



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 536

Antall ord: 8921

En påkjenning å bli isolert?

Pasientens psykososiale behov

Bachelor i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet – Avdeling Haugesund

Kull 2014

Antall ord: 8921

Sammendrag

Bakgrunn

Som sykepleier møter en mange pasienter som må isoleres på grunn av smittefare, men det er ikke alltid det blir tatt hensyn til selve pasienten, og hva som er pasientens psykososiale behov. Gjennom flere studier kommer det frem at smitteisolasjon utløser en del negative reaksjoner hos mange pasienter, som depresjon, angst, stress og lignende.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke reaksjoner som er vanligst hos den smitteisolerte pasienten, og hva en som sykepleier kan gjøre for at isolasjonstiden kan bli best mulig. Oppgaven baseres på problemstillingen: «Hvilke psykososiale behov er spesielt utsatt hos smitteisolerte pasienter, og hva kan en som sykepleier gjøre for å tilrettelegge og oppfylle disse behovene?»

Metode

Oppgaven blir utført som en litteraturstudie, med systematisk søk for å finne relevant litteratur og forskning.

Resultater

Ulike studier vektlegger den psykiske reaksjonen pasienter i smitteisolasjon opplever, blant annet: stress, angst, depresjon, ensomhet, kjedsomhet, frustrasjon, og sosial isolasjon. Hva som trenger en forbedring på sykehusavdelingen, for å oppfylle de psykososiale behovene, kommer også frem i flere studier. Mange pasienter opplever behov for økt informasjon, økt sosial kontakt, og gode fasiliteter på avdelingen for at isolasjonen skal oppleves bedre.

Oppsummering

Funnene blir i denne oppgaven inndelt i tre kategorier: betydningen av tilstrekkelig informasjon, pasientens håndtering av isolasjonen, og avdelingens fasiliteter og tilrettelegging.

Summary

Background

In hospitals, we will meet a lot of patients who are kept in an isolation ward because of the infection risk. Even though it is not always considered the patient, and what the psychosocial needs for each patient is. Several studies show that isolation trigger many negative reactions, such as depression, anxiety, stress, and more.

Aim

The aim of this study is to find which psychological reaction is in common, for patients who are isolated because of infection risk. It will also emphasize the opportunities for nurses to improve the time spent in an isolation room. This task will be based on the question «Which psychosocial needs are particularly vulnerable to infected patients, and what can the nurses do to facilitate and fulfill these needs?»

Method

The task is performed as a literature study, with systematic searches for relevant literature and studies.

Results

Unique studies emphasize the psychological reaction that patients experience in an isolation room. Reactions as stress, anxiety, depression, loneliness, boredom, frustration and social isolation, is often found. It is also evident in several studies which improvement are needed, to meet the psychosocial needs for each patient. Many patients experience a lack of information and social contact; therefore, they perceive an improvement. Also, the facilities in the ward needs to be improved.

Conclusion

The findings are in this task divided into three categories: the importance of adequate information, the patient's handling of the isolation, and the ward's facilities and organization.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 HENSIKT	9
1.3 PROBLEMSTILLING	9
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	9
2.0 TEORETISK OG BEGREPSMESSIG RAMME	11
2.1 TREENIG OMSORGSTEORI – KARI MARTINSEN	11
2.2 PSYKOSOSIALE BEHOV	12
2.2.1 Krise og krisehåndtering	12
2.2.2 Balanse mellom privatliv og sosialisering.....	13
2.2.3 Trygghet	13
2.2.4 Angst og depresjon	14
2.2.5 Ensomhet	15
2.3 SMITTEVERN	16
2.3.1 Isolat og isoleringsrom.....	16
2.3.2 Smitteregimer	17
2.4 PASIENTENS INFORMASJONSBEHOV	17
2.4.1 Teach back-metoden	18
3.0 METODE	19
3.1 METODEBEGREPET	19
3.2 RELEVANTE FORSKNINGSMETODER	19
3.2.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning	19
3.2.2 Litteraturstudie som metode	20
3.3 LITTERATUR I FORELIGGENDE BESVARELSE.....	20
3.3.1 Søkeprosessen.....	21
3.3.2 Etikk i oppgaven.....	21
4.0 RESULTAT	22
4.1 FORSKNINGSARTIKKEL 1: PATIENTS’ EXPERIENCES OF BEING INFECTED WITH MRSA AT A HOSPITAL AND SUBSEQUENTLY SOURCE ISOLATED (HELLSTRÖM, SJÖSTRÖM, & SKYMAN, 2010)	22
4.1.1 Hensikt	22

4.1.2 Metode	22
4.1.3 Resultat.....	22
4.2 FORSKNINGSARTIKKEL 2: PATIENT EXPERIENCE OF SOURCE ISOLATION: LESSONS FOR CLINICAL PRACTICE (BARRATT, SHABAN, & MOYLE, 2011).....	23
4.2.1 Hensikt	23
4.2.2 Metode	23
4.2.3 Resultat.....	23
4.3 FORSKNINGSARTIKKEL 3: INFECTION CONTROL: REDUCING THE PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF ISOLATION (WARD, 2000)	24
4.3.1 Hensikt	24
4.3.2 Metode	24
4.3.3 Resultat.....	25
4.4 FORSKNINGSARTIKKEL 4: OPLEVELSE AF ISOLATION UNDER INDLÆGGELSE – ET KVALITATIVT STUDIE (MADSEN, 2014)	26
4.4.1 Hensikt	26
4.4.2 Metode	26
4.4.3 Resultat.....	26
4.5 FORSKNINGSARTIKKEL 5: SAFETY OF PATIENTS ISOLATED FOR INFECTION CONTROL, (BATES, REDELMEIER, & STELFOX, 2003)	27
4.5.1. Hensikt	27
4.5.2 Metode	27
4.5.3 Resultat.....	27
4.6 SAMMENFATNING AV FORSKNINGSRESULTAT	28
5.0 DRØFTING.....	30
5.1 BETYDNINGEN AV INFORMASJON FOR Å HA KONTROLL.....	30
5.2 PASIENTENS HÅNDBTERING AV ISOLASJONEN.....	33
5.2.1 Risikovurdering	33
5.2.2 Ekstra tid inne hos pasientene	34
5.3 AVDELINGENS FASILITETER OG TILRETTELEGGING	36
6.0 KONKLUSJON	38
6.1 SVAR PÅ PROBLEMSTILLING	38
6.2 IMPLIKASJONER.....	39
7.0 KILDER.....	40

8.0 VEDLEGG 44
8.1 FORSKNINGSARTIKLER 44
8.2 TABELL 1: LITTERATURSØK 46

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) arbeider kontinuerlig for å minske smittespredning i helsetjenestene, og målet er at medlemsstatene skal være så trygge som mulig for både pasienter, helsepersonell, og andre som oppholder seg i helsetjenestene (World Health Organization, u.å). I Norge isolerer vi mange ulike sykdommer for å minske smitterisikoen, for å skape trygghet for både pasienter og helsepersonell. I Isolasjonsveilederen til Folkehelseinstituttet & Sosial- og helsedirektoratet (2004) listes det opp de mest relevante sykdommene som krever isolering, blant annet sykdommer som MRSA (Meticillinresistente Stapylococcus Aureus), tuberkulose, urinveisinfeksjon, malaria, og meslinger for å nevne noen. Isolasjonsveilederen forklarer også hva som er nødvendig i de forskjellige smitteregimene.

Kari Martinsens vektlegger pasientens eget behov for hjelp som en viktig del, hvis en skal utøve god omsorg (Alvsvåg, 2010, s.419). I Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet kommer det frem krav om at helsepersonell skal gi omsorgsfull hjelp til pasientene, og da er det viktig å vektlegge hva omsorgsfull sykepleie faktisk er.

Som sykepleier møter en kanskje ukentlig smitteisolerte pasienter, og da trenger en i tillegg til nasjonale retningslinjer forskningsbasert kunnskap om hvordan en skal imøtekomme de smitteisolerte pasientene på best mulig måte. I praksisfeltet møter en mange pleiere som begrenser antall ganger en går inn til pasientene for å redusere smitterisikoen, selv om pasientene ofte opplever ensomhet (Abad, Fearday, & Safdar, 2010). Kanskje er pleierne heller ikke helt observante på hvilke spesielt utsatte psykososiale behov pasienten har under en isolasjon. I følge tidligere studier påvirkes de psykososiale behovene under en smitteisolasjon, og effekter som depresjon, angst, ensomhet, og kjedsomhet er bare noen av effektene en kan få, noe som kommer frem i blant annet litteraturstudien til Abad et. al. (2010). Men hvis en ikke vektlegger de psykososiale behovene til pasienten som er smitteisolert, vil da pleien oppleves som omsorgsfull?

For å kunne forbedre praksis er det nødvendig med kunnskapsbasert praksis, og denne oppgaven belyser nettopp hva som er pasientenes behov under en smitteisolasjon.

1.2 Hensikt

Oppgavens hensikt er å få økt kunnskap om de psykososiale behovene til smitteisolerte pasienter. Det blir satt fokus på hvilke behov som blir spesielt utsatt i en slik situasjon, og hvilke intervensjoner som kan skape et bedre opphold, og å minske de psykologiske reaksjonene som er forårsaket av isolasjonen.

1.3 Problemstilling

«Hvilke psykososiale behov er spesielt utsatt hos smitteisolerte pasienter, og hva kan en som sykepleier gjøre for å tilrettelegge og oppfylle disse behovene?»

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Når det blir referert til pasienter som er isolert menes det at en ligger avgrenset fra omgivelsene på enerom, med ulike tiltak som skal minske smitterisikoen. Grunnlaget for isoleringen kan være at enten personalet, pårørende, eller medpasienter er utsatt for smitte, eller at pasienten selv er utsatt på grunn av dårlig immunforsvar (Stordalen, 2015, s.181). Ettersom de isolasjonene en gjør på grunnlag av dårlig immunforsvar i utgangspunktet ikke er et smitteregime (Stordalen, 2015, s.185), vil oppgaven ikke gå inn på disse isolasjonene. I møte med smitteisolerte pasienter vil en se stor variasjon fra person til person, både unge og gamle, noen er sengeliggende og terminale, andre er fullt oppegående og selvhjulpne, men må være isolert på grunn av smittefare. Oppgaven vil utelukke barns opplevelse med smitteisolasjon, da barn innlagt på sykehus er komplekst med andre faktorer som spiller inn enn hos voksne, blant annet stor avhengighet av pårørende og redsel for det ukjente (Grønseth & Markestad, 2011, s.55). Oppgaven begrenses til hvordan en som sykepleier kan tilrettelegge og oppfylle de psykososiale behovene. Pårørendes påvirkning blir derfor ikke inkludert i oppgaven, selv om de, i følge Ward (2000), utgjør en stor forskjell

med tanke på tilfredsstillelse av de psykososiale behovene. Oppgaven vil også begrenses til at smitteisolasjonen er i sykehus, selv om flere av resultatene også kan overføres til for eksempel sykehjem.

2.0 Teoretisk og begrepsmessig ramme

I kommende kapittel vil aktuelle begreper og teorier rundt problemstillingen bli definert og forklart, slik at en har grunnleggende og nødvendig kunnskap før en skal lese metode og drøftingsdelen. Omsorgsteorien til Kari Martinsen blir beskrevet, etterfulgt av begrepsavklaring og ulike teori knyttet til psykososiale behov – derunder ulike begreper som krise- og krisehåndtering, privatliv og sosialisering, trygghet, angst og depresjon, og ensomhet. Videre blir det presentert en kort innføring i smittevern – smitteregimer og isolasjon, før det til slutt blir presentert teori rundt pasientens informasjonsbehov, og forklaring av Teach-back metoden.

2.1 Treenig omsorgsteori – Kari Martinsen

Oppgaven vil baseres på Kari Martinsens (1989, s.14-17) omsorgsteori. Martinsen mener omsorg er et treenig begrep, som står i forhold til hverandre:

1. Omsorg er relasjonell
2. Omsorg er praktisk
3. Omsorg er moralsk

For det første er det nødvendig med minst to parter, der én er omsorgsfull overfor den andre. I et sykepleieperspektiv vil dette komme til uttrykk ved at sykepleieren for eksempel bekymrer seg overfor pasienten, hjelper pasienten med pleien eller smertelindring. For det andre er omsorgen praktisk (Martinsen, 1989, s.14). For å kunne gi praktisk hjelp er en avhengig av å vite hva som er det faktiske behovet til pasienten. Martinsen påpeker også at sykepleier-pasient-forholdet er asymmetrisk, hvor sykepleieren gir omsorg til pasienten, uten at det forventes tilbake (Martinsen, 1989, s.16). I denne oppgaven vil dette komme til uttrykk ved at en undersøker hva som er pasientens psykososiale behov, før en så utøver praktisk hjelp til pasienten. For det tredje er omsorgen moralsk betinget, ved at en viser at en bryr seg, og er tilstede i relasjonen. Hvis en hjelper for mye, og ikke lar pasienten være selvstendig, vil det også kunne oppleves som omsorgsmangel (Martinsen, 1989, s.71). Likevel kan det i noen situasjoner være behov for å hjelpe til med ting som pasienten egentlig klarer selv, slik at han har overskudd til å gjøre andre

ting etterpå. Dette er noe en hele tiden må vurdere fra situasjon til situasjon, noe som gjør at omsorgen blir moralsk (Alvsvåg, 2010, s.419-420).

I møte med den smitteisolerte pasienten vil en med bruk av Martinsens omsorgsteori arbeide for å møte pasientens egen opplevelse av det å være syk, og det å være smitteisolert. Sykepleien vil være mot pasientens egen opplevelse av situasjonen, i tillegg til hans ”faktiske” helseproblemer. Først når en vet hva som er det faktiske behovet til pasienten kan en utøve omsorgsfull sykepleie (Nortvedt, 2016 s.54).

2.2 Psykososiale behov

I følge Ward (1999) vil en smitteisolasjon kunne føre til psykologiske reaksjoner på grunn av utilstrekkelige psykososiale behov, dette kan vises blant annet i form av angst, depresjon, kjedsomhet, frustrasjon, og opplevelsen av stigmatisering og begrensning, for å nevne noe. Begrepet psykososiale behov er sammensatt, hvor psykososial innebærer utenforstående forhold, som oppvekst, hjemmeforhold og lignende som har påvirkning på ens mentale opplevelser. De sosiale forholdene kan være uheldige som blant annet ikke-optimale oppvekstmiljø, eller til hjelp i form av gode sosiale nettverk (Svartdal, 2014). Denne oppgaven vektlegger derfor hva som er de utenforstående forholdene som virker inn på personens opplevelse av smitteisolasjonen.

2.2.1 Krise og krisehåndtering

I følge Stubberud (2013, s.14) kan en smitteisolasjon oppleves som en krisesituasjon. Dette underbygges også av Renolen (2008, s. 163-164) sin definisjon på krise, der den kriserammede opplever tap, i form av enten funksjon eller nettverk. Da en i smitteisolasjon ofte har mindre kontakt med sitt sosiale nettverk (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011), og har mindre kontroll på hva som skjer når på dagsplanen, kan en smitteisolasjon oppleves som en krise.

Opplevelse av krise fremkaller forskjellige reaksjoner, som blir synlig i ulik atferd, tankesett og følelsesuttrykk. Når en krise oppstår vil de fleste oppleve følelsesmessig kaos, noe som kan gi uttrykk som tristhet, sinne, depresjon, skyld, meningsløshet, frykt og angst (Renolen, 2008,

s.164). Dette er ulike ulike følelsesuttrykk en gjerne ser i møte med smitteisolerte pasienter også (Barratt, 2010). De ulike reaksjonene vil i følge Renolen (2008, s. 164) også oppleves ulikt fra person til person, da reaksjonen avhenger av hvordan en takler motgang. Faktorer som kjønn, og tidligere erfaringer vil også ha en påvirkning i følge Marc-Zegal & Saugstad, (Madsen, 2014). Støttenettverket til den kriserammede kan ha innflytelse på hvor stor krisen blir for pasienten (Renolen, 2008, s.164).

2.2.2 Balanse mellom privatliv og sosialisering

I følge Barratt et al. (2011) varierer behovet for privatliv og sosialisering fra person til person, og noen har behov for mer privatliv enn andre. I studien uttales det, i tillegg til mange negative psykologiske effekter, at pasienter opplevde isolasjonen som positivt da en fikk enerom, og som følge av det fikk mer privatliv og tid til refleksjon. Orem (Blix, & Breivik, 2006, s. 79) påpeker viktigheten av en balanse mellom privatliv og sosialisering for å kunne fremme selvstendighet og sosial tilhørighet. Hvor dette balansepunktet er varierer fra person til person, og opplevelsen av å bli syk kan i tillegg endre behovet, enten til å bli mer avhengig av nettverket rundt seg, eller økt behov for å være alene, slik at en får mer tid til å reflektere over situasjonen (Blix, & Breivik, 2006, s. 79)

2.2.3 Trygghet

Blix og Breiviks (2006, s.77) definisjon på behov for trygghet:

Vårt behov for trygghet gjelder både sikkerhet mot konkrete, ytre trusler og vårt behov for å oppleve tilværelsen som strukturert, stabil og meningsfull. Å være trygg har betydning både for vårt forhold til andre mennesker og evnen til å være alene.

I møte med smitteisolerte pasienter må trygghetsbehovet vektlegges, da tryggheten påvirkes av omstendighetene, og vil bli utsatt i en isolasjon. Tryggheten utfordres av blant annet kunnskap: erfaring og informasjon om den gitte situasjonen, men tryggheten baseres også på hvor mye en klarer å stole på de rundt seg (Blix & Breivik, 2009, s. 77-78). I en isolasjon vil dette være

spesielt utfordret, i og med at en ikke har opparbeidet gode relasjoner til pleierne, noe som da ville hjulpet pasientene til å stole på dem. Informasjonsbehovet vektlegges også i ulike studier, hvor det konkluderes med at det er viktig med tilstrekkelig informasjon for å redusere den psykososiale reaksjonen (Barratt, et al, 2011, Hellström, Sjöström, & Skyman, 2010, Madsen, 2014, & Ward, 2000)

Tryggheten som begrep har mange dimensjoner, men i et sykepleieperspektiv vil det være den ytre tryggheten som er relevant å fordypes i. Den ytre tryggheten påvirkes av omstendighetene, og vi tolker og reflekterer over situasjoner vi opplever, enten som trygge eller som utrygge. Dette påvirkes også i et sykdomsforløp, og blir gjerne, i følge Blix & Breivik (2006, s.77-78), delt inn i 3 ulike dimensjoner: kunnskaps- og kontrolltrygghet, stole på andre-trygghet, og relasjonstrygghet. Kunnskap og kontrolltrygghet oppnås med informasjon og erfaring om den gitte situasjonen. Den andre dimensjonen, stole på andre-trygghet, opparbeides ved at pasienten har tillit til at helsepersonellet kan hjelpe, og at en får den helsehjelpen det er behov for, når behovet inntreffer. Med det tredje og siste behovet, relasjonstrygghet, menes behovet pasientene har for nære og varme relasjoner, og sosialt nettverk. Dette gjelder både når det kommer til pårørende, men også ved at det er kontinuitet i sykepleierne, at det er mulig å opparbeide en relasjon til personellet (Blix, & Breivik, 2006, s.78).

2.2.4 Angst og depresjon

Under en smitteisolasjon er det økt risiko for opplevelse av angst og depresjon (Barratt et al, 2011). Angst kan betegnes som grunnlaget i følelseslivet vårt, og en er avhengig av den. Likevel kan angsten ta overhånd over hele følelseslivet, noe som resulterer i at tanker og følelser og handlinger kan bli angstpreget, og lammet. Mange vanlige følelser kan bli forvekslet med angst, blant annet sinne og glede, nysgjerrighet, misunnelse og sjalusi, skyld, skam, og tristhet (Haugsgjerd, Skårderud, & Stänicke, 2010, s.290-291).

I henhold til ICD-10 (Haugsgjerd et. al., 2010, s.293) deles angstlidelsene inn i 5 kategorier:

- Fobisk angst – enkel fobi, sosial fobi og agorafobi
- Panikkangst

- Traumelidelse – akutt stressforstyrrelse, posttraumatisk stressforstyrrelse, og tilpasningsforstyrrelse
- Tvangslidelser – tvangstanker og tvangshandlinger
- Generalisert angstlidelse

Ettersom angsten spiller inn på følelseslivet vårt kan det i mange tilfeller være vanskelig å skille angst fra depresjon (Haugsgjerd et. al., 2010, s.290). Depresjon er to kategorier innunder ulike stemningslidelser: depressiv lidelse og tilbakevendende depressiv lidelse. Førstnevnte betegnes som en depressiv periode som går over, og sistnevnte som depressive episoder som gjentatte ganger kommer tilbake. Depresjon gjenkjennes ved lite energi, mangel på interesse og glede, og nedstemthet. Det største kjennetegn er oftest utrøstelig tristhet og liten selvfølelse uten fremtidshåp. Depresjon kan komme som en reaksjon etter store påkjenninger eller skuffelser, eller etter store omstillinger eller utfordringer, som ikke nødvendigvis ses på som negative hendelser for utenforstående (Haugsgjerd et. al., 2010, s.338-339).

2.2.5 Ensomhet

Under en smitteisolasjon ser en økt forekomst av ensomhet, assosiert med at pasientene har nedsatt sosial kontakt (Barratt, et al., 2011, & Ward, 2000). I følge Blix og Breivik (2006, s.88) vil ensomhet betegnes som den vonde, negative og ubehagelige følelsen som oppstår som en subjektiv følelse av mangelfull sosial kontakt. Ensomhet trenger ikke nødvendigvis å opptre i personers situasjoner med lite eller ingen nettverk, men kan også oppstå hos personer som har godt nettverk rundt seg. Ensomhet er derfor en subjektiv følelse, og ikke noe som nødvendigvis er forståelig for utenforstående. Det vil også utarte seg forskjellig fra person til person, og avhenger av hvordan vi har mulighet til å påvirke omstendighetene, og hvordan en vil leve (Blix, & Breivik, 2006, s.89). Kroppen kan reagere ubevisst på ensomhet med forsvarsmekanismer, ved enten å fortrenge eller bagatellisere opplevelsen, for å kunne beskytte seg selv (Blix, & Breivik, 2006, s.90).

Rubenstein og Shaver deler opplevelsen av ensomhet inn i 4 kategorier (Blix, & Breivik, 2006, s.90):

- Depresjon – opplevelse av tristhet, melankoli, tomhet, selvmedlidenhet
- Utålmodig kjedsomhet – sinne, konsentrasjonsvansker, lengsel etter å komme bort
- Nedsatt selvbilde – redusert sosial kontakt og tilbaketrekking
- Desperasjon – håpløshet, hjelpeløshet, redsel, panikk

2.3 Smittevern

Smitteisolering er nødvendig i ulike tilfeller for at ulike smittestoff ikke skal videreføres til personale og andre pasienter. Isoleringen i seg selv fører likevel ofte til ulemper for både pasient og personalet, da det blir vanskeligere å undersøke pasienten, og at blir vanskeligere for pasienten å ha kontakt med personalet og pårørende på grunn av all beskyttelsen (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s.32).

2.3.1 Isolat og isoleringsrom

I møte med pasienter som er smitteisolert må en hele tiden forholde seg til pasienten med mange ulike rammer rundt situasjonen. For at en på best mulig måte skal hindre smittespredning har Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet utgitt Isolasjonsveilederen (2004) hvor de konkretiserer hvordan en smitteisolasjon skal være. Isolasjonsrommene skal ha spesielle utforminger, skal inneholde en forgang, hvor det er både vask og hånddesinfeksjonsmiddel, oppheng til smittefrakk, i tillegg til oppbevaringsplass til avfall- og tøysekker. Inne i isolatet skal det være et eget bad/desinfeksjonsrom med toalett, dusj og dekontaminator, alternativt kan det være et eget desinfeksjonsrom med tilknytning til isolatet. Inne på selve pasientrommet bør det være så stor plass at pasienten har plass til alt utstyret som trengs, slik at utstyret følger pasienten, og ikke må tas inn og ut. Ved luftsmitteisolering skal det i tillegg være et undertrykksventilasjonsanlegg for å minske smittespredning ut til avdelingen, men at den infiserte luften føres direkte ut i fri luft. I praksis vil ofte enerom bli benyttet til isolasjonsrom, grunnet mangel på nok isolater. Da skal eget toalett og dusj som tilhører rommet være tilgjengelig for pasienten (Akselsen & Elstrøm, 2012, s.137-138).

2.3.2 Smitteregimer

Innen isolering skiller en mellom tre ulike smitteregimer; kontaktsmitteregime, dråpesmitteregime og luftsmitteregime, hvis en ikke medregner beskyttende isolasjon. Hvilket regime som brukes avhenger av forskjellige faktorer, og det er legens ansvar å bestemme hvilket regime som skal benyttes. Smitteregimet avhenger av hvilket smittestoff pasienten har, og hvor utgangsporten er (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s.32). Eksempelvis vil en smitterisiko som forårsakes av sekret variere i risiko etter hvor mye sekresjon det er (Akselsen & Elstrøm, 2012, s.130-132). Ut fra hvilken smitte må en vurdere hva en trenger av beskyttelse som hansker, smittefrakk, munnbind, åndedrettsvern og briller/visir. Både som helsepersonell og som pårørende må en ta hensyn til disse beskyttelsene i møte med pasienten (Akselsen & Elstrøm, 2012, s.137).

2.4 Pasientens informasjonsbehov

Akselsen og Elstrøm (2012, s.130) påpeker viktigheten av god kommunikasjon, og at det blir gitt tilstrekkelig informasjon, slik at pasientene forstår viktigheten av isolasjonen og får en forståelse for hvordan isolasjonsregimet fungerer. Retten på informasjon kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) hvor pasientene har rett på at informasjon om sykdom og behandlingsløp vektlegges. Her inngår også informasjonskrav på mulige risikoer, komplikasjoner og bivirkninger av behandlingen. Smittevernloven §2-1 (1994) påpeker også at den undersøkende/behandlende legen skal tidligst mulig gi informasjon om den smittsomme sykdommen legen mener pasienten har. Informasjonen skal inneholde både hvor smittsom sykdommen er og smitemåte. I tillegg skal pasienten ha informasjon om hvilke lover og regler som gjelder i den gitte situasjonen. Det kommer likevel frem i ulike studier at informasjonen som gis er mangelfull, og inneholder mindre enn hva pasientene har behov for (Barratt, et al., 2011, Hellström et al., 2010, Madsen, 2014, & Ward, 2000).

2.4.1 Teach back-metoden

I følge Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) regner en med at mellom 40-80 % av all informasjon som blir gitt til pasienter blir glemte. Dette er i tillegg til at pasientene uttrykker at det blir gitt ut for lite informasjon (Barratt, et al., 2011, Hellström et al., 2010, Madsen, 2014, & Ward, 2000). Hjereteavdelingen og gastroenterologisk og nefrologisk avdeling i Helse Fonna har derfor i løpet av en periode nå vært med i et pilotprosjekt for kommunikasjonsmetoden Teach-back. Hensikten med metoden er å unngå misforståelser, og å passe på at pasientene får med seg den viktigste informasjonen, i tillegg til å styrke pasientens medvirkning i egen behandling. Ved bruk av Teach back-metoden gir behandleren først viktig informasjon, før han/hun spør pasienten om å gjensvare hva som ble fortalt. Hensikten er at behandleren kan få vite om det som ble fortalt ble gitt på en tilfredsstillende måte, som gjorde at pasienten forsto budskapet, som igjen gir mulighet for å gjensvare misforståtte/uforståtte deler av informasjonen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

3.0 Metode

I kommende kapittel vil fremgangsmåten til oppgaven bli presentert, hva som er relevante forskningsmetoder, og hvordan søkeprosessen har foregått for å komme frem til resultatene i denne oppgaven. Etikken som er utsatt i denne oppgaven blir også presentert.

3.1 Metodebegrepet

I følge Aubert kan metode defineres som en fremgangsmåte som blir brukt for å finne frem til kunnskap som kan løse de problemstillingene en har (Dalland, 2012, s.111).

3.2 Relevante forskningsmetoder

3.2.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Kvalitativ forskningsmetode vektlegger deltagerens opplevelse og erfaring, og hva som betyr mest for dem. Det blir brukt intervju, hvor en gjerne stiller åpne spørsmål, uten svaralternativer. Studien preges av fleksibilitet, og forskeren går inn i dybden, men får ikke automatisk representative data for større folkegrupper da kvalitative studier ofte er brukt i små forskningsutvalg (Dalland, 2012, s.113).

Kvantitativ forskning blir brukt i situasjoner der en vil ha et lite antall opplysninger hos mange. Dette gir en større bredde på studien, som resulterer i at studien blir representativ for gitte folkegrupper. For eksempel gjennomsnittslønn i en befolkningsmasse. Studiemetoden bruker spørreskjema med svaralternativer, hvor respondentene svarer det som passer best for dem. Forskerne får en avstand og en objektiv tilnærming til datainnsamlingen. Studiemetoden kan ha en svakhet med at spørreskjemaet ikke har de svaralternativene som respondentene ville valgt, noe som gir feil svar (Dalland, 2012, s.113).

3.2.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som fremgangsmåte. I følge Forsberg og Wengström (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s.62), er det ulike kriterier som må oppfylles for at studien skal være en litteraturstudie. Det må ut fra en bestemt problemstilling søkes systematisk i tidligere studier, og søkemetoden som blir benyttet må dokumenteres med hva som er avgrensninger og hvorfor disse avgrensningene blir gjort. Etter søkeperioden skal alle artiklene analyseres og kvalitetsvurderes ved hjelp av et analyseskjema. I denne oppgaven er analyseskjemaene til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017) sine analyseskjema blitt brukt. Formålet med studien skal beskrives, og etter søkeprosessen skal det diskuteres rundt studiefunn, før resultatene til slutt fremkommer i en rapport (Christoffersen, et. al. 2015, s.63)

3.3 Litteratur i foreliggende besvarelse

Denne oppgaven skrives som en litteraturstudie, hvor ulike tidligere studier er grunnlaget i oppgaven. Det blir brukt kvalitativ forskning og mixed methods i tillegg til systematiske oversikter, det er også blitt brukt en kvantitativ studie. For å finne pasientenes erfaringer vil intervju være et bedre alternativ enn for eksempel spørreskjema, for å få den konkrete opplevelse av isolasjon for hver enkelt pasient. Bruk av kvantitative studier vil gjøre at en får et bedre overblikk og en mer representativ konklusjon for større pasientgrupper, men likevel er det ikke sikkert at spørsmålene som blir stilt vektlegger det som pasientene selv ville lagt vekt på (Dalland, 2012, s.112). Derfor blir den typen studie ikke brukt annet enn for å finne rette forskningsgrupper i oppgavens studier, og for å finne helt enkle fakta som blant annet hvor mange som får dårligere behandling enn forventet, sammenlignet med pasienter som ikke er smitteisolert.

I mangel på mangfold av norske studier rundt psykososiale behov og smitteisolasjon bygger denne oppgaven på internasjonale studier. Dette gjør at studiene ikke vil vise et helt representativt bilde av det norske helsevesenet, men kan likevel gi en veiviser for hva som er viktig for pasientenes psykososiale behov, da dette vurderes ut fra en pasientrettet problemstilling.

3.3.1 Søkeprosessen

For å finne frem til relevant litteratur har det blitt søkt på Oria, hvor søkeordene “psykososiale behov” ble brukt. Forskningsartiklene som er blitt brukt er i all hovedsak funnet ved bruk av søkemotoren Cinahl, da det ikke er mye norsk forskning på det gitte temaet. Disse søkeordene ble da benyttet: “psychosocial needs”, “isolation”, “infection ward”, “infection control” og “patients experiences”. Søket ekskluderte også i utgangspunktet studier eldre enn 10 år, da eldre studier kunne gi et skjevt bilde på hvordan det er nå, men noen studier ble likevel tatt med tross gammel publiseringsdato, da de hadde relevante synspunkter for oppgaven. Andre språk enn de nordiske språkene og engelsk ble også ekskludert grunnet mangel på språkkunnskaper. Etter gjennomgang av ulike forskningsartikler ble mange bortlagt da de ikke svarte på denne oppgavens problemstilling. For full oversikt over søkeord og resultater se tabell i tabell 8.1.

3.3.2 Etikk i oppgaven

I en forskningsprosess er det en del etiske overveielser som må tas før en kan utføre studien. I forskningsetikken vil hensikten være å ivareta personvern, og det å sikre at forskningsresultatene gir et rett bilde av forskningen. I medisinsk forskning vil også etikken omhandle at pasientene som er med i studien ikke blir påført skade/belastning under studien, eller i ettertid (Dalland, 2012, s.96). All forskning som blir benyttet i denne litteraturstudien er blitt godkjent av forskningsetisk komité – som har til hensikt å gi råd og veiledning angående forskningsetiske spørsmål, og gir avslag eller godkjenning på om studien blir utført på en etisk korrekt måte (Dalland, 2012, s.98). All forskning og litteratur som blir benyttet blir også gjort akademisk redelig ved adekvate kildehenvisninger, for at forfatterne skal få beholde opphavsrett, og en unngår plagiat (Dalland, 2012, s.80). I studiens søkeprosess er alle studier med relevans for problemstillingen vurdert og tatt med.

4.0 Resultat

I følgende kapittel vil oppgavens fem forskningsartikler presenteres med hensikt, metode og resultater. Dette er artikler som er relevante for pasientgruppen og problemstillingen. Som avslutning på kapitlet vil artiklenes resultater oppsummeres i to ulike figurer.

4.1 Forskningsartikkel 1: Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated (Hellström, Sjöström, & Skyman, 2010)

4.1.1 Hensikt

Studiens hensikt var å øke helsepersonellens kunnskap om hva den enkelte MRSA-pasient opplever når en er smitteisolert.

4.1.2 Metode

Forskningen ble gjennomført etter kvalitativ metode, hvor en hadde dybdeintervjuer med 6 pasienter, to kvinner og 4 menn. For at intervjuene skulle få best mulig representativt resultat ble alle intervjuene holdt på steder hvor pasientene følte seg komfortable og trygge. Intervjuene startet alltid med ett åpent spørsmål slik at pasientene kunne føre samtalen til det de ville. Hvis det var behov for det ble det oppfølgingsspørsmål. For å få best mulig ut av intervjuene ble alle tatt opp og nedskrevet ordrett, inkludert emosjonelle nonverbale uttrykk som gråt, sukk og latter. For at studien skulle få mest mulig pålitelige resultater ble intervjuene intersubjektivt gjennomgått av 2 forfattere.

4.1.3 Resultat

Det kom frem i studien at pasientene opplevde isolasjonen som krenkende og begrensende, selv om de var innforstått med hvorfor de måtte isoleres. Siden personalet bare kom inn på rommet med mat eller for å utføre andre nødvendige oppgaver ble sosialiseringen begrenset, noe som ble vanskelig for pasientene. Helsepersonalets holdninger opplevdes også stigmatiserende, da de

tydelig ikke ønsket å gå inn i isolasjonsrommene, noe som også pårørende var redd for. Flere ønsket ikke å komme på besøk, andre var redd for å ta med unger.

Pasientene var allerede innlagt på sykehus av ulike grunner da de ble smittet av MRSA. Siden pasientene ble smittet av MRSA under sykehusoppholdet oppfattes nesten alle pasientene skuffet over helsevesenet, selv om noen uttaler at det bare var uflaks. Informasjonen som ble gitt til pasientene i etterkant var veldig begrenset, nesten alle oppgav at de hadde fått ingen eller nesten ingen informasjon fra sykehuset om situasjonen, og mange visste fortsatt, 4 år etter utskrivelse, om de var smittefrie, eller om de fortsatt var smittebærere. Pasientene påpekte viktigheten av tilstrekkelig informasjon, og at den ble gitt uoppfordret, da pasientene selv ikke visste hva de skulle spørre om.

4.2 Forskningsartikkel 2: Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011).

4.2.1 Hensikt

Hensikten med studien var å finne hvilke psykiske og fysiske effekter smitteisolasjon har på pasientene, og hva som kan gjøres i praksis for å forbedre smitteisolasjonen.

4.2.2 Metode

Studien utgjør en systematisk oversikt, for å finne tidligere forskning om emnet. Databasene som ble brukt var MEDLINE, CINAHL, PSYCInfo og Cochrane Library, alle studiene som ble inkludert var publisert mellom 1990 og 2010. Søkord som ble brukt var MRSA, isolation, source isolation, experience, perceptions og psychological effects.

4.2.3 Resultat

Gjennom denne studien vises det å være stor variasjon rundt pasientenes opplevelse av smitteisolasjon, både positive og negative. Positive sider kan være at en har mer tid til seg selv, mer privatliv, og en har tid til refleksjon i et enerom. På den andre siden kan en smitteisolasjon

resultere i psykologiske lidelser som blant annet angst, depresjon og stress, det kan også føre til ensomhet, kjedsomhet, stigmatisering, begrensning og frustrasjon. I tillegg kan isolasjonen, i følge studien, føre til at pasientene får dårligere omsorg, noe som igjen kan bidra til uønskede hendelser.

For å redusere de negative effektene ved en smitteisolasjon må en øke den sosiale kontakten ved at personalet bruker mer tid inne hos pasienten. Da kan en redusere graden av kjedsomhet og hjelpe pasientene til å bli sett og hørt, slik at de myndiggjøres og kan få bedre kontroll over situasjonen sin. Presis og tilstrekkelig informasjon rundt smitteregimer er viktig for at pasienten kan styrkes psykologisk. Gjennom studien kommer det frem at det blir gitt for lite utfyllende informasjon.

4.3 Forskningsartikkel 3: Infection control: reducing the psychological effects of isolation (Ward, 2000)

Studien til Ward (2000) er veldig aktuell for problemstillingen, tross publiseringsår for 17 år siden, den er derfor likevel tatt med i oppgaven. Studiens funn blir sett i lys av at funnene kan være utdatert, men funnene setter likevel lys på relevante tema.

4.3.1 Hensikt

Hensikten med studien var å finne ut hva pasienter med negative erfaringer fra smitteisolasjon mener ville redusert den negative effekten.

4.3.2 Metode

Studien ble utført med mixed methodes, hvor de aktuelle deltagerne først fikk utlevert et spørreskjema, før de i etterkant ble intervjuet. Spørreskjemaet ble utlevert i en isolasjonsenhet, til pasienter som var isolert på grunn av tropiske sykdommer, både de som var bekreftet smittet, og de med mistanke om smitte. I spørreskjemaet var det listet opp mange adjektiv som i følge tidligere studier beskriver både negative og positive følelser som kan oppstå hos isolerte pasienter. Deltagerne skulle krysse av de adjektivene som beskrev deres følelse av å være isolert.

De som hadde en negativ opplevelse med isolasjonen ble videre innkalt til semi-strukturerte intervju, hvor de hovedsakelig snakket om hvorfor pasientene selv tror de følte seg slik under isolasjonen, og hva de tror ville hjelpet til for å forebygge disse følelsene. Utvalget som ble med på intervjuet var bare fem, men likevel kan slike refleksjoner i følge Ward (2000) hjelpe andre i samme situasjon.

4.3.3 Resultat

Ut fra spørreskjemaet kom det frem at de vanligste negative følelsene var ensomhet, kjedsomhet og følelsen av å være begrenset. De som ble intervjuet vektlegger to hovedkategorier som er viktig for å kunne fremme positive følelser:

Kommunikasjon

I følge pasientene var tilstrekkelig informasjon det viktigste for å fremme en bedre opplevelse av isolasjonen. 4 av de 5 deltagerne påpekte at de opplevde at deres pårørende, på bakgrunn av mangelfull informasjon, var redde for å komme på besøk. De mente at generell skriftlig informasjon ville vært nødvendig og hjelpende, i tillegg til individuell muntlig informasjon. Noen av pasientene trodde de måtte være på rommet sitt hele tiden, selv om de egentlig ikke trengte. Dette kunne vært unngått ved bedre informasjon, som da kunne begrenset følelsen av ensomhet. Ved at personalet lyttet, og var deltagende i samtale med pasientene, og viste empati, varme og forståelse var viktig for pasientene.

Fasiliteter

Selv om pasientene hadde hver sitt fjernsyn på rommet ønsket de tilgang til ett fellesrom hvor de kunne sett fjernsyn sammen med andre. Tilgang på fjernsyn, radio, bøker, magasiner og aviser kunne forebygge monotonitet og kjedsomhet. De vektla også viktigheten av at måltidene var appetittlige, da de opplevdes som hovedpunktene i en ellers monoton hverdag.

4.4 Forskningsartikkel 4: Oplevelse af isolation under indlæggelse – et kvalitativt studie (Madsen, 2014)

4.4.1 Hensikt

Hensikten med studien var å finne ut hva som påvirker opplevelsen av smitteisolasjon, og om det er variabler som kjønn, alder og lignende som har betydning for opplevelsen. Ut fra disse bakgrunnsforståelsene vil studiens hensikt være å finne ut hvordan en ny organisering av pleie og behandling vil kunne gi bedre opplevelse for pasientene.

4.4.2 Metode

Studien er utført etter kvalitativ modell, med fokus på dybdeintervju. Pasientene i studien er i utvelgelsestidspunktet isolert på grunn av infeksjon med MRSA, ikke på grunn av kolonisert MRSA. På tidspunktet intervjuet finnet sted har pasienten vært isolert i 3-5 dager. 5 pasienter blir med i undersøkelsen, hvor de er fra ulike avdelinger, men alle fra avdelinger hvor de er vant med smitteisolerte pasienter. I forkant av intervjuene fikk avdelingsledelsen informasjon om studien, og på intervjudagen fikk de gjeldene pasientene informasjonen. Det var avdelingslederne som valgte ut pasienter, ettersom de så på hvem som var i god nok form til intervjuet. I etterkant blir alt datamaterialet strukturert, fortolket og sammenfattet.

4.4.3 Resultat

Studien påpeker viktigheten av økt informasjon til pasientene, spesielt med tanke på hvorfor pasientene blir isolert, og hva som forventes av en isolasjon. Funnene vektlegger også viktigheten av økt pasient-personal-kontakt, ved at personalet bruker mer tid inne hos pasienten, slik at pasienten ikke er alene hele tiden. I tillegg til disse punktene kommer flere punkter for å forbedre avdelingen med tanke på organisering. Viktigheten av undervisning av personal, lagt til rette for at personalet har bedre tid til pasientene, og at det er mer fasiliteter på pasientrommene. I tillegg vektlegger Madsen (2014) viktigheten av å risikovurdere hver enkelt pasient før en isoleres, for å vite hva som bør vektlegges til hver enkelt.

4.5 Forskningsartikkel 5: Safety of Patients Isolated for Infection Control, (Bates, Redelmeier, & Stelfox, 2003)

4.5.1. Hensikt

Hensikten med studien var å finne ut hvor god kvalitet det er på behandlingen som gis til smitteisolerte pasienter.

4.5.2 Metode

Studien ble gjort med kvantitativ metode, hvor det ble utført en kohortstudie, på to ulike sykehus. Ved Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre ble alle som var isolert med MRSA, og isolert i minst to dager, i perioden mellom 01.01.99-01.01.00 tatt med i studien. På Bringham and Women's Hospital ble pasienter som ble innlagt med hjertesvikt, men som også hadde påvist MRSA og derfor var isolert mellom 01.01.99-01.07.02, tatt med i studien. Som kohort hadde studien både generelle pasienter på samme tid, og ved Bringham and Women's Hospital ble hjertesviktpasienter inkludert som kohort. Studien inkluderte 78 isolerte pasienter og 156 kontroll pasienter i den generelle gruppen, og i hjertesviktgruppen var 72 isolerte pasienter, og 144 kontrollpasienter.

4.5.3 Resultat

Ut fra studien kommer markante forskjeller frem, hvor de smitteisolerte pasientene opplever flere uheldige hendelser, som blant annet mindre dokumentering av forløp og færre vitale målinger ble tatt, i tillegg var det høyere misnøye med behandlingen blant de isolerte pasientene.

4.6 Sammenfatning av forskningsresultat

Både Barratt, Shaban, & Moyle (2011), Ward (2000), Madsen, (2014), Hellström, Sjöström, & Skyman, E. (2010) påpeker at smitteisolering har stor påvirkning på de psykososiale behovene. Pasientenes opplevelse av isolasjonen illustreres i figur 2. Barratt et.al, (2011), Madsen, (2014), Hellström, et.al. (2010), & Ward (2000) vektlegger ulike punkter hvor en trenger forbedring, slik at opplevelsen av smitteisolasjon skal forbedres, og oppleves best mulig. De ulike forbedringspunktene illustreres i figur 3.

FIGUR 2: REAKSJONER PÅ SMITTEISOLERING



FIGUR 3: ENDRINGSBEHOV



5.0 Drøfting

For at en kan gi pasientene best mulig omsorgsfull sykepleie, må en i følge Kari Martinsens omsorgsteori (Alvsvåg, 2010, s.419-420) møte pasienten med hans problemer, verken mer eller mindre, og heller ikke ha en likegyldig holdning til hva som er problemene. I det kommende kapitlet vil det bli drøftet ulike behov og intervensjoner ut fra Martinsens omsorgsteori, hvor en skal vektlegge pasientens egentlige behov for å kunne gi praktisk hjelp.

5.1 Betydningen av informasjon for å ha kontroll

Under en smitteisolasjon opplever mange pasienter å utvikle angst, depresjon og stress, da de ikke har kontroll på hverdagen. Mange vet ikke hvordan fremtiden ser ut, om de vil være smittebærere resten av livet, eller om det bare varer en liten periode. Vil denne sykdommen påvirke hverdagen etter sykehusinnleggelsen eller vil hverdagen bli som før? Dette kommer frem av flere pasienter som var smitteisolert grunnet MRSA, i studien til Hellström et al. (2010).

For at pasientene skal kunne få mest mulig kontroll på hverdagen som smitteisolert er tilstrekkelig informasjon nødvendig, slik at de kan få en forståelse for hvorfor de må være smitteisolert, og hva de kan forvente seg videre under isolasjonen, og i etterkant. Barratt, et al. (2011) påpeker at ved å gi informasjon kan opplevelsen av angst, og andre negative reaksjoner som følge av smitteisolasjon reduseres. Informasjon som er spesielt viktig at blir formidlet er *hvorfor smitteisolasjon er nødvendig, og hvorfor isolasjon er det beste alternativet*. Ved at pasientene har kontroll på situasjonen, kan pasientene lettere oppleve mestring. Blix & Breivik (2006, s.77) påpeker også at informasjon knyttet til smittemåte, -regime og selve isolasjonen er viktig, i tillegg til informasjon om selve sykdommen. For å oppnå kunnskap- og kontrolltrygghet er det viktig at pasientene får kunnskap og erfaring rundt isolasjonen (Blix, & Breivik, 2006, s.77). Denne informasjonen kan hjelpe pasientene til å få bedre forståelse for hvorfor de må være isolert, og til å lettere godta å bli isolert (Barratt et al., 2011). Ved at pasientene får økt kunnskap får de også medbestemmelse i eget sykdomsforløp, noe som er lovpålagt i pasient og brukerrettighetsloven §3-1 (1999).

Mange pasienter som er smitteisolert opplever å få for lite informasjon om selve sykdommen og informasjon om hvorfor smitteisolasjon er nødvendig. Fra egen praksis har jeg møtt pasienter som har veldig mange spørsmål rundt sykdom og behandling, som må ha svar for å kunne slappe av. Selv om svarene ikke er slik pasientene vil de skal være, har det i etterkant blitt lettere for pasientene å slappe av, når de vet hva som er den aktuelle situasjonen. Selv om pasientene har rett på informasjon om behandling, forløp, mulige komplikasjoner og bivirkninger, jf. Smittevernloven §2-1 (1994) og Pasient- og Brukerrettighetsloven §3-2 (1999), opplyser både Barratt, et.al. (2011), Hellström, et.al. (2010), Madsen (2014), og Ward (2000), at det er mangel på informasjon i møte med pasientene. I studien til Hellström, et.al. (2010) uttaler flere av pasientene at de ikke har fått noe informasjon om MRSA, selv om de allerede er isolert. En av pasientene uttaler at han fikk ulik informasjon som ikke samsvarte med hva andre hadde sagt. En annen pasient uttalte at ingen gav noe informasjon, som har resultert i at pasienten kan like lite om MRSA nå i etterkant, som før sykehusinnleggelsen.

Hvorfor får egentlig pasientene for lite informasjon sammenlignet med behovet, når tilstrekkelig informasjon er lovpålagt, og forskning viser at pasientene har behov for det?

Flere sykepleiere som undertegnede har vært i kontakt med i anledning denne litteraturstudien har uttrykt at de smitteisolerte pasientene de har på post får muntlig informasjon fra lege, men ofte glemmer hva som er blitt sagt. Dette har også jeg opplevd i praksis, hvor flere pasienter trenger samme informasjon flere ganger, på grunn av vanskeligheter for å ta inn all informasjonen. Dette kan forklares med at pasienter som er isolert ofte kan oppleve situasjonen som en krisesituasjon, noe som kan resultere i at en i følge Renolen (2008, s.164) har vanskelig for å ta inn ny informasjon. Hvis de smitteisolerte pasientene opplever krise, kan pasientene da ende opp uten noen kompetanse rundt smitteisolasjonen, samme hvor grundig informasjon en gir. Det vil derfor være helt nødvendig at pasientene får all informasjon skriftlig i tillegg til muntlig, slik at de faktisk kan lese om igjen all den informasjonen som gis, hvis en har glemt hva som ble sagt. Ett skriv som allerede er skrevet om de vanligste isolasjonskrevende sykdommene ville kunne hjelpe til med dette. Ward (2000) vektlegger også viktigheten av skriftlig informasjon. Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst har blant annet utarbeidet ett pasientinformasjonsskriv angående ESBL (Extended Spectrum Betalactamase) (Borchgrevink-

Lund, 2015). I skrivet blir ESBL kort presentert, og om blant annet gjeldende spredning og tiltak på sykehuset, for å nevne noe. Dette er helt generell informasjon som vil gjelde alle ESBL-pasienter. Denne informasjonen er viktig i følge Barratt et al. (2011), og pasientene i studien etterlyser det.

Ved å gi pasientene skriftlig informasjon, i stedet for å forklare igjen og igjen det samme, vil en i tillegg til å hjelpe pasientene, kunne frigi mer tid til andre sykepleieroppgaver, da en slipper å bruke unødvendig tid på å gjenta seg selv. Av egen erfaring kan det hjelpe for pasientene å skrive ned spørsmålene en har, slik at de husker hva en skal spør om neste gang en pleier kommer inn. Da er det kanskje også en idé og skrive ned svarene en får, slik at en kan lese de igjen hvis en ikke husker hva som ble sagt, siden det er såpass stor prosent som glemmer det som blir gitt av informasjon. Kanskje det til og med hadde vært en idé å gi ut små notisblokker, eller ark til pasientene, slik at de kan skrive ned det de måtte føle for. Dette vil selvsagt være i møte med pasienter som er friske nok til å kunne skrive, og ikke har en funksjonshemming som spiller inn på skriveferdighetene. For pasienter som har nedsatt syn og hukommelse vil gjentakelser være nødvendig for at pasientene skal ha kontroll på situasjonen.

For å unngå misforståelser, og for å hjelpe pasienten til å forstå mest mulig av all informasjon som gis under en sykehusinnleggelse er Teach back-metoden god å bruke. En vil da stille direkte spørsmål om pasienten selv kan gjengi den gitte informasjonen, for at en som sykepleier kan oppfatte om pasienten har forstått rett, eller om han ikke forstår noe i det hele tatt. Ved behov kan en da gjenta nødvendig informasjon, og i så tilfelle igjen spør om forståelse. I følge forskning vises det at mange har vanskelig for å forstå hva som blir sagt, og mange vegrer seg for å spør spørsmål, da de ikke føler det er anledning til det (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

Når pasientene får tilstrekkelig informasjon, som de også forstår, vil det med andre ord være bedre anledning for pasientene å oppleve kontroll på smitteisolasjonen, og at de kan slappe bedre av og minske stress og angst for hva som kommer til å skje både under og etter isolasjonen.

5.2 Pasientens håndtering av isolasjonen

Under en smitteisolasjon kan pasienter oppleve at de mister sosial kontakt, og at de i tillegg til smitteisolasjon blir sosialt isolert. Flere uttrykker også at de opplever ensomhet og kjedsomhet under isolasjonen. Som presentert i resultatkapitlet vil en smitteisolasjon oppleves forskjellig. Noen pasienter opplever isolasjonen som positiv, med privatliv og tid til refleksjon (Ward, 2000). For andre virker enerommet begrensende, og fører til at pasientene føler seg ensomme og kjeder seg (Barratt et.al. 2011, og Ward, 2000). En av pasientene i studien til Madsen (2014) fortalte om sin opplevelse av isolasjonen, følelsen av å være alene – opplevelsen av ensomhet:

... Jeg føler meg alene. Kan ikke lide at døren er lukket, jeg føler meg fanget, men det gjør jeg også hjemme. Om natten er det viktig at døren står åben, jeg vil have luft. Palle alene i verden.

5.2.1 Risikovurdering

For at sykepleierne skal kunne ta best mulig hensyn til de smitteisolertes psykososiale behov, er det nødvendig å kartlegge behovene ved innleggelse. Madsen (2014) understreker viktigheten av å foreta en risikovurdering av hver enkelt pasient, for å vite hva en skal spesielt vektlegge for å unngå flest mulig uoppfylte psykososiale behov. En kan i en slik vurdering kartlegge om pasientene har eller har hatt depresjon eller angst tidligere. I sitatet over uttaler pasienten klart at hun følte også på ensomheten hjemme, og følte hun var alene i verden. Hvis en hadde foretatt kartlegging av henne ved innleggelsen hadde en forhåpentligvis fått vite dette, og en kunne lagt bedre til rette for at hun opplevde å bli sett, og ikke ble like mye alene. I tillegg kan en kartlegging av pasientenes sosiale nettverk kunne danne ett bilde av risiko for ensomhet, selv om ensomhet ikke kan direkte overføres til redusert sosialt nettverk (Blix & Breivik, 2006, s. 90). Tap av venner og familie er i tillegg til tap av funksjonsevne likevel en risikofaktor for utvikling av depresjon (Kvaal, 2008, s.383). Ved å vurdere hver enkelt pasients risiko for utvikling av ensomhet, stress, depresjon, kjedsomhet og angst, kan en sette inn ekstra risikoreduserende tiltak for de pasientene som er i risikogrubbene.

I studien til Madsen (2014) vises det ulikheter mellom menn og kvinner, unge og gamle når det kommer til hvordan de takler isolasjonen. Selv om Madsens studie hadde få pasienter inkludert, kan forskningsresultatene likevel gi en pekepinn på de ulike behovene, med tanke på alder og kjønn. I studiens resultater kommer det frem at unge pasienter oftere klarer seg bedre under en smitteisolasjon, sammenlignet med eldre pasienter som ofte blir mer ensomme og triste når de må være helt alene. En økt risiko for ensomhet blant eldre mennesker, sammenlignet med yngre, uttaler også Blix, & Breivik, (2006, s.89). Kvinner uttrykker også mer følelser og bekymring under en isolasjon sammenlignet med menn. Madsen (2014) uttaler at mennene i studien hadde ett mer avslappet forhold til situasjonen, og en større fortrolighet med at behandlingen ble gjort på den beste måten. Selv om disse resultatene ikke kan direkte overføres til alle smitteisolerte pasienter, kan de likevel hjelpe oss som sykepleiere å forstå forskjellene på pasienter, og behovet for kartlegging, da alle ikke har de samme forutsetningene. For eksempel vil en pasient med tidligere traume, som har opplevd fengsling eller tortur, ha en helt annen oppfattelse av å være innestengt på ett enerom, enn hva en person som alltid har levd med trygge rammer (Andreassen, et al., 2010, s.72).

5.2.2 Ekstra tid inne hos pasientene

Ett risikoreducerende tiltak med tanke på ensomhet vil være at pleierne bruker mer tid inne på pasientrommene til de smitteisolerte. I møte med pasienter som opplever ensomhet vil sykepleierens tid til å sette seg ned inne hos pasienten være betydningsfull (Blix & Breivik, 2006, s.93), da personalet er de eneste mange ser/snakker med i løpet av den ellers ensformige dagen i isolasjon. Å bruke ekstra tid inne hos pasientene kan være vanskelig å få tid til, da en som sykepleier ofte har tidspress med tanke på hva en skal gjøre i løpet av vekten. Den ekstra tiden kan derfor ofte bli nedprioritert. Likevel har jeg opplevd selv i møte med pasienter at de få ekstra minuttene du legger ned hos hver enkelt har mye å si, ved at du viser du bryr deg om dem. Selv i en hektisk hverdag, hvor en helst mange ganger burde løpt videre for å rekke over alt en skal gjøre, har jeg opplevd at hvis en tar seg tid og er rolig overfor pasientene, og ikke stresser rundt, vil pasientene oppleve personalet som at de bryr seg. Bruke tid inne hos pasienten kan også minske opplevelsen av stigmatisering, noe som pasientene opplevde i studien til Hellström et al. (2010).

Ordtaket «Store gutter gråter ikke» ligger langt inne hos mange, og mange menn bruker ulike mestringsstrategier for å ikke vise følelser (Renolen, 2008, s.184). Som tidligere nevnt kan en smitteisolasjon oppleves som en krisesituasjon for mange (Stubberud, 2013, s.14). Når en person er i en krisesituasjon vil det bli satt fokus på at han skal sette ord på følelsene sine (Renolen, 2008, s.185). Siden smitteisolerte pasienter kan oppleve situasjonen som en krise er det nødvendig at helsepersonellet er tilgjengelige for å høre og bruke tid inne hos pasientene, slik at de har muligheten til å sette ord på følelsene overfor noen med taushetsplikt.

Sykepleiere jeg har vært i kontakt med i anledning denne oppgaven uttaler også at tidsbruken inne hos pasientene ofte blir nedprioritert på grunn av tidspress på avdeling, de vektla likevel at det ble tatt vurderinger ut fra hvilken pasient som var smitteisolert, om de trengte mer tilsyn eller ikke. Det ble dog ikke påpekt i hvilken grad de vurderte pasientens behov, om det bare var medisinsk vurdering eller om de psykososiale behovene også ble kartlagt. Sykepleierne påpekte også at på grunn av at det tar mye tid å kle seg med smittehemmende klær blir det ofte en bare kikker inn døren når pasientene ringer i snoren, for å høre hva de tenker på, og for å slippe å kle på seg alt utstyret. Vi kan se likhetstrekk til dette i studien til Hellström et al. (2010) hvor pasientene uttaler at personalet kun kommer inn på rommet når de har noe de skal gjøre der, som å komme med mat eller utføre prosedyrer. Ut fra tidligere empiri er det grunnlag for å mistenke at flere oppgaver blir glemt eller nedprioritert når det kommer til pasienter som er smitteisolert (Bates, et al., 2003). Da dette er gamle statistikker er det ikke nødvendigvis slik i dag, men ut fra ulike kilder i studien til Barratt, et.al. (2011), vises det tendenser til det samme også i dag.

For at pasientene skal ha en best mulig isolasjonsperiode er det viktig å prioritere tid inne hos dem, så lenge de ikke uttaler at de vil være alene. Andreassen et al. (2010, s. 72) påpeker at det er behov for at pleierne er inne hos de smitteisolerte pasientene minst 1 time hver dag, utenom den tiden en er inne på rommet for gjøremål. Det er også behov for at en kommer på visitt ofte, selv om pasienten ikke ringer i alarmsnoren, Andreassen et.al. (2010) foreslår 10 ganger per dagvakt. I praksis vil en 1 time ekstra hver dag bli ganske utfordrende, da tiden på sykehus allerede er knapp i perioder. Så lenge en prøver så godt en kan, og bruker den tiden en har inne hos pasientene er det ikke så mye mer en kan gjøre som sykepleier på post, før det går på

organisering av selve posten, med flere folk på jobb eventuelt færre pasienter, når det er smitteisolerte pasienter. Likevel kan en i de periodene når det ikke er travelt følge anbefalingene best mulig, med en time inne hos pasienten hver dag, og 10 visitter. Å ta seg tid inne hos pasientene, for å få forståelse for hva som er behovet til pasientene, og hva som er i fokus hos dem, er i følge omsorgsteorien til Martinsen (1989, s.69) essensielt for å kunne utgi omsorgsfull sykepleie.

5.3 Avdelingens fasiliteter og tilrettelegging

I følge Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen og Stubberud (2010, s.62) føler de fleste isolerte pasienter at tiden går veldig sakte i en isolasjon, noe som kan tyde på at isolasjonstiden er preget av kjedsomhet. Dette underbygges også av funnene i studien til Madsen (2014), og Ward (2000) hvor pasientene uttaler at det er behov for gode fasiliteter slik at de har tidsfordriv under isolasjonen. I studien til Ward (2000) påpekes det at pasientene ønsker gode fasiliteter, mens i Madsen (2014) virker de tilsynelatende tilfreds med utvalget. Dette kan ha en sammenheng med at Ward utførte studien så tidlig som i 2000, før det var allemannseie med mobiltelefon og andre tekniske hjelpemidler. Det viser også svakheten med bruk av Wards studie i dag. Funnene viser likevel at pasientene trenger noe å holde på med, eller se på. En av pasientene i studien til Madsen (2014) uttalte behovet for fasiliteter på rommene, for å unngå at det ble for kjedelig:

Der er god plads herinde og jeg har faktisk to fjernsyn. Hvis der så bare skete noget. Her er kedeligt. Jeg kommer til at bruge TV, radio og internet det kommer jeg til, for det bliver ellers for kedeligt det her.

Ut fra sitatet forstår en at det i dag er tilrettelagt inne på rommene, slik at det i alle fall er noe å gjøre. Disse forskningsresultatene kan likevel ikke brukes på alle sykehus, da studien bare ble gjort ved ett sykehus i Danmark, med lite utvalg (n=5). Min erfaring tilsier likevel at de pasientene som er smitteisolert har tilgang på tv, og jeg har ikke hørt noe om at de ikke kan ta med seg det de ønsker av underholdning. De sykepleierne jeg har vært i kontakt med for denne oppgaven, understreker min erfaring. De sier alle at rommene som brukes til isolering, både isolat og enerom er utstyrt med tv, og pasientene kan ta med seg det de ønsker, slik som andre

pasienter, utstyret blir vasket i etterkant av isolasjonen. En av sykepleierne påpeker at de kaster alt av blader og aviser som blir tatt inn i etterkant av isolasjonen. Sykepleierne som undertegnede var i kontakt med arbeider på 3 forskjellige avdelinger ved 3 ulike sykehus i Helse Vest, noe som kan tilsi at det også her ser ut til å være tilrettelagt for underholdning på pasientrommene. Hvis det ikke er tilfellet ved alle sykehus, er det nødvendig å vektlegge en oppgradering, slik at pasientene ikke risikerer å få mer negative psykososiale reaksjoner.

En av pasientene i Wards (2000) studie uttalte at det var viktig at måltidene var appetittlige og gode, da de var dagens høydepunkt. Pasienten ble veldig skuffet hvis ikke maten fristet. Da alle har forskjellig smak, hadde det kanskje vært bra med ønskekost, slik at de hele tiden får noe de liker. Jeg mener at hvis det fører til at pasientene får en god opplevelse under isolasjonen, er det verdt den økte kostnaden med ønskekost.

Flere pasienter som er intervjuet av Hellström et al (2010) opplever at personalet stigmatiserer de smitteisolerte pasientene. Følelsen får pasientene

6.0 Konklusjon

6.1 Svar på problemstilling

Denne litteraturstudien har hatt som hensikt å svare på problemstillingen: «Hvilke psykososiale behov er spesielt utsatt hos smitteisolerte pasienter, og hva kan en som sykepleier gjøre for å tilrettelegge og oppfylle disse behovene?». Som smitteisolert viser ulike studier økt risiko for utvikling av psykososiale reaksjoner som depresjon, angst, stress, ensomhet, kjedsomhet, frustrasjon og sosial isolasjon. For å imøtekomme disse behovene er det som sykepleier spesielt viktig å vektlegge informasjonsbehovet og tilrettelegge for pasientens behov for sosial kontakt og tidsfordriv.

For å tilfredsstillere informasjonsbehovet trenger pasientene spesielt informasjon om sykdommen, smittemåten, det aktuelle smitteregimet, hva som kommer til å skje videre med behandlingen, og hva pasienten kan forvente når han kommer hjem. Ved å bruke Teach-back metoden i tillegg til skriftlig informasjon kan en kunne innfri pasientens informasjonsbehov, i tillegg at pasienten lettere kan gå tilbake til hva som ble sagt, og da lettere kan huske det mest nødvendige.

En smitteisolasjon oppleves forskjellig fra person til person, og det kan være vanskelig å vite hva en skal gjøre for å tilrettelegge for hver enkelt. Det vil derfor vært nødvendig med en risikovurdering ved innleggelse, slik at en har noe å gå ut fra, med tanke på tidligere traumer, depresjoner, og deres sosiale nettverk. Ut fra dette kan en videre vurdere hva som er aktuelt for hver enkelt person. Selv om pasientene ikke uttaler at de ønsker hjelp, ved å ringe i alarmsnoeren eller lignende vektlegges det likevel i litteraturen at en går inn flere ganger i løpet av vekten, optimalt hele 10 ganger. En skal også bruke 1 time hver dag hos pasienten, eventuelt så mye tid en har kapasitet til å bruke, for å lytte, snakke og være tilgjengelig, utenom den tiden en bruker på gjøremål. Utarbeidelse av risikovurderingsskjema er derfor aktuelt, og nødvendig.

Det har blitt uttalt i flere studier at isolasjonen preges av kjedsomhet, og tiden går sakte. For å unngå kjedsomhet er det nødvendig med tilrettelegging av gode fasiliteter og måltid. Ved å

tilrettelegge for tv, blader, aviser og lignende inne på rommene slipper pasientene ligge å se rett i veggen. Måltidene er også viktig at er gode, da de for mange er dagens høydepunkt, og hvis da ikke maten er god, eller ser god ut, vil fallhøyden være stor.

6.2 Implikasjoner

Denne oppgaven gir en del praksisnære tiltak som kan tas i bruk, men det vil også være nødvendig med utarbeidelse av risikovurderingsskjema og informasjonsskriv til pasientene, om de vanligste sykdommene og smitteregimene som blir brukt på post. Det vil også være behov for videre forskning på hva som kan gjøres for å imøtekomme de psykososiale behovene til hver enkelt pasient, for å minske de negative konsekvensene en isolasjon kan medføre.

7.0 Kilder

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. doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027

Akselsen, P. E., & Elstrøm, P. (red.). (2012). *Smittevern i helsetjenesten*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Alvsvåg, H. (2010) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. (3.utg. s. 417-449) Akribe: Oslo

Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Stubberud, D.-G., & Wilhelmsen, I.-L. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg. s. 61-105). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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. doi: 10.5172/conu.2011.180

Bates, D. W., Redelmeier, D.A., & Stelfox, H.T. (2003). Safety of patients isolated for infection control. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*. 290(14), 1899-1905.
Hentet fra: <http://jamanetwork.com>

Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie – om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Borchgrevink-Lund, C.-F. (2015) Pasientinformasjon ved påvist ESBL. *Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst*. Hentet 7. april 2017 fra

http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/forebygging?p_documento_id=463064&p_document_id=463064&p_dimension_id=

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet & Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Isolasjonsveilederen - bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Oslo: FHI.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd, S., Skårderud, F., & Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hellström, L., Sjöström, H., & Skyman, E. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Helsepersonelloven (2011) *Lov om helsepersonell*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken I*. (4.utg. s.139-148) Oslo: Akribe.

Kunnskapsbasert praksis (2012). *Systematisk oversikt*. Hentet 24. februar 2017 fra:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt/>

- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 20. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvaal, K. (2008). Angst og depresjon. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold, & A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Madsen, A. F. (2014) *Oplevelse af isolation under indlæggelse – et kvalitativt studie*. (Mastergradsoppgave, Nordic School of Public Health). Hentet fra <http://docplayer.dk/7744920-Oplevelse-af-isolation-under-indlaeggelse-et-kvalitativt-studie-ann-filippa-madsen-master-of-public-health-mph-2014-33.html>
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/d259d5d526b07ce5d7598fde5ea1d37a.nbdigital?lang=no#0>
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie - Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. (4.utg. s.149-168) Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientsikkerhetsprogrammet (2017, 22. mars). *Teach Back-metode kan hindre reinnleggelser*. Hentet 10.april 2017 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/brukermedvirkning/bare-spør/teach-back-metode-kan-hindre-re-innleggelser>

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene - den usynlige fare*. (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Stubberud, D.-G., (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt kritisk syk. I D.-G.

Stubberud (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg. s. 13-41) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svartdal, F. (2014, 10. november). *Psykososial*. Hentet 24.februar 2017 fra:

<https://snl.no/psykososial>

Ward, D. (2000). Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British*

Journal Of Nursing, 9(3), 162-170. doi: 10.12968/bjon.2000.9.3.162

World Health Organization (u.å.). *Infection prevention and control in health care*. Hentet 7. mars

2017 fra http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/en/

8.0 Vedlegg

8.1 Forskningsartikler

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. doi: 10.5172/conu.2011.180 Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/224887266_Patient_experience_of_source_isolation_Lessons_for_clinical_practice

Bates, D. W., Redelmeier, D.A., & Stelfox, H.T. (2003). Safety of patients isolated for infection control. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*. 290(14), 1899-1905. Hentet fra: <http://jamanetwork.com>
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=61e9137c-b334-4d2c-96ca-04b264d49e3f%40sessionmgr101&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106726852&db=c8h>

Hellström, L., Sjöström, H., & Skyman, E. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=d59448c1-2a4c-4308-86c0a729d98f5191%40sessionmgr104&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105310250&db=c8h>

Madsen, A. F. (2014) *Oplevelse af isolation under indlæggelse – et kvalitativt studie*. (Mastergradsoppgave, Nordic School of Public Health). Hentet fra <http://docplayer.dk/7744920-Oplevelse-af-isolation-under-indlaeggelse-et-kvalitativt-studie-ann-filippa-madsen-master-of-public-health-mph-2014-33.html>

Ward, D. (2000). Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal Of Nursing*, 9(3), 162-170. doi: 10.12968/bjon.2000.9.3.162 Hentet fra:
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/detail/detail?vid=3&sid=da198de3-2e25-4f84-bf54-a29eafe173fb%40sessionmgr4007&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107102456&db=c8h>

8.2 Tabell 1: Litteratursøk

Søk i CINHAL 06.03.2017

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
Psychosocial needs Isolation	NOT children	5	0	Ingen relevante artikler vurdert ut fra artikkelens tittel
Isolation Patient's experiences Infection	Ikke eldre enn fra år 2000 Engelsk	20	5	<p>«Safety of patients isolated for infection control» (Steltfox, Bates, Redelmeier, 2003).</p> <p>«Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice» (Barratt, Shaban, & Moyle, 2011).</p> <p>«Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.» (Hellström, Sjöström, & Skyman, 2010).</p> <p>«Infection control: Reducing the psychological effects of isolation» (Ward, 2000)</p> <p>«The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their</p>

				families.» (Pacheco, & Spyropoulos, 2010)
Infection control Isolation Effects	Ikke eldre enn fra år 2000 Engelsk	156	2	«Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review.» (Abad, Fearday, Safdar, 2010)

Søk i SveMed+ 07.03.17

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
Infection control Isolation	NOT ebola NOT MRSA NOT psychiatric Artikel	47	0	Ingen relevante artikler vurdert ut fra tittel

Søk i WHO 07.03.17

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
Infection ward isolation	Europa	8	2	0

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
Marslow hierarchy of needs psychosocial	2000- Engelsk	59	3	«An exploratory study on the isolation experience of patients with hematological disorders» (Cheng, Qin, & Tee, 2008)
Reverse isolation	2000 - engelsk	26	5	«Contact Precautions: More Is Not Necessarily Better.» (Dhar, Marchaim, Tansek, Chopra, Yousuf, Bhargava, Martin, Talbot, Johnson, Hingwe, Zuckerman, Bono, Shuman, Poblete, Tran, Kulhanek, Thyagarajan, Nagappan, Herzke, Perl, Trish, et al., 2015) «On Contact Precautions: The Good, the Bad, and the Ugly.» (Anderson, Weber, Sickbert-Bennett, 2014) «Infection control. A nurse's experience of isolation» (Oldman-Pritchard, 2003).