



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling – Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1051

Antall ord: 7094

## **Blir pasienter som er isolerte godt nok ivaretatt?**

Vi ber ikke om utskrifter

Forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke engang om overbevisninger

Vi ber om å bli sett av en annen

Vi ber om et ansikt

Stein Mehren, i Nattmaskin – Dikt, Aschehoug 1998 s. 76 i Mentale knagger

Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Haugesund

Bachelor i sykepleie, kull 2013

Antall ord: 7094

# Sammendrag

---

**Tittel:** Blir pasienter som er isolerte godt nok ivaretatt?

**Bakgrunn:** Det er et økende problem i dagens samfunn at bakteriene er resistente. Dette medfølger flere tilfeller av pasienter som må isoleres. Pasientene har økt risiko for negative konsekvenser under isolasjonstiden. Det er viktig at sykepleierne iverksetter tiltak for å forebygge disse konsekvensene.

**Problemstilling:** Hvordan ivareta psykososiale behov hos en pasient som er isolert som følge av nyopplaget tuberkulose?

**Hensikt:** Å sette lys på ivaretagelsen av isolerte pasienter, samtidig finne ut hvilke tiltak som er relevante for bedre isolasjonstiden.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie som baserer seg på pensum og annen litteratur. Det er 5 forskningsartikler inkludert i studien. Artiklene er hentet fra databasen Cinahl.

**Funn:** Pasienter som er isolert har økt risiko for å utvikle negative symptomer som blant annet depresjon og angst. Tilstrekkelig informasjon og relevante tiltak bidrar til et bedre isolasjonsopphold.

**Nøkkelord:** Tuberkulose, isolasjon, psykososiale behov, depresjon, angst

# Summary

---

**Title:** Is patients in source isolation adequately cared for?

**Background:** The bacteria today are getting resistant and it's an increasing problem. This includes several cases of patients who must be isolated. During the source isolation the patient have an increased risk for negative consequences. It is important that the nurses take action to prevent these consequences.

**Research question:** How to ensure psychosocial needs of a patient who is isolated as a result of newly diagnose TB?

**Purpose:** To find relevant interventions to make the source isolation better for the patient. And at the same time bring up how isolated patients are cared for.

**Method:** A systematic literature review, based on curriculum and other relevant literature. There are five articles included in this thesis. The articles were found at the database Cinahl.

**Findings:** Most of the patients who are isolated get symptoms of depression and anxiety. Relevant information and interventions causes a better stay for the patient during the isolation.

**Keywords:** tuberculosis, source isolation, psychosocial, depression, anxiety

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	2
2.0	Teori.....	3
2.1	En tredelt betydning av begrepet omsorg .....	3
2.2	Smittevern.....	4
2.3	Isolasjonens påvirkning på pasienten .....	5
2.3.1	Depresjon og angst .....	6
2.4	Ivaretagelse av psykososiale behov.....	6
2.5	Informasjon.....	7
2.6	Støtte, selvtillit og likeverd.....	7
3.0	Metode.....	9
3.1	Begrepet metode .....	9
3.2	Kvantitative og kvalitative metoder .....	9
3.3	Litteraturstudie som metode .....	9
3.4	Søkeprosessen .....	10
3.5	Kildekritikk og metodekritikk.....	10
4.0	Resultat.....	11
4.1	Presentasjon av artikler.....	11
4.1.1	Artikkel 1 .....	11
4.1.2	Artikkel 2 .....	11
4.1.3	Artikkel 3 .....	12
4.1.4	Artikkel 4 .....	12
4.1.5	Artikkel 5 .....	13
4.2	Oppsummering av funn .....	13
5.0	Drøfting .....	14
5.1	Sykepleierens rolle hos pasienter som er isolert .....	14
5.2	Pasientens opplevelse av isolasjonstiden.....	16
5.3	Tiltak for å ivareta pasientens psykososiale behov .....	18
6.0	Avslutning og konklusjon.....	19
	Referanseliste .....	21

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

På grunn av egne erfaringer fra tidligere praksisperioder har jeg erfart pasienter som har vært isolerte av ulike helsemessige grunner. Selve interessen har kommet av personlige reaksjoner vedrørende den varierte ivaretagelsen av isolerte pasienter.

Tuberkulose, heretter betegnes som TB, var en kjent folkesykdom i Norge for omtrent 100 år siden. Med rundt 7000 årlige dødsfall, hadde vi faktisk den høyeste utbredelsen av sykdommen i Europa. Til tross for dette har situasjonen fått en drastisk endring på grunn av forebyggende arbeid, korrekt medikamentell behandling, samt høyere levestandard. Dette har i dag ført til at Norge er ett av de landene med minst tilfeller av TB. Likevel registreres det opptil 300 tilfeller av sykdommen hvert år. De aller fleste som får påvist TB i Norge har en utenlandsk bakgrunn, men nordmenn som er født og oppvokst i Norge, utgjør ca 20 % av tilfellene (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 108). TB er et av verdens største helseproblem og trusselen øker ved at det stadig finnes flere tuberkulosebakterier som ikke lar seg behandle med de vanlige medikamentene som er tilgjengelige (Folkehelseinstituttet, 2014). I følge rapporter fra Folkehelseinstituttet (2015), har forekomsten av TB hatt en gradvis øking i Norge siden 1996, fra 201 tilfeller og opp til 392 tilfeller i 2013. I 2014 ble det registrert 324 tilfeller av TB i Norge. TB forårsakes av bakterien *Mycobacterium tuberculosis*, og gir i 60-70 % av tilfellene lungeinfeksjon. Sykdommen kan ramme andre deler av kroppen, men det er den som sitter i lungene som er smittsom, og den overføres via dråpesmitte. På grunn av smittefare må både helsepersonell og pårørende ha på seg beskyttelsesutstyr som munnbind/åndedrettsvern, hansker og frakk (Mjell, 2011, s. 224-225). Det er viktig at en ser Norges tuberkulosesituasjon i en global sammenheng, på grunn av at vi når reiser oftere til land med høy forekomst av TB, samt innvandringen (Andreassen, Fjellet, Wilhelmssen, 2010, s. 81)

Helsepersonell har møtt eller vil mest sannsynlig møte pasienter som er isolerte av ulike helsemessige årsaker. Personlig har jeg erfart mange forskjellige situasjoner og sykdomsårsaker til at pasienter er isolerte. I min tredje praksis var jeg på infeksjonavdeling ved Rigshospitalet i København. I løpet av praksisperioden hadde vi ett par pasienter som var innlagt på grunn av TB. Pasientene måtte ofte være isolerte over en lengre periode, inntil en

var sikker på om pasienten var smittefarlig eller ei. For å få en bekreftelse på om en har TB, må det tas en dyrkning, og tuberkelbakteriene utvikler seg sakte. Dette medfører at en kanskje må vente på dyrkningssvar i 6 uker (Mjell, 2011, s. 224).

