvordan pasienten kan oppleve

isolasjon og hvordan fremtiden kan bli. Helsepersonell må vise forståelse for den isolerte pasienten gjennom non-verbale og verbale kommunikasjons ferdigheter som skaper trygghet og tillit (Eide og Eide 2007; Håkonsen 2011).

Konsekvensen av utilstrekkelig kommunikasjon kan være at den isolerte pasienten følte seg oversett, utrygg og frustrert (Ward 2000). Kommunikasjon er et samspill mellom den isolerte pasienten og helsepersonell som har som hensikt i å informere eller påvirke hverandre. Helsepersonell bruker profesjonell kommunikasjon i kontakt med pasienten som skal være hjelpende, støttende og problemløsende for isolerte pasienter og faglig begrunnet (Vassend 1997).

4.4 Behovet for informasjon

Det poengteres at det ble gitt for lite informasjon (Rees mfl. 2000; Ward 2000; Stelfox, Bates og Redelmeier 2003; Gasink mfl. 2008). Pasientene fikk ikke god nok informasjon og opplæring på prosedyrer og retningslinjer for isolasjon (Gasink mfl. 2008). Det er behov for mer muntlig og skriftlig informasjon til pasientene og pårørende. Skriftlig og muntlig informasjon er viktig for å redusere stigmatisering, frustrasjon, stemningsforstyrrelser, angst, misforståelse og misnøye (Rees mfl. 2000; Ward 2000). Larsson, Palm og Hasselbalch (2008) understreker at skriftlig informasjon kompletterer muntlig informasjon og øker engasjementet til pasienten til å delta i behandling, gi trygghet og tillit, gjenta viktig informasjon, forberede pasienten bedre til behandling og øke kunnskap og beslutningsmuligheter om pasientens helse. Mangel av informasjon hos pårørende kan redusere antall besøk til pasienten og gi en negativ sykehusopplevelse (Ward 2000). Pasientene syntes at de mestret opplevelsen av isolasjon bedre dersom de fikk tilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon (Rees mfl. 2000). I tillegg bør informasjon gis på en forståelig måte. Det vil i praksis bety at sykepleier må forklare med et språk slik at pasienten og pårørende, som har forskjellig kunnskap fra tidligere, forstår informasjonen som blir gitt. Sykepleier må forsikre seg at informasjonen er forstått, ved å gjenta og sammenfatte informasjon og stille åpne spørsmål (Ward 2000; Eide og Eide 2007). Vassend (1997) underbygger at informasjon som blir gitt til pasienten må være tydelig og forståelig for å unngå misforståelser og feiltolkninger.

Informasjonsbehovet handler ofte om forklaring på hvorfor det er nødvendig med isolering, hvilke prosedyrer og forhåndsregler pasientene og pårørende må forholde seg til under isolering og jevnlig informasjon om behandling (Rees mfl. 2000; Ward 2000; Gasink mfl. 2008).

Målet med informasjon er å formidle kunnskap slik at pasienten mestrer isolasjon bedre (Eide og Eide 2007). Pasienten vil være deltakende i sin behandling og ha kunnskap og informasjon om sin situasjon. Det er viktig for at pasienten skal ha mulighet til å utøve brukermedvirkning, for å føle seg trygg og ivaretatt (Larsson, Palm og Hasselbalch 2008).

