



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	237
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7905
Engelsk tittel *:	How does isolation affect patients with suspected or proven covid-19 infection?

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	5
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hvordan påvirker smitte av Covid-19 psykososiale behov hos isolerte pasienter?

How does covid-19 infection affect psychological well-being in isolated patients?

Kandidatnummer: 237

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.04.2021

Sammendrag

Bakgrunn: Covid-19 er en virusinfeksjon som smitter lett og krever isolering når pasientene legges inn på sykehus. Isolering er et sentralt tiltak innen utbruddshåndtering og sykdomskontroll, men er imidlertid assosiert med negative opplevelser for pasienten og negativ innvirkning på pasientens mentale helse.

Problemstilling: Hvordan påvirker smitte av Covid-19 psykososiale behov hos isolerte pasienter?

Metode: Litteraturstudie av artikler funnet i CINAHL og MEDLINE. Av totalt 177 artikler, ble 5 valgt ut og inkludert i denne oppgaven.

Resultat: Nesten alle pasienter opplever negative effekter av isolasjon. Det er en tydelig sammenheng mellom isolasjon og depresjon, angst og følelse av å bli stigmatisert. De negative effektene av isolasjon øker i takt med lengden på isolasjonen.

Konklusjon: For å ivareta psykososiale behov må pasientene få informasjon om sykdom, grunn til isolasjon og hvor lenge de skal være isolert, samtidig som de trenger å ha tilgang til sykepleiere. Det burde også vies mer oppmerksomhet til hvordan isolasjonsrommets utforming påvirker pasientene.

Nøkkelord: Covid-19, isolasjon, stigma, psykososiale behov, mental helse.

Abstract

Background: Covid-19 is a viral infection that is easily transmitted and requires isolation when patients are admitted to hospital. Isolation is a key measure in outbreak management and disease control, but is also associated with negative experiences for the patient and negative impact on the patient's mental health.

Problem: How does covid-19 infection affect psychological well-being in isolated patients?

Method: A literature review of articles found in CINAHL and MEDLINE. From a total of 177 articles, 5 was included in this review.

Results: Almost all patients experience negative effects of source isolation. There is a clear link between source isolation and depression, anxiety and stigma. The negative effects of source isolation increase with the length of stay.

Conclusion: In order to take care of patients psychological well-being, patients must be given information about their illness, the reason for isolation and how long they are going to be isolated. At the same time they need to have access to health personnel. More attention should also be paid to the physical features of the care environment.

Keywords: Covid-19, patient isolation, source isolation, stigma, mental health, psychological well-being, psychological distress.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	<i>Presentasjon av tema</i>	1
1.2	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.3	<i>Teoretisk grunnlag</i>	2
1.3.1	<i>Omsorgsteori</i>	2
1.3.2	<i>Covid-19</i>	3
1.3.3	<i>Kontaktmitte</i>	3
1.3.4	<i>Dråpesmitte</i>	4
1.3.5	<i>Isolasjon</i>	4
1.3.6	<i>Psykososiale behov</i>	6
2	Problemstilling	7
2.1	<i>Avgrensninger</i>	7
3	Metode	7
3.1	<i>Litteraturstudie som metode</i>	7
3.2	<i>Søkeprosessen</i>	7
3.3	<i>Avgrensninger av søk</i>	9
3.4	<i>Valg av litteratur</i>	9
3.5	<i>Kildekritikk</i>	11
3.6	<i>Metodekritikk</i>	11
3.7	<i>Etiske betraktninger</i>	12
4	Resultater	12
4.1	<i>The Psychological Burden of COVID-19 Stigma: Evaluation of the Mental Health of Isolated Mild Condition COVID-19 Patients</i>	12
4.2	<i>SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting</i>	13
4.3	<i>Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19</i>	13
4.4	<i>The stigmatisation of source isolation: a literature review</i>	14

4.5	<i>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review</i>	14
4.6	<i>Oppsummering av hovedfunn</i>	15
5	Diskusjon	15
5.1	<i>Isolasjon har negative effekter for pasienten</i>	15
5.2	<i>Viktig at sykepleieren er tilstede</i>	17
5.3	<i>Pasientene har behov for informasjon</i>	19
5.4	<i>Isolasjonsrommets utforming påvirker pasientens opplevelse av isolasjonen</i>	21
6	Konklusjon/oppsummering	23
6.1	<i>Relevans for praksisfeltet</i>	23
7	Referanseliste	24
8	Vedlegg	I
8.1	<i>Vedlegg 1: Søkehistorikk</i>	I
8.2	<i>Vedlegg 2: Eksempel på sjekkliste for forskningsartikler</i>	IV
8.3	<i>Vedlegg 3: Kritisk vurdering</i>	V
8.4	<i>Vedlegg 4: Litteraturmatrise</i>	VII
Tabell 1: PICO-skjema		8
Figur 1: Flytdiagram		10

1 Bakgrunn

1.1 Presentasjon av tema

Verdens Helseorganisasjon (WHO) uttrykte i starten av 2020 bekymring for spredning av et nytt koronavirus, kalt sars-CoV-2, som gir sykdommen covid-19. 11. Mars 2020 erklærte WHO covid-19 en pandemi (World Health Organization, 2020). På grunn av subtile symptomer for covid-19 blir alle pasienter, som trenger behandling på sykehus, screenet for Covid-19 i mottak. Dette gjøres fordi pasienter som mistenkes å være smittet av covid-19 eller som har påvist covid-19 skal isoleres for å beskytte personal og andre pasienter for viruset. Isolering er et sentralt tiltak innen utbruddshåndtering og sykdomskontroll, men er imidlertid assosiert med negative opplevelser for pasienten og negativ innvirkning på pasientens mentale helse (Stordalen, 2015, s. 185). Isolering i sykehus er en stor påkjenning for pasienten og kan føles som en livskrise (Rygh et al., 2016, s. 70). Nesten alle isolerte pasienter opplever en eller flere psykososiale problemer som følge av å ligge alene på isolat. Vanlige problemer pasienter på isolat opplever er blant annet kvalme, angst, skyldfølelse, ensomhet, rastløshet og sinne (Rygh et al., 2016, s. 80). Målet til sykepleieren er å begrense omfanget av disse problemene og hjelpe pasienten til å mestre situasjonen best mulig (Stubberud, 2019b, s. 88).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Temaet isolasjon er svært relevant i dagens samfunn med tanke på den pågående covid-19 pandemien. Jeg har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med Covid-19 fordi jeg jobber på medisinsk avdeling i Helse Bergen. Pasienter med påvist eller mistenkt smitte av Covid-19 som trenger innleggelse i regionen jeg jobber, blir lagt på isolasjonsrom på vår avdeling. På grunn av min erfaring med sykepleie til pasienter på isolat ønsker jeg å undersøke hva litteraturen sier om isolerte pasienters psykososiale behov og hvordan pasientene opplever å ligge isolert på sykehus under covid-19 pandemien. Jeg ønsker å skrive om hvordan sykepleiere kan arbeide for å unngå at pasientene føler seg ensomme og stigmatisert. Siden det er så mye ny forskning på temaet synes jeg dette er et veldig relevant og spennende tema som jeg ønsker å fordype meg i.

1.3 Teoretisk grunnlag

1.3.1 Omsorgsteori

Omsorg er et sentralt begrep i sykepleieteorien til Kari Martinsen. Hun beskriver omsorg som å knytte bånd og å inngå i relasjoner (Martinsen, 1990, s. 64). Omsorgen mellom en sykepleier og en pasient er en uegennyttig gjensidighet, der sykepleieren hjelper pasienten, uten å forvente å få noe tilbake. Mottakeren av omsorg, pasienten, er i en ikke-selvhjulpensituasjon, som vil si at hans velferd er avhengig av at sykepleier har omsorg for han (Martinsen, 2003, s. 73). Omsorgsteorien til Martinsen vektlegger sykepleierens skjønn, sanser og erfaringsbaserte kunnskap i møte med den enkelte pasient. Målet med sykepleierens omsorg er knyttet til pasientens subjektive opplevelse av egen situasjon, helse og velvære (Martinsen, 2003, s. 71). Denne omsorgen er betingelsesløs og har ikke som mål å fremme selvstendighet eller helse, men omsorgen er et mål i seg selv. Kari Martinsen beskriver tre dimensjoner av omsorg; omsorgens rasjonelle side, praktiske side og moralske side (Martinsen, 1990, s. 62).

1.3.1.1 Omsorgens relasjonelle side

Omsorg er en sosial relasjon og er forbundet med å hjelpe andre (Martinsen, 2003, s. 14). Martinsen forklarer omsorgens relasjonelle side som at sykepleieren må engasjere seg og vise interesse i pasienten, for å finne ut hva pasienten trenger. En må kunne fortolke den andres situasjon og møte pasienten ut fra hvordan han selv ville handlet i situasjonen hvis han kunne (Martinsen, 1990, s. 74).

1.3.1.2 Omsorgens praktiske side

Omsorg er ikke bare en grunnholdning, den ytrer seg i praktisk handling (Martinsen, 1990, s. 94). Omsorg blir utført i konkrete handlinger knyttet til konkrete situasjoner. Sykepleier må gjenkjenne pasientens situasjon ut fra sin egen erfaring, og delta aktivt i pasientens lidelse, ikke bare synes synd på pasienten (Martinsen, 2003, s. 16).

1.3.1.3 Omsorgens moralske side

Omsorgens moralske side handler om kvaliteten i relasjoner og hvordan vi er i disse relasjonene (Martinsen, 2003, s. 17). Moralen vises i hvordan arbeidet utføres (Martinsen,

1990, s. 62). Forholdet mellom mennesker er preget av avhengighet og makt (Martinsen, 2003, s. 47). Omsorgsmoral handler om hvordan vi lærer å bruke makt. Sykepleieren må handle ut i fra prinsippet om ansvaret for den svake eller syke (Martinsen, 2003, s. 17).