## **1.2 Problemstilling**

*“Hvordan ivareta psykososiale behov hos en pasient som er isolert som følge av nyoppdaget tuberkulose?”*

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Den foreliggende oppgaven vil handle om hvordan sykepleieren ivaretar isolerte pasienter som er innlagt i sykehus. Ved diagnostisering av nyoppdaget TB vil isoleringstiden være i flere uker. Det tas utgangspunkt i denne pasientgruppen på grunnlag av det bestemte smitteregimet og den lange isolasjonstiden. Oppgaven er ikke avgrenset til noen alder. De fleste som har diagnosen TB er innvandrere, men jeg ønsker å presisere at jeg skal fokusere på mennesker som er født og oppvokst i Norge. Dette er på grunn av det komplekse bilde av situasjonen til innvandrere. Hovedfokuset vil innebære ivaretagelsen av psykososiale behov hos den isolerte pasienten. Siden de fleste pasientene med nyoppdaget TB er forholdsvis friske, ønsker jeg å utelukke den medikamentelle behandlingen som kan gi alvorlige bivirkninger. Den medikamentelle behandlingen av TB er et så omfattende område i seg selv, at jeg ønsker å fokusere på pasientens opplevelse av det å være isolert.

## 2.0 Teori

### 2.1 En tredelt betydning av begrepet omsorg

I oppgaven ønsker jeg å bruke Kari Martinsen sin definisjon på omsorg, fordi omsorgsbegrepet er relevant for problemstillingen.

I fra begynnelsen av livet og frem til livets slutt, opplever de aller fleste mennesker ulike former for omsorg i forskjellig grad. Selv om en ofte kan tenke på helsepersonell eller nær familie og venner når en hører begrepet omsorg, er det noe en også kan erfare i fra ukjente mennesker eller andre yrkesgrupper. Sykepleierteoretikeren Kari Martinsen har delt inn begrepet omsorg ut i fra tre ulike betydninger: *relasjonell, praktisk og konkret* (Alvsvåg, 2010, s. 418).

Begrepet relasjon vil i utgangspunktet gi mennesker et grunnlag for å gi omsorg. En vil hjelpe sin bestemor og en bekymrer seg for sine barn. Kari Martinsen påpeker at omsorg er noe som skjer i mellom minst to ulike parter, der den ene viser omtanke for den andre. Videre hevder hun at det å gi omsorg til andre mennesker er en grunnleggende egenskap, et instinkt hos mennesket. En kan med andre ord si at relasjonen noen ganger er forutsetningen for hvorfor mennesker gir hverandre omsorg (Alvsvåg, 2010, s. 419).

Mennesker gir også omsorg ved å vise forståelse for hvordan andre har det i en viss situasjon. En hører ofte at folk sier: “Jeg vet akkurat hvordan hun har det”. Det er i disse tilfellene omsorgen er praktisk og konkret. Dette kan vi tilegne oss ved at vi har vært i samme situasjon eller at en erfarer at andre opplever omsorg. En annen synsvinkel kan være at en erfarer hendelser der det er mangel på eller ingen omsorg. Det kan for eksempel være at alle går forbi en beruset ungdom som ikke klarer å ta vare på seg selv. Ut i fra dette kan vi se at en hele tiden praktiserer omsorg og at en lærer noe fra hvert enkelt tilfelle. Som følge av dette utøver vi konkrete omsorgsfulle handlinger i hverdagslivet (Alvsvåg, 2010, s. 419-420).

Martinsen har altså definert omsorg som relasjonell, praktisk og konkret. Hun hevder også at omsorgen er moralsk. Det handler om å gi noe uten å forvente å få noe tilbake, samtidig som en ikke skal gi for mye, slik at en tar over en persons selvhjulpenhet. Ved å se på omsorgen som moralsk, vil en altså ta hensyn til den andre personen ut i fra den situasjonen som den er i. For å kunne gjøre dette, innebærer det at en har riktig forståelse av situasjonen (Alvsvåg, 2010, s. 420).



Jeg ønsker også å dra frem Nordtvedt (2012, s. 55) sin forståelse av Kari Martinsens omsorgsdefinisjon. Han sier at det er en naturlig del av sykepleieryrket å kunne sette seg inn i og forstå pasientens sykdomstilstand og helseplager. Ved å se det fra et annet perspektiv fokuserer en også på hvordan pasienten opplever sine helseproblemer og sykdom.

## 2.2 Smittevern

Dersom en person blir innlagt i sykehus og har påvist en sykdom som smitter via kontakt, luft eller dråper (kroppsvæsker), skal pasienten isoleres. Dette innebærer at pasienten får et enerom for å hindre videre smittespredning til andre pasienter, helsepersonell, pårørende og miljøet rundt (Stordalen, 2009, s. 161). Stordalen (2009, s. 162- 163) påpeker at en skal ivareta hver enkelt pasient der de er, og at det kan være en psykisk belastning med isolasjon, både for pasienten selv og pårørende. Videre setter Stordalen lys på pasientens opplevelse av det å være isolert, og at helsepersonell må tenke over hvordan pasienten har det. Informasjon er nøkkelen til et bedre opphold på isolat. Både pasienten selv og dens familie og venner trenger informasjon om infeksjonsstatus og retningslinjene som følger med isoleringen. En skal gi forståelig veiledning og alltid forklare hvorfor rutiner blir gjort i forhold til smitteregimer. I en travel hverdag kan dette fort bli glemt, og pasienten får ikke den psykiske støtten som er spesielt nødvendig når en er isolert.

Ved isolering av pasienter foreligger det retningslinjer og prosedyrer på hvordan en skal forholde seg. Dette varierer ut i fra type mikroorganisme og hvordan smitten kan overføres til andre mennesker. Hvis en er usikker på smitteregimet, har som regel hver avdeling en prosedyreperm. En kan også slå opp i bøker eller ta kontakt med hygiesykepleier på sykehuset. Informasjonen om smitteregimet skal alltid dokumenteres skriftlig og gjentas muntlig i hvert vaktskifte. Dette er av stor betydning for å hindre videre smittespredning og angår både medpasienter, besøkende og personalet (Stordalen, 2009, s. 164).

Ulike smitteregimer (Stordalen, 2009, s. 165)

- Kontaktsmitteregime
- Dråpesmitteregime
- Luftsmitteregime
- Beskyttende isolasjon

Ved mistanke eller påvist smitteførende TB skal pasienten isoleres i enerom med luftsmitteregimet. Isolatet skal være undertrykksventilert og ha eget bad med dekontaminator.