4.5 Pasientens medbestemmelse

Som nevnt tidligere ser vi at informasjon er av stor betydning for isolerte pasienter. For at pasientene skal være i stand til å utøve autonomi så beror det på at de mottar tilstrekkelig med informasjon i forhold til behandling og sykdom (Slettebø og Nortvedt 2006). Pasienten må i tillegg ha nødvendig informasjon, og den må være tilpasset pasientens forståelsesevne. Ward (2000) og Gasink mfl. (2008) viser til at pasientene mangler og etterlyser i informasjon. Helsepersonell har lovpålagt plikt til i å gi pasienten informasjon som er tilpasset den enkeltes forutsetning. Pasientens rett til medvirkning og til informasjon er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Autonomi er en viktig faktor i forbindelse med pasientens tilfredshet. To av studiene fant ut at pasientene var tilfreds med opplevelsen av isolering (Gasink mfl. 2008; Findik mfl. 2012). Derimot ble det funnet en sammenheng mellom pasientens medbestemmelse og isolering (Rees mfl. 2000; Gasink mfl. 2008). Med autonomi menes at den isolerte pasienten skal bruke sine egne ressurser og selv ha retten til å bestemme. Pasienten må ha innsikt i egen situasjon og forstå konsekvensene (Slettebø og Nortvedt 2006). I tillegg vil det øke pasientens og helsepersonell sin tilfredshet (Mehrotra mfl. 2013). Studien til Gasink mfl. (2008) støtter følgende og viser til fornøyde isolerte pasienter på lik linje med ikke isolerte. Det kommer av at relasjon mellom pasient og sykepleier viser høflighet, respekt og det å lytte til pasienten (Gasink mfl. 2008). Isolerte pasienter opplevde mindre respekt for sine behov og ønsker, samt dårligere omsorg (Mehrotra mfl. 2013). Derimot sier Yrkesetiske

retningslinjer at «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleieforbund 2011, s. 7). Med respekt må personen betraktes som unik, med egne tanker, følelser og meninger. Det betyr å bli behandlet som et menneske, ulikt fra alle andre, ikke bare bli behandlet som et nummer i rekka, eller som en arbeidsoppgave (Travelbee 1999). Stelfox, Bates og Redelmeier (2003) presiserer at isoleringsprosedyrene skal ikke gå på bekostning av god behandling, og at det er nødvendig med en risiko-nyttevurdering. Dersom den isolerte pasienten bare blir rutine for helsepersonell, vil pasienten ikke oppleve å bli møtt med omsorg og respekt (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Ved å vise interesse for pasientens opplevelse av sykdom vil helsepersonell kunne synliggjøre sin omsorg og respekt. Det kommer til syne ved holdninger og væremåte overfor den isolerte pasienten. Sykepleier kan formidle omsorg og respekt for isolerte pasienter ved å utføre handlinger som å vise oppmerksomhet, empati, lytte, berøring, blikk, tilstrekkelig med tid og så videre. God informasjon og kunnskap til pasienten er vesentlig for at pasienten kan utøve autonomi (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Som tidligere nevnt har Larsson, Palm og Hasselbalch (2008) påpekt at pasienten vil være deltakende i sin behandlingen. Brukermedvirkning, informasjon og autonomi er derfor vesentlig for å kunne tilrettelegge for det. Brukermedvirkning kan bidra til forbedring av helsetilbud, opplevelsen og kvalitet i helsetjenesten gjennom å involvere pasientene og pårørende sine forslag for forandringer (Norvoll 2009). I intervju kom det frem at pasientene hadde forskjellige forslag for å redusere den negative opplevelsen av isolering. Pasientene nevnte tiltak som vindu på rommet for å føle seg mindre innesperret, tilgang til avis, telefon og TV, variert mat og ønskekost (Ward 2000). Disse tiltakene vil være med på å styrke pasientenes autonomi.

4.6 Sykepleierens kunnskap og kompetanse

Studiene viste at kommunikasjon, empati, informasjon og autonomi er faktorer som kan påvirke pasientens opplevelse av isolasjon (Rees mfl. 2000; Ward 2000; Stelfox, Bates og Redelmeier 2003; Gasink mfl. 2008; Mehrotra mfl. 2013). Ut i fra det er det nødvendig med høy sykepleiekompetanse for å skape en god opplevelse for pasienten som er isolert.