1.3.2 Covid-19

Covid-19 er en sykdom som kommer av viruset SARS-CoV-2 som ble oppdaget i slutten av 2019 (Folkehelseinstituttet, 2021b; World Health Organization, 2020). Viruset smitter hovedsakelig gjennom dråpesmitte, som vil si at smitte som regel skjer innenfor 1-2 meter av den smittsomme personen. Mye tyder på at risiko for smitte avtar med økende avstand og smitterisikoen reduseres med 80% hvis man holder én meter avstand til smittede personer. Covid-19 kan også smitte via kontaktsmitte, slik som direkte kontakt med en smittsom person eller indirekte via kontakt med overflater som er forurenset med virus (Folkehelseinstituttet, 2021b). De vanligste symptomene på Covid-19 er feber, tørrhoste og trøtthet. Hodepine, muskelsmerter, sår hals og nedsatt smaks- og luktesans er også relativt vanlige symptomer. Mindre vanlige symptomer inkluderer blant annet tungpust og brystmerter (World Health Organization, u.å). Sykdomsforløpet ved covid-19 varierer mye fra person til person, og de fleste får milde symptomer og har ikke behov for helsehjelp. 20% av personer som får covid-19 trenger behandling på sykehus (Folkehelseinstituttet, 2021b). Eldre mennesker og personer med kroniske sykdommer som for eksempel alvorlig astma, diabetes, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og immunsvikt har økt risiko for et alvorlig forløp av Covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021f). Ved testing for Covid-19 tar det som regel nasofarynksprøve, men det er også mulig å påvise viruset ved fremre neseprøve, spyttprøve, svelgprøve eller prøve av nedre luftveier (Folkehelseinstituttet, 2021d). Det er ingen behandling for Covid-19, men det finnes flere vaksiner mot viruset. I slutten av januar 2021 var tre vaksiner godkjent i Norge: Pfizer, Moderna og AstraZeneca (Folkehelseinstituttet, 2021a).

1.3.3 Kontaktsmitte

Kontaktsmitte skjer ved at smitemottakeren er i direkte kontakt med smittestoffet. Dette skjer som oftest via fysisk kontakt med mennesker eller dødt materiale (Stordalen, 2015, s. 35). Indirekte kontaktsmitte skjer gjennom et forurenset mellomledd, slik som for eksempel dørhåndtak, instrumenter, arbeidstøy, sengetøy osv. For å bryte smitteveiene for

kontaktsmitte er det svært viktig med god håndhygiene og riktig bruk av beskytteshansker (Stordalen, 2015, s. 37).

1.3.4 Dråpesmitte

Dråpesmitte er en form for indirekte kontaktsmitte. Smittestoff spres ut fra den smittede i form av dråper. Dette skjer blant annet ved hosting, nysing, snakking eller ved søl/sprut av kroppsvæsker som urin, blod, puss, osv. Dråpesmitte smitter ca. 1 meter fra smittebæreren (Stordalen, 2015, s. 39-40). Dråpesmitte kan i mange tilfeller hindres ved å hoste og nyse i albuen, samt god håndhygiene.

1.3.5 Isolasjon

Isolasjon kan enkelt forklares som å avskjære pasienten fra omgivelsene, og er en god måte å bryte smittekjeden ved å blokkere smitteveiene (Nordal, 2018; Rygh et al., 2016, s. 75). Formålet med isolering er å beskytte personale, andre pasienter og pårørende mot smitte. Enkelte pasienter kan også isoleres for å beskytte pasienten selv, hvis pasienten for eksempel har nedsatt immunforsvar (Stordalen, 2015, s. 185). Hvilke isolasjonsregimer som iverksettes blir vurdert ut i fra kontrollen over smittestoffet og ut i fra smitemåten til smittestoffet (Rygh et al., 2016, s. 75). De ulike typene isolasjon er kontaktsmitteregime, dråpesmitteregime og luftsmitteregime (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 32).

1.3.5.1 Kontaktsmitteregime

Ved kontaktsmitte brukes fortrinnsvis enerom med eget bad. Pasienter med diaré eller oppkast forårsaket av mage- eller tarminfeksjoner eller med sår med ukontrollert sekresjon må isoleres med kontaktsmitteregime (Rygh et al., 2016, s. 77). Sykeleier må bruke hansker inne hos pasienten, og skal bruke smittefrakk i direkte kontakt med pasienten eller pasientens omgivelser. Ved kontaktsmitte skal munnbind og briller brukes om det er fare for sprut av infeksjøs materiale (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 32).

1.3.5.2 Dråpesmitteregime

Dråpesmitteregime er aktuelt ved blant annet influensa, hjernehinnebetennelse, kusma, røde hunder og konjunktivitt (Stordalen, 2015, s. 194). Ved dråpesmitte gjelder de samme

reglene som ved kontaktsmitte, men munnbind skal brukes dersom man oppholder seg nærmere enn 1 meter fra pasienten. Brillor eller visir kan vurderes å bruke når man er nærmere pasienten enn 1 meter, spesielt hvis pasienten hoster. Lue og hette er normalt sett ikke nødvendig (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 35). Pasienter som isoleres med dråpesmitte skal isoleres på enerom, helst med sluse (Rygh et al., 2016, s. 78).

1.3.5.3 Luftsmitteregime

Pasienter med alvorlige smittsomme sykdommer, der mikrobene spres via støv eller små dråper (aerosoler), skal isoleres med luftsmitteregime (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 9).

Eksempler på slike smittsomme sykdommer er tuberkulose, lungepest og meslinger.

Pasienten skal isoleres på enerom med sluse og eget bad med dekontaminator, og det skal være undertrykksventilert slik at man hindrer smitte ut i avdelingen. Personell og pårørende skal bruke smittefrakk, hansker, hette, munnbind eller åndedrettsvern, brillor eller visir når de skal inn på isolatet (Stordalen, 2015, s. 195).

1.3.5.4 Isolasjon ved Covid-19 smitte

Covid-19 smitter hovedsakelig via kontakt- og dråpesmitte, og vil derfor følge retningslinjene til dråpesmitte. Siden Covid-19 i noen tilfeller har smittet via luftsmitte, blir det brukt en forsterket versjon av dråpesmitteregime (Folkehelseinstituttet, 2021b). I Helse Bergen brukes visir eller brillor i all nærkontakt med pasienter smittet med Covid-19. I tillegg brukes åndedrettsvern og hette ved aerosolgenererende prosedyrer som intubasjon og suging av luftveier (Helse Bergen, 2020). Begrepet isolasjon betyr vanligvis at pasienten legges på enerom (Stordalen, 2015, s. 181). Under Covid-19-pandemien har smittetrykket vært så høyt at flere steder har innført kohortisolering. Kohortisolering innebærer at flere pasienter med samme smittestoff isoleres i samme rom (Folkehelseinstituttet, 2021e). I blant annet Korea har de etablert egne «Community treatment centers» (CTC) for å ta vare på pasienter med milde symptomer på Covid-19. CTC kan forklares som en mellomting mellom hjemmeisolering og isolering på sykehus (Kang et al., 2021, s. 2). Norske sykehus har opprettet pandemiplaner der kohortisolering er et alternativ hvis det legges inn flere pasienter med Covid-19 enn det sykehusene har isolasjonsrom til (Helse Bergen, 2021, s. 19). Personer som er smittet med Covid-19, men som ikke har behov for behandling på sykehus må isolere seg hjemme (Helsedirektoratet, 2021). Når det gjelder lengden av isolasjonen er

det svært varierende hvor lenge pasienter må holdes isolert. Pasienter med covid-19 skal være isolert i minst 10 dager fra symptomdebut. Det er sjelden behov for å være isolert mer enn 20 dager på grunn av covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021c).

1.3.6 Psykososiale behov

Psykososiale behov er en fellesbetegnelse for psykiske og sosiale behov som har betydning for fysisk og mental helse (Svartdal, 2020). Psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell del og en relasjonell del. Den emosjonelle delen handler om pasientens forhold til seg selv og omgivelsene sine, og innebærer blant annet følelser, reaksjoner, sinnsstemning og hvordan pasienten opplever å være pasient. Den relasjonelle delen handler om behovet for fellesskap, slik som behovet for støtte, sosial kontakt og behovet for en relasjon til andre mennesker (Stubberud, 2019a, s. 18).

1.3.6.1 Ivaretagelse av psykososiale behov

Sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). For å begrense uønskede effekter av isolasjon er det viktig at sykepleier bruker tid inne hos pasienten, slik at pasienten opplever kontinuitet og stabilitet. Man kan gjerne gå inn til pasienten, selv om han ikke har ringt i snora. I følge Rygh et al. burde isolerte pasienter få minst én time samtale utenom dagligdagse gjøremål (2016, s. 80). Ved å bruke tid hos pasienten får man muligheten til å observere pasientens psykiske tilstand slik at man kan reagere raskt ved forandring. Sykepleieren må lære pasienten å kjenne for å kunne ivareta pasientens psykososiale behov. Dette kan gjøres ved å tilstrebe en god dialog, samt spørre pasienten hva han trenger og gjøre pasienten til en aktiv deltager (Stubberud, 2019b, s. 101). Sykepleieren burde også hjelpe pasienten til sosial kontakt med pårørende, for eksempel via videosamtale. Ved å vise empati og være tilstede for pasienten kan sykepleieren styrke håp og mestring hos pasienten (Stubberud, 2019b, s. 89). Noen verktøy sykepleier kan bruke for å avlede stress og redusere angst er å bruke musikk og humor for å hjelpe pasienten til å fokusere på andre ting enn ubehaget ved å være isolert (Stubberud, 2019b, 111, 117). Tilstrekkelig informasjon er også viktig for at pasienten skal mestre isolasjonen. Sykepleieren må gjenta informasjonen, spesielt det som blir sagt om sykdommen og isoleringstiden (Rygh et al., 2016, s. 80).