Døren skal alltid holdes lukket, og alle som går inn i rommet skal ha på seg beskyttelsesutstyr: smittefrakk, munnbind/åndedrettsvern og hansker (Stordalen, 2009, s. 173-174). Når en har påvist at en pasient har smitteførende lungetuberkulose, skal en iverksette luftsmitteregimet. Som oftest har disse pasientene allerede vært isolert siden innleggelse, for å forebygge videre smittespredning. Luftsmitteregimet skal opprettholdes i to uker etter en har startet med medikamentell behandling. I følge de basale smittevernrutinene skal helsepersonell og besøkende ha på seg beskyttelsesutstyr, inntil pasienten er vurdert fri for smitte (Folkehelseinstituttet, 2010).

### 2.3 Isolasjonens påvirkning på pasienten

Når en tilbringer tiden alene i et lite rom over lengre tid, vil det naturlig nok føles som en påkjenning for pasienten. Allikevel er det viktig å ikke gi forhåpninger om at isolasjonen ikke går raskt over. Det er heller bedre å opplyse om lengre isolasjonstid, enn for kort. Isolasjonstiden vil variere ut i fra tiden på prøvesvar og hvor fort pasienten reagerer på behandlingen.

De vanligste problemene isolasjonstiden kan føre til hos pasientene er (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 72):

- Angst
- Kvalme og nedsatt appetitt
- Forvirring og uvirkelighetsfølelse
- Tidsforvirring
- Følelsesmessig distanse til andre mennesker
- Skyldfølelse
- Irritasjon og sinne overfor personale, familie og venner
- Rastløshet og inaktivitet
- Opplevelse av frihetsberøvelse, manglende privatliv

Andreassen et al. (2010) påpeker at det kan oppleves som ekstra vanskelig når en pasient kun får se øynene på de som kommer inn i rommet, på grunn av beskyttelsesutstyret. Det kan også føles ubehagelig og alltid bli tatt på med hansker.

### 2.3.1 Depresjon og angst

Hvis en person opplever langvarig følelse av tristhet og skuffelse, kan dette utvikle seg til depresjon. Depresjon er ofte resultatet av vanskelige eller vonde opplevelser. De mest vanlige symptomene på depresjon er at personen ikke har tro på seg selv eller fremtiden, samtidig som følelsen av håpløshet er sentral. Mangel på interesse og tiltaksløshet er også vanlige symptomer på depresjon. Fysisk sett kan en også se at personer med depresjon har mimikkløshet, treghet og har en sammensunken kroppsholdning. Personer med depresjon trenger ofte hjelp til å strukturere dagene og avgrense aktuelle problemer (Renolen, 2010, s. 164-165).

Om noe oppleves truende oppstår reaksjoner som frykt og angst. De mest vanlige symptomene ved angst er hjertebank, sammensnøring i halsen, svimmelhet, skjelvninger, magesmerter og blekhet. Symptomene kan variere i fra person til person (Renolen, 2010, s. 166). Når frykten tydelig oppstår uten grunn, kalles det angst. Man kan dele angst i ulike undergrupper: mild angst, moderat angst, sterk angst og panikk (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2013, s. 107)

### 2.4 Ivaretagelse av psykososiale behov

Relevante tiltak må iverksettes hos hver enkelt pasient som er isolert, for å bedre situasjonen. Det blir ofte dokumentert at pasientene takler isolasjonen dårlig. Dette må presiseres i rapporten slik at en kan iverksette konkrete tiltak. En skal likevel være oppmerksom på endringer i pasientens psykiske tilstand. Da isolasjonen også kan føre til hallusinerer, psykose, sinne eller utagering. Andreassen et al. (2010) har definert noen eksempler på tiltak hos pasienter som er isolert:

- Gå inn til pasienten 10 ganger i løpet av en dagvakt, selv om han ikke har ringt på alarmer
- Ta seg god tid inne hos pasienten
- Skape en god dialog med pasienten og bruke 1 time til andre samtaleemner enn diagnose og behandling
- Gjenta viktig informasjon, slik som isolasjonstiden og det som blir sagt om sykdommen
- Primærsykepleie

Det er svært betydningsfullt for pasienten at han har tillit og får gode relasjoner til helsepersonellet som er involvert i hans diagnose og behandling. Dette fører til forutsigbarhet og trygghet hos pasienten. På grunn av enerom, trengs det ikke å tas noe spesielt hensyn til visittiden. Besøket bør derfor spres så godt som mulig, slik at pasienten sitter minst mulig alene. Sykepleieren må også tilby pasienten de ulike tilbudene som sykehuset har tilgjengelige, som for eksempel å prate med en prest eller låne bøker fra bibliotek (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 72).

## 2.5 Informasjon

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2015) har pasientene rett til å få vite all nødvendig informasjon om sin helsetilstand, risikoer og bivirkninger, samt innholdet i helsehjelpen

Usikkerhet hos pasientene kommer ofte av for lite informasjon, og kan skape utrygghet i deres situasjon. Både pasientene selv og deres pårørende har behov for forståelig og tilstrekkelig informasjon om diagnose, behandling og forløpet videre. Det er ikke en selvfølge at informasjonen som blir gitt er forstått, selv om mange sykepleiere, samt leger har vært innom. En skal alltid huske på at mange pasienter og deres familie er lite mottakelige for informasjon, på grunn av den uvante og skremmende situasjonen de er i (Hopen, 2010, s. 288). Som sykepleier er det viktig å vurdere hva som er relevant å vite for pasienten. I noen tilfeller kan en nemlig oppleve et hav av informasjon, der bare halvparten av det er nødvendig.

Helsepersonell skal alltid ta seg tid og være åpne for å ta i mot spørsmål fra pasienten og pårørende og kan gjerne gi informasjonen ut i fra pasientens egne spørsmål. Det skal også nevnes at mange er redde for å oppta sykepleierens verdifulle tid, og spør derfor bare om de høyst nødvendige spørsmålene de lurer på (Hopen, 2010, s. 288-289).

## 2.6 Støtte, selvtillit og likeverd

Gjennom livet møter alle mennesker på ulike livshendelser og en har behov for støtte alt etter hvilken situasjon en befinner seg i. Det er svært betydningsfullt å ha noen å støtte seg til når helsen svikter eller man går i gjennom en hard periode i livet. I en persons sosiale nettverk er det forskjell på kvantitet og kvalitet. Selv om en har mange personer i nettverket sitt, er det ikke nødvendigvis slik at alle disse oppleves som en sosial støtte (Renolen, 2010, s. 154-155).