Dreyfus og Dreyfus (1980) presiserer at det finnes forskjellige kompetansenivåer. Disse nivåene viser til at det er vanskeligere for nybegynnere å ha overblikk over situasjonen enn for sykepleiere med erfaring og bakgrunnsforståelse. Klinisk kompetanse er sammensatt av erfaringer som tilegnes i praksis og teoretisk kunnskap. Intuisjon, klinisk blikk og deltakelse er kjennetegn for klinisk kompetanse. I tillegg til kompetanse er det nødvendig med kunnskap som innebærer ferdigheter, verdier og teoretisk kunnskap (Kristoffersen 2011d).

For å gi god veiledning og informasjon til isolerte pasienter må sykepleier ha gode kommunikasjonsferdigheter. Som nevnt over er kommunikasjon en viktig faktor for å etablere en god relasjon mellom pasienten og sykepleier. Pasienten føler seg ivaretatt, forstått, opplever støtte og mestring i forskjellige situasjoner. Aktiv lytting og kommunikasjon er nødvendig for å identifisere problemet til pasienten og forebygge komplikasjoner. Dermed sikrer kunnskap og kompetanse om kommunikasjon kvalitet i helsefaglig arbeid (Eide og Eide 2007).

Til tross for at informasjon er av høy betydning for pasienten, viste det seg imidlertid i flere studier at pasientene ikke har mottatt tilstrekkelig informasjon og kunnskap om isolasjon (Gasink mfl. 2008; Mehrotra mfl. 2013). I følge Mehrotra mfl. (2013) er opplæring av sykepleiere en viktig faktor for å forbedre kunnskapen til pasienter og pårørende i forhold til smitteregime og forhåndsregler til isolasjon. I tillegg kan muligheten for nettbasert informasjon øke kunnskapen til sykepleiere. Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til sykepleiere om at de skal tilegne seg kunnskap og holde seg oppdatert, i tillegg setter Specialisthelsetjenesteloven (1999) krav til helseforetaket om at tilstrekkelig opplæring og utdanning gis (Norsk Sykepleierforbund 2011). Sykepleiere bør forbedre kompetansen til å formidle informasjon videre til pasienten og pårørende (Mehrotra mfl. 2013). Gasink mfl. (2008) underbygger det med at det bør iverksettes tiltak for å heve kunnskapsnivået hos pasientene vedrørende behandling. Opplæring i hvordan informasjon skal gis til pasienten på en forståelig måte er et viktig aspekt. Økt kunnskap hos sykepleiere om psykososiale forandringer hos pasientene kan øke fokuset på observasjon og identifikasjon av stemningsforstyrrelser (Rees mfl. 2000). I isoleringsveilederen blir retningslinjer og detaljerte rutiner beskrevet som sykepleiere skal forholde seg til ved isolering av pasienter på grunn av

smittefare. Det skal gis grundig skriftlig og muntlig informasjon om smitteregimet og forhåndsregler. Videre blir det forklart at informasjon og veiledning til pårørende og besøkende er nødvendig for å øke kunnskap om smitte og isolasjonsprosedyrer (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet 2004). Mangel på denne kunnskapen hos sykepleiere kan føre til usikkerhet hos pasienten og pårørende. Ward (2000) understreker at usikkerhet rundt smitte og for lite informasjon til pårørende og besøkende resulterte i at de ikke besøkte eller var så lenge inne hos pasienten. Norsk lovgivning presiserer at pasienten har rett på informasjon og veiledning av helsepersonell (Smittevernloven 1994; Helsepersonelloven 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Likevel viste studier at informasjonen som blir gitt ikke er tilstrekkelig (Rees mfl. 2000; Ward 2000; Gasink mfl. 2008; Mehrotra mfl. 2013).