2 Problemstilling

Som følge av tema som beskrevet over, vil jeg fremstille følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker smitte av Covid-19 psykososiale behov hos isolerte pasienter?»

2.1 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til å handle om voksne pasienter over 18 år som er isolert på sykehus med et mildt forløp av Covid-19. Siden covid-19 er et veldig nytt tema, har jeg valgt å inkludere artikler som handler om isolering ved andre infeksjoner. Jeg har da ekskludert de artiklene som handler spesifikt om én type infeksjon, men inkludert de som studerer betydningen isolasjon har på psykososiale behov. Artikler som handler om isolering i hjemmet eller på sykehjem er ikke inkludert i denne oppgaven. Jeg har også ekskludert artikler som omhandler personer som er isolert på grunn av psykiske lidelser. Jeg vil også inkludere hvordan sykepleier på en omsorgsfull måte kan ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter med smitte av Covid-19.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er fremgangsmåten som brukes for å samle inn kunnskap og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Thidemann, 2019, s. 68; Christoffersen et al., 2015, s. 18). Denne oppgaven tar utgangspunkt i metoden litteraturstudie, som er en systematisk gjennomgang av publisert forskning for å svare på en problemstilling. Litteraturstudier skal samle inn litteratur innenfor en bestemt problemstilling, gå kritisk gjennom den og deretter oppsummere resultatene (Thidemann, 2019, s. 77-80). Litteraturstudien skal også forklare hvordan man har kommet frem til kunnskapen, samt beskrive hvilke valg som er tatt underveis mot målet (Dalland, 2017, s. 214).

3.2 Søkeprosessen

I søket etter forskningsartikler har jeg brukt databasene CINAHL og MEDLINE. Jeg har også søkt i databasene PsycINFO og Cochrane, men uten resultat. Problemstillingen har jeg satt inn i PICO (Tabell 1) for å gjøre den presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 86-87;

Folkehelseinstituttet, 2016a). Søkordene har jeg oversatt til engelske MeSH (medical subject headings) ved hjelp av SveMed+ og helsebiblioteket sin MeSH-ordbok. Jeg har også lagt søkordene inn i CINAHL for å finne aktuelle CINAHL subject headings.

Søkordene jeg har brukt i oppgaven min er:

- Covid-19
- Patient isolation
- Source isolation
- Mental health
- Psychological well-being
- Psychological distress

I databasen PsycINFO brukte jeg også søkordet «hospitals» for å rette søket inn mot somatiske sykehus i stedet for psykiatriske avdelinger og annen psykisk helsehjelp. I søkehistorikken (Vedlegg 1) har jeg vist hvordan jeg har brukt søkordene og de boolske operatørene OR og AND i de ulike databasene for å søke etter forskning.

Tabell 1: PICO-skjema

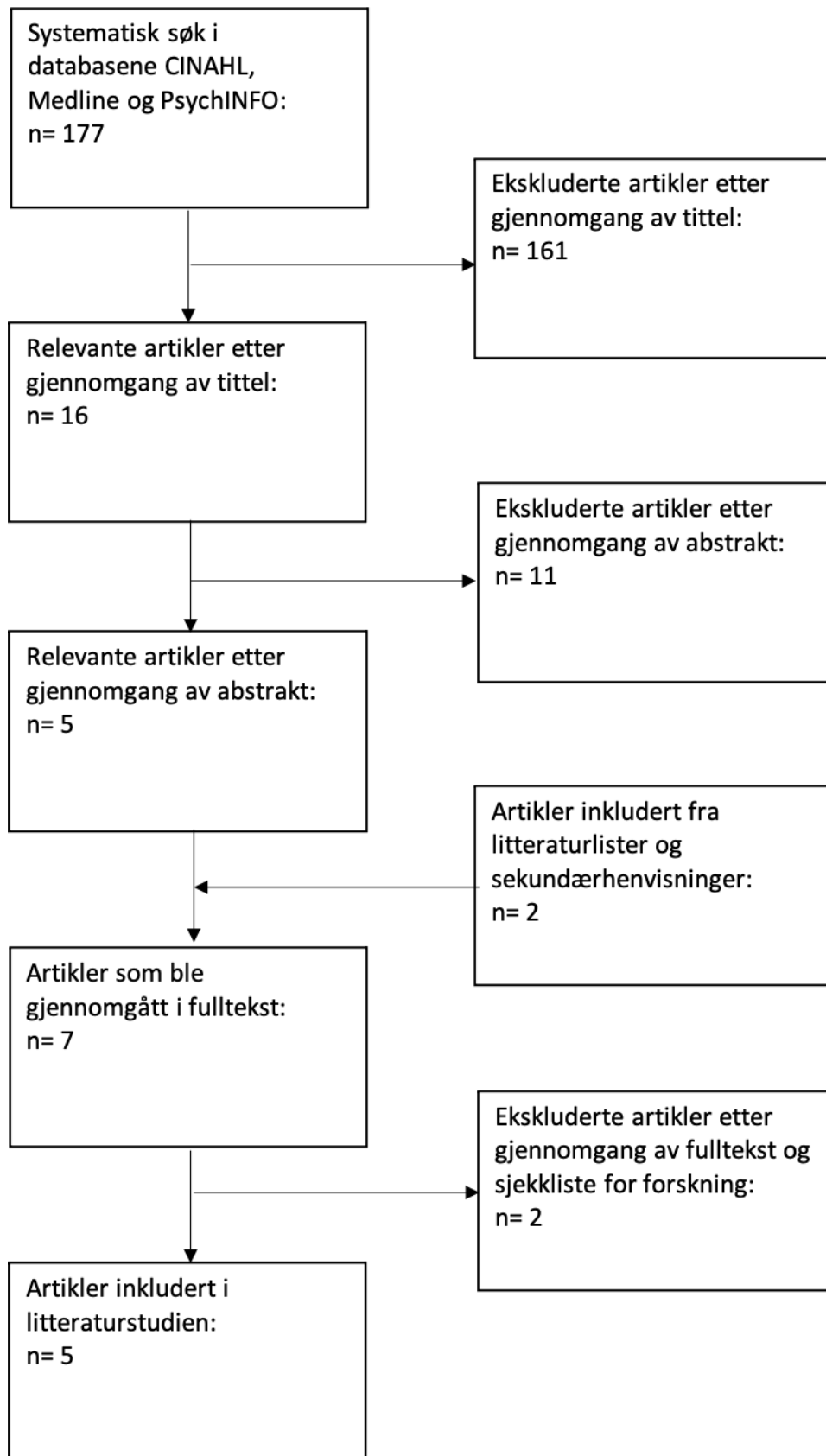
	P (Population/problem)	I (Phenomenon of interest)	Co (Context)
Problemstilling	Pasienter med påvist eller mistenkt covid-19	Psykososiale behov	Alene i isolat på sykehus
Norske søkeord	- Koronavirus	- Psykososiale behov - Mental helse	- Isolasjon - Sykehus - Sykehusavdeling
Engelske søkeord	- Covid-19 - Coronavirus	- Psychological well-being - Psychological distress - Mental health	- Source isolation - Patient isolation - Hospitals - Hospital unit

3.3 Avgrensninger av søk

Søket er begrenset til å inkludere artikler fra 2015 til 2021. Artikler som ikke var tilgjengelige på engelsk eller et av de skandinaviske språkene er ekskludert fra oppgaven. Jeg har ikke begrenset forskningen til å gjelde spesielle land, da covid-19 er en verdensomfattende pandemi. Alle artiklene i denne litteraturstudien er fagfelleverderte.

3.4 Valg av litteratur

Etter å ha søkt etter forskning endte jeg opp med 177 artikler. Jeg silte deretter ut de artiklene som ikke var relevante for problemstillingen min. Dette er vist i flytskjema (Figur 1). Søkeresultatene ble gjennomgått for å lete etter relevante titler. Dersom artikkelen hadde relevant tittel ble abstraktet lest for å få informasjon om formålet med studien samstemte med min problemsstilling. Deretter ble fulltekst gjennomgått og fagfelleverderte artikler som handlet om pasienters opplevelse av Covid-19 og isolasjon i sykehus ble valgt ut for kritisk gjennomgang. Til slutt valgte jeg 5 artikler som ble inkludert i oppgaven, 2 fra CINAHL, 1 fra MEDLINE og 2 fra litteraturlistene til artikler funnet i det innledende søket. De to artiklene jeg fant i litteraturlistene ligger også på CINAHL.



Figur 1: Flyttdiagram

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere litteraturen som er benyttet og reflektere over hvilken relevans og gyldighet litteraturen har (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). I denne oppgaven er det brukt både primær- og sekundærstudier. Bruk av sekundærstudier slik som litteraturstudier kan være en fordel fordi de går kritisk gjennom og sammenfatter eksisterende forskning, men det kan også være en svakhet fordi de opprinnelige studiene kan ha blitt feiltolket av forfatteren (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162-163). Alle studiene følger IMRaD-strukturen, er fagfellevurdert og har gjennomgått sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Vedlegg 2 er et eksempel på en slik sjekklister. Siden Covid-19 er en relativt ny verdensomspennende pandemi, og det ikke har kommet norsk forskning som er relevant for min problemstilling, har jeg valgt å inkludere artikler fra andre land, blant annet Australia, Kina og Korea. Forfatterne av de ulike artiklene har selv tatt for seg svakheter ved studiene sine. Disse svakheter, samt min egen kritiske vurdering av artiklene er lagt ved i Vedlegg 3. I tillegg til forskningsartiklene har jeg brukt pensumlitteratur og annen faglitteratur for å presentere teori og vurdere funnene som kommer frem i resultatdelen. Det har blitt brukt primærkilder så langt det har latt seg gjøre. Jeg har også brukt nettbasert informasjon om Covid-19, hentet fra anerkjente organisasjoner som WHO, Folkehelseinstituttet og liknende.