For at pasienten skal få mest mulig påvirkning og følelsen av å kontrollere sin egen situasjon, er det grunnleggende at en får ta selvstendig valg. Dette myndiggjør pasienten, samtidig som det fremmer mestring og livskvalitet.

Helsepersonell bør kartlegge eventuelle problemer pasienten har og sette daglige mål. Det innebærer at en informerer om behandling og sykdom, slik at en øker pasientens kompetanse på de aktuelle områdene (Reitan, 2010, s. 103).

Hvis en person blir rammet av en krise, medfører dette mest sannsynlig en hindring ved tilværelsen og daglige rutiner. Det har vist seg at det er avgjørende med sosial støtte fra sitt nettverk, for at en skal takle situasjonen. Når en krise oppstår i en persons liv, fører dette til ulike reaksjoner som viser seg i holdning, tanker og følelser. En blir naturlig nok preget av liten konsentrasjon og vansker med å ta til seg ny informasjon. Det kan være krevende å holde styr på tankene, og følelser som bekymring, depresjon, irritasjon, skyldfølelse, meningsløshet, engstelse og angst kan opptre (Renolen, 2010, s. 164).

I vårt samfunn er det en grunnleggende verdi at mennesker er likeverdige uavhengig av sosial status og bakgrunn. For at en skal skape en likeverdig situasjon i pasient – sykepleier rollen, er det grunnleggende at sykepleieren er en aktiv lytter, og at en virkelig er åpen for pasienten. Dette fører til at det pasienten sier, påvirker sykepleierens følelsesmessige liv. Denne handlingen er et tegn på likeverdighet, samtidig som pasienten føler seg sett og en har startet en relasjonsbygging. Allerede i kontaktetableringsfasen er det opp til sykepleieren å legge til rette, for å gi pasienten muligheten til å bli annerkjent (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 186-187).

Ingeberg et al. (2006, s. 186) sier at “når to personer møtes i en relasjon hvor den ene parten mottar hjelp fra den andre, kan forholdet defineres som asymmetrisk, men asymmetrien er knyttet til roller og oppgaver”.

## 3.0 Metode

### 3.1 Begrepet metode

For at en skal kunne definere og begrunne en problemstillingen på en spennende og faglig måte, må en først bestemme seg for hvilken metode som skal brukes, slik at en kan oppnå tilfredstillende data. Et eksempel på en metode kan sammenlignes med når en utfører datainnsamling fra en bestemt pasient, det er et verktøy som en bruker for å innhente informasjon til et bestemt emne (Dalland, 2012, s. 111-112). Henviser til Vilhelm Aubert's beskrivelse på hva metode er: *“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

### 3.2 Kvantitative og kvalitative metoder

Kvantitativ og kvalitative metoder kan brukes til å skape økt forståelse av det samfunnet vi lever i, samtidig som en kan finne ut av hvordan mennesker individuelt, grupper og institusjoner handler og samhandler. Hvis en ønsker målbare enheter i form av tall, der en ønsker å finne gjennomsnitt eller prosentandel, bruker en kvantitativ metode. Det kan for eksempel være gjennomsnittsalderen av beboere på sykehjem eller hvor mange prosent av dem som er kvinner/menn. Den kvalitative metoden kan ikke brukes på samme måte, og gir heller ikke noen målbare svar. Metoden omfatter synspunkter, følelser og opplevelser. Eksempelvis kan det være en spørreundersøkelse i form av intervju, der en vil få frem menneskers opplevelse av en spesiell behandling eller situasjon (Dalland, 2012, s. 112). For å få ulike typer informasjon om et bestemt tema, bruker forfatterne noen ganger *mixed methods*. Dette fører til at en kan belyse emnet fra flere synsvinkler (Forsberg & Wengstrøm, 2013).

### 3.3 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie, på grunnlag av oppgavekriteriene.

I følge Forsberg og Wengstrøm (2014, s. 30) er litteraturstudie en metode der en utfører systematisk søking, kritisk vurdering og anvender deretter den litteraturen en har funnet frem til i sin oppgave. Litteraturen blir brukt til det temaet og problemstillingen en har bestemt seg for på forhånd. For alle studentoppgaver, er litteratur et verdifullt grunnlag. Problemstillingen drøftes ut i fra litteraturen og det er kunnskapen i fra dette oppgaven baserer seg på. En skal derfor få frem hvorfor en har utelatt noe, og hvorfor en har valgt den bestemte litteraturen.

Den som skriver oppgaven skal også beskrive hvordan utvalget er gjort, og hvilke kriterier en har hatt i fokus (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67).

### 3.4 Søkeprosessen

På grunnlag av tidligere erfaringer med Cinhal, har jeg for det meste brukt denne databasen i forbindelse med min oppgave. Jeg startet tidlig å søke etter relevant litteratur i denne databasen. Det viste seg at det var vanskelig å finne noe som har direkte tilkobling til min problemstilling. Derfor søkte jeg også i PubMed, ProQuest, SveMed, Cochrane og Medline. Det resulterte likevel i at jeg fant alle artiklene i Cinahl. I starten av prosessen varierte jeg bruken av søkeordene “tuberculosis”, “isolation”, “nursing”, “psychosocial” og “hospital”. Etter hvert byttet jeg ut “tuberculosis” med “infection”, og “isolation” med “source isolation”. I tillegg avgrenset jeg utgivelsesår fra og med 2006. Da fikk jeg noe mer relevante treff. Jeg fant til slutt 10 aktuelle artikler. Etter en vurdering og gjennomgang, endte jeg opp med fem artikler. På grunnlag av min problemstilling, er det fleste artiklene basert på kvalitativ forskning. Den eldste artikkelen gjennomført av Cassidy (2006), tok jeg med fordi den var veldig relevant for oppgaven. Det har vært en avansert og lang søkeprosess, og det har vist seg at det er lite forskning på pasienter som er isolerte. En del av søkeprosessen gikk også utpå å gå i gjennom litteraturlisten på artiklene jeg allerede hadde funnet. Det viste seg at noen av dem refererer til hverandre. På grunnlag av lite forskning innenfor emnet, gir det enda mer motivasjon til å skrive denne oppgaven.

### 3.5 Kildekritikk og metodekritikk

For at en skal kunne drøfte kunnskap opp i mot problemstillingen en har valgt og for å bygge opp oppgaven, trenger en litteratur. Det er viktig å være kritisk til de kildene en bruker. Det vil si at en bruker kildekritikk som en metode for å vurdere om en bestemt kilde er seriøs og at dataen som presenteres er korrekt. Når en benytter seg av kildekritikk som metode, skal en først innhente den litteraturen som er relevant for problemstilling, etterfulgt av redegjørelse av den litteraturen som en har funnet i sin oppgave. Det innebærer altså at en alltid skal vurdere den litteraturen en har funnet: hvorfor er litteraturen relevant og var det lett å finne relevant litteratur (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67-72).