Travelbee (1999) mener at det er viktig at sykepleiere ikke bare oppfatter diagnosen, men ser mennesket helhetlig. Det skal ikke bare fokuseres på arbeidsoppgaven og sykdom, men hver enkelt persons behov og ønsker må identifiseres. Prosedyrene skal ikke gå på bekostning av pasienten. I sykepleien er det viktig med en risiko-nyttevurdering for å ikke skade pasienten (Stelfox, Bates og Redelmeier 2003). Som nevnt tidligere vil økt kunnskap og kompetanse bidra til at man kan se situasjonen mer helhetlig, det vil si at man både ser prosedyren og den isolerte pasienten. Etablering av et bevisst menneske-til-menneske-forhold, der både pasienten og sykepleier ser på hverandre som likeverdige mennesker, er vesentlig for å skape en god opplevelse. Som Travelbee poengterer er det viktig å ikke ha et sykepleier-pasient-forhold da dette kan skape en barriere (Travelbee 1999).

4.7 Kritisk vurdering av litteratur og metodiske overveielser

Vi tok utgangspunkt i retningslinjer for oppgaveskriving fra Høgskolen i Gjøvik for å kunne gi en god besvarelse på vår oppgave. Selv om vi har forandret problemstillingen flere ganger så har vi forholdt oss til valgte tema. Den oppsatte framdriftsplanen har vært et godt verktøy i forhold til gjennomføring av oppgaven.

I søkeprosessen har vi sett at det ble gjort en del forskning rundt tema isolasjon på grunn av smitte hos pasienter på sykehus. Etter grundig søk basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier har vi funnet mange relevante artikler. Forfatterne vi har valgt blir

benyttet i flere av litteraturstudiene, og det anser vi som styrke med tanke på at forskningen er relevant og troverdig. Eksempelvis har Morgan mfl. (2009) henvist til en rekke artikler som vi har inkludert i vår oppgave. Vi tolket det som at forfatterne har tyngde innen valgte tema, og anser det som trygt å benytte artiklene. Gjennom forskningsartiklene blir både sykepleiere, leger og helsefagarbeidere inkludert. Likevel mener vi det er grunnlag for sammenligning selv om oppgaven vår har fokus på sykepleierrollen.

I drøftingsdelen ble det synlig at det er forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. Hovedsakelig brukes kvantitativ metode i de fleste studiene vi undersøkte nærmere. I tillegg blir det i noen studier brukt kvalitativ metode for å presisere resultatene bedre (Ward 2000; Mehrotra mfl. 2013). I studien til Mehrotra mfl. (2013) ble både kvantitativ og kvalitativ metode benyttet. Det viste seg at det var ingen signifikante forskjeller av opplevelsen i isolasjon ved kvantitativ undersøkelse, men derimot kom det frem forskjeller ved bruk av den kvalitative metoden. Vi ser dermed at kvalitativ metode egner seg best i forhold til vårt tema, da det omfatter den subjektive opplevelsen og det emosjonelle til pasienten. I intervju kommer følelser og reaksjoner lettere til syne. Kvantitative metoder gir derimot muligheten til å generalisere funn og vise oss hvor mange pasienter som har hvilke behov. Begge metodene er nyttige i vår oppgave, men kvalitativ forskning er nødvendig for å belyse den subjektive opplevelsen. I studiene til Rees mfl. (2000), Ward (2000), Evans mfl. (2003) og Findik mfl. (2012) var det få deltagere derfor kan det bli vanskelig å generalisere funnene. Vi anså likevel studiene som relevante da de tok for seg tiltak i forhold til isolerte pasienter. Det ble kommentert i studiene at det er behov for mer forskning i forhold til temaet isolasjon (Ward 2000; Findik mfl. 2012). Blanding av kvalitative og kvantitative studier medførte mange varierte og gode funn som belyste temaet i vår oppgave fra flere vinkler.

Målgruppen av pasienter i oppgaven vår kan være sårbare i isolasjonsperioden. Vi har derfor vært kritisk på studiene som inkluderte deltakelse og besvarelse fra pasientene. Det vil si at vi var mer kritisk over hvem som deltok i studien, og tok med i betraktning at det kan være pasienter som er mer robuste eller opplevde isolasjon på en bedre måte. Det kan gi muligheten for at besvarelsen vår refererer til pasienter som er mer robuste. I tillegg kan pasientene som hadde erfaring fra tidligere isoleringer ha innvirkning på funn siden de visste hva det innebar. Hvis det er tilfelle kan det vise seg at våre funn ikke er representative for å generalisere for hele befolkningen.