3.6 Metodekritikk

Metodekritikk handler om å reflektere over hvordan metoden fungerte, og om den var egnet for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s. 55). I arbeidet med denne litteraturstudien har jeg søkt i databaser som er tilgjengelige via Høgskulen på Vestlandet. Selv om jeg søkte i flere databaser er det kritikkverdige at jeg bare har inkludert artikler fra to databaser. Siden jeg ikke har søkt systematisk etter litteratur på denne måten før, kan jeg ha gått glipp av artikler som er relevante for oppgaven min. Alle artiklene jeg har brukt er publisert på engelsk, som kan ha blitt feiltolket fordi jeg ikke er kjent med å lese engelsk faglitteratur. Litteraturstudie har sine begrensninger, som for eksempel mangel på artikler som handler om det jeg skriver om. Det kunne kanskje fungert bedre med intervjuer for å få svar på hvordan isolasjon med Covid-19 påvirker norske pasienter. Utenom dette synes jeg litteraturstudie har fungert godt til å svare på min problemstilling.

3.7 Ethiske betraktninger

Bacheloroppgaven er skrevet etter Høgskulen på Vestlandet sin veileder for bacheloroppgaver ved fakultetet for helse- og sosialvitenskap. Som sykepleierstudent har jeg taushetsplikt overfor pasientene mine, både i praksis og på jobb, derfor har jeg valgt å holde arbeidsplassen min anonym, men inkludert hvilket helseforetak jeg jobber i (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Litteraturen i oppgaven refereres til med referansestilen APA 7th. Jeg har vært bevisst på å være tro mot innholdet i litteraturen, og bare referert det som står. På denne måten gjør jeg det tydelig hva som er mine egne ord, og hva som er hentet andre steder.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene til oppgavens forskningsartikler. For mer informasjon om artiklenes hensikt og metode se litteratormatrise i Vedlegg 4.

4.1 The Psychological Burden of COVID-19 Stigma: Evaluation of the Mental Health of Isolated Mild Condition COVID-19 Patients

Kang et al. (2021) hadde som hensikt å evaluere den psykiske helsen til isolerte pasienter med et mildt forløp av Covid-19. Den første uken i isolasjon hadde 24,3% av pasientene moderat eller alvorlig depresjon. Andelen pasienter med alvorlig depresjon økte fra 6,5% i uke 1 til 15,6% i uke 4 (Kang et al., 2021, s. 6). Tidligere historie med psykisk sykdom i tillegg til opplevelse av stigma rundt infeksjonen med Covid-19 var de største risikofaktorene for å utvikle depresjon under isolasjonen. Studien viser at tidligere historie med psykisk sykdom og opplevelse av Covid-19-stigma også var assosiert med angst og PTSD (Kang et al., 2021, s. 5). Det var ingen stor endring i andelen pasienter med angst eller PTSD i løpet av fire uker i isolasjon, men det var en noe høyere andel pasienter med selvmordsrisiko i uke 4 (Kang et al., 2021, s. 6). Somatiske symptom var de hyppigste rapporterte symptomene den første uken i isolasjon. De mest vanlige symptomene var hodepine, diaré eller obstipasjon og lavt energinivå (Kang et al., 2021, s. 7).

4.2 SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting

Shaban et al. (2020) studerte hvordan isolerte pasienter med Covid-19 opplevde å bli smittet med Covid-19 og være isolert på sykehus. Pasientene beskrev både positive og negative sider ved å være isolert. Noen av de negative følelsene rundt å være smittet med Covid-19 var bekymring for å bli stigmatisert av andre og redselen for å ha smittet andre, spesielt venner og familie. Noen pasienter hadde skyldfølelse for at de kunne risikere å smitte sykepleierne, samt å bruke ressursene til sykehuset, når de ikke var kritisk syke. De negative følelsene av å være smittet var tett knyttet til de fysiske egenskapene til isolasjonsrommene. Flere pasienter følte at isolasjonsrommet gjorde at de følte seg frakoblet fra verden utenfor. Noen av pasientene hadde ikke vindu eller tv på rommet som førte til negative opplevelser knyttet til mangel på sosial interaksjon, mangel på døgnrytme og psykisk smerte. Enkelte pasienter problematiserte redusert bevegelsesfrihet og savnet muligheten til å trene mens de var isolert (Shaban et al., 2020, s. 1448). De psykologiske konsekvensene økte med lengden på isolasjonen og for å minske konsekvensene av isolasjonen brukte pasientene smarttelefoner for å holde kontakt med familie og venner (Shaban et al., 2020, s. 1449). Positive opplevelser av å være isolert var knyttet til profesjonaliteten til pleierne og kvaliteten på pleien. Denne økte tilliten til helsevesenet minsket pasientenes opprinnelige bekymringer (Shaban et al., 2020, s. 1448). Pasientene opplevde vansker med å kommunisere med pleiepersonalet på grunn av personalets redsel for å bli smittet. De ønsket også mer informasjon om sykdommen, behandling og prognose, men opplevde at legene ikke hadde tid til å informere dem godt nok (Shaban et al., 2020, s. 1449).

4.3 Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19

Ma et al. (2020) skriver om utbredelsen av depresjon og dets sammenheng med livskvalitet hos klinisk stabile pasienter med Covid-19. Depresjon var svært utbredt hos pasienter med Covid-19 innlagt på isolasjonssykehus. 43,1% av pasientene fikk en PHQ-9 score over 5, som vil si at pasienten har depresjon. 24,5% hadde mild depresjon, 12,1% hadde moderat depresjon og 6,5% hadde alvorlig depresjon (Ma et al., 2020, s. 146). Studien viser at depresjon hadde en sterk sammenheng med livskvalitet hos pasienter med Covid-19 (Ma et

al., 2020, s. 147). Pasienter med depresjon scoret gjennomsnittlig 5,33 og pasienter uten depresjon scoret gjennomsnittlig 6,4 på den kinesiske versjonen av World Health Organization Quality of Life – brief version (WHOQOL-BREF). Høyere score indikerer bedre livskvalitet (Ma et al., 2020, s. 146). Kvinner, pasienter med et alvorlig forløp av Covid-19 og pasienter med familiemedlemmer smittet med Covid-19 hadde større sannsynlighet for å få depresjon. Det kommer også fram i studien at høyere bruk av sosiale medier for å tilegne seg informasjon om Covid-19 senket risikoen for depresjon (Ma et al., 2020, s. 147).

4.4 The stigmatisation of source isolation: a literature review

Gammon et al. (2019) fant en klar sammenheng mellom stigma og isolasjon i sin litteraturstudie og at stigma har negativ effekt på pasienter isolert i sykehus (Gammon et al., 2019, s. 677). Redusert kontakt med andre pasienter, begrenset mulighet til besøk, mindre samhandling med sykepleiere og brudd på rutiner kan føre til følelse av å være forlatt, ensomhet, sosial isolasjon og stigma. Disse følelsene kan forlenge tilfriskningstiden og føre til psykisk stress (Gammon et al., 2019, s. 681). Pasientene sa de ikke hadde kontroll over egen situasjon og flere hadde ikke forståelse for sykdommen sin og hvorfor de måtte være isolert. Enkelte studier trakk frem at pasientene verdsatte privatliv og stillheten i isolasjon på nattestid, men at de savnet å være sosiale med andre pasienter på dagtid (Gammon et al., 2019, s. 682). Flere av studiene fremhever den psykiske belastningen av å være smittet og å skulle «oppføre seg riktig» for å beskytte andre mot smitte (Gammon et al., 2019, s. 682, 687). Litteraturstudien viser at pasientene har vanskeligheter med å skille sykepleierne fra hverandre på grunn av beskyttelsesutstyr og at de opplever misnøye fordi de ikke kan se ansiktsuttrykk hos sykepleieren. Bruk av beskyttelsesutstyr øker pasientenes frykt og opplevelse av å bli stigmatisert og skaper en barriere mellom pasient og pleier (Gammon et al., 2019, s. 687-688).

4.5 Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review

Flesteparten av studiene i litteraturstudien til Abad et al. (2010) viste at isolasjon hadde negativ effekt på pasientens psykiske helse, herunder høyere score på angst og depresjon, mer sinne, frykt og ensomhet, og lavere selvtillit. Alvorlighetsgraden på depresjonen økte i takt med lengden på isolasjonen (Abad et al., 2010, s. 98). I en av studiene sa noen av

pasientene at de følte seg forlatt og klagde på mangel på oppmerksomhet fra sykepleieren. I den samme studien hadde over halvparten av pasientene positive opplevelser med isolasjon, inkludert større frihet og privatliv. To studier viste ingen forskjell i pleie eller kvalitet på pleie hos isolerte pasienter og pasienter som ikke er isolert. På den andre siden fant en annen studie at pleierne gikk inn til isolerte pasienter halvparten så mange ganger som de gikk inn til ikke-isolerte pasienter, i tillegg til at de brukte kortere tid inne hos isolerte pasienter (Abad et al., 2010, s. 99). Resultatene fra litteraturstudien viser at det var lavere pasientsikkerhet hos isolerte pasienter og at isolerte pasienter hadde åtte ganger så høy sannsynlighet for å oppleve svikt i pleien i form av fall, trykksår og elektrolyttforstyrrelser (Abad et al., 2010, s. 101).

4.6 Oppsummering av hovedfunn

- Isolasjon har negativ innvirkning på pasientenes psykiske helse, denne øker i takt med lengden på isolasjonen.
- Pasientene føler seg stigmatisert på grunn av infeksjonen og på grunn av at de er isolert.
- Sykepleiere går sjeldnere inn til isolerte pasienter enn til pasienter ellers i avdelingen.
- Pasientene synes ikke de får nok informasjon om sykdom, grunn til isolasjon og hvor lenge de skal være isolert.
- Pasientene opplever beskyttelsesutstyr som en barriere mellom dem og pleieren.
- Hvordan isolasjonsrommet er utformet har stor betydning for pasientenes opplevelse av å være isolert.