En skal alltid søke om forhåndsgodkjenning fra en av de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Ut i fra etiske normer og verdier i samfunnet skal komiteene veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål. Alt dette skal skje for å verne om samfunnets og enkelt personers interesser (Dalland, 2012, s. 98).

## 4.0 Resultat

### 4.1 Presentasjon av artikler

#### 4.1.1 Artikkel 1

**Cassidy (2006).** “Student nurses’ experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study”.

**Hensikt:** Studien fokuserer på sykepleierstudenters opplevelse av hvordan pasienter som er isolert på sykehus blir ivaretatt.

**Metode:** Studien er kvalitativ og åtte kvinnelige 2. års studenter ble intervjuet. slik at de subjektive følelsene kunne komme frem. Intervjuene foregikk ansikt til ansikt og varte i gjennomsnitt 55 minutt. Det ble stilt åpne spørsmål for å søke etter den subjektive opplevelsen studentene satt igjen med. Intervjuene ble tatt opp og analysert og tolket i etterkant.

**Funn:** Ut i fra denne studien viser funn at sykepleierne og studentene har liten forståelse for mikrobiologi, og at dette påvirker deres arbeid med pasienter som er isolert. Dette har også en innvirkning på pasienten og dens pårørende, i deres samvær. Funn viser i tillegg at sykepleierne føler seg mer ansvarlig for den fysiske omsorgen enn den psykiske.

#### 4.1.2 Artikkel 2

**Morgan, Diekema, Sepkowitz & Perencevich. (2009).** Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature”.

**Hensikt:** Denne studien tar for seg de negative påvirkningene som isolasjonen kan føre til hos pasientene.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie som baserer seg på 15 studier som er publisert i mellom 1989-2008.

**Funn:** Funn i denne studien viser at helsepersonell bruker lite tid inne hos isolasjonspasienter og at det ofte er forsinkelser i de daglige rutinene. Det kommer også frem at de negative symptomene som ses hyppigst ved isolasjon er depresjon og angst.



#### 4.1.3 Artikkel 3

**Baratt, Shaban & Moyle (2011).** “Patient experience of source isolation: Lesson for clinical practice”.

**Hensikt:** Studien tar for seg pasientenes opplevelse av å være isolert som følge av MRSA eller andre infeksjoner.

**Metode:** Studien er en litteraturstudie, som baserer seg på tidligere forskning. Det ble hentet 21 studier fra Medline, Cinahl, PsycInfo og Cochrane. Alle studiene var publisert i mellom 1990-2010.

**Funn:** Pasientene opplever isolasjonen i som negativ i størst grad, men påpeker også positive sider. Det mest fremtredende er det positive med å ha enerom. Det gir pasientene en følelsen av ro og det å ha privatliv, samtidig som de har gode muligheter for refleksjon. Funn i studien viser også at følelser som angst og depresjon kan forekomme hos disse pasientene. Ensomhet, frustrasjon, stigmatisering og kjedsomhet kommer også klart frem som negative sider ved å være isolert. I tillegg viser det seg at denne pasientgruppen får mindre omsorg fra helsepersonell.

#### 4.1.4. Artikkel 4

**Abad, Fearday & Safdar (2010).** “Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review”.

**Hensikt:** Studien undersøker om pasienter som er isolert får psykiske eller fysiske plager.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie som baserer seg på tidligere forskning. Det var 16 studier som tilfredstilte kravene for å bli tatt med i litteraturstudien. Alle studiene var publisert på engelsk i mellom 1966-2009.

**Funn:** Det viser seg at flertallet av pasienter som er isolert får negative konsekvenser som påvirker deres mentale velvære. Depresjon, angst og sinne er det som kommer mest frem under isolasjonstiden. I tillegg viser funn at helsepersonell bruker mindre tid på pasienter som er isolert.

#### 4.1.5 Artikkel 5

**Mendoza, Domínguez, Fernández, Brioso & Bano (2015). “Effects of isolation on patients and staff”.**

**Hensikt:** Studiens hensikt er å undersøke om isolasjon har negative effekter på pasientene.

**Metode:** Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie som ble gjennomført i 2011-2012. Den ble utført på et sykehus med 900 sengeplasser, som har et aktivt infeksjonskontrollprogram. Den første delen av undersøkelsen bestod av spørreskjema, der 72 pasienter fullførte. Den kvalitative delen bestod av intervju med åpne spørsmål. Her ble også helsepersonell intervjuet, 15 sykepleiere, 9 hjelpepleiere og 4 leger.

**Funn:** Ut i fra funn i studien, viser det seg at isolasjonen kan ha negative effekter på pasientene. Depresjon ble forbundet med følelsen av ensomhet og en nedsatt mobilisering ved isoleringstiden. Undersøkelsen viser ingen økt risiko for angst. Helsepersonell uttrykte selv at de følte at pasientene ikke fikk den samme omsorgen som ikke-isolerte pasienter. Dette skjedde i følge dem selv på grunn av de brukte mye ekstra tid på å ta på seg beskyttelsesutstyr, de brukte derfor pårørende som en mellommann til å formidle informasjonen videre til pasientene.

#### 4.2 Oppsummering av funn

Etter gjennomgang av fire ulike studier, er det noen resultater som stadig kommer opp. Det er tydelig at isolasjonstiden er en negativ hendelse som påvirker pasientenes daglige liv. De blir frarøvet sine daglige rutiner og må tilbringe døgn etter døgn alene på et rom. De største konsekvensene av isolasjonstiden er depresjon, ensomhet og nedsatt mobilisering. I tillegg kommer det frem at mange av pasientene snur døgnnet rundt og sover hele dagene. Det viser seg også at isolasjonspasientene blir satt “på vent” og ofte blir glemt. Det blir samtidig fremhevet at sykepleierne føler at pasientene får mindre omsorg enn de pasientene som ikke er isolert. Sykepleierne uttrykker at de har liten forståelse for mikrobiologi og at dette gjelder de fleste ansatte, samt pasienter og pårørende. Sykepleierne ser på det som en heftelse å ta på seg beskyttelsesutstyr og alt det andre som medfølger smitteregimet.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Sykepleierens rolle hos pasienter som er isolert