Vi anser som styrke at deltagerens anonymitet og sikkerhet ble ivaretatt i alle studiene. Studien til Ward (2000) og Findik mfl. (2012) var godkjent av etiske komite som er en styrke for artiklene.

Flere av studiene var kohortstudier. Det er studier som inkluderer kontrollgruppe. Vi oppfatter det som styrke fordi det sammenligner resultat i forhold til målgruppen i studien. Likevel må det vurderes kritisk at pasienten som var isolert hadde enerom, mens kontrollgruppen i de fleste studiene lå på flersengsrom (Gasink mfl. 2008; Findik mfl. 2012).

I følge våre inklusjonskriterier skal artikler kunne overføres til norske forhold og kultur. Alle artiklene er gjort i vestlige land. Vi har forstått det som at isolasjonskriterier, smitteregime og prosedyrer dermed er overførbar og sammenlignbare til det norske helsevesen og samfunn. Studien til Findik mfl. (2012) som ble gjennomført i Tyrkia har som svakhet at det kan være kulturforskjell mellom Norge og Tyrkia. Vi mener at det kan til en viss grad ha påvirket funn i studien gjennom sosiodemografiske forskjeller. Likevel inkluderte vi denne artikkelen fordi den tar for seg variabler som kjønn, utdanning, alder og lønnsnivå med tanke på opplevelsen av isolasjon. Sykehusene i USA kan ha individuelle forskjeller med tanke på at det kan være private og statlige. Det kan ha en innvirkning på behandling og opplevelsen av isolasjon. I tillegg kan det være forskjeller hos innlagte pasienter i forhold til sosiodemografiske aspekter, med hensyn til lønnsforskjeller.

Inkluderte artikler er skrevet på engelsk og det kan være en utfordring å unngå feiltolkning på grunn av oversettelse til norsk. Fagspråk og fagterminologi i artiklene kan også ha medført til eventuelle feiltolkninger (Dalland 2012).

5.0 Konklusjon

Våre funn viser at opplevelsen av isolasjon er individuell og kan påvirkes av flere faktorer. Faktorer som alder, kjønn og andre sosiodemografiske variabler kan påvirke opplevelsen av isolasjon. Det finnes positive og negative sider med det å være isolert. Positive aspekter med isolasjon er ro, enerom, ikke forstyrre andre medpasienter og være for seg selv. Negative aspekter kan være følelsen av ensomhet, kjedsomhet og det å være innesperret. Felleskap og refleksjon er viktige faktorer for den isolerte pasienten. For å hindre pasientens negative opplevelse av isolasjon må sykepleiere ha kunnskap og kompetanse om kommunikasjon, informasjon, opplæring og autonomi rundt temaet isolasjon. I tillegg må sykepleiere vise respekt, forståelse og høflighet til isolerte pasienter.

Å ivareta og trygge pasienten er viktig, slik at pasienten ikke opplever stress og truende situasjoner i isolasjon. Det er nødvendig for at isolerte pasienter ikke pådrar seg nye sykdommer, forverrer sykdomstilstanden eller får komplikasjoner. Dette stiller krav til helsepersonellens kunnskap om psykiske forandringer og prosedyrer om isolasjon. I tillegg er dokumentasjon nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Selv om pasienten er isolert er det viktig med observasjoner og målinger av vitale tegn. For å sikre god kontinuitet i pleie til pasienter som er isolerte er det nødvendig å opprette tiltak i behandlingsplanen.

Praktisk kunnskap skaper opplevelse av trygghet og sikkerhet hos isolerte pasienter. God samhandling mellom helsepersonell og pasient vil være svært avgjørende for en god opplevelse. Kompetanse, erfaringer og kunnskap hos sykepleiere er vesentlig for å skape tillit til isolerte pasienter. For å sikre at sykepleiere tilegner seg nødvendig kunnskap er det hjemlet i lover og retningslinjer. Ved å ha en bred kompetanse blir det lettere for sykepleiere å ha god praktisk kunnskap om opplevelsen, uønskede komplikasjoner og tiltak som kan forbedre opplevelsen.