5 Diskusjon

5.1 Isolasjon har negative effekter for pasienten

Isolasjon påvirker pasienten negativt, noe som viser seg ved at pasienten opplever følelser som å være forlatt, ensomhet, sinne og redsel, som igjen kan føre til angst og depresjon. I tillegg til angst og depresjon føler mange pasienter på skam og skyld over å være isolert, fordi de er redde for å smitte andre, og fordi de bruker sykehusressurser, selv om de ikke har et alvorlig forløp av Covid-19. Isolasjon fører også til at pasientene føler seg skitne og farlige,

som også blir forsterket når pleierne kommer inn i smittevernsutstyr. Å bli isolert føles gjerne som en livskrise for pasienten, og mye tyder på at det er mye stigma knyttet til å være smittet med Covid-19. Disse negative effektene av isolasjon ser ut til å øke jo lengre pasienten er isolert. Som sykepleier har man et spesielt ansvar for å følge med på pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, og prøve å forstå denne opplevelsen. Mye tyder på at pasienter føler på mye usikkerhet når de er isolert, blant annet mangel på daglig rytme og at de mister kontroll på tiden. Dette stemmer også med faglitteratur som skriver at de vanligste problemene som oppleves i isolasjon er angst, forvirring når det gjelder tid, irritasjon, frihetsberøvelse, m.m. (Rygh et al., 2016, s. 80). På den andre siden er det viktig å nevne at enkelte pasienter opplever isolasjon som noe positivt. Pasienter forteller at de fikk stor tro på sykepleierne, og opplevde sykepleierne som kunnskapsrike og følte seg derfor trygge under isolasjon. Enkelte satt også stor pris på privatliv og ro som følge av at de var isolert på enerom. I tillegg kan enerom gi pasienten mer frihet, fordi de ikke trenger å ta hensyn til andre pasienter og kan i større grad planlegge dagen sin. Følelse av kontroll kan bidra til at pasientene mestrer tilværelsen på isolat bedre, og dermed unngår negative effekter av isolasjon (Abad et al., 2010, s. 98-99; Gammon et al., 2019, s. 682, 688-689; Kang et al., 2021, s. 6, 8-9; Ma et al., 2020, s. 147; Nortvedt, 2016, s. 54; Rygh et al., 2016, s. 70, 80; Shaban et al., 2020, s. 1448-1449).

Pasienter som har psykiske lidelser fra før av er ekstra utsatt for negative effekter av isolasjon. Det betyr at man må kartlegge tidligere sykehistorie i tillegg til å kartlegge hvordan pasienten påvirkes psykisk av å være isolert, slik at man raskere kan oppdage forverring. Siden isolasjon går på bekostning av pasientens psykiske helse, og dette forverres ved lengre isolasjon, må man være raske til å teste pasientene for Covid-19 slik at man unngår at pasienter er isolert unødvendig. Emosjonell og sosial støtte er faktorer som kan bidra til å redusere de negative effektene av isolasjon. Støtte er sentralt i mestring av ukjente situasjoner og livskriser, og betydningen av emosjonell og sosial støtte blir tydeligere når man blir syk. Pasientene i isolasjon har behov for fellesskap, kontakt med andre og opplevelse av støtte fra andre. Man kan ivareta disse psykososiale behovene ved å tilrettelegge for kontakt med familie og venner gjennom videosamtale og sosiale medier. Mange pasienter har egen smarttelefon eller nettbrett som kan brukes til dette. Ellers kan man la pasienten kontakte familie og venner med en av avdelingens telefoner. Min erfaring

fra praksis er at pasienter som får besøk, eller som har telefonkontakt med familie og venner ikke føler seg så alene, og dermed får et bedre opphold på isolasjon (Abad et al., 2010, s. 99; Gammon et al., 2019, s. 689-690; Kang et al., 2021, s. 5, 9; Ma et al., 2020, s. 147; Shaban et al., 2020, s. 1449; Stubberud, 2019a, s. 18).

Når pasienter er isolert med en smittsom sykdom er det vanskelig å opprettholde pasientens autonomi. Pasienter med allmennfarlige smittsomme sykdommer, slik som Covid-19, kan bli isolert mot sin egen vilje i henhold til smittevernloven (1994, § 5-3). Dette får konsekvenser for pasientens selvbestemmelsesrett, fordi pasienten ikke kan velge om han vil bli isolert eller ikke. Da blir det enda viktigere at man arbeider på en måte som gjør at pasienten får mulighet til å forme sin egen pleie, og opplever å bli anerkjent og ikke umyndiggjort. Dette kan gjøres ved å skrive dagsplan sammen med pasienten slik at pasienten selv kan velge når han ønsker visitt og at han får bestemme døgnrytme selv. Ved å ha en god dialog med pasienten kan pasienten få bedre kontroll over hva som er planen videre. Å styrke pasientens følelse av å ha kontroll over eget liv er en viktig faktor for å ivareta psykososiale behov og den psykiske helsen til pasienten (Gammon et al., 2019, s. 682; Regjeringen, 2020; Rygh et al., 2016, s. 81; Stubberud, 2019b, s. 101).

5.2 Viktig at sykepleieren er tilstede

Møtene mellom pasient og sykepleier blir færre og kortere når pasienten er isolert, fordi pleierne bruker lang tid på å kle seg i smittevernsutstyr, og dermed har enda kortere tid å bruke inne hos pasienten. Mye tyder på at smittevernsutstyr er en barriere for kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og pleier. Pasientene har vanskelig for å skille pleierne fra hverandre og er misfornøyde med å ikke se smil og ansiktsuttrykk hos pleierne. Sykepleiernes bruk av smittevernsutstyr kan også føre til at pasientene føler seg stigmatisert og «skitten». Samtidig er enkelte pleiere redde for å bli smittet, selv om de bruker smittevernsutstyr, og dette kan føre til at de er enda kortere inne hos pasientene. På den andre siden kan det se ut som at pasienter i isolasjon tåler at sykepleiere ikke er like ofte inne hos dem, og at dette tilsynelatende ikke fører til uønskede effekter av isolasjon. En av studiene som ble analysert av Abad et al. viste at bare 3 av 39 pasienter mente at isolasjon førte til at de fikk dårligere pleie enn pasienter som ikke var isolert (Abad et al., 2010, s. 99). I kontrast til dette viser studien til Gammon et al. at hyppig kontakt mellom pleier og pasient

kan føre til at pasienten ikke føler seg sosialt ekskludert, noe som kan redusere de negative effektene av isolasjon (Abad et al., 2010, s. 99; Gammon et al., 2019, s. 687, 689; Shaban et al., 2020, s. 1449).

Min erfaring fra jobb er at pasienter i isolasjon ikke får besøk av sykepleier like ofte som andre pasienter, fordi det tar tid å kle på seg smittevernsutstyr. Noen pleiere går inn i slusen og ser til pasientene gjennom vinduet i døren når de ikke har tid til å gå helt inn. Pasientene sier de føler seg svært alene når de hører pleierne er innom slusen, men ikke kommer inn til dem. Rygh et al. skriver at pasienter på isolasjon skal ha minst 1 time samtale utenom tiden for dagligdagse gjøremål (2016, s. 80). Dette samsvarer ikke med min erfaring fra jobb og praksis, og jeg ser heller ikke hvordan dette er mulig med dagens organisering av helsevesenet. Samtidig så er det viktig å være klar over at aktiv tilstedeværelse av sykepleiere skaper trygghet. Enkle tiltak for å ivareta pasientens psykososiale behov er å gå inn til pasienten, selv om han ikke har ringt i alarmsnoren og å ta seg god tid inne hos pasienten. (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 198; Rygh et al., 2016, s. 80; Shaban et al., 2020, s. 1448).

Hudberøring kan fremme velvære hos pasienten og kan oppleves beroligende og støttende når man ikke overskrider pasientens grenser. Ved å gi pasienten ei hånd å holde i eller et klapp på skulderen kan sykepleieren formidle omsorg og vise at han bryr seg. Berøring kan ses på som den mest personlige formen for non-verbal kommunikasjon og er svært viktig for pasienter som er isolert. Selv om man må bruke hansker og annet smittevernsutstyr når man er inne hos pasienter isolert med Covid-19, kan man fortsatt fysisk berøre pasienten så lenge pasienten synes det er greit. Ved å være nær pasienten kan man signalisere at man ikke er redd pasienten, og man sier med kroppsspråket at man ønsker å støtte pasienten. På den andre siden antyder nyere studier at pasientene følte seg skitne og smittsomme når de ble berørt av personale i hansker og smittefrakk (Gammon et al., 2019, s. 687). Man må ha en åpen dialog med pasienten og spørre om han ønsker fysisk berøring eller ikke. Det kan være så enkelt som å spørre pasienten om han ønsker ei hånd å holde i (Gammon et al., 2019, s. 687-688; Hummelvoll, 2012, s. 425; Shaban et al., 2021, s. 1449; Stubberud, 2019b, s. 118).