Det kommer frem i flere studier at helsepersonell bruker mindre tid inne hos de pasientene som er isolerte. Noen bruker pårørende til å videreformidle informasjon, slik at de slipper å gå inn til pasientene. Det viser seg også at pasientene ikke ønsker å være til bry, fordi de vet at sykepleierne har det travelt. Abad et al. (2010) hevder at helsepersonell ser på det som en barriere når de må ta på seg beskyttelsesutstyr før de går inn til pasienten. Sykepleierne sier at det tar ekstra tid å forholde seg til smitteregimet og at det tidvis kan være tungvint. På den ene siden nevner Stordalen (2009, s. 162-163) at pasientene som er isolerte ofte kan bli glemt i en hektisk hverdag på avdelingene. På den andre siden påpeker Hopen (2010, s. 288-289) at helsepersonell skal ta seg god tid, når de er inne hos pasienter som er isolert. Her ser vi at pasientene er fullt klar over at sykepleierne kan ha det travelt i avdelingen, og ikke ønsker å ta opp tiden deres. I tillegg er det tydelig at de pasientene som er isolert, stadig vekk er de som blir glemt. Dette kommer frem i Barrat, Shaban & Moyle (2011) sin studie. Her påstår pasientene selv at de blir tilsidesatt og glemt. Hva er egentlig grunnen til dette? Er det fordi døren alltid er lukket, og en nesten glemmer at det befinner seg en pasient der inne? En av grunnene er tilsynelatende den ekstra tiden som inkluderer smitteregimet. Men er det virkelig slik at sykepleierne skal bruke mindre tid inne hos pasientene av den grunn? Andreassen et al. (2010) trekker frem at en skal bruke god tid inne hos denne pasientgruppen, samtidig som en skal ha vært innom minst 10 ganger i løpet av en dagvakt. Hva må gjøres for at dette skal opprettholdes, selv i en travel avdeling? De negative konsekvensene som kan ramme pasientene under isolasjonstiden bør komme mer frem i lyset. Dette kan gjerne bidra til at helsepersonell ser viktigheten i at disse pasientene blir ivaretatt like mye som pasienter som ikke er isolert. I følge Mendoza et al. (2015) kommer det frem i studien at sykepleierne har en tendens til å kun gå inn til de isolerte pasientene når det er nødvendig.

På grunn av beskyttelsesutstyret som helsepersonell og pårørende må ha på seg, føler pasientene seg urene. Et utsagn fra pårørende var at de ønsket å brenne klærne sine da de kom hjem, samt vaske seg med hibiscrub. Dette påpekes i studien "Patient experience of source isolation: Lesson for clinical practice" gjennomført av Baratt, Shaban & Moyle (2011). Andreassen et al. (2010) understreker at pasientene synes det er anstrengende å kun se øynene til personalet, samtidig som det oppleves ubehagelig å alltid bli tatt på med hansker. Her ser vi at konsekvensene av smitteregimet er alvorlige.

En ønsker naturligvis ikke at pasientene skal føle seg urene eller skitne. Stordalen (2009, s. 162-163) understreker at både pasienten og pårørende har et stort behov for informasjon om retningslinjene ved smitteregimet. I tillegg skal sykepleieren alltid forklare hvorfor en skal forholde seg til smitteregimet. Dermed er det slik at ansvarlig sykepleier må forsikre seg om at pasienten har tatt til seg og forstått informasjonen vedrørende smitteregimet. På grunn av at pasienten er i en uvant og skremmende situasjon må en gjenta informasjonen.

En annen konsekvens av det å måtte bruke beskyttelsesutstyr, er at det kan gjøre det vanskelig å skape en god relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Det kan være utfordrende for pasienten å bli trygg på sykepleieren når alt en ser er øynene. Kari Martinsen (Alvsvåg, 2010, s. 419) hevder at relasjonen ofte er grunnlaget for å gi omsorg. I tillegg er det vanskelig for pasienten å se den nonverbale kommunikasjonen på grunn av munnbind. Andreassen et al. (2010, s. 72) hevder at en god relasjon mellom pasient og sykepleier fører til forutsigbarhet og trygghet i pasientens situasjon. Her ser vi at sykepleieren må legge til rette for å skape en mest mulig effektiv relasjonsbygging. Erfaringsmessig er det et godt tiltak å benytte seg av slusen, dersom døren til pasientrommet har et vindu. Da kan man banke på, å deretter vise ansiktet sitt før man tar på seg beskyttelsesutstyret. Det kan også være en ide å ha bilder og navn av de ulike sykepleierne inne på isolatet, slik at pasienten lettere kan kjenne dem igjen.

I studien til Cassidy (2006) kommer det frem at forståelsen for mikrobiologi er lav hos helsepersonell. Som nevnt tidligere kan man se at manglende kunnskaper om egen helsetilstand kan føre til at pasientene blant annet føler seg urene. For det første nevner Stordalen (2009, s. 164) at dersom helsepersonell er usikre på smitteregimet, skal en innhente nødvendig informasjon for å få forståelse for retningslinjene. Forståelse og riktig gjennomføring av smitteregimet og mikrobiologi angår både medpasienter, besøkende og personalet. I tillegg er det av stor betydning for å hindre videre smittespredning. For det andre hevder Mendoza et al. (2015) at sykepleierne er usikre på risikoen for å bli smittet og at de ikke vet hvor de finner oversikten av retningslinjer ved isolasjon. Her ser vi at sykepleierne og annet helsepersonell har en viktig rolle i forhold til å innhente de kunnskapene de trenger. Sykepleierne er pliktige til å holde seg oppdatert på fagstoff og forskning.

I flere av studiene kommer det frem at pasientene som er isolert opplever liten kontroll på situasjonen. I følge Baratt, Shaban og Moyle (2011) opplever pasienter som er isolert en lavere følelse av kontroll en de pasientene som ikke er isolert.

Abad et al. (2010) presiserer at årsaken til de negative effektene som kan påvirke pasienten under isolasjonstiden, mest sannsynlig er knyttet til usikkerhet og mangel på kontroll. I tillegg viser det seg at pasientene takler isolasjonstiden bedre, om de har kontroll på situasjonen (Baratt, Shaban & Moyle, 2011). Dette viser viktigheten av at sykepleieren legger til rette for at pasienten skal få mest mulig kontroll over sin situasjon. Det å gi pasientene valgmuligheter og la dem styre dagene sine vil bidra til økt følelse av kontroll. I Kari Martinsen sin omsorgsdefinisjon (Alvsvåg, 2010, s. 420), sier hun at: “en skal vise hensyn og møte personen der de er”. Hun påpeker altså at omsorgen er moralsk, om en gir for mye kan en ta over pasientens selvhjulpenhet. Her ser vi at det handler ikke om å sympatisere for mye med pasientene, men å være ydmyk som sykepleier. Når en gir pasientene rom for å ha kontroll over sin egen situasjon, bidrar en også til at de for kjenne på mestringsfølelsen. Noe som er av stor betydning i en monoton dag på isolat.