Fasiliteter som tv, avis, telefon, vindu ut i avdelingen og variert kost kan redusere opplevelsen av kjedsomhet og ensomhet, dermed minske uønskede effekter av isolasjon.

En viktig faktor for å bidra til god opplevelse av isolasjon er kommunikasjon. Sykepleiere må ha kunnskap om mulige barrierer som kan være til hinder for kommunikasjon. Non-verbal og verbal kommunikasjon må samsvare med hverandre. Verbal kommunikasjon må kompensere når non-verbal kommunikasjon blir hindret av beskyttelsesutstyr som munnbind, hette og frakk. Når disse ikke samsvarer kan det skape forvirring og frustrasjon hos pasienten.

Ut i fra dette kan sykepleiere tilpasse informasjon som er nødvendig for at isolerte pasienter skal ha en god opplevelse av isolasjon. Denne må formidles både skriftlig og muntlig. Det vil være sykepleierens ansvar å informere på en forståelig måte slik at pasientene forstår informasjonen som blir gitt. Hvis pasienten har kunnskap om grunn og varighet av isolasjon vil det skape forutsigbarhet, og kan dermed redusere opplevelsen av angst og misnøye. Informasjon og opplæring gir også pasienten kontroll over egen situasjon. Tap av denne kontrollen kan medføre usikkerhet, frustrasjon og angst hos isolerte pasienter og påvirke opplevelsen av isolasjon negativt. Autonomi og brukermedvirkning må i størst mulig grad ivaretas for at pasienten kan ha kontroll over sitt eget liv. I tillegg er det viktig at pårørende også får informasjon og opplæring om forhåndsregler rundt isolasjon.

Isolasjon skal hindre spredning av smittsomme sykdommer, bakterier og mikrober. Derfor er antall besøk begrenset hos isolerte pasienter for å hindre smittespredning. Det skal likevel ikke gå utover den medisinske behandling til pasienten. En risiko-nytte vurdering må ligge til grunn før pasienten isoleres, da man ikke skal påføre pasienten skade. Selv om antall besøk skal begrenses må tiden inne hos isolerte pasienter utvides slik at pasienter får tid til meningsfulle samtaler som kan påvirke pasientenes opplevelser på en positiv måte.

Hver enkelt pasient har en subjektiv opplevelse av isolasjon og et individuelt behov for omsorg. Derfor er det viktig at sykepleiere inkluderer pasienten i behandlingen.

6.0 Litteraturliste

- Akselsen, P. E. og P. Elstrøm (2012) *Smittevern i helsetjenesten*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Album, D. (1996) *Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.
- Andreassen, G. T. mfl. (2010) Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås, H., D.-G. Stubberud og R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal, s. 61-105.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. 3rd ed. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Barratt, R. L., R. Shaban og W. Moyle (2011) Patient experience of source isolation: lessons for clinical practice. I: *Contemp Nurse*, 39(2), s. 180-93.
- Bjørø, K. og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 343-383.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Databasen for statistikk om høgre utdanning (2015) *Publiseringskanaler*. [online]. NSD. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (04.05.2015).
- DNMS (2004) *Lokal helseadministrasjon - sunnhetsloven av 1860*. [online]. URL: http://www.dnms.no/index.php?seks_id=116574&a=1&treeRoot=115081 (08.05.2015).
- Dreyfus, S. E. og H. L. Dreyfus (1980) *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley.
- Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. rev. og utv. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, H. L. mfl. (2003) Contact isolation in surgical patients: a barrier to care? I: *Surgery*, 134(2), s. 180-188.
- Findik, U. Y. mfl. (2012) Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. I: *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), s. 340-346.
- Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Veileder. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014 - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstituttet.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. utg. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetikkloven (2006) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikk> (22.04.2015).

Gammon, J. (1998) Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. I: *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), s. 84-96.

Gasink, L. B. mfl. (2008) Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected? I: *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 29(3), s. 275-278.

Hansen, I. (2009) Operasjonspasientens psykososiale behov. I: Dåvøy, G., P. H. Eide og I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 96-123.

Heggdal, K. (1999) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Universitetsforl.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) God kvalitet - Trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I, *St.meld. nr 10 (2012-2013)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (04.05.2015).

Høgskolen i Gjøvik (2014) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (09.03.2015).

Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011a) Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal, s. 337-385.

Kristoffersen, N. J. (2011b) Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 31-81.

Kristoffersen, N. J. (2011c) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal, s. 133-196.

Kristoffersen, N. J. (2011d) Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 161-206.

Kristoffersen, N. J. (2011e) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 207-270.

Kristoffersen, N. J. og P. Nortvedt (2011) Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*, s. 83-133.

Larsson, I., L. Palm og L. R. Hasselbalch (2008) *Patientkommunikation i praktiken : information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts akademiska.

Mehrotra, P. mfl. (2013) Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. I: *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(10), s. 1087-1093.

Morgan, D. J. mfl. (2009) Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. I: *American Journal of Infection Control*, 37(2), s. 85-93.

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. [online] NSF. URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile> (14.03.2015).

Norvoll, R. (2009) Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.), *Mellom mennesker og samfunn - Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal, s. 99-121.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker> (04.05.2015).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. utg. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.

Rees, J. mfl. (2000) Psychological effects of source isolation nursing (2): Patient satisfaction. I: *Nursing Standard*, 14(29), s. 32-36.

Slettebø, Å. og P. Nortvedt (2006) Autonomi som utfordring. I: Slettebø, Å. og P. Nortvedt (red.), *Etikk i helsefagene*. Oslo: Gyldendal, s. 193-213.

Smebye, K. L. og A. K. Helgesen (2011) Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal, s. 41-70.

Smittevernloven (1994) *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. [online] Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55/KAPITTEL_3 - KAPITTEL_3 (30.04.2015).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. [online] Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3 - KAPITTEL_3 (02.03.2015).

Stelfox, H. T., D. W. Bates og D. A. Redelmeier (2003) Safety of patients isolated for infection control. I: *Jama*, 290(14), s. 1899-1905.

Sykepleiernes samarbeid i Norden (1995) *Etiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden*. Oslo: Sykepleiernes samarbeid i Norden.

The National Commission for the Protection of Human subject of biomedical and Behavioral Research (1979) *The Belmont Report*. [online]. HHS. URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html> (22.04.2015).

Tjade, T. (2008) *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Interpersonal aspects of nursing. Oslo: Universitetsforlaget.

Vassend, O. (1997) *Kommunikasjon og pasientbehandling : praktisk psykologi for helsepersonell med eksempler fra odontologi*. Oslo: Spartacus.

Ward, D. (2000) Clinical. Infection control: reducing the psychological effects of isolation. I: *British Journal of Nursing*, 9(3), s. 162-170.

7.0 Vedlegg

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Navn på artikkel
Cinahl	1. Psychosocial effects 2. Patient isolation	1+2	43	Infection control: reducing the psychological effects of isolation Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients
Ovid Nursing Database	1.Patient isolation 2.Patient satisfaction	1 + 2	21	Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: A prospective Cohort Study. Psychological effects of source isolation nursing (2): Patient satisfaction
Ovid Nursing Database	1.Patient isolation 2.Health knowledge	1+2	24	Contact isolation for Infection Control in Hospitalized Patients. Is patient satisfaction affected?
Pub Med	1.Patient care 2.Contact isolation	1+2	19	Contact isolation in surgical patients: A barrier to care?
Pub Med	1. Quality of care 2.Infection control 3.Patient isolation	1+2 1+2+3	163 10	Safety of patients isolated for infection control