En god relasjon er viktig for å kunne ivareta psykososiale behov på en omsorgsfull måte. Ved å tilbringe tid sammen med pasienten, og opparbeide seg en god relasjon kan man lettere finne ut hvilke behov pasienten har. Ved å tilbringe tid med pasienten vil man også kunne oppnå mer kontinuitet og stabilitet i hverdagen til pasienten, som igjen kan bidra til at pasienten opplever kontroll og trygghet. Samtidig er det vanskelig å oppnå kontinuitet når det er så mange forskjellige pleiere inne hos pasienten. Et tiltak for å ivareta de psykososiale behovene til isolerte pasienter er å ha færrest mulig sykepleiere som pasienten skal forholde seg til, slik at disse kan få en god relasjon med pasienten. En annen faktor som er viktig i relasjonsbygging er tillit. For å etablere en god relasjon må pasienten kunne stole på at man holder det som blir lovet. Det vil si at hvis man sier man skal komme tilbake om 15 minutt, så må man komme tilbake innen 15 minutt. Det ser ut til at tilfredsheten til pasientene er knyttet til god kommunikasjon og relasjon til pleierne. Mange pasienter som er isolert opplever derimot at de blir glemt og at de ikke får muligheten til å kommunisere med pleierne på grunn av at pleierne har for mye å gjøre og at dette øker følelsen av utrygghet. Ved å være klar over dette, kan man kanskje klare å sette av litt lengre tid inne hos pasientene, slik at de føler seg sett (Abad et al., 2010, s. 101; Martinsen, 1990, s. 74; Rygh et al., 2016, s. 80; Shaban et al., 2020, s. 1449; Stubberud, 2019b, s. 94).

5.3 Pasientene har behov for informasjon

I følge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten ha den informasjonen som trengs for å få innsikt i sin egen sykdom, og forstå hjelpen som gis. Pasienten skal også informeres om ulike risikoer og bivirkninger av sykdom og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det vil si at pasienten må få informasjon om at isolasjonen kan ha negativ innvirkning på psykisk helse og at det kan føre til følelse av blant annet mangel på kontroll, ensomhet, sinne og kjedsomhet. Ved å forberede pasientene på bivirkninger av isolasjon kan man muligens redusere angst hos pasienten og hjelpe pasienten til å takle isolasjonen bedre. Undervisning om isolasjon og smitte kan også hjelpe pasienten til å forstå hvorfor pasienten må isoleres og forstå viktigheten av at pasienten holder seg på isolatet. Allerede ved innleggelse burde pasienten få informasjon om planen for oppholdet, slik at pasienten kan mentalt forberede seg på ukjente situasjoner og det å bli isolert. Informasjon er en viktig faktor for at pasienten skal kunne ha kontroll over situasjonen og oppleve forutsigbarhet

under oppholdet (Abad et al., 2010, s. 101; Gammon et al., 2029, s. 690; Rygh et al., 2016, s. 81; Stubberud, 2019b, s. 89).

Når pasienter blir lagt på isolasjon må de få informasjon om de hygieniske retningslinjene ved isoleringsregimet. Det vil si at pasienten må bli vist hvordan han skal utføre håndhygiene og han må bli forklart hvilket smittevernsutstyr pleierne kommer til å bruke, og hvorfor de må bruke det. All informasjon som blir gitt til pasienten må gjentas flere ganger for å sikre at pasienten har forstått. Dette gjelder spesielt informasjon om sykdommen og isoleringstiden. Det kan være en fordel at pasientene får informasjonen skriftlig, slik at de kan lese på det når de er alene, fordi pasientene ofte glemmer informasjonen som blir gitt på grunn av at de er utmattet eller stresset. Informasjonen må bli gitt på et dagligdags språk slik at pasienten forstår innholdet i det man prøver å forklare. Informasjon kan også gis på mer kreative måter, gjennom for eksempel film, bilder og figurer, gjerne supplert med skriftlig informasjon. Det kan også være lurt å la pasienten gjenta informasjonen, slik at man kan forsikre seg om at pasienten ikke har misforstått. Det er sykepleiers ansvar å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ofte kan pasienten ha planlagt spørsmål til sykepleieren som de har glemt når sykepleieren er tilstede og pasienten burde derfor ha tilgang på penn og papir slik at han kan skrive ned eventuelle spørsmål. Pasientens rett til å få informasjon er ikke avhengig av at pasienten spør etter den, men ved å minne pasienten på å skrive ned spørsmål, kan man sørge for at informasjonen er individuelt tilpasset pasienten (Molven, 2019, s. 175; Rygh et al., 2016, s. 79-80; Stubberud, 2019b, s. 89-91).

Gjennom jobb har jeg møtt en pasient som var isolert på grunn av mistanke om Covid-19. Han forsto ikke grunnen til isolasjon og kom gjentatte ganger ut av isolasjonsrommet fordi han ikke hadde symptomer på Covid-19 og derfor synes det var unødvendig at han måtte sitte alene på rommet sitt. I samtale med pasienten kom det frem at han manglet informasjon om smittemåte og om sykdommen generelt. Ved å gi pasienten den informasjonen han trenger, øker forståelsen for egen sykdom og gir pasienten oversikt over situasjonen. Dette kan hjelpe pasienten med å mestre det negative stresset med isolasjonen. Et gjennomgående funn i artiklene var at pasientene opplevde å få for lite og for dårlig informasjon om sykdom, smittemåte og isolasjonen. Dette kan ha sammenheng med at

Covid-19 var en så ny sykdom på tidspunktet artiklene ble skrevet, at man ikke hadde så mye informasjon om det pasientene lurte på. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning og dokumentert praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det vil si at man selv har ansvar for å lese forskning om nye sykdommer og hvordan dette påvirker pasientene, slik at man kan gi tilfredsstillende informasjon. Mangel på informasjon fører til at pasientene bruker sosiale medier og nettaviser til å lære om sykdommen sin. Internett har et stort potensial til å formidle informasjon om sykdommer og behandlingsforløp, og kommer til å bli en enda viktigere kilde i fremtiden. På den andre siden er det mye feilinformasjon på internett, som kan føre til utrygghet. Når pasienter bruker internett til å hente informasjon har vi ingen kontroll over hvor pålitelige kildene er eller hvordan pasienten tolker innholdet. Studiene skrevet før pandemien, som omhandler isolasjon generelt, sier at pasienter med velkjente sykdommer også mente at de ikke fikk nok informasjon. Dette kan bety at det ikke er mangelen på kunnskap om Covid-19 som er problemet, men at kunnskapen ikke blir gitt videre til pasientene. Tilfredsstillende informasjon er viktig fordi det kan redusere stress, gjøre pasienten mer tilfreds og fordi det er en forutsetning for brukermedvirkning (Abad et al., 2010, s. 101; Finbråten, 2018, s. 104; Gammon et al., 2019, s. 689; Kang et al., 2021, s. 10; Ma et al., 2020, s. 147; Nortvedt, 2016, s. 139; Shaban et al., 2020, s. 1447, 1449; Stubberud, 2019b, s. 89).

5.4 Isolasjonsrommets utforming påvirker pasientens opplevelse av isolasjonen

Utformingen av det fysiske miljøet rundt pasienten kan påvirke pasientens opplevelse av å være isolert både positivt og negativt. Derfor er det viktig å være oppmerksom på rommet som pasientene oppholder seg i og prøve å gjøre det til et rom for sansene, et rom man kan lukte, se, lytte og pleie i. Isolasjonsrommets plassering, utforming og tingene i rommet i seg selv kan være hjelpende for pasienten. Pasienter som ligger på isolat med god geografisk beliggenhet, som kan høre hva som foregår i gangene på avdelingen, føler seg gjerne mindre alene, fordi de hører folk rundt seg. Mye tyder på at mange av de negative opplevelsene av å være isolert er knyttet til isolasjonsrommets fysiske egenskaper. Flere steder finnes det ikke vindu eller TV på rommet, noe som førte til depressive symptomer og følelsen av å være i fengsel. Det er vanskeligere å legge til rette for sensorisk stimuli hos isolerte pasienter, fordi isolatet ikke skal inneholde unødvendig utstyr og i isolatet bør inventaret ha glatte og

ubrutte overflater som enkelt kan desinfiseres. Tiltak for å minimere de negative konsekvensene av isolasjon er å sørge for at pasienten har nok plass på rommet til å kunne bevege seg fritt rundt, og ha store nok vinduer slik at pasienten kan følge med på området utenfor. Romslige rom, følelsen av privatliv og å opprettholde forbindelsen med familie og nettverk ved å bruke for eksempel smarttelefoner er viktig for å ivareta pasientenes psykososiale behov. Ved å tilrettelegge for flere aktiviteter for å unngå kjedsomhet, kan man bidra til at pasienten får en bedre opplevelse av isolasjon. Dette kan for eksempel være tilgang på TV, radio, datamaskin eller bibliotek. Større sykehus har gjerne egne bibliotek der pasientene kan låne bøker. Ved å hente bøker som kan kastes etterpå (på grunn av smittefare) til isolerte pasienter, kan man bidra til å lette på de negative sidene av isolasjon. En kan også legge til rette for bruk av sosiale medier, slik at pasienten kan kontakte familie og venner. Jevnlig kommunikasjon med familie og venner gjennom sosiale medier kan redusere pasientens redsel og usikkerhet (Barratt et al., 2011, s. 190; Folkehelseinstituttet, 2004, s. 23; Kang et al., 2021, s. 10; Ma et al., 2020, s. 147; Martinsen, 2015, s. 207-208; Rygh et al., 2016, s. 80-81; Shaban et al., 2020, s. 1448-1449).

Hos pasienter med Covid-19 som ligger på isolat skal døren inn til slusen og døren inn til pasientrommet aldri være åpen samtidig for å hindre smitte i å komme ut i avdelingen. Dette kan føre til at pasienten føler seg frakoblet fra verden utenfor. Stresset ved en plutselig livsendring i tillegg til at pasientene blir plassert i et lukket rom vil kunne bidra til forverring av pasientens psykiske helse. På den andre siden finnes det også pasienter som ser positivt på å være isolert alene, fordi det gir større frihet og privatliv. Lukkede dører inn til pasienten gjør det vanskeligere å følge med på pasienten som fører til at pasienter som ligger isolert har større fallfare og større sjans for å utvikle trykksår. Trykksår kan forebygges med luftmadrass, men det er vanskelig å forebygge fall når man ikke kan se inn til pasienten når man går forbi i gangen, slik som man kan med pasienter som ikke er isolert. Det er viktig å reflektere over tiltak som kan bedre miljøet for isolerte pasienter, slik at man kan unngå negative effekter av isolasjon. Tiltak som kan gjøres for å ivareta psykososiale behov hos isolerte pasienter er å gi rommet et personlig preg med bilder, blomster og liknende som kan kastes når isolasjonstiden er over. En kan også sørge for frisk luft og at pasienten får inn sollys. Covid-19 smitter hovedsakelig ved kontaktsmitte, men luftsmitte kan også forekomme. Lufting skal ikke forekomme i isolater som følger luftsmitteregime men siden

pasienter med påvist eller mistanke om Covid-19 blir isolert med dråpesmitteregime, kan det derfor være greit å lufte på isolatet. Samtidig vet vi at lufting fører til at partikler virvler opp i isolasjonsrommet, og øker smittefaren. Lufting skal kun forekomme hvis det ikke medfører fare for smittespredning, selv om det kan bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov (Abad et al., 2010, s. 99, 101; Folkehelseinstituttet, 2004, s. 31; Kang et al., 2021, s. 9; Rygh et al., 2016, s. 78; Shaban et al., 2020, s. 1449; Stubberud, 2019b, s. 110).

6 Konklusjon/oppsummering

Isolasjon virker for de fleste negativt på den psykiske helsen. Pasientene føler seg stigmatisert, engstelige, deprimert, ensomme og sinte. Det er stor sammenheng mellom psykiske lidelser som angst og depresjon og isolasjon med Covid-19, som betyr at pasientenes psykiske helse må kartlegges jevnlig gjennom isolasjonsperioden. For å ivareta pasientenes psykososiale behov må de få informasjon om sykdommen sin, grunnen til at de er isolert og hvor lenge de skal være isolert. Samtidig trenger pasientene å ha tilgang til sykepleiere, som betyr at man må gå uoppfordret inn til pasienten, og ta seg god tid. Det burde også vies mer oppmerksomhet til hvordan isolasjonsrommets utforming påvirker pasientene. Mange pasienter som er isolert har ikke plass til å bevege seg rundt på rommet, og ikke alle har vindu eller tv. Pasienter som har tilgang på sosiale medier, føler seg ofte mindre ensomme fordi de kan kontakte venner og familie utenfor sykehuset. Som sykepleier må man legge til rette for denne samhandlingen, siden pasientene ikke får ha besøk når de er isolert med Covid-19. Jeg mener vi trenger mer forskning på hvordan isolasjon med Covid-19 oppleves for pasienter i norske sykehus, da helsevesenet i Norge er ganske annerledes enn mange andre land.

6.1 Relevans for praksisfeltet

Denne oppgaven har vist at isolasjon med Covid-19 kan føre til økt forekomst av angst og depresjon, og andre negative følelser som sinne, ensomhet og stigma. I forhold til praksis betyr dette at sykepleieren ikke bare må være opptatt av smitten og pasientens fysiologiske behov, men at pasienten trenger tett oppfølging av sykepleier og informasjon om sykdommen sin, behandlingen videre og isolasjonens varighet. Videre utvikling av

prosedyrer som omhandler isolering av pasienter med Covid-19 må inkludere at negative effekter av isolasjon skal bli minimert.

7 Referanseliste

Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of hospital infection*, 76(2), 97-102.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>

Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180–193.

<https://doi.org/10.5172/conu.2011.180>

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Gyldendal.

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Fagforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2004). *Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2016a, 03. juni). *PICO*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Folkehelseinstituttet. (2016b, 03. juni). *Sjekklist*er. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>er

Folkehelseinstituttet. (2021a, 04. februar). *Utvikling og godkjenning av koronaviruser*.

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavirusprogrammet/utvikling-av-covid-19-vaksine/>

- Folkehelseinstituttet. (2021b, 11. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>
- Folkehelseinstituttet. (2021c, 19. februar). *Opphevelse av isolasjon ved covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/opphevelse-av-isolasjon/>
- Folkehelseinstituttet. (2021d, 5. mars). *Prøvetaking – praktisk gjennomføring*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/provetaking/>
- Folkehelseinstituttet. (2021e, 12. mars). *Råd til spesialisthelsetjenesten*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-spesialisthelsetjenesten-ved-mistenkt-og-bekreftet-smitte-med-nytt/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021f, 19. mars). *Råd og informasjon til risikogrupper og pårørende*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/risikogrupper/>
- Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677–693. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1744987119845031>
- Helse Bergen. (2020, 06. april). *Isolering – beskyttelsesutstyr ved COVID-19*. <https://kursbygger.ihelse.net/?startcourseid=32>
- Helse Bergen. (2021). *Pandemiplan for Helse Bergen HF*. <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK31683.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021, 12. mars). *Karantene og isolasjon ved koronavirus*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/koronavirus/karantene-og-isolasjon/#isolasjon>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal.
- Kang, E., Lee, S. Y., Kim, M. S., Jung, H., Kim, K. H., Kim, K. N., Park, H. Y., Lee, Y. J., Cho, B. & Sohn, J. H. (2021). The psychological burden of covid-19 stigma: evaluation of the mental health of isolated mild condition covid-19 patients. *Journal of Korean Medical Science*, 36, e33. <https://dx.doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e33>
- Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (3. utg., s. 187-235). Gyldendal.

- Ma, Y.-F., Li, W., Deng, H.-B., Wang, L., Wang, Y., Wang, P.-H., Bo, H.-X., Cao, J., Wang, Y., Zhu, L.-Y., Yang, Y., Cheung, T., Ng, C. H., Wu, X. & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 145–148. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2020.06.033>
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I K. Jensen, G. Engelsrud, T. Lauvdal, L. Løvlie, K. Martinsen, T. R. Eriksen & R. Rønning (red.), *Moderne omsorgsbilder*. (s. 61-97). Gyldendal.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2015). Er sykeværelset med interiør og ting hjelpende? – om sted og stedstap i helsevesenet. I T. A. Kjær & K. Martinsen (red.), *Utenfor tellekantene: Essay om rom og rommelighet* (s. 199-228). Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6. utg.) Gyldendal.
- Nordal, O. (2018, 3. juli). *Isolering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/isolering>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg). Gyldendal
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Regjeringen. (2020, 31. januar). *Koronavirus blir meldepliktig sykdom og defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/koronavirus-blir-meldepliktig-sykdom/id2688415/>
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 69-115). Gyldendal.
- Shaban, R. Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O’Sullivan, M. V. N., Sorrell, T. C., White, E., Hackett, K. & Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *American Journal of Infection Control*, 48(12), 1445–1450. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ajic.2020.08.032>

- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene: Den usynlige fare*. (5. utg). Fagbokforlaget.
- Stubberud, D.-G. (2019a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2019b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 78-126). Gyldendal.
- Svartdal, F. (2020, 12. juni). *Psykososial*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/psykososial>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (u.å.) *Coronavirus*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020, 11. mars). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Søkeshistorikk

CINAHL (1), søk utført 26.02.2021

	Søkeord:	Antall treff:
S1	Covid-19	13,387
S2	Source isolation	40
S3	Patient isolation	2,719
S4	S2 OR S3	2,730
S5	S1 AND S4	160
Avgrensing:	2015 – 2021, peer reviewed	133
	Relevant tittel	7
	Inkludert i oppgaven	1

Artikler inkludert i oppgaven:

- SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting (Shaban et al., 2020)

CINAHL (2), søk utført 26.02.2021

	Søkeord:	Antall treff:
S1	Source isolation	40
S2	Patient isolation	2,719
S3	S1 OR S2	2,730
S4	Mental health	40,076
S5	Psychological well-being	25,987
S6	Psychological distress	1,094
S7	S4 OR S5 OR S6	64,160
S8	S3 AND S7	25
Avgrensing:	2015 – 2021, peer reviewed	15
	Relevant tittel	5

	Inkludert i oppgaven	1
--	----------------------	---

Artikler inkludert i oppgaven:

- The stigmatisation of source isolation: a literature review (Gammon et al., 2019)

MEDLINE, søk utført 26.02.2021

	Søkeord:	Antall treff:
S1	Covid-19	59,951
S2	Source isolation	49
S3	Patient isolation	4,231
S4	S2 OR S3	4,263
S5	S1 AND S4	363
S6	Mental health	41,886
S7	Psychological distress	1,425
S8	S6 OR S7	43,164
S9	S5 AND S8	6
Avgrensing:	2015 – 2021, peer reviewed	6
	Relevant tittel	3
	Inkludert i oppgaven	2

Artikler inkludert i oppgaven:

- The psychological burden of covid-19 stigma: evaluation of the mental health of isolated mild condition covid-19 patients (Kang et al., 2021)

PsycINFO (1), søk utført 02.03.2021

	Søkeord:	Antall treff:
S1	Source isolation	5
S2	Patient isolation	369
S3	S1 OR S2	371
S4	Mental health	64,903
S5	Psychological distress	20,174

S6	Psychological well-being	14,302
S7	S4 OR S5 OR S6	93,957
	S3 AND S7	27
Avgrensing:	2015 – 2021	9
	Relevant tittel	0

PsycINFO (1), søk utført 02.03.2021

	Søkeord:	Antall treff:
S1	Mental health	64,903
S2	Psychological distress	20,174
S3	Psychological well-being	14,302
S4	S1 OR S2 OR S3	93,957
S5	Coronavirus	2,529
S6	Hospitals	20,237
S7	S4 AND S5 AND S6	9
Avgrensing:	2015 – 2021	9
	Relevant tittel	0

8.2 Vedlegg 2: Eksempel på sjekkliste for forskningsartikler

Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie (Folkehelseinstituttet, 2016b):

	Ja / Uklart / Nei
Kan du stole på resultatene?	
Er formålet med studien klart formulert?	
Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	
Ble eksponeringen presist målt?	
Ble utfallet presist målt?	
Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	
Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	
Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?	
Ble personene fulgt opp lenge nok?	
Hva er resultatene?	
Hva er resultatene i denne studien?	
Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	
Tror du på resultatene?	
Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
Kan resultatene overføres til praksis?	
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	

8.3 Vedlegg 3: Kritisk vurdering

Artikkel og forfatter	Svakheter
<p>The psychological burden of covid-19 stigma: evaluation of the mental health of isolated mild condition covid-19 patients.</p> <p>(Kang et al., 2021)</p>	<p>Studien tar for seg én enkelt CTC, som betyr at resultatene ikke kan generaliseres til å gjelde andre CTC. Dataene er hentet fra pasientenes journaler, og det er derfor ikke hentet inn samtykke fra pasientene. Pasientene ble vurdert ukentlig med selvrappoterings skjema, som jeg mener er noe unøyaktig, da pasientene kan ha ulik oppfatning av de ulike spørsmålene. Pasientene er ikke fulgt opp etter utskrivelse. Studien har ikke beskrevet sine egne svakheter, som kan være et tegn på at forfatterne ikke har bitt seg merke i eventuelle forvekslingsfaktorer.</p>
<p>Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19.</p> <p>(Ma et al., 2020)</p>	<p>784 pasienter ble invitert med i studien, og 770 fullførte evalueringen. Dette gir en svarprosent på 98,2%, som betyr at vi kan stole på at resultatene er representative for denne gruppen pasienter. Studien tok bare for seg klinisk stabile pasienter med Covid-19 som var innlagt på isolasjonssykehus i Wuhan. Pasienter med Covid-19 i hjemmeisolasjon var ikke med i studien, noe som kunne gitt et mer nyansert resultat. Depresjon ble vurdert via et selvrappoterings skjema, og ikke av profesjonelle. Dette kan ha ført til uriktige resultater, fordi pasientene kan ha hatt ulik oppfatning av de forskjellige spørsmålene i vurderingsskjemaet. Det finnes også mange andre faktorer som kan knyttes til depresjon, som ikke er tatt med i denne studien, slik som for eksempel mangel på sosial støtte. Artikkelen er veldig kort, men består sjekklisten for kritisk vurdering av forskningsartikler.</p>
<p>SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført mens pasientene fortsatt var isolert på sykehus, og det ble ikke gjennomført oppfølgingsamtaler. Studien tar for seg ett enkelt sykehus,</p>

<p>perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting.</p> <p>(Shaban et al., 2020)</p>	<p>som vil si at studien ikke kan generaliseres til andre sykehus. Bare de 11 første pasientene med Covid-19 i New South Wales ble inkludert, dette er ganske få deltakere for å kunne si noe generelt om hvordan pasienter med Covid-19 opplever isolasjon. Alle intervjuene ble gjennomført av samme forsker, som gjør at man unngår forskjellige tolkninger av spørsmålene. Studien viser ikke alle pasientenes svar på de ulike spørsmålene, og viser heller ikke om svarene som er presentert er representative for de andre pasientene. Metoden i studien er godt beskrevet.</p>
<p>The stigmatisation of source isolation: a literature review.</p> <p>(Gammon et al., 2019)</p>	<p>Forfatterne har bare søkt i ASSIA og MEDLINE. Siden CINAHL er blant verdens største databaser innen sykepleie, mener jeg at de burde søkt i CINAHL også fordi dette kunne identifisert flere relevante artikler. Litteraturstudien har inkludert artikler helt tilbake til 1990. Fagfeltet har endret seg mye siden den tid, og det kan diskutere som de eldste studiene fortsatt er relevante. Studiene i litteraturstudien er kritisk vurdert ved hjelp av Greenhalgh sin bok «How to Read a Paper» fra 2010.</p>
<p>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review.</p> <p>(Abad et al., 2010)</p>	<p>Artikkelen har i liten grad beskrevet metoden som er brukt i studien. Litteraturstudien har inkludert artikler helt tilbake til 1966. Dette mener jeg er for langt tilbake i tid, for å være relevante. Dataene i de forskjellige studiene ble hentet ut av forskjellige forfattere, som kan føre til at ulike resultater i studiene blir vektlagt. Det er også inkludert to studier som inkluderte barn. Jeg mener dette ikke er relevant, da isolasjon av barn som regel foregår på en annen måte enn isolasjon av voksne.</p>

8.4 Vedlegg 4: Litteratormatrise

Artikkel og forfatter	Hensikt	Metode	Resultat	Konklusjon
<p>The psychological burden of covid-19 stigma: evaluation of the mental health of isolated mild condition covid-19 patients.</p> <p>(Kang et al., 2021)</p>	<p>Vurdere psykiske helseproblemer hos pasienter innlagt på «community treatment center» (CTC) med en mild tilstand av Covid-19</p>	<p>Kvantitativ metode, kohortstudie. Gjennomgang av pasientjournaler fra Soul National University Hospital. Pasientene ble evaluert hver uke med PHQ-9 (patient health questionnaire-9), GAD-7 (generalized anxiety disorder scale), P4 (suicidality screener), PCL-5 (PTSD checklist for DSM-5), PHQ-15 (patient health questionnaire-15) og COVID-19 stigma scale.</p>	<p>Tidligere psykiatrisk historie og stigma rundt Covid-19 infeksjonen var betydelige risikofaktorer for depresjon og angst. Risikofaktorene for PTSD var tidligere psykiatrisk historie, stigma rundt Covid-19 infeksjonen i tillegg til varigheten av isolasjonen. Prevalensen av psykisk sykdom var lik gjennom de fire første ukene. Etter fire uker i isolasjon var det en økning i andelen som utviklet alvorlig</p>	<p>Begrensing av sosial stigma rundt Covid-19 i tillegg til å ta vare på pasienter med allerede eksisterende psykiske sykdommer er viktig. Informasjon om viruset, videre behandling og om isolasjon, i tillegg til kortest mulig isolasjon er viktig for å minimere de psykososiale konsekvensene av isolasjon.</p>

			depresjon. Somatiske symptomer avtok under isolasjon.	
Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. (Ma et al., 2020)	Undersøke utbredelsen av depresjon hos klinisk stabile pasienter med Covid-19 og sammenhengen mellom depresjon og livskvalitet.	Kvantitativ studie, prevalensstudie. Nettbasert spørreundersøkelse med 770 pasienter med Covid-19 fra fem forskjellige isolasjonssykehus i Kina. Pasientene evaluerte seg selv med hjelp av PHQ-9 (patient health questionnaire-9) og WHOQOL-BREF (World health organization quality of life-brief version)	Forekomsten av depresjon hos pasienter med Covid-19 var 43,1%. Pasienter med depresjon hadde større sannsynlighet for å være eldre ($P=0.01$) ha familiemedlem med Covid-19 ($P<0.01$), være kvinne ($P<0.01$) eller i mindre grad bruke sosiale medier til å finne informasjon om Covid-19 ($P<0.01$). Pasienter med depresjon hadde vesentlig lavere livskvalitet ($P<0.01$).	Depresjon ser ut til å være svært utbredt hos klinisk stabile pasienter med Covid-19. På grunn av depresjons negative innvirkning på livskvalitet er det nødvendig med tidlig identifisering, behandling og langtidsevaluering av depresjon hos Covid-19 overlevende.

<p>SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting.</p> <p>(Shaban et al., 2020)</p>	<p>Utforske erfaringer og oppfatninger hos isolerte pasienter med Covid-19.</p>	<p>Kvalitativ metode, semistrukturerte intervju. Individuelle intervju med de 11 første pasientene med Covid-19 i New South Wales i Australia.</p>	<p>Pasientene formidlet både positive og negative erfaringer av å være smittet med Covid-19 og av å være isolert. Det sosiale og fysiske miljøet rundt pasientene, samt pasientenes individuelle resurser bidrar til hvordan de opplever å være isolert. De psykologiske konsekvensene av å være isolert økte med isolasjonens varighet.</p>	<p>Negative og uønskede konsekvenser av isolasjon kan minimeres ved å ha stort nok rom til at pasientene har plass til å gå inne på rommet, og at rommet har vinduer slik at pasienten kan samhandle med verdenen utenfor, samt få tilfredsstillende sensorisk stimuli.</p>
<p>The stigmatisation of source isolation: a literature review.</p> <p>(Gammon et al., 2019)</p>	<p>Undersøke om det finnes pålitelige kilder på at isolerte pasienter opplever stigmatisering.</p>	<p>Kvantitativ metode, litteraturstudie. Systematisk gjennomgang av 14 studier publisert mellom 1990 og 2017 funnet i databasene</p>	<p>Studien viser en klar sammenheng mellom stigma og isolasjon. Isolerte pasienter føler på sinne, kjedsomhet, ensomhet, stigma og tap</p>	<p>Pasienter må få sosial og emosjonell støtte for å unngå de negative bivirkningene av å være isolert</p>

		MEDLINE og ASSIA. Referanselistene til de valgte studiene ble gjennomgått for å lete etter relevante artikler.	av kontroll. Stigma assosieres med dårlig psykisk helse. Pasienter som er isolert over lengre tid er ekstra sårbare for negative bivirkninger av å være isolert.	
Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. (Abad et al., 2010)	Undersøke om isolasjon negativt påvirker pasientenes psykiske og fysiske helse.	Kvantitativ metode, litteraturstudie. Systematisk gjennomgang av 16 studier publisert mellom 1966 og 2009 funnet i databasene MEDLINE og CINAHL.	Majoriteten av studiene viste at isolasjon hadde negativ påvirkning på pasientenes psykiske helse. Isolerte pasienter scorer høyere for depresjon, angst og sinne. Enkelte av studiene viste at sykepleiere brukte mindre tid inne hos de isolerte pasientene i forhold til pasientene som ikke var isolert.	Pasientene trenger informasjon om isolasjon for å bedre forstå hvorfor de isoleres og for å hjelpe dem å takle isolasjon bedre. Å emosjonelt forberede pasientene før isolasjon kan redusere angst.

			Pasientsikkerheten ble også negativt påvirket.	
--	--	--	--	--