## 5.2 Pasientens opplevelse av isolasjonstiden

Pasienter som er isolerte på enerom som følge av smittebærende sykdom, har stor sannsynlighet for å utvikle depresjon. Depresjonen er relatert til følelsen av ensomhet og nedsatt mobilisering under isolasjonstiden. Andreassen et al. (2010) påpeker at en del problemer kan oppstå under isolasjonstiden, der depresjon er en av dem. Det nevnes også at det ofte blir dokumentert at pasientene “takler isolasjonen dårlig”. Andreassen et al. (2010) har etablert en liste med enkle tiltak for å bedre oppholdet til pasientene. Reitan (2010, s. 103) støtter dette og hevder at sykepleierne må kartlegge eventuelle problemer hos pasienten. Det er også avgjørende at pasienten blir myndiggjort og får kontroll på sin egen situasjon. Her ser vi at det å ta selvstendige valg er et grunnleggende behov hos mennesker. Sykepleierne må legge til rette for at pasientene kan gjøre akkurat det. Andreassen et al. (2010) forklarer at pasientene opplever isolasjonstiden som en slags krise og at den kan medføre problemer. Dermed er det slik at iverksetting av tiltak er av stor betydning for pasientens psykososiale behov. For det første er det sykepleierens ansvar å forebygge komplikasjoner. En kan se på problemene som isolasjonstiden fører med seg som nettopp dette. For det andre skal sykepleieren kartlegge og vurdere pasientens behov og komplikasjoner som følge av sykdommen. Hos en nyoperert pasient vil en sette i gang forebyggende tiltak med det samme han er tilbake på post, nettopp for å hindre komplikasjoner som følge av operasjonen. Det vil si at det er like viktig å iverksette tiltak hos pasienter som blir isolerte, for å forebygge komplikasjoner som depresjon, tidsforvirring og lignende. Hva er egentlig grunnen til at disse pasientene likevel blir glemt og “satt til side”?

Er det den ekstra tiden man bruker til påkledning av beskyttelsesutstyr? Eller er det frykten for å selv bli smittet som følge av liten forståelse for mikrobiologi? Det kan være

I tillegg til at pasientene opplever depresjon, var også angst et fremtredende symptom ved isolasjon. På grunn av ensformige dager på et lite og lukket rom, kanskje uten noen form for utsikt, opplever pasientene redusert stimuli. På den ene siden hevder Baratt, Shaban & Moyle (2011) at isolasjonen kan føre til angst. I tillegg påstår de også at det skaper mer angst og stress hos pasientene, når helsepersonell bruker beskyttelsesutstyret på ulike måter. På den andre siden mener Mendoza et al. (2015) at isolasjonstiden ikke var forbundet med angst. De påstår at grunnen til dette er fordi de har et omfattende infeksjonskontrollprogram.

Programmet innebærer spesifikke aktiviteter med sikte på å hindre negative problemer under isolasjonstiden. Cassidy (2006) hevder at pasientene skal ha god informasjon om sin sykdom og smitteverntiltak, fordi dette reduserer angst og depresjon, samtidig som det øker selvfølelsen og følelse av kontroll. Her ser vi at rutiner og tilstrekkelig informasjon er en avgjørende faktor for å forebygge angst hos isolerte pasienter. Det er sykepleierens ansvar å tilrettelegge for at rutiner blir opprettholdt, samt at pasienten får den informasjonen som er nødvendig. Som følge av dette mener Cassidy (2006) at rutinene kan føre til forutsigbarhet, tidskontroll og tillit. Alt dette bidrar til redusert stress og angst hos pasientene. For at sykepleierne skal ha den nødvendige tiden til å informere, samt gjennomføre de tiltakene som er nevnt ovenfor, er det essensielt at rammene og ressursene er tilrettelagt.

Foruten om depresjon, angst, ensomhet og nedsatt mobilisering, er tidsforvirring et av de problemene som ses oftest hos pasienter som er isolert. Ut i fra studiene kommer det frem at pasientene ofte sover om dagen og er våkne på natten. I følge Andreassen et al. (2010, s. 72) er også dette et kjent "problem" hos pasienter under isolasjonstiden. Dermed er det slik at sykepleierne har en sentral rolle i å forebygge dette, sammen med andre relevante problemer. Her kan sykepleieren i samarbeid med pasienten utarbeide en rutineplan for dagene. Dette kan bidra til å skape struktur i hverdagen til pasienten. Men pasientene må ha noe å fylle dagene med også. Det er av stor betydning at en har noe å ta seg til, derfor må sykepleieren bidra med de mulighetene som er tilgjengelige på sykehuset. I tillegg kan det være hensiktsmessig å komme med ideer og tips til hvordan en kan fylle dagene med noe positivt. I dagens moderne samfunn er det svært aktuelt å ta i bruk det populære kommunikasjonsprogrammet Skype. Dette er en gylden mulighet for pasienten til å se hele bilde av sine nærmeste, uten beskyttelsesutstyr. Sykepleierne kan også gi pasientene noen personlige utfordringer, slik at en kan trigge mestringsfølelsen. Det kan være gåter og puslespill eller andre kreative ideer.

Når pasientene er innlagt på sykehus kjenner de på følelsen av usikkerhet. Det er også et gjennomgående funn at de føler liten kontroll over sin egen situasjon. Hopen (2010) sier at usikkerhet hos pasientene som oftest kommer av mangel på informasjon. Usikkerheten kan også føre til at pasientene føler seg utrygge. Stordalen (2009, s. 162-163) presiserer at informasjon til pasientene er en avgjørende faktor for deres opphold. Informasjonen bør innebære retningslinjene som følger med isoleringen, samt infeksjonsstatus og forløpet videre. Her ser vi at informasjon til pasientene er av stor betydning. For det første nevner Stordalen (2009, s. 164) at helsepersonell skal gi forståelig informasjon og veiledning, samtidig som en alltid skal forklare hvorfor rutiner blir gjort i forhold til smitteregimer. Dette støtter Hopen (2010, s. 288). I tillegg påpeker hun at informasjonen ikke alltid blir forstått av pasientene og pårørende. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasientene rett på å vite alt som inkluderer deres inneliggende årsak. Spørsmålet blir da om pasienter som er innlagt, får den informasjonen som de har behov for og krav på. En kan spørre seg om dette kun gjelder hos isolerte pasienter, eller om problemet også rammer større deler av pasientgruppene. Abad et al. (2010) påpeker at de fleste pasientene som er isolert, ikke har en klar forståelse for hvorfor. Det sies at en skal ta noen ordtak med en klype salt, men et kjent ordtak sier: "En har ikke vondt av det en ikke vet". Hvis en relaterer dette til sykepleiepraksis, kan en se at ordtaket er svært misvisende og gir direkte ulemper for den det gjelder. Dersom man ser motsatt på det: "En har godt av det en vet", hadde betydningen vært et viktig prinsipp i sykepleiepraksis. Som følge av at pasientene er godt orienterte rundt sin helsetilstand, vil dette medfører en langt mindre grad av usikkerhet. Baratt, Shaban & Moyle (2011) hevder at pasientopplæring er svært betydningsfullt. Det er vanskelig for pasientene å "se" diagnosen sin når de etter forholdene føler seg bra. I studien kommer det frem at undervisning til pasientene som var isolert, bidro til en positiv forskjell. I tillegg medførte det til bedre relasjon mellom pasient og sykepleier på grunn av forståelsen av retningslinjene.

