



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 458

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9213

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 3

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

" Hvordan kan sykepleieren ivareta pasientens psykososiale behov ved isolasjonsregime på somatisk sykehus?"

"How can the nurse take care of the patient's psychosocial needs in the isolation regime of somatic hospitals?"

Kandidatnummer 458

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: Isolation in somatic hospital: The patient's psychosocial needs

Background: Isolation and disease can be experienced as a crisis and is a strain on the patient. The isolation can exacerbate the situation of the patient, as it can lead to more problems such as anxiety, depression and confusion. In addition, the patient loses his freedom when being isolated and has to deal with strict isolationregimens. They must cope with the strain of being a source of infection, which according to research gives the feeling of guilt and shame.

Problem: "How can the nurse take care of the patient's psychosocial needs in the isolation regime of somatic hospitals?"

Method: Literature study is used as a method, based on five research articles, self-chosen literature, and syllabus literature. The research articles consist of three systematic reviews and two qualitative individual studies.

Result: The result shows that the isolation constitutes an obstacle to good communication between patient and health personnel. Nurses need to look past the disease underlying the isolated patient and see the psychosocial needs that may occur in isolation. Enough and adequate information has been shown to make it easier to handle the new situation for the patient, when isolated in somatic hospitals.

1 Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Avgrensninger av oppgaven	1
1.3	Problemstilling.....	2
2	Teori	2
2.1	Smittevern	2
2.1.1	Tvungen isolering i sykehus	2
2.2	Kontaktsmitte	3
2.2.1	Direkte kontaktsmitte.....	3
2.2.2	Indirekte kontaktsmitte.....	3
2.3	Isolering	3
2.3.1	Isolering ved luftsmitte.....	3
2.3.2	Isolering ved kontaktsmitte	4
2.3.3	Reaksjoner på isolasjon.....	5
2.4	Psykososiale behov.....	6
2.4.1	Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov.....	6
2.5	Psykiske konsekvenser av isolasjon	7
2.5.1	Depresjon.....	7
2.5.2	Frykt og angst	7
2.6	Kommunikasjon	8
2.6.1	Mestring	8
2.6.2	Krise og krisereaksjoner	8
2.6.3	Non-verbal kommunikasjon	9
2.6.4	Berøring.....	9
2.6.5	Relasjoner.....	10
2.7	Etikk	11
2.7.1	Pasientens autonomi	11
2.7.2	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	11
3	Metode	12
3.1	Fremgangsmåte	12
3.2	Avgrensninger av søk	13
3.2.1	Inklusjonskriterier.....	13
3.2.2	Eksklusjonskriterier	13
3.3	Søkeprosessen	13
3.4	Kildekritikk	14
3.5	Metodekritikk.....	15
3.6	Etiske overveielser	15
4	Resultat.....	16
4.1	Pasientens erfaring av isolasjon.....	16
4.2	Isolasjon og pasientens velvære	16
4.3	Den psykiske påkjenningen av å være isolert på sykehus	17
5	Diskusjon	18
5.1	Isolasjonens påvirkning.....	18
5.2	Helsepersonellens tilstedeværelse hos isolerte pasienter	21
5.3	Pasientens autonomi	22
5.4	Relasjon mellom pasient og sykepleier	23
6	Konklusjon	25

7	Referanseliste.....	26
8	Vedlegg	29
8.1	Litteraturmatrise.....	29
8.2	Flytdiagram	32
8.3	PICO.....	33
8.4	Systematisk søk i Cinahl.....	34
8.5	Systematisk søk i Medline.....	35
8.6	Systematisk søk i SweMed+	36

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ved siden av studiet har jeg jobbet på en sykehusavdeling der vi har flere pasienter som må bli isolert av forskjellige medisinske grunner, og jeg har på nært hold sett hvordan dette påvirker pasienten. Det varierer hvor lenge en pasient må være isolert, og målet med isoleringen er å bryte smittekjeden ved å isolere smitekilden (Almås, Stubberud, Grønseth & Toverud, 2010, s. 67). Ifølge Almås (2010) vil det å oppholde seg alene på et rom over lengre tid i isolasjon være en påkjenning for pasienten. Ved isolasjon kan pasienten oppleve flere problemer i tillegg til sykdommen pasienten i første omgang blir isolert for. Vanlige problemer som kan oppstå er blant annet angst, kvalme og appetittløshet, skyldfølelse og sinne (Almås et al., 2010, s. 72). Jeg har selv erfart at pasienter reagerer med sinne når de får beskjed om at de plutselig blir isolerte, og jeg har hatt samtaler med en pasient som har vært isolert for tuberkulose, og vedkommende kunne ikke forstå hvorfor han var isolert, da han ikke følte seg syk. Som en sykepleierstudent, har slike reaksjoner fått meg til å ville vite mer om hvorfor noen pasienter reagerer på denne måten, mens andre pasienter ikke gjør det. Jeg hadde lyst til å finne ut av hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe disse pasientene i den nye og begrensede hverdagen som utarter seg under isolasjon, i tillegg til den medisinske hjelpen de mottar på sykehuset. Det var derfor et naturlig valg for meg å skrive om, og å finne ut mer om hvordan isolasjonen påvirker pasientens psykososiale behov, enn bare det jeg selv har erfart gjennom jobb og praksis.

1.2 Avgrensninger av oppgaven

Når jeg skal skrive denne oppgaven vil jeg ha fokus på voksne kvinner og menn over 18 år som er isolert på somatisk sykehus på grunn av smittsomme infeksjoner, da det er det jeg har erfart gjennom jobb og praksis. Det er ikke lagt vekt på hvilken sykdom som er bakgrunn for isolasjonen, utenom at det ikke skal være på grunn av psykiatriske grunner, da det er selve opplevelsen av isolasjonen jeg er interessert i å vite mer om. Pasientene jeg vil fokusere på kan være isolerte både med kontaktsmitteregime og luftsmitteregime.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av det jeg har nevnt tidligere har jeg da bestemt meg for at temaet for bacheloroppgaven min skal være om isolering av pasienter og hvordan dette påvirker dem, med problemstilling som følger;

” Hvordan kan sykepleier ivareta pasientens psykososiale behov ved isolasjonsregime på somatisk sykehus? ”

2 Teori

2.1 Smittevern

I følge Braut (2018) er smittevern alle enkelttiltak som skal hindre at det oppstår infeksjoner, og at disse infeksjonene skal spres i befolkningen. 5. August i 1994 fikk Norge smittevernloven. Alt smittevernarbeid er regulert gjennom denne loven (Braut, 2018).

Formålet med smittevernloven er at den skal verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved at man forebygger dem, og motvirke at de blir overført til befolkningen. I tillegg skal den motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i Norge, eller at de føres ut av Norge og inn i andre land. Smittevernloven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smittevernstiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet. Loven skal i tillegg ivareta rettssikkerheten til personer som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven (Smittevernloven, 1995, § 1-1).

Alle smittsomme sykdommer går under smittevernloven, og den erstatter tidligere lover man hadde for spesielle sykdommer, som for eksempel tuberkuloseloven (Braut, 2018).

Statens helsetilsyn har utgitt flere faglige veiledere til smittevernloven, (Schøyen, 2002, s. 375).

2.1.1 Tvungen isolering i sykehus

I henhold til smittevernloven (1995) skal en person som har en smittsom sykdom som er farlig for allmennheten la seg isolere. Om den smittede personen motsetter seg isolering, kan vedkommende allikevel bli isolert på sykehus grunnet vedtak om tvungen isolasjon. Dette kan bare gjennomføres etter at en helhetsvurdering er gjort om at dette er den beste løsningen for å unngå at andre skal bli smittet (Smittevernloven, 1995, § 5-3).

2.2 Kontaktsmitte

2.2.1 Direkte kontaktsmitte

Almås (2010) sier at direkte kontaktsmitte er når smitten overføres direkte med kontakt fra den som har smitten, til den som er mottakelig for smitten. Dette kan skje gjennom et håndtrykk, et kyss, berøring, samleie, eller om man er i direkte kontakt med det infiserte materialet. Infisert materiale kan for eksempel være blod, avføring eller urin (Almås et al., 2010, s. 66).

2.2.2 Indirekte kontaktsmitte

Ved indirekte kontaktsmitte blir man smittet ved at smittestoffet har blitt overført fra smitteskilden til et objekt, for eksempel et stetoskop eller termometer, og går så videre til smittemottaker (Almås et al., 2010, s. 66).

2.3 Isolering

Hvis man mistenker at en pasient har en smittsom sykdom, skal denne pasienten isoleres. Selv om det bare er basert på mistanke, og man ikke har en bekreftet diagnose, er det viktig med adekvat isolering ifra første stund, for å forhindre eventuell smitte videre. Om pasienten har diare eller oppkast av ukjent årsak, er dette klare indikasjoner på at pasienten skal isoleres, eller ha enerom med eget bad og toalett. Andre indikasjoner på at isolering er nødvendig kan være sår med ukontrollerbar sekresjon, eller om pasienten kommer fra et land der antibiotikaresistens er vanlig (Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, referert i Almås et al., 2010, s. 67). Målet med isolering er å bryte smitteskjeden, og det gjør man ved å isolere smitteskilden. Man må vurdere hvilket smittestoff det gjelder og hvor god kontroll man har over smittestoffet for å finne ut hvilke isoleringstiltak som skal iverksettes (Almås et al., 2010, s. 67).

2.3.1 Isolering ved luftsmitte

Hvis en pasient har en alvorlig smittsom sykdom der mikrobenes spres ved både kontaktsmitte og dråpesmitte, må denne pasienten isoleres, og det er reglene for luftsmitteregime man skal følge (Almås et al., 2010, s. 70). I følge Folkehelseinstituttet (2004) må det brukes isolat med

sluse som har tilfredsstillende kontrollert undertrykksventilasjon for at pasientene skal isoleres på en tilstrekkelig måte. Inne på isolatet skal alt unødvendig utstyr fjernes, og isolatet skal ha glatte flater med inventar som kan desinfiseres. Ved luftsmitteregime er det spesielt viktig med håndvask og hånddesinfeksjon i slusen, slik at sykepleier og besøkende kan utføre adekvat håndhygiene før og etter besøk hos pasienten. Det må i tillegg være god plass i slusen slik at sykepleier og andre besøkende har plass til omklodning, og det skal være plass til en seng når begge dørene i slusen er lukket. Mellom slusen og badet til pasienten skal det være et gjennomstikkskap, der sykepleier kan legge fra seg utstyr, prøver, tekstiler og lignende (Folkehelseinstituttet, 2004).

Dørene til slusen og pasientrommet skal aldri være åpne samtidig, det vil si at dørene er forriglet. Nødvendig utstyr som skal brukes hos pasienten, slik som stetoskop, staseslange, lommelykt eller lignende, skal være inne på isolatet, og må *ikke* bringes med ut og inn. Det er først når man vet at man ikke skal bruke utstyret lenger, at man kan ta utstyret med ut etter man har desinfisert alt utstyret. Ting som ikke skal inn på isolatet i det hele tatt er for eksempel journaler og andre papirer (Almås et al., 2010). Uansett hvem som skal inn på isolatet, enten det er helsepersonell eller besøkende, må alle ha på seg diverse beskyttelsesutstyr som hansker, beskyttelsesfrakk enten engangs eller flergangs, med lange ermer med mansjett og åndedrettsvern (Folkehelseinstituttet, 2004). Hvis pasienten skal ut av rommet på grunn av undersøkelser må han ha rent tøy, ren seng og åndedrettsvern (Almås et al., 2010).

2.3.2 Isolering ved kontaktsmitte

Almås (2010, s. 69) sier at smitteveien ved kontaktsmitte er enten direkte eller indirekte. Smitten overføres ved kontakt med smittestoffet, og dette kan skje gjennom mat, drikke, og fekal-oral smitte. Fekal-oral smitte er når smittestoffer overføres fra tarmen til munnen, gjerne via hendene. Om en pasient har diaré eller oppkast grunnet en mage- eller tarminfeksjon, eller om en pasient har en ukontrollerbar sekresjon, skal disse ligge på enerom med egen dusj og wc. Hvis mengden smittestoff pasienten har er liten, og sekresjonen er kontrollert, kan det være forsvarlig at pasienten ligger på et flersengsrom. Forutsetningen for at dette skal kunne gjøres er at pasienten forstår smitterisikoen og kan gjennomføre god håndhygiene (Almås et al., 2010, s. 69). I tillegg sier Almås et al., (2010, s. 69) at pasienter som samarbeider godt, og har god personlig hygiene, kan forlate rommet så lenge det er avtalt

med sykepleieren. Dette gjelder både pasienter som ligger på enerom og flermannsrom. Almås et al., (2010, s. 69) sier at sykepleier må se til at pasienten blir informert og veiledet om god håndhygiene, hvilke forhåndsregler pasienten må ta, og hvor han kan oppholde seg, slik at pasienten ikke blir en smittespreder ute i miljøet. Når sykepleier skal inn til pasienter som er under kontaktsmitteregime, må sykepleier ha god håndhygiene, og skal bruke hansker ved direkte kontakt med pasienten, sengen, forurenset utstyr og liknende (Almås et al., 2010, s. 69). Før sykepleier går inn på et isolat, må arbeidet planlegges nøye slik at bare det nødvendige utstyret som trengs blir tatt med inn på rommet. Hvis sykepleieren skal ha direkte kontakt med pasienten, må sykepleier bruke smittefrakk med lange ermer og mansjetter, i tillegg til hansker, slik at arbeidsdrakten ikke blir forurenset med smitteførende mikrober (Almås et al., 2010, s. 69).

2.3.3 Reaksjoner på isolasjon

Almås (2010, s. 72) sier at å oppholde seg på et lite rom helt alene er en påkjenning. Om pasienten kommer fra et annet land, der sykdommen pasienten lider av ikke er isoleringspliktig, kan det være ekstra vanskelig. Når pasienten får beskjed om at han må isoleres kan det komme helt uforberedt på pasienten, da han kanskje har hatt symptomene en tid, og isolasjonen kan virke meningsløs (Almås et al., 2010, s. 72).

Ifølge §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (2018, § 2-3) har pasienten rett på all informasjon som er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen. I tillegg skal pasienten informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Almås et al., (2010, s. 72) sier at når pasienten blir isolert må sykepleier gi informasjon om hvor lenge han skal være isolert, samtidig som det er viktig å ikke gi forhåpninger om at isolasjonen blir av kort varighet. Det er mange faktorer som spiller inn på hvor lenge en pasient skal være isolert. Det avhenger av hvor raskt vi får svar på prøver som blir tatt, og på hvordan pasienten responderer på behandlingen. Det vil være bedre å antyde en lengre isolasjonstid, enn for kort, slik at man ikke skuffer pasienten (Almås et al., 2010, s. 72).

Ifølge Almås et al., (2010, s. 72) kan pasienter som er isolert oppleve flere problemer, og de vanligste er angst, kvalme, forvirring og uvirkelighetsfølelse. De kan oppleve forvirring når det gjelder tid og sted, da de er mye alene, de kan føle seg innesperret og det er vanskelig å holde kontroll på dag og natt (Almås et al., 2010, s. 72). Om en pasient er døgnvill kan man

som sykepleier realitetsorientere pasienten ved å gi vedkommende informasjon om det som skjer rundt ham, og hvilken tid det er på døgnet (Stubberud, Eikeland & Sjøbjerg, 2013, s. 78). Noen kan utvikle følelsesmessig avstand til andre mennesker, føle på skyldfølelse, irritasjon og etterhvert sinne ovenfor personalet, familie og venner. Opplevelse av frihetsberøvelse og manglende privatliv kan også forekomme (Almås et al., 2010, s. 72). I tillegg nevner Almås et al., (2010, s. 72) at isolerte pasienter blir hele tiden minnet på at de har en smittsom sykdom, de kan føle at de er ”spedalske” eller har ”pest” og at de er en smittespreder.

Pasientene som er isolert med luftsmitteregime ser ikke annet enn øynene hos sykepleierne på grunn av beskyttelsesutstyret som må brukes, og opplever dette spesielt vanskelig (Almås et al., 2010, s. 72). Når en sykepleier skal hjelpe en pasient som er isolert, må sykepleieren bruke hansker for å unngå smitte, og dette kan oppleves problematisk for pasienten. Det er derfor viktig at alle sykepleierne håndhever smitteregimet på lik måte, ellers vil pasienten bli frustrert om sykepleierne opptrer forskjellig (Almås et al., 2010, s. 72).

2.4 Psykososiale behov

Som menneske har man grunnleggende behov som kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Disse behovene beskrives i tillegg som universelle, fundamentale, primære og allmennmenneskelige, og ved sykdom og helsesvikt vil de påvirkes. Med psykososiale behov mener man det som har med menneskets psyke å gjøre, det vil si det mentale eller sjelelige, og det kan beskrives som menneskets sjeleliv. For mange kan sykdom oppleves som en krise, og de psykososiale behovene tar utgangspunkt i hvordan sykdom blir opplevd som fenomen, altså hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud et al., 2013, s. 14).

2.4.1 Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov

For å få en best mulig observasjon av pasientens problemer ved isolasjon, må sykepleieren bruke sine empatiske evner for å bedre forstå pasientens reaksjoner på isolasjonen (Almås et al., 2010, s. 72). Sykepleieren kan iverksette relevante tiltak som å gå hyppig inn til pasienten, selv om pasienten ikke har ringt i alarmsnoren. Når sykepleieren er inne hos pasienten sier Almås (2010, s. 72) at sykepleieren skal ta seg god tid. Utenom daglige

gjøremål, skal pasienten ha minst en time samtale/besøk. For pasienter som er isolerte er det viktig å gjenta informasjon, spesielt det som blir sagt om sykdommen og isoleringstiden. Hvis pasienten ikke snakker norsk, må man sørge for at pasienten får tilbud om tolk, gjerne to til tre ganger i uken. I tillegg er det lurt å bruke erfaringer fra tidligere pasienter som har vært isolert, for å gjøre hverdagen best mulig (Almås et al., 2010, s. 72). At de som behandler pasienten kommuniserer godt med vedkommende er viktig. Pasienten skal oppleve at den daglige rytmen er forutsigbar, og pasienten skal kunne stole på personalet, ved at de holder det de har lovet. For eksempel når personalet sier at de skal komme tilbake om en halvtime, så lar de ikke pasienten vente lenger enn en halvtime (Almås et al., 2010, s. 72). Pasienter som er isolerte kan få psykiske forandringer og dette må man som sykepleier være oppmerksom på. De kan få reaksjoner vi vanligvis ikke ser hos andre pasienter, de kan oppleves som sinte og utagerende, og de kan få hallusinasjoner eller utvikle psykose (Almås et al., 2010, s. 73). Når pasienten ikke lenger trenger isolasjon og er blitt erklært smittefri, kan han fortsatt kjenne på følelsen av å være infisert. Pasienten kan være glad for å slippe ut av isolasjonen, men samtidig ikke føle seg trygg på at sykdommen skal komme tilbake. Denne usikkerheten må både sykepleier og lege være oppmerksom på ved senere kontroll, og ta dette opp med pasienten. (Almås et al., 2010, s. 73).

2.5 Psykiske konsekvenser av isolasjon

2.5.1 Depresjon

Hummelvoll (2014, s. 193) forteller at ordet depresjon kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking, og begrepet kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer. De mest fremtredende symptomene man ser ved depresjon er tristhet, pessimisme og lav selvforaktelse. I tillegg kommer en kraftløshet som gjør at den deprimerte har nedsatt fysisk og psykisk energi til å gjøre de daglige tingene de ellers ville ha gjort om de var frisk (Hummelvoll, 2014, s. 198). Den deprimerte føler seg utslått og overveldes av en følelse av håpløshet, og så lenge den depressive reaksjonen vedvarer, ses ikke noen hensikt med å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen (Hummelvoll, 2014, s. 198).

2.5.2 Frykt og angst

Renolen (2015, s. 193) sier at frykt og angst er reaksjoner på noe som oppleves truende. Forskjellen på frykt og angst, er at frykt har en klar kilde, mens kilden til angsten er uklar.

Symptomer på angst er individuelt, men vanlige symptomer er hjertebank, sammensnøring i halsen, svimmelhet, skjelvinger, magesmerter og blekhet. Det er forståelig at alvorlig sykdom kan utløse både frykt og angst – man får angst for å dø, redd for at behandlingene skal være smertefulle eller at selve sykdommen gir smerter, og man kan få angst for hvordan fremtiden vil bli (Renolen, 2015, s. 193). Hvis pasienten er i en situasjon fylt av utrygghet og angst, er det ikke sikkert at pasienten greier å konsentrere seg om informasjon som blir gitt, og pasienten husker i liten grad det som blir sagt av helsepersonellet (Stubberud et al., 2013, s. 78). Videre sier Stubberud (2013, s. 78) at pasienter kan ha planlagt spørsmål til helsepersonellet, men når anledning til spørsmål kommer, så har de glemt hva de lurte på. Da kan sykepleier minne pasienten på at han må skrive ned spørsmålene han vil ha svar på, slik at de ikke blir glemt. Informasjonen som gis pasienten bør gjentas, bli gitt med korte setninger og et dagligdags språk (Stubberud et al., 2013, s. 78).

2.6 Kommunikasjon

2.6.1 Mestring

Eide & Eide (2007, s. 166) sier at alvorlige hendelser som skjer i livet til en person, som sykdom, traumer, katastrofer, vold, dødsfall, tap eller andre store endringer i ens liv, kan føre til tap av mening og sammenheng. Verden til den personen det gjelder blir plutselig annerledes, og den kan føles mindre trygg og uforutsigbar. Den som rammes går inn i en krise (Eide & Eide, 2007, s. 166). Mennesker reagerer forskjellig på de utfordringer man møter på i livet, og eventuelle traumer. Ved alvorlig sykdom vil ens opplevelse av sykdommen preges av hvem man er som person, hvordan de man har rundt seg reagerer, og av andre faktorer i nåtid og fortid (Eide & Eide, 2007, s. 172). Mestring innebærer at man forholder seg hensiktsmessig til situasjonen og ens egne reaksjoner. Dette kan man gjøre ved å prøve å få kontroll på følelsene. Man kan prøve å få en bedre forståelse av situasjonen som har oppstått, eller man kan ta grep om de praktiske tingene man kan gjøre for at sykdommen skal bli minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007, s. 172).

2.6.2 Krise og krisereaksjoner

Retterstøl et al., (Retterstøl, Sund & Weisæth, 1985) sier at kriser er en fellesbetegnelse for alvorlige og vanskelige livshendelser. Personer som opplever krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. For å hjelpe pasienten til å

bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre, er god kommunikasjon veldig viktig (Retterstøl et al., 1985, s. 91-105). For å bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig og å skape forutsigbarhet og mening, er det viktig at pasientene får god og tilstrekkelig kommunikasjon om sykdom og behandling (Eide & Eide, 2007, s. 166).

I følge Renolen vil krisen utløse reaksjoner som kan vise seg i tanker, følelser og adferd når noen opplever en krise. Når krisen er et faktum, vil de fleste oppleve et følelsesmessig kaos. Man kan kjenne på følelser som tristhet, sinne, skyld, meningsløshet, frykt og angst. For personen som opplever dette, kan det være vanskelig å få orden på tankene, og mange får problem med å konsentrere seg, og få med seg ny informasjon som blir gitt. Rastløs atferd kan være et tegn på denne indre uroen (Renolen, 2015, s. 192). Aggresjon er også en vanlig krisereaksjon. Personen kan oppføre seg oppfarende og overfølsom. Dette sinnet kan komme fra skyldfølelse, og sinnet kan gå utover seg selv og andre. Denne aggresjonen kan også gå utover de som prøver å hjelpe. I en slik situasjon trenger den kriserammede hjelp til å sette ord på hva sinnet kommer av (Renolen, 2015, s. 192-193).

2.6.3 Non-verbal kommunikasjon

I følge Svartdal (2018) er nonverbal, altså ikke-verbal eller ikke-språklig kommunikasjon, kommunikasjon uten ord. Eide & Eide (2007, s. 198) sier at nonverbal kommunikasjon er et responderende språk som forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst relasjonen mellom disse. For å være i stand til å oppfatte viktig informasjon om vedkommende som kommer til uttrykk non-verbalt, må man aktivt lytte til den andres nonverbale språk (Eide & Eide, 2007, s. 198).

2.6.4 Berøring

Hummelvoll (2014, s. 425) sier at berøring involverer både personlig rom og handling, og derfor kan berøring ses på som det mest personlige non-verbale uttrykksmiddelet. For å hjelpe eller helbrede pasienten ved å bruke hendene, for eksempel ved massasje, er det en målrettet berøring, men berøring har også et trøstende og beroligende preg som man fortsatt bruker i sykepleien. Fysisk berøring er en betydningsfull komponent i mange sammenhenger i sykepleien. Hummelvoll (2014, s. 425) nevner at når sykepleieren skal formidle omsorg og

vise at man bryr seg til deprimerte pasienter, kan fysisk kontakt være den beste måten å nå inn til pasienten på. Om en pasient for eksempel har angst, kan det være nødvendig med fysisk kontakt for å hjelpe pasienten til avspenning. Har man en engstelig pasient kan de oppleve berøring, og det å bli holdt rundt, som en trygghet når de er i en situasjon som oppleves truende (Hummelvoll, 2014, s. 426).

2.6.5 Relasjoner

Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 88) mener at sykepleierens omsorg baseres på en forståelse av den andres situasjon, basert på empati. For at en pasient skal kunne oppleve seg ivaretatt av sykepleieren, er det avgjørende at sykepleieren har en evne til å forstå pasientens situasjon – at sykepleieren har, og viser empati (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 88). Når man står i en relasjon til et annet menneske innebærer det at vi selv også påvirkes av den andres situasjon. Dette har betydning for hvordan vi som sykepleiere forstår pasientens ubehag og livskvalitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84). I relasjoner til hverandre blir vi også sårbare. Som sykepleiere skal vi fremme pasientens helse og velvære, men vi kan også skade og påføre lidelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84).

2.7 Etikk

2.7.1 Pasientens autonomi

Bahus (2014) sier at autonomi er det samme som selvbestemmelsesrett innen medisinsk etikk. Det betyr at man skal ha frihet til å ta valg som har betydning for eget liv og helse. Hver enkelt pasient har rett til å bestemme om han eller hun vil ta imot den helsehjelpen som tilbys. At en pasient har selvbestemmelsesrett kan man også kalle for pasientautonomi (Bahus, 2014).

2.7.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016) baserer seg på grunnlaget om å se selve mennesket, og respektere det enkelte individets liv og verdighet. I praksis er målet for sykepleien å fremme helse, man skal forebygge sykdom, lindre lidelse, og man skal sikre en verdig død. Ut i fra retningslinjene skal en sykepleier utøve sykepleie med barmhjertighet, respekt og omsorg. En sykepleier har et eget ansvar for at sin utøvende praksis er etisk, juridisk og faglig forsvarlig. I tillegg har sykepleieren ansvar for å gi helhetlig sykepleie til pasienten, samtidig som man tar vare på integriteten til pasienten. Under punkt 2, står det for eksempel at *”sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket.”* (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

3 Metode

For å finne svar på problemstillingen min har jeg valgt å bruke litteraturstudium som metode. I følge Thidemann (2017, s. 79) er litteraturstudium en studie der man systematiserer kunnskapen man tilegner seg fra skriftlige kilder.

3.1 Fremgangsmåte

I oppgaven min har jeg valgt å skrive om hvordan jeg som sykepleier kan bedre de psykososiale behovene til pasienter som er innlagt under isolasjonsregime på somatisk sykehus. For å finne mer kunnskap om dette temaet, i tillegg til egen erfaring fra praksis og jobb, har jeg brukt litteratur fra pensumbøker, og andre fagbøker fra biblioteket som er relevant for oppgaven min. Pensumbøker og fagbøker er et godt utgangspunkt. Da disse typer bøker blir brukt i utdanning av sykepleiere, er litteraturen allerede gjennomgått av fagpersoner, den er relevant og oppdatert. Men ifølge Dalland (2007, s. 65) er lærebøker sjelden tilstrekkelig som litteratur til en større oppgave, derfor har jeg i tillegg søkt i databaser som Chinal, SveMed+, og MedLine som er sykepleiefaglige relaterte databaser for å finne faglige artikler og studier. Jeg har også brukt internettsider som Store medisinske leksikon og Folkehelseinstituttet, da informasjonen på disse sidene er skrevet av fagfolk, og man finner oppdatert informasjon der. I tillegg har jeg brukt smittevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

For å gjøre problemstillingen tydelig og presis har jeg brukt rammeverket PICO (Thidemann, 2017, s. 86). Ved å bruke PICO hjalp det meg å strukturere og klargjøre problemstillingen for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. Når jeg søkte etter aktuelle artikler og studier har jeg brukt engelske søkeord som man kan se i vedlegg 8.3.

For å få en god søkestrategi har jeg brukt MeSH, som er et standardisert emneordsystem, og disse emneordene beskriver innholdet i artikler og fungerer som søkeord i databasene (Thidemann, 2017, s. 87). Noen av søkeordene, som for eksempel "isolation" fant jeg selv da isolasjon er veldig fremtredende i oppgaven min. Andre søkeord fant jeg ved å se gjennom oppsummeringen av forskjellige artikler.

3.2 Avgrensninger av søk

3.2.1 Inklusjonskriterier

Artiklene jeg valgte måtte være på norsk eller engelsk, og det måtte være systematiske oversikter eller enkeltartikler som omhandler problemstillingen min. Pasientene jeg ville ha fokus på var voksne, det vil si personer som er over 18 år, både kvinner og menn. Pasientene måtte være isolert på somatisk sykehus i minst 3 dager eller mer.

3.2.2 Eksklusjonskriterier

Artiklene jeg brukte kunne ikke være eldre enn 2008, og de skulle ikke omhandle pasienter som var isolerte av psykiatriske grunner. Pasientene kunne ikke være barn.

3.3 Søkeprosessen

Da jeg skulle begynne å søke i de forskjellige databasene, var det vanskelig å komme i gang, da jeg ikke har arbeidet på denne måten før. Jeg måtte gå på biblioteket på skolen for å få starthjelp med søkene, og etter litt forklaring kunne jeg sette i gang. I starten av søkene i Chinal og MedLine fikk jeg mange treff på de enkelte søkeordene, og måtte da legge flere av søkeordene sammen, og søke på de i lag med "AND" og/eller "OR" for å snevre inn treffene. I Chinal fikk jeg til slutt 13 treff på søket mitt. Dette kan man se i vedlegg 8.4. Ved å lese gjennom overskrift og oppsummeringen av artiklene som dukket opp, satt jeg igjen med 2 artikler som jeg fant relevant for oppgaven min. I tillegg fant jeg en tredje artikkel litt tilfeldig i sidemenyen på resultatsiden i Cinahl, der de ble tipset om lignende artikler ut ifra den jeg leste på. I Medline endte jeg opp med 34 treff etter endt søk, se vedlegg 8.5, og gikk frem på samme måte som i Cinahl, ved å lese overskrift og oppsummering av artiklene for å finne ut om noen av artiklene kunne være relevante for oppgaven min. Da jeg skulle søke i SveMed+ begynte jeg med samme framgangsmåte som jeg hadde gjort i de andre databasene med å søke på flere ord, for så å sette de sammen. Uansett hvor mange ord og på hvilke måter jeg satte dem sammen, så fant jeg ikke artikler som var relevante. Til slutt gikk jeg på biblioteket og fikk hjelp til å søke der, og fant da artikkelen "Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated" (Skyman, Sjoström & Hellström, 2010), bare med å søke på "patient isolation" som Mesh-ord, i lag med at eventuelle artikler som dukket opp skulle være fagfelleverdret. Dette kan man se i vedlegg 8.6. Etter å ha funnet 5 artikler fra de forskjellige databasene, måtte jeg lese gjennom artiklene i sin helhet for å

være sikker på at jeg kunne bruke de i oppgaven min. Se flytdiagrammet i vedlegg 8.2 for fremgangsmåte. Fullstendig oversikt over alle artiklene kan man se i litteraturmatrisen i vedlegg 8.1.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2007, s. 64) sier at kildekritikk betyr at man skal vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Jeg måtte vurdere om teorien og forskningsresultatet jeg fant, lot seg bruke til å beskrive problemstillingen min. Jeg har benyttet meg av fem forskningsartikler. To er kvalitative enkeltstudier med få deltagere. At det er få deltagere kan gjøre resultatet noe innsnevret. De tre siste forskningsartiklene er systematiske oversikter, som gir meg en fordel for kvalitetssikring av oppgaven. De systematiske oversiktene har en sammenstilling av resultat fra samme problemstillingsområde, og gir et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner (Thidemann, 2017, s. 71). Artikkelen av Skyman et al., (2010) omhandlet pasienter som var isolerte på grunn av at de hadde MRSA. Jeg følte at det ble litt mye fokus på MRSA som sykdom, men jeg tok den allikevel med da de også hadde fokus på hvordan det var å være isolert på grunn av sykdommen, og det er dette som er relevant for problemstillingen min

Jeg har brukt sjekklister for vurdering av kvalitative studier og vurdering av oversiktsartikler fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere artiklene jeg ville bruke (Helsebiblioteket, 2016). Ved gjennomgang av teorien har jeg i størst mulig grad brukt originalkildene, men i noen tilfeller har jeg måttet brukt sekundærkilder, det vil si at jeg har brukt en forfatters gjenfortelling av innholdet som kommer fra en annen, da det var vanskelig å finne frem til originalkilden (Søk og skriv, 2019).

3.5 Metodekritikk

Dalland (2007, s. 70) nevner at det kan være en ulempe med å velge litteraturstudie som metode siden fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Teksten jeg skal tolke er kanskje oversatt og fortolket før jeg leser den selv, og det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2007, s. 70).

I tillegg var alle artiklene mine på engelsk, og dette kan bidra til at jeg oversetter og tolker teksten feil, da jeg ikke er vant til å lese engelsk litteratur. Også det at jeg ikke har gjort systematiske søk i databaser tidligere, kan føre til at artikler som kan være relevant for oppgaven min ikke blir funnet, og på den måten være avgrensende for litteraturstudiet mitt.

3.6 Ethiske overveielser

For å gjennomføre oppgaven på en god måte, måtte jeg forholde meg til retningslinjene for bachelorskriving (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). På grunn av at jeg jobber på en sykehusavdeling, og har erfart forskjellige situasjoner med pasienter som er isolerte, måtte jeg tenke på taushetsplikten når jeg brukte situasjoner fra jobb eller fordypningspraksisen jeg har hatt. Derfor har jeg holdt jobb- og praksissted anonymt. På denne måten kan ingen kjenne igjen hverken pasient eller steder som blir nevnt. I følge Dalland (2007, s. 242) har helsepersonell taushetsplikt om de opplysningene de får om menneskers personlige forhold, og dette omfatter også studenter innenfor helsefagene. Når jeg skulle skrive oppgaven og brukte litteratur som andre har skrevet, måtte jeg overholde de akademiske normene ved kildehenvisning, det vil si at jeg refererte aktivt, og på rett måte (Thidemann, 2017, s. 12). Jeg måtte også sette spørsmål til tidligere forskning, og være klar over muligheten for å finne feil.

4 Resultat

4.1 Pasientens erfaring av isolasjon

Skyman et al., (2010) gjennomførte en kvalitativ studie av seks pasienter i alderen 35-76 år i Sverige, for å undersøke hvilke erfaringer pasienter som var smittet med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) på sykehus gjorde seg av å være isolerte under behandling. Det viste seg at pasientene følte seg krenket for å ha blitt smittet med MRSA på sykehuset, og beskrev det som traumatisk. Samtidig aksepterte de å ha blitt smittet, fordi de tok ansvar for å ikke spre MRSA videre til andre. Pasientene følte at de ikke fikk behandling på samme måte som andre ikke-isolerte pasienter, og de manglet informasjon om MRSA. De følte seg sårbare i forhold til negative reaksjoner fra helsepersonalet, familie og andre pasienter.

I Barrat et al., (2010) sin kvalitative studie av 10 voksne pasienter som var isolert på grunn av MRSA i New Zeland, viste de seg at flertallet kunne fortelle om noen positive aspekter ved å være isolert, men alt i alt var isoleringen en negativ erfaring. At de var MRSA-positive fikk fram følelser av redsel, sinne, frustrasjon og skyldfølelse. Det å ”bo innenfor fire vegger” og føle seg innesperret gikk inn på pasientene. Samtidig som at isoleringen reduserte det sosiale livet til pasientene, satte de pris på å være på enerom. De fikk være for seg selv, og fikk tid til å håndtere situasjonen.

I møte med personalet kunne flere av pasientene fortelle om hendelser der leger åpnet døren på gløtt for å snakke med dem, i stedet for å ta på seg smittevernsutstyr for så å gå inn til dem. En annen pasient ble nektet en tur til frisøren på grunn av at pasienten var MRSA-positiv. Disse hendelsene førte til enda mer negativitet av det å være isolert.

4.2 Isolasjon og pasientens velvære

Gammon & Hunt (2018) sin systematiske oversikt av 25 artikler har de undersøkt hvordan isolasjonen påvirker pasientens velvære. De fant sosiale restriksjoner som kommer automatisk av å være isolert, som: redusert kontakt med andre pasienter, forstyrrelser av daglige og vante rutiner, mindre samspill med helsepersonell, og begrenset tilgang på medisinsk behandling. Disse restriksjonene kunne føre til følelse av ensomhet, følelsen av å bli forlatt, sosial ekskludering og stigmatisering. Igjen kunne disse følelsene føre til depresjon og videre fremkalle psykiske påvirkninger som angst og humørsvingninger, som

muligens kunne forlenge pasientens opphold. I tillegg viste det seg at når helsepersonalet brukte lengre tid på å svare på klokker hos isolerte pasienter på grunn av påkledning av smittevernutstyr, økte dette angsten hos pasientene.

Selv om det er mange negative påvirkninger som kommer av isolasjon, så fant Gammon & Hunt (2018) en studie av 19 pasienter som kunne fortelle at isolasjonen var en befrielse fra daglige rutiner, og som syntes det var greit å ha et privatliv, og være litt for seg selv. Men dog, samtidig som de fant noe positivt med å være isolert, kom følelsen av ensomhet på grunn av mangel på oppmerksomhet av helsepersonalet.

4.3 Den psykiske påkjenningen av å være isolert på sykehus

Abad et al., (2010) har gjort en systematisk oversikt av 16 enkeltstudier, og flertallet av artiklene viste en negativ påvirkning på pasientens mentale velvære og oppførsel på grunn av isolasjon med kontaktsmitteregime. I tillegg så de en høy forekomst av depresjon, angst og sinne hos de isolerte pasientene. I noen av studiene kunne man også se at helsepersonellet brukte mindre tid inne hos isolerte pasienter, og pasientene var svært lite tilfredse om de ikke fikk nok informasjon om sin egen helsesituasjon.

De fant de ut at det å være isolert under kontaktsmitteregime har en negativ påvirkning på flere områder av den helsehjelpen som gis til pasienten. Det er behov for å undersøke disse resultatene nærmere, og man må finne bedre måter til å forebygge og unngå den psykiske påvirkningen av isolasjon. Undervisning til pasienter kan være en måte å dempe den psykologiske påvirkningen isolasjon har på pasientene.

I den systematiske oversikten gjort av Barrat et al., (2011) har de sett igjennom 21 artikler for å finne ut av hvordan pasienter opplever isolasjon på grunn av MRSA og andre smittsomme sykdommer. De fant ut at opplevelsen av isolasjon hos pasientene hadde både positive og negative sider. Isolasjonen kunne resultere i skadelige psykiske effekter som angst, stress og depresjon, i tillegg kunne det føre til at pasienten fikk mindre tilsyn og dårligere hjelp fra helsepersonalet. De mener at sykepleiere og annet helsepersonell må se etter måter å forbedre oppholdet på sykehuset for de pasientene som er under isolasjon, slik at de kan få en bedre opplevelse av å være på sykehus. I følge Barrat et al., (2011) mener de at muligheten for forbedring ligger i omgivelsene rundt pasienten, pasientens selvkontroll av situasjonen, og at det blir gitt adekvat informasjon.

5 Diskusjon

5.1 Isolasjonens påvirkning

Eide og Eide (2007, s. 166) sier at alvorlige hendelser som skjer i livet til en person, som for eksempel sykdom, kan føre til tap av mening og sammenheng, og den personens verden blir annerledes, utrygg og uforutsigbar. For mange kan sykdom oppleves som en krise (Stubberud et al., 2013, s. 14). Pasienten går fra å kunne styre sin egen hverdag, til begrensninger og nye rutiner på et sykehus. Opplevelse av frihetsberøvelse og manglende privatliv kan være tilfelle (Almås et al., 2010, s. 72). Gjennom jobben på sykehus har jeg møtt en pasient som var isolert på grunn av tuberkulose. Pasienten kunne fortelle meg at han ikke kunne forstå grunnen til isolasjonen da han ikke hadde noen symptomer på at han var syk, han følte seg frisk. Isolasjonen gikk ut over arbeid og skolegang, og dette gikk veldig inn på han. Jeg oppfattet pasienten som irritert, og at pasienten ikke hadde fått nok informasjon om situasjonen sin. I § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasienten har rett på all informasjon angående sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen som gis, og i tillegg skal pasienten informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, § 3-2). Jeg følte ikke at jeg hadde nok kompetanse som assistent og sykepleierstudent til å gi riktig og adekvat informasjon som pasienten trengte, og det kunne virke som at pasienten hadde fått lite eller mangelfull informasjon om sin helsetilstand. Slike tilfeller av enten mangelfull eller ingen informasjon til pasientene ble beskrevet i Skyman et al., (2010) sin studie. Når pasienten først fikk informasjon var den gjerne misvisende på grunn av den kom i fra flere hold, og dette opplevdes som forvirrende.

I følge Almås et al., (2010, s. 72) kan isolerte pasienter oppleve flere problemer og de vanligste er angst, kvalme, forvirring og uvirkelighetsfølelse. De kan i tillegg oppleve forvirring når det gjelder tid og sted, på grunn av at de er mye alene og det er vanskelig å holde styr på dag og natt (Almås et al., 2010, s. 72). Ved flere anledninger har jeg fått spørsmål fra isolerte pasienter om det er morgen eller kveld, og de forteller selv at det er vanskelig å vite hvilken tid på døgnet det er. Som sykepleier kan man realitetsorientere pasienten ved å gi informasjon om det som skjer rundt ham og fortelle hvilken tid på døgnet det er (Stubberud et al., 2013, s. 78).

Barrat et al., (2011) sier at den sosiale isolasjonen og stigmaet som er forbundet med isolasjon, kunne forverres av at sykepleierne brukte beskyttelsesutstyr. Selv om mange av

pasientene hadde forståelse for hvorfor beskyttelsesutstyret ble brukt, økte bruken av dette pasientens følelse av frykt og stigmatisering. Noen pasienter følte seg skitne og urene når sykepleiere måtte ha beskyttelsesutstyr på for å være borti pasienten (Barrat et al., 2011). Hummelvoll (2014, s. 425) sier at berøring involverer både personlig rom og handling, og derfor kan berøring ses på som det mest personlige non-verbale uttrykksmiddelet. En måte for at vi som sykepleiere kan formidle omsorg og vise at man bryr seg, er fysisk kontakt for å nå inn til pasienten (Hummelvoll, 2014, s. 426). Selv om vi må bruke hansker hos pasienter som her smittsomme, kan vi fortsatt gi pasienten en hånd å holde i, vise og forklare at man ikke er redd for pasienten som person, men at beskyttelsesutstyret er forhåndsregler man må ta for å unngå smittespredning. Jeg har prøvd å opprettholde en slik væremåte i møte med isolerte pasienter i et forsøk på å ufarliggjøre situasjonen for pasienten.

Det ble registrert at pasientene utviklet angst og depresjon på grunn av isolering i studiene til både Barrat et al.,(2011), Gammon & Hunt (2018), og Abad et al.,(2010). Gammon & Hunt (2018) forteller at pasienter som blir isolerte viste en betraktelig høyere følelse av angst, enn de pasientene som ikke var isolert, og angsten kunne være med på å forlenge varigheten av oppholdet på sykehuset for pasientene. Symptomer på angst er individuelt, men de vanligste symptomene er hjertebank, sammensnøring i halsen, svimmelhet, skjelvninger, magesmerter og blekhet (Renolen, 2015, s. 193). Hvis pasienten er i en situasjon der han kjenner på angst og utrygghet, er det ikke sikkert at pasienten greier å konsentrere seg om informasjon som blir gitt, og husker i liten grad det som blir sagt av helsepersonellet (Stubberud et al., 2013, s. 78). Dette har jeg erfart med en tidligere pasient som var isolert på avdelingen vår. Han hadde fått informasjon om når isoleringen hans var over, men glemte det hele tiden. Videre sier Stubberud (2013, s. 78) at pasienten kan ha planlagt spørsmål til helsepersonellet, men når anledningen for spørsmål kommer, har de glemt hva de lurte på. Et godt hjelpemiddel for pasienter i en slik situasjon kan være at sykepleier minner dem på å skrive ned spørsmålene de har. Da kan sykepleier svare pasienten på et dagligdags språk som pasienten skjønner, og informasjonen bør gjentas slik at informasjonen synker inn (Stubberud et al., 2013, s. 78).

I tillegg til at angst og depresjon forekom hos isolerte pasienter kjente de også ubehag av å ha en smittsom sykdom. I Skyman et al., (2010) sin studie kunne pasientene fortelle at de følte seg urene, krenket og redde. Videre kunne pasientene fortelle om en følelse av skyld og skam, noe som også blir underbygget i studien til Gammon & Hunt (2018). Også i Barrat et al., (2010) sin studie kunne deltakerne fortelle om følelser av redsel, sinne, frustrasjon og

skyld på grunn av at de hadde en smittsom sykdom. Dette kan komme av at pasientene opplever sykdommen og situasjonen som en krise. Renolen (2015, s. 192) sier at når krisen er et faktum vil de fleste oppleve et følelsesmessig kaos, og pasienten kan kjenne på følelser som tristhet sinne, skyld, meningsløshet og angst.

Ifølge Barrat et al., (2011) har isolerte pasienter mindre kontroll over situasjonen sin, enn andre ikke-isolerte pasienter, og de forteller videre at om pasientene hadde hatt en viss kontroll, hadde de greid å takle situasjonen enda bedre. Dette har også Gammon & Hunt beskrevet i sin artikkel (2018). Som sykepleier kan man gi pasienten god og tilstrekkelig informasjon for å bidra til at situasjonen blir mer forståelig, og for å skape forutsigbarhet og mening (Eide & Eide, 2007, s. 166). Almås (2010, s. 72) sier også at pasienten skal oppleve at den daglige rytmen er forutsigbar, og pasienten skal kunne stole på personalet ved at personalet holder det de har lovet. For eksempel når personalet sier at de skal komme tilbake om en halvtime, så lar de ikke pasienten vente mer enn en halvtime (Almås et al., 2010, s. 72).

Rommet pasienten oppholder seg på under isolasjonen skal være rensket for unødvendig utstyr, og isolatet skal ha glatte flater med inventar som kan desinfiseres (Folkehelseinstituttet, 2004). I studien til Barrat et al., kunne deltagerne fortelle at rommet de oppholdt seg på bidrog til sensorisk deprivasjon, og dette forverret følelsen av depresjon og angst. For å hjelpe på dette ble det foreslått å ha med seg personlige eiendeler inn på rommet, som for eksempel et lite kjøleskap eller en liten kaffemaskin for å fremme selvstendighet. Dette kunne muligens forbedre isolasjonsopplevelsen for noen pasienter. TV og radio var også foreslått som tiltak for å unngå kjedsomhet (Barrat et al., 2011).

Selv om isolering viser seg å ha mest negative konsekvenser for pasienten, er det allikevel funnet noen positive sider med isolasjonen. Både Gammon & Hunt (2018) og Abad et al., (2010) fant at noen av pasientene likte å ha et enerom, da dette gav dem mer frihet og mer privatliv. I tillegg var det mindre flaut å motta intimpleie i forhold til om de skulle ha vært på et flermannsrom. Dette ble også konkludert i studien til Barrat et al., (2011). Pasienter jeg hatt med å gjøre på sykehusavdelingen, har gitt uttrykk for at det var godt å gå fra å være isolert på flermannsrom til enerom. Da fikk de mer ro rundt seg, og de hadde mer frihet til å gjøre som de ville uten å måtte ta hensyn til andre.

En annen ting som gjorde pasientene fornøyde var god kommunikasjon mellom dem og

helsepersonellet. Abad et al., (2010) nevner i studien sin at pasienter som fikk informasjon om sin egen helsetilstanden var tilfredse da de følte at de fikk nok informasjon, og at de kjente noen de kunne stille spørsmål. Av egen erfaring har jeg lagt merke til at pasienter som ligger på enerom åpner seg mer opp, enn de som ligger på flermannsrom. Ved at de slipper å ta hensyn til at det er andre på rommet, er det kanskje lettere for pasienten å stille spørsmål til sykepleieren, og derav oppnå bedre kommunikasjon.

Dette har også Barrat et al., funnet i studiene de gjorde i (2010) og (2011). Der fant de ut at når pasienter hadde god kommunikasjon med helsepersonellet og fikk adekvat informasjon, kunne dette redusere følelsen av angst og andre negative følelser i forbindelse med isolasjonen.

5.2 Helsepersonellets tilstedeværelse hos isolerte pasienter

Å være tilstede for isolerte pasienter som er innlagt er viktig da det å være isolert på et lite rom, kan være en påkjenning for pasienten (Almås et al., 2010, s. 72). Dessuten sier Almås (2010, s. 72) at når en sykepleier går inn til en isolert pasient skal sykepleieren ta seg god tid og pasienten skal minst ha en time med samtale/besøk utenom de daglige gjøremålene til sykepleieren. I samtlige artikler fant de at helsepersonell brukte mindre tid hos de isolerte pasientene (Skyman et al., 2010), (Barrat et al., 2010), (Abad et al., 2010), (Barrat et al., 2011), (Gammon & Hunt, 2018). Barrat et al., (2011) beskriver i studien sin at sykepleiere bruker lengre tid på å svare på alarmklokken til pasienten, på grunn av at det tar tid å få på seg nødvendig beskyttelsesutstyr før de kan gå inn til den isolerte pasienten. For det andre unngikk sykepleierne å gå inn til isolerte pasienter som hadde depresjon, da de følte at de hadde utilstrekkelig kunnskap om pasientens psykiske behov, selv om sykepleierens fravær økte depresjonen til pasienten. Skyman et al., (2010) sier at sykepleierne gikk sjeldnere på tilfeldige besøk til de isolerte pasientene, enn de ikke-isolerte pasientene. De fant i tillegg ut at å høre sykepleiere og annet helsepersonell utenfor pasientrommet, kan virke betryggende for pasienten, og denne tryggheten forsvant når pasienten ble isolert (Skyman et al., 2010). I henhold til smittevernveilederen til Folkehelseinstituttet (2004), skal det brukes isolat med sluse, og dørene til slusen og pasientrommet skal aldri være åpne samtidig, og det kan tenkes at på denne måten blir det vanskelig for den isolerte pasienten å høre om helsepersonellet er i nærheten. Et tiltak for å forhindre at isolerte pasienter skal bli utrygge er ifølge Almås (2010, s. 72) å gå hyppig inn til pasienten selv om pasienten ikke har ringt i alarmklokken. Et annet

tiltak som er blitt gjort på avdelingen der jeg jobber, er at vi har døren åpen inn til pasientrommet hvis det er kontaktsmitte som gjelder, og dette har jeg merket at de fleste pasienter ønsker når jeg spør om døren skal være åpen eller igjen når jeg går ut av rommet. På denne måten kan pasienten se og høre at sykepleiere og helsepersonell er i nærheten.

5.3 Pasientens autonomi

Bahus (2014) sier at autonomi er det samme som selvbestemmelsesrett innen medisinsk etikk. Det vil si at man har frihet til å ta valg som har betydning for eget liv og helse. Hver enkelt pasient har rett til å bestemme om han eller hun vil ta imot den helsehjelpen som tilbys (Bahus, 2014). Ved smittsomme sykdommer blir det vanskelig å opprettholde pasientens autonomi da Smittevernloven har som mål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem, og motvirke at de blir overført til befolkningen (Smittevernloven, 1995). Personer med smittsomme sykdommer som er farlig for allmennheten kan med andre ord bli pålagt tvungen isolasjon mot sin vilje i henhold til § 5-3 i smittevernloven, og autonomien til pasienten vil da forsvinne når vedkommende ikke får bestemme selv om han vil bli isolert eller ikke (Smittevernloven, 1995, § 5-3).

Under punkt 2.3 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at *”sykepleier skal ivareta hver enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket.”* (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I tillegg står det i Pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har rett til medvirkning ved valg av behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, § 3-1). Det blir en etisk konflikt når man skal prøve å etterkomme både smittevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, samt de yrkesetiske retningslinjene, og det kan virke som at befolkningens beste går utover den enkelte pasient.

Slike situasjoner oppstår på sykehusavdelingen der jeg jobber. En pasient som var isolert med kontaktsmitteregime ville ut i gangen og se på fjernsyn da fjernsynet på rommet ikke fungerte. Almås et al., (2010, s. 69) sier at hvis en pasient er isolert med kontaktsmitteregime, kan det allikevel være forsvarlig å la pasienten gå ut av rommet sitt, så lenge mengden smittestoff og sekresjon er liten, og pasienten samarbeider godt og har god håndhygiene. På denne måten blir det gjort et forsøk på å opprettholde pasientens autonomi ved at han får velge om han vil gå ut i gangen eller ikke, samtidig som det går på isolasjonsregimets premisser. Pasienten fikk gå ut i gangen og se på fjernsyn, men han måtte sitte i en stol med

laken over, slik at smittestoffet ikke gikk over på stolen, og så videre til andre pasienter. Pasienten sa ingenting på at jeg la et laken over stolen, men jeg kjente selv at jeg ikke syntes dette var så greit, da jeg følte at jeg fremhevet pasienten som en smittetilstand da der var andre pasienter i nærheten som var vitne til det som foregikk.

5.4 Relasjon mellom pasient og sykepleier

For at sykepleier skal få pasienten til å føle seg ivaretatt, er det avgjørende at sykepleieren har en evne til å forstå pasientens situasjon – at sykepleieren har empati, og viser dette (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 88). I følge Svartdal (2018) er nonverbal kommunikasjon, kommunikasjon uten ord. Eide & Eide (2007, s. 78) sier at nonverbal kommunikasjon er et responderende språk som forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst relasjonen mellom disse. Når en sykepleier skal inn til en isolert pasient med for eksempel luftsmitteregime, må sykepleier ha på seg munnbind, beskyttelsesfrakk og hansker (Folkehelseinstituttet, 2004). Beskyttelsesutstyret i seg selv kan bli en barriere for å skape en god relasjon til pasienten, da pasienten bare ser øynene til sykepleieren. Pasienten ser ingen mimikk i ansiktet til sykepleieren, og det kan være vanskelig for pasienten å kjenne igjen hvilken sykepleier som kommer inn til han. Dette viser seg i studien til Barrat et al., (2011) der noen pasienter mislikte at sykepleiere måtte bruke munnbind, da de aldri så ansiktstrekk og uttrykk hos sykepleierne. Jeg har selv erfart at pasienter ikke kjenner meg igjen når jeg kommer inn med fullt beskyttelsesutstyr på meg. For at pasienten skulle kjenne meg igjen, banket jeg på døren inn til pasienten før jeg tok på meg munnbind. I døren var det et vindu, så jeg vinket og smilte slik at pasienten kunne se hvem som kom inn. På denne måten gjorde jeg et forsøk på å bli kjent med pasienten, å skape en relasjon og å gi trygghet. Et tiltak for å hjelpe på dette problemet, er å gi pasienten bilder av personalet med navn på (Barrat et al., 2011).

I Barrat et al., (2010) sin studie kunne en av deltagerne fortelle at isolasjonen hadde en negativ påvirkning i forhold til personalet, da leger stakk hodet rett innenfor døren for å snakke med vedkommende, fremfor å ta på seg beskyttelsesutstyr og komme helt inn på pasientrommet for å ta samtalen der. Deltageren hadde foretrukket det sistnevnte. Dette viser seg i praksis på sykehuset også. Ta for eksempel når vi som helsepersonell skal høre med

pasienten om hva de har lyst på til kvelds; da er det raskere å snakke gjennom døren til den isolerte pasienten for å høre hva de vil ha, enn å ta på seg beskyttelsesutstyr, for så å gå inn og snakke med pasienten. Dette er situasjoner som jeg selv har erfart, og vet at det blir gjort fordi det sparer tid i en travel arbeidsdag for sykepleierne. Men selv om dette sparer tid, skaper det en avstand til pasienten, og man viser med kroppsspråk og handling at man heller unngår pasienten, enn å komme nær han. Dette kan muligens skape en dårlig relasjon mellom oss som sykepleiere og pasienten. I Skyman et al., (2010) sin studie kunne deltagere fortelle at de opplevde en uprofesjonell oppførsel fra helsepersonalet på grunn at de var smittebærere. Ene deltageren hadde fått beskjed om å sitte utenfor venterommet på akuttmottaket fordi de ikke kunne sitte i lag med de andre pasientene. Dette var stigmatiserende og vedkommende hadde en følelse av å ha ”pesten”. Slik oppførsel strider imot de yrkesetiske retningslinjene som sier at man som sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet, og retten til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

6 Konklusjon

Når en pasient blir isolert på sykehus for en smittsom sykdom, havner pasienten i en situasjon med mange begrensninger. Situasjonen kan oppfattes som en krise, pasienten kan få angst og depresjon, og kan føle at han mister kontroll. Sykepleiere er pliktet til, og må gi helhetlig omsorg som omfatter både de fysiske behovene, så vel som de psykososiale behovene. Autonomien til pasienten forsvinner når man skal følge isoleringsregimet på somatisk sykehus. Isolasjonen blir i seg selv en barriere, og pasienten står i fare for å få dårligere behandling. Vi som helsepersonell må strekke oss til å bli bedre på å ha pasienten i fokus, og må ikke la isolasjonen bli en barriere mellom oss som sykepleiere og pasienten.

Forskning viser til at det trengs mer kunnskap hos helsepersonell om hvordan isolasjon på somatisk sykehus påvirker pasienten. Sykepleier må gi adekvat informasjon til pasienten om hvorfor isolasjon er nødvendig, i tillegg til informasjon om pasientens helsesituasjon. Dette kan bedre opplevelsen av selve isolasjonen, og dermed være med på å ivareta pasientens psykososiale behov.

7 Referanseliste

Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of hospital infection*, 76(2), 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>

Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2010). *Klinisk sykepleie: 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bahus, M. K. (2014). Selvbestemmelsesrett. I *Store norske leksikon*. Hentet 5. mars 2019 fra <https://snl.no/selvbestemmelsesrett>

Barrat, R. L., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: Patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian journal of advanced nursing*, 28.

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

Braut, G. S. (2018). Smittevern. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 29. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/smittevern>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2004). Isoleringsveilederen Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringerveilederen.pdf>

Gammon, J. & Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British journal of nursing*, 27, 88-91.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Retningslinjer for bacheloroppgaven*. Hentet fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-bokm.pdf>

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, Nortvedt, Per & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 83-127). Oslo: Gyldendal.

Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL_1

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Retterstøl, N., Sund, A. & Weisæth, L. (1985). *Katastrofer og kriser*. Oslo: Universitetsforl.

Schøyen, R. (2002). *Mikroorganismer og sykdom: lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell* (8. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Skyman, E., Sjostrom, H. T. & Hellstrøm, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 101-107. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x>
- Smittevernloven. (1995). Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven] (Lov 1994-08-05-55). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
- Stubberud, D.-G., Eikeland, A. & Sjøbjerg, I. L. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svartdal, F. (2018). Nonverbal kommunikasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet 5. mars 2019 fra https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon
- Søk og skriv. (2019). APA 6th. Hentet 7.Mai 2019 fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

8 Vedlegg

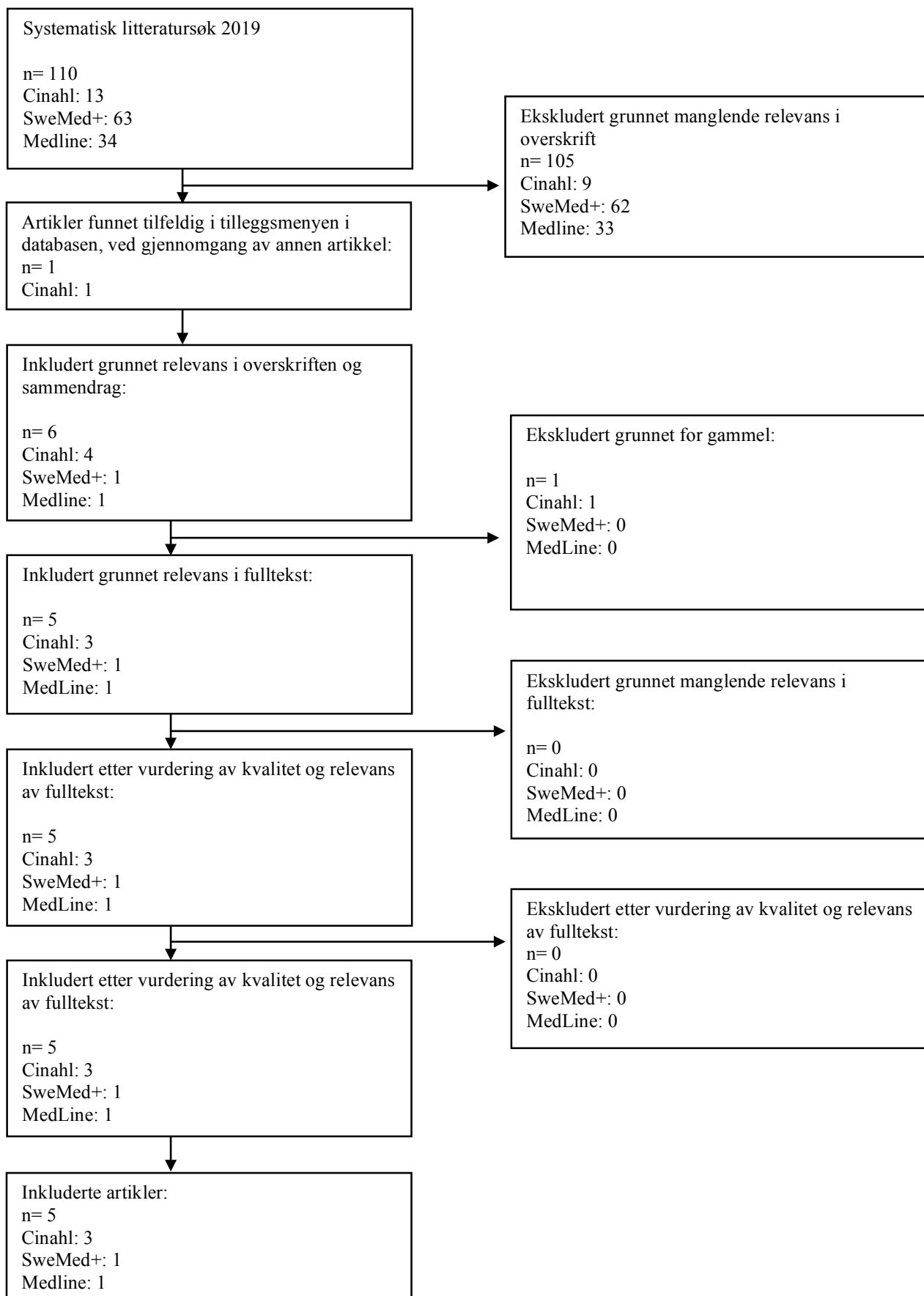
8.1 Litteratormatrise

<u>Artikkel og forfatter</u>	<u>Mål</u>	<u>Metode</u>	<u>Resultat</u>	<u>Konklusjon</u>
<p>Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings.</p> <p>(Gammon & Hunt, 2018)</p>	<p>Finne ut om det er pålitelige bevis som støtter påstanden om at isolasjon påvirker pasientens velvære på en negativ måte.</p>	<p>Systematisk oversikt av 25 studier publisert mellom 1990 og 2017.</p>	<p>Flere studier hevdet å ha avdekket en sammenheng mellom negativ pasienterfaring og isolasjon.</p>	<p>Omsorgsopplevelser og pasientrelaterte forhold forandres dramatisk av den unike, og pålagte fysiske, sosiale og følelsesmessige barriere. Denne litteraturgjennomgangen har fremhevet kompleksiteten involvert i sykepleie når det kommer til isolasjon i helsetjenesten. Isolering innebærer alvorlige konsekvenser for pasientens helse, velferd og frihet. Konsekvensene av denne litteraturgjennomgangen for beslutningstakere og helsepersonell antyder at når isolasjonen er i bruk, må pasientene få bedre styringsformer, inkludert sosial og emosjonell støtte, og gi tilgang til helsevesenet av optimal kvalitet for å hindre uønskede effekter så godt det lar seg gjøre.</p>
<p>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review.</p> <p>(Abad et al., 2010)</p>	<p>Finne ut om kontaktisolering fører til psykiske eller fysiske problem for pasientene.</p>	<p>Systematisk oversikt av 16 enkeltstudier.</p>	<p>Majoriteten viste en negativ effekt på pasientens mentale velvære og adferd, inkludert flere tilfeller av depresjon, angst og sinne hos isolerte pasienter. I noen studier viste det seg også at helsepersonellet brukte mindre tid inne hos de isolerte</p>	<p>Kontaktisolering har en negativ påvirkning på flere dimensjoner av pasientomsorgen, og det trengs flere store studier.</p>

			<p>pasientene. I tillegg var pasientene lite tilfredse når de fikk lite informasjon om deres egen sykdomssituasjon.</p>	
<p>Patients' experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.</p> <p>(Skyman et al., 2010)</p>	<p>Få kunnskap om pasientenes erfaring av å få MRSA på sykehus, for så å bli isolert.</p>	<p>Kvalitativ studie med seks pasienter fra 35-76 år, som hadde fått MRSA fra Sahlgrenska Sykehus, og var isolert i en uke.</p>	<p>Pasientene følte seg krenket for at de hadde fått MRSA på sykehuset, og isolasjonen ble beskrevet som traumatisk, samtidig som de aksepterte isolasjonen for å unngå mer smitte av MRSA. Pasientene følte ikke at de fikk behandling på samme måte som andre pasienter, og manglet informasjon om MRSA. De følte seg sårbare i forbindelse med rekasjonene fra sykepleierne, familiemedlemmer og andre pasienter.</p>	<p>Pasienter som får MRSA trenger å bli godt informerte om hva å ha MRSA innebærer. I tillegg trengs det å øke kunnskapen om MRSA blant personalet. Økt kunnskap om hvordan MRSA spres, vil unngå frykt blant personalet og andre pasienter. Isoleringen av MRSA-pasienter må minimeres så godt som mulig for å unngå at isolerte pasienter føler seg innesperret.</p>
<p>Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice.</p> <p>(Barrat et al., 2011)</p>	<p>Identifisere effektene av pasientisolering, både psykisk og fysisk, i tillegg til å informere om forbedret sykepleie til isolerte pasienter.</p>	<p>Systematisk oversikt av 21 studier gjort mellom 1990 og 2010.</p>	<p>De identifiserte fem store sammenhengende temaer i den publiserte litteraturen som var relatert til opplevelsen av å være isolert. Disse temaene var den psykologiske effekten av isolasjonen, hvordan pasienten håndterte isolasjonen, sosial isolasjon, kommunikasjon og informasjon, og miljøet rundt og kvaliteten på omsorg som ble gitt.</p>	<p>Det er både negative og positive opplevelser av å være isolert. Det som oppleves som negativ er at isoleringen fører til angst, stress og depresjon, i tillegg til ensomhet, kjedsomhet, stigma, frustrasjon, og følelsen av å være innesperret.</p> <p>De positive med isoleringen er at pasienten får det stille rundt seg på grunn av enerom, mer privatliv, og mer tid til refleksjon.</p>

<p>Behind barriers: Patients' perception of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).</p> <p>(Barrat et al., 2010)</p>	<p>Å utforske erfaringen pasienter har av å være isolert på grunn av MRSA i et sykehus i New Zealand</p>	<p>Kvalitativ studie av 10 personer som er isolert på sykehus på grunn av MRSA, og som var isolerte i mer enn 3 dager.</p>	<p>Det ble funnet noen positive aspekter av å være på enerom, men alt i alt var det mest negativt. Det å være "MRSA-positiv", "være med andre" og "bo innenfor fire vegger" var hovedtingene som gikk igjen. Den sentrale karakteriseringen av erfaringen til pasientene, var at MRSA-isolasjonen hindrer at pasientene fikk gitt uttrykk for egen identitet og normale mellommenneskelige forhold, og påvirker kvaliteten på omsorgen som ble gitt.</p>	<p>Å være isolert for MRSA påvirker omsorgen og særlig muligheten til følelsesmessig støtte. Det må vurderes om utformingen av isolasjonsmiljøet, og personalet må ha tilstrekkelig kunnskap om infeksjonskontroll til å forbedre, og informere pasienter og deres familier om virkningene av isolasjon.</p>
---	--	--	--	--

8.2 Flytdiagram



8.3 PICO

Søkeord	Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Emneord (MeSH)	<ul style="list-style-type: none"> - Disease - Infections - Quarantine 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient Isolation 		<ul style="list-style-type: none"> - Mental Health
Tekstord	<ul style="list-style-type: none"> - Disease - Infectious - Bacterial infection 	<ul style="list-style-type: none"> - Source Isolation - Patient - Quarantine 		<ul style="list-style-type: none"> - Mental Well-being - Mental Health - Psychological well-being

8.4 Systematisk søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff
1	”source isolation”	30
2	(MH ”Patient isolation+”)	2,232
3	(MH ”Quarantine”)	442
4	S1 OR S2 OR S3	2,624
5	(MH ”Psychological Well-Being”)	18,146
6	(MH ”Mental Health”)	28,855
7	”mental well-being”	1,068
8	S5 OR S6 OR S7	46,054
9	S4 AND S8	13

8.5 Systematisk søk i Medline

	Søkeord	Antall treff
1	Patient isolation.mp. or exp Patient Isolation/	3883
2	Source isolation.mp.	44
3	Quarantine.mp. or exp Quarantine	4916
4	1 or 2 or 3	8691
5	mental health.mp. or exp Mental Health/	170530
6	Psychological well-being.mp.	7905
7	Well-being.mp.	66757
8	5 or 6 or 7	228196
9	Disease/ or disease.mp.	4035832
10	bacterial infection.mp. or exp Bacterial Infections/	866176
11	9 or 10	4668864
12	4 and 8 and 11	34

8.6 Systematisk søk i SweMed+

	Søkeord	Antall treff
1	Patient Isolation	142
2	Patient isolation "peer reviewed"	93
3	Patient isolation "peer reviewed" AND mesh_patient isolation	63