### **5.3 Tiltak for å ivareta pasientens psykososiale behov**

En naturlig konsekvens for pasientene under isolasjonstiden er kjedsomhet. Dagene føles uendelige når de tilbringer tiden alene på et lukket rom. Andreassen et al. (2010) påpeker at isolasjonstiden er en påkjenning for pasienten. Ved å iverksette aktuelle tiltak kan en bedre situasjonen for pasienten. For det første hevder Andreassen et al. (2010) at det er viktig å spre besøkende så godt som mulig utover dagen. På grunn av enerom trenger en ikke å forholde seg til visittiden. Samtidig som besøk av familie og venner er et godt avbrekk for pasienten.

For det andre påpeker Baratt, Shaban & Moyle (2011) at mye kan gjøres for å ivareta pasienten bedre under isolasjonstiden. Sykepleieren kan foreslå at pasienten kan ha personlige gjenstander på rommet sitt. Dette skaper en god atmosfære, samtidig som pasienten kan føle seg mer "hjemme". Andre relevante tilbud som pasienten kan ha inne på rommet er et lite kjøleskap, samt vannkoker til å lage te og kaffe. Dersom sykehuset har bibliotek kan pasientene få tilbud om å låne bøker. Dermed er det slik at sykepleieren har en betydningsfull oppgave for å bedre oppholdet til pasienten. Dessuten kan det være vanskelig for pasienten å se hva som kan bidra til å gjøre hverdagen meningsfull. Hvis en for eksempel lager en dagsplan, kan en hjelpe pasienten til å få et rutinert og forutsigbart opphold. Sykepleierens rolle er å samarbeide med pasienten og komme med forslag til dagsplanen. Dette bidrar til at pasienten blir mer selvstendig og øker følelsen av kontroll. Dersom det er en balkong eller terrasse tilgjengelig på avdelingen, kan en tilrettelegge for at pasienten kan tilbringe tid her. Da kan pasienten få frisk luft, samtidig som en slipper å ha på munnbind (så sant en er alene). Dagens teknologi kan også bidra til et bedre isolasjonsopphold. På internett finnes det forum av alle slag. Dermed er det slik at pasienten kanskje kan finne personer via forum eller støttegrupper som er i samme situasjon. Alle disse tiltakene kan føre til at pasienten får et bedre opphold og det er sykepleierens ansvar å tilrettelegge for dette.

## **6.0 Avslutning og konklusjon**

Det positive med kvalitative studier er at pasientene får satt ord på følelsene sine. De subjektive følelsene har vært en viktig del av denne oppgaven. Det er viktig for meg å få frem hvordan pasientene egentlig har det, og sammenligne det med mine personlige erfaringer. Det viser seg at konsekvensene er svært alvorlige og at pasientene kan utvikle depresjon og angst. Det er tydelig at det er lite forskning på dette emnet, og på grunn av dette er det enda viktigere å belyse dette temaet.

Flere av studiene konkluderer også med at det bør settes mer fokus på pasienter under isolasjonstiden. En av tidens store utfordringer er at bakterier blir sterkere og mange av dem er antibiotika resistente. Dette medfører at isolasjonsopphold for pasienter har kommet for å bli. Derfor får sykepleierne en stadig viktigere rolle i forhold til å forebygge komplikasjoner hos pasienter som er isolerte. Det er ikke bare ensomheten i et isolasjonsrom som kan være belastende, men også mangelen på den menneskelige kontakten.



Informasjon er en avgjørende faktor for at pasientene skal få et bedre opphold. Samtidig er forutsigbarhet og følelsen av kontroll noe som står sentralt hos pasientene. Det er også av stor betydning at sykepleierne tar ansvar for å innhente kunnskaper når de er usikre.

## 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 6p.  
doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 61-104). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Alvsvåg, H. (2010). *Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning*. I U. Knutstad (Red.). Sentrale begreper i klinisk sykepleie (3. utg., s. 417-450). Oslo: Akribe AS
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193 14p.
- Brunvatne, R. & Haldal, E. (2010). *Smittevern*. I B. N Kumar & B. Viken (Red.). Folkehelse i et migrasjonsperspektiv (s. 105-124). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Cassidy, I. (2006). Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(10), 1247-1256 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01404.x
- Chalco, K., Wu, D., Mestanza, L., Muñoz, M., Llaro, K., Guerra, D., & ... Sapag, R. (2006). Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. *International Nursing Review*, 53(4), 253-260 8p.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2010, 3. mars). *Tuberkulose – Veileder for helsepersonell*. Hentet 7. januar 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=82882>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 10 mars). *Tuberkulose – faktaark*. Hentet 7. januar 2016 fra <http://www.fhi.no/tema/tuberkulose/fakta-om-tuberkulose>

- Folkehelseinstituttet. (2015, 29. september). *Vel 300 tuberkulose tilfeller i 2014*. Hentet 7. januar 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=116085>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokforlaget Natur & Kultur.
- Hopen, L. (2010). *Læring og mestring ved langvarig sykdom*. I U. Knutstad (Red.). Sentrale begreper i klinisk sykepleie (3. utg., s. 284-308). Oslo: Akribe AS
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger*. Oslo: Akribe AS
- Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M. J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C., & Rodriguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal Of Infection Control*, 43(4), 397-399 3p. doi:10.1016/j.ajic.2015.01.009
- Mjell, J. (2011). *Sykdommer i respirasjonsorganene*. I S. 3rn, J. Mjell & E. B. Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (s. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Morgan, D., Diekema, D., Sepkowitz, K., & Perencevich, E. (2009). Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. *American Journal Of Infection Control*, 37(2), 85-93 9p.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63*. Hentet 15. februar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2010). *Mestring*. I U. Knutstad (Red.). Sentrale begreper i klinisk sykepleie (3. utg., s. 417-450). Oslo: Akribe AS
- Renolen, 3. (2010). *Forst3else av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare*. Bergen: Fagbokforlaget
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk