



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Korleis kan sjukepleiar ivareta dei psykososiale behova til covid-19 isolerte pasientar på sjukehus?

How can nurses maintain the psychosocial needs to COVID-19 isolated patients in the hospital?

Kandidatnummer: 310

Bachelor i sjukepleie
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Innleveringsdato: 13.12.21

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Bakgrunn: Covid- 19 er ein pågåande pandemi som har ført til ein rekkje innleggjelsar på sjukehus som krev at pasientar vert smitteisolerte. Det å finne ut kva effekt isolasjon har på den enkelte pasient, og korleis ein som sjukepleiar kan ivareta dei psykososiale behova til pasientar som er isolert er viktig.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar ivareta dei psykososiale behova til covid-19 isolerte pasientar på sjukehus ?

Metode: Litteraturstudie basert på fag og pensumlitteratur i tillegg til forskingsartiklar som blei søkt etter i ulike databasar.

Resultat: Dei fleste isolerte pasientar føler på stigmatisering og ein distansjon frå det sosiale rom, dei kan kjenne på angst, depresjon og mangel på informasjon. Mange opplevde positive assosiasjonar med isolasjon som tid til sjølvrefleksjon, meir privattid og ro rundt seg. Å byggja tillit gjennom kommunikasjon og bruka god tid hos pasient, kan gjera at pasient følar seg tryggare og kan oppleva isolasjonsperioden som noko positivt.

Konklusjon: Faktorar som påverkar korleis pasientane opplever det å vera isolert er manglande kunnskap og informasjon frå sjukepleiarar. Pasientane treng god informasjon og kommunikasjon med sjukepleiar, for å få kunnskap om isoleringsregimet og isoleringstida i tillegg til sjukdommen sin.

Nøkkelord: Psykososiale behov, pasient, sjukehus, isolering, sjukepleiar, covid-19

Abstract

Background: Covid-19 is an ongoing pandemic that has led to a number of hospital admissions requiring patients to be isolated from infection. It is important to find out what effect isolation has on the individual patient and how one as a nurse can take care of the psychosocial needs of patients who are isolated.

Problem: How can nurses address the psychosocial needs of covid-19 isolated patients in hospitals?

Method: Literature study based on subjects and syllabus literature in addition to literature searches that were performed in various databases.

Results: Most isolated patients feel stigmatized and distanced from the social space, they may feel anxiety, depression and lack of information. Building trust through communication and spending time with the patient makes the patient feel safer and can experience the isolation period as a positive experience.

Conclusion: Factors that affect how patients experience being isolated are lack of knowledge and information from nurses. Patients need good information and communication with the nurse to gain knowledge about the isolation regimen and isolation period in addition to their disease.

Keywords: Psychosocial needs, patient, hospital, isolation, nurse, covid-19

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 <i>Bakgrunn for val av tema</i>	2
1.2 <i>Hensikt og problemstilling</i>	2
1.3 <i>Avgrensing og presisering av problemstilling</i>	3
1.4 <i>Oppgåva si disposisjon</i>	3
2.0 Metode	3
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	3
2.2 <i>Søkeprosessen etter forskning</i>	3
2.3 <i>Søkeprosess etter anna litteratur</i>	5
2.4 <i>Kjeldekritikk</i>	5
2.4.1 <i>Vurdering av forskning</i>	5
2.4.2 <i>Vurdering av bøker</i>	6
3.0 Teori	7
3.1 <i>Covid-19</i>	7
3.2 <i>Isolasjon</i>	7
3.3 <i>Dråpesmitte</i>	8
3.4 <i>Psykososiale behov</i>	8
3.5 <i>Ivaretaking av psykososiale behov</i>	9
4.0 Presentasjon av forskingsartiklar	11
4.1 <i>The stigmatisation of source isolation: a literature review</i>	11
4.2 <i>Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review</i>	11
4.3 <i>SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting</i>	12
4.4 <i>Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence</i>	13
4.5 <i>Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice</i>	13
5.0 Drøfting	14
5.1 <i>Isolasjon, psykososiale behov og pleiesvikt</i>	14
5.2 <i>Psykososiale behov og behov for informasjon</i>	16
5.3 <i>Psykososiale behov og viktigheita av kommunikasjon</i>	18
5.4 <i>Sjukepleiar si rolle</i>	19
6.0 Konklusjon	21
7.0 Bibliografi	22
Vedlegg 1- Pico skjema	
Vedlegg 2 Søkeskjema	

1.0 Innleiing

Covid-19 vart oppdaga i Januar 2020 i Kina og har smitta tusenvis av menneske verda over, og har blitt rekna som ein verdsomspennande pandemi. I Noreg er det meldt om 200 515 personar som er smitta med covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021). Førekomsten av isolerte pasientar på sjukehus har auka betraktelig det siste året. Sidan pandemien starta har det blitt rapportert om 5428 innleggjelsar av pasientar med påvist covid- 19 på sjukehus i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette har ført til at pasientar har blitt isolert på separate rom der det har vore knytt mykje usikkerheit, angst og fortvilning kring situasjonen. Det kjem fram i den nasjonale rettleiaren at personar som er bekrefta smitta med covid-19 skal isolerast i minst 10 døgn etter symptomdebut og skal vera feberfri 48 timar og i klinisk betring før isolasjonen skal avsluttast (Helsedirektoratet, 2021). Pasientar som utgjer ein smitterisiko må smitteisolerast under sjukehusopphaldet for å unngå at personalet og andre vert smitta. Helsepersonell og besøkande til isolerte må nytte smitteutstyr som hanskar, munnbind, smittefrakk og vernebriller når ein skal inn på rom til covid-19 smitta pasientar.

Når pasientar vert utsatt for sjukdom kan pasienten kjenna på store psykososiale konsekvensar (Stubberud et al., 2019, s. 15). Ofte opplever dei angst, utrygghet, framandgjerjing, sårbarheit, isolasjon, og mangel på kontroll. Kompetansen til helsepersonell har konsekvensar for korleis pasienten opplev det å vera sjuk. Teikn til usikkerheit og mangel på kompetanse hos helsepersonell kan skape frustrasjon, angst og resignasjon hos pasient (Stubberud et al., 2019, s. 15). Rammeplanen for sjukepleiarutdanninga frå regjeringa seier at: Sjukepleiarar har ansvar for å undervisa, informera og rettleia både pårørande og pasientar. Sjukepleiar har og ansvar for undervisning til studentar og medarbeidarar. Nyutdanna sjukepleiar har behov for kunnskapar og ulike erfaringar frå praksisstaden for å ha tilfredstillande handlingskompetanse innan rettleiing og undervisning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6).

1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av utdanninga mi har eg fått ein del erfaring av pasientar som opplever å vera isolert. I tillegg har eg det siste året jobba på ei korona-avdeling der dei som har fått påvist covid- 19 har vorte isolerte. I denne tida har eg erfart at relasjonen mellom sjukepleiar og pasientar har stor betydning for pasienten si oppleving av sjukdommen, og det å vera innlagt på eit sjukehus. Ein har sett at opplevinga deira kan bli påverka på grunn av ei avgrensing frå det sosiale i avdelinga, i tillegg til at isolasjon kan føre til ei ivaretaking av pasienten som er annleis enn vanleg.

Erfaringsmessig har eg sett at pasientar som sit i isolasjon kan føle på usikkerheit, depresjon og spørsmål kring denne tida. I slike situasjonar har eg følt at kunnskapen min ikkje er tilstrekkelig for å kunne ivareta pasientar på ein god måte og ivareta pasienten sine psykososiale behov. Eg vil og finne ut kva konsekvensar det har for pasientar som er isolerte, og korleis dei opplever det å vera isolert. Korleis sjukepleiaren kan bidra til ein betre kvardag og gjera isolasjonstida enklare. Ved auka kompetanse kring dette temaet kan ein som sjukepleiar utøve ein meir kvalitetsmessig og heilheitlig sjukepleie til isolerte pasientar. I fylgje dei yrkesetiske retningslinjene står det at sjukepleiar skal ta vare på den enkelte pasienten sin integritet og verdigheit, herunder rett til omsorgsfull og fagleg forsvarleg hjelp. Rett til å vera medbestemmande og ikkje bli krenka (Norsk, sykepleierforbund, 2021). Dette er nokre av grunnane til at dette temaet inspirerte meg til å skrive oppgåva mi om.

1.2 Hensikt og problemstilling

Det å vera sjukepleier er krevjande, og ein vil til tider møte krevjande og nye situasjonar som krev innsikt og kunnskap kring det aktuelle temaet. Ein vil møte pasientar og pårørande på ulike plan med forskjellige spørsmål som treng å svarast på. Målet med denne litteraturstudien er å finne ut kva effekt isolasjon har på covid-19 smitta pasientar, og korleis sjukepleiarar kan vera godt rusta til å ivareta dei psykososiale behova til pasientar som er isolerte på sjukehus. For å finna ut korleis isolasjon har effekt på det psykososiale, må ein finne ut kva som er viktig for den enkelte pasient og kva behov dei har i ein slik situasjon. Spørsmålet om korleis eg som sjukepleiar kan bidra for å gjera opplevinga så god som mogleg er sentralt. Ut frå dette har eg kome fram til følgjande problemstilling:

“Korleis kan sjukepleiar ivareta dei psykososiale behova til COVID-19 isolerte pasientar på sjukehus?”.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Isolasjon kan førekoma på andre arenaer også, men i denne oppgåva er fokuset på pasientar som er isolerte på sjukehus. Eg har valt å avgrensa oppgåva til pasientar frå 18 år og oppover, då det er denne pasientgruppa som er aktuell å møte på ein medisinsk sengepost. Pasientar med diagnosar som demens, kognitiv svikt eller pasientar som ikkje har samtykkekompetanse vert utelukka frå oppgåva.

1.4 Oppgåva si disposisjon

Oppgåva er delt inn i 6 kapittel. Første kapittel er innleiinga der oppgåva sitt tema og problemstilling vert presentert. I kapittel to vil metoddelen bli skildra, vidare i kapittel 3 vil sjukepleieteori og relevant fagkunnskap som er knytt til problemstillinga bli presentert. Presentasjon av forskingsartiklar kjem i kapittel 4. Vidare i kapittel 5 kjem drøftingsdelen der problemstillinga vert belyst og drøfta frå ulike vinklar av forskning, teori og egne erfaringar. Ved slutten av oppgåva i kapittel 6 oppsummerast funna eg har kome fram til i drøftingsdelen for å besvara problemstillinga mi.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I ei litterær oppgåve brukar ein allereie eksisterande forskning, fagkunnskap og teori for å belyse og finne svar på problemstillinga i oppgåva (Dalland, 2017, s. 212).

2.2 Søkeprosessen etter forskning

Då eg hadde kome fram til ei problemstilling og metode som skulle nyttast i oppgåva vart det laga ei oversikt over søkeord som vart brukt i søka etter forskning med hjelp av PICO (vedlegg 1). PICO er ei forkorting for pasientgruppe (P), tiltak (I), samanlikning av tiltak (C) og utfall (O). Dette er eit reiskap for å gjera søket meir presist og søkbart (Thidemann, 2015, s. 86–87).

For å vidare finne relevante forskingsartiklar vart søka gjennomført i Pubmed og Academic Search Elite som har god sjukepleiarforskning frå verda over. Desse fann eg på HVL sine heimesider. I mine søk valte eg å fokusere på artiklar frå 2010 til 2021. Ved tanke på begrensing til land, har eg ikkje gjort noko begrensing her då covid-19 er ein verdsomspennande pandemi.

Ved bruk av databasane fant eg 5 forskingsartiklar som eg konkluderte med hadde relevans for oppgåva mi. Søkeorda eg starta med var; «*source*» AND «*isolation*» som resulterte i 103,091 treff. Eg prøvde deretter «*stigmatisation*» AND «*isolation*» som endte med 172 treff, i siste søket tok eg søkeorda «*stigmatisation*» AND «*source*» AND «*isolation*» som resulterte i 11 treff. Her fant eg artikkelen “*The stigmatisation of source isolation: a literature review*” (Gammon et al., 2019, s. 687–688).

Eg gjorde eit nytt søk med søkeorda «*adverse*» AND «*effect*» AND «*isolation*», dette resulterte i 100,715 treff. Siste søket eg gjorde var å kombinere «*adverse*» AND «*effect*» AND «*isolation*» AND «*hospitalized*» AND «*patients*» som endte med 17,704 treff. Eg leste overskrifta og abstract i artiklane eg synst var relevante og endte opp med artikkelen «*Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review*» (Abad et al., 2010, s. 101).

Neste søk kombinerte eg «*Sars Cov-2*» AND «*patient*» AND «*isolation*» AND «*healthcare*» som endte med 3754 treff. Her fant eg artikkelen «*SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting*» (Shaban et al., 2020).

Søkeorda i neste søk vart «*mental health*» AND «*isolation*» AND «*infection*» AND «*outcomes*», her fant eg 455 treff og valgte ut artikkelen «*Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence*» (Hossain et al., 2020).

Siste søket kombinerte eg søkjeorda «*patient*» AND «*experience*» AND «*isolation*» AND «*source*» som resulterte i 584 treff. Artikkelen eg fann blei «*Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice*» (Barratt et al., 2011).

2.3 Søkeprosess etter anna litteratur

Biblioteket si database ORIA nytta eg for å søkja etter anna relevant faglitteratur, denne finn ein på HVL sine heimesider. Søkjeord eg tok i bruk var psykososiale behov, isolasjon på sjukehus og smitteregime. Eg har funne tidlegare pensumbøker og sett over kapitla og sett kva som er relevant for mi problemstilling. I tillegg har eg brukt folkehelseinstituttet for å finne data om covid-19 smitte og helsedirektoratet for rettleiar om smitteisolering. Norsk sjukepleiarforbund brukte eg for å finna dei yrkesetiske retningslinjene om korleis sjukepleier skal ivareta pasienten.

2.4 Kjeldekritikk

Dalland (2017) beskriv at det er to ulike sider av kjeldekritikk, der den eine omhandlar å finne litteraturen som belyser problemstillinga via kjeldesøk. Den andre sida omhandlar å gjera greie for anvendt litteratur i oppgåva (Dalland, 2017, s. 158). Artiklar som er tatt med i oppgåva er vurdert opp mot IMRaD- strukturen. Denne inneheld introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er eit reiskap ein nyttar for å orientera seg i ukjente artiklar (Dalland, 2020, s.157). Å nytte kjeldekritikk har som hensikt å visa at ein er kritisk til kva kjelder som vert nytta , og kva kriteria som er nytta under utveljinga.

2.4.1 Vurdering av forskning

Eg tok i bruk sjekklister for kritisk vurdering av forskingsartiklar som eg har brukt for å vurdere relevans og kvalitet på forskingsartiklane. Eg har vurdert metodisk kvalitet, om hovudfunna kjem tydeleg fram, og at resultatata kan belyse problemstillinga mi (Helsebiblioteket, 2016). Forskinga eg har med er frå ulike land, der fleire av landa har ei anna struktur på helsevesenet enn oss i Noreg. Før eg starta søkjeprosessen, hadde eg ei kjensle av at det ikkje var mykje forskning kring det aktuelle temaet. Det at covid-19 er ein pågåande pandemi og relativt nytt, gjer at det er vanskeleg å finne mykje forskning. I tillegg har temaet ikkje blitt forska på over lengre tid. Eg har derfor valt å ta med to artiklar som

omhandlar isolasjon ved covid-19, og 3 artiklar som omhandlar isolasjon generelt på sjukehus, då effektar ved ulike typar isolasjon har mykje likskap og har ein overføringsverdi til å svare på problemstillinga mi. Nokre av forskingsartiklane mine er systematiske oversiktsartiklar som inneheld tolking av andre sitt arbeid og er sekundærkjelder (Dalland, 2017.s.163). Desse artiklane er likevel rangert høgre oppe i kunnskapspyramiden enn primærstudiar (Helsebiblioteket, 2016).

Grunnen til eg tok med ein artikkel frå 2010 er at det er vesentleg å sjå at det har blitt forska på psykososiale behov hos isolerte pasientar i lang tid, og svara som kom fram frå denne studia er relevant for mi problemstilling. At det er nytta ein del nyare forskning er ei styrke i oppgåva. Samstundes har eg med artiklar som omhandlar covid-19 og dagens situasjon. Ein svakheit er eine artikkelen som er frå 2010, samstundes at det ikkje er kome mykje forskning kring covid-19 endå. Alle artiklane er på engelsk, det er derfor lett for at mistolkingar og misforståingar kan oppstå.

2.4.2 Vurdering av bøker

Eg har nytta pensumbøker som er eit godt utgangspunkt for dei er kvalitetsvurdert av fagpersonar (Dalland, 2017, s.154). Eg har brukt primærkjelder, men grunna manglande tilgang på nokre bøker har eg måtte nytta eldre utgåver (Dalland, 2017, s.162). Dei ulike fagbøkene eg har tatt i bruk i oppgåva, synest eg er relevante for å belyse problemstillinga mi.

3.0 Teori

Teori-kapittelet består av relevant teori som eg har trekt inn frå faglitteratur for å leggje vidare grunnlag for drøfting.

3.1 Covid-19

SARS- CoV-2 er det nye koronaviruset som vart oppdaga i Kina i januar 2020. Dette viruset har ført til ein verdsomspennande pandemi og ein rekkje sjukehus innleggjingar. I sjeldne tilfelle kan koronaviruset utvikla seg og smitte frå dyr til menneske og vidare mellom menneske. Smitte skjer ved nærkontakt med ein smitta person, og at ein vert eksponert for store og små dråper som inneheld virus frå luftvegane som ein anna pustar inn. Dette vert kalla dråpesmitte. Ein er mest smittsam 1-2 dagar før symptomstart, men nokre har eit asymptomatisk sjukdomsforløp som vil sei ein ikkje utviklar symptom. Symptoma kan gje alt frå milde luftvegssymptom til alvorleg sjukdom og nokre tilfellar død. Vond hals, forkjøling, hoste, hodepine og muskelsmerter er vanlege symptom (Folkehelseinstituttet, 2021).

3.2 Isolasjon

Når pasient vert innlagt på sjukehus og dersom sekresjon vert ukontrollerbar for eksempel frå diare, oppkast, sår eller infeksjonar i huda som ein ikkje klarer dekke til, vert pasient plassert på ein rom. Ein isolerer då heile pasienten og ikkje berre smittestoffet. Dette innebærer at pasient må opphalde seg på rommet med lukka dør (Grov et al., 2015, s. 812). Isolasjon av pasient er eit ressurskrevjande tiltak som går utover både pasienten sjølv, personell, utstyr og tid. Depresjon, forvirringstilstand og mangel på sosial kontakt medfører ofte ein stor psykisk påkjenning for den isolerte pasient. Når helsepersonell eller besøkjande skal ha kontakt med pasient, må ein nytte vernesutstyr som avhenger om det er kontaktsmitte, luftsmitte eller dråpesmitte som igjen avhenger av kva årsak pasienten er isolert for. Ein må iføre seg beskyttelsesfrakk, hanskar, munnbind, og i nokre tilfeller vernebriller (Grov et al., 2015, s. 812).

3.3 Dråpesmitte

Ved dråpesmitte vert smittestoffet overført via dråper som kjem ut ved for eksempel hosting, nysing eller snakking. Slik smittespreiing kan og skje ved oppkast, søl eller sprut av kroppsvæsker. Ved dråpesmitte skal ein nytte verneutstyr som smittefrakk, hanskar og munnbind (Akselsen, 2018, s. 136). Ved covid-19 skal ein og nytte vernebriller. Pasientar som testar positivt for covid-19 skal isolerast i henhald til dråpesmitteregime (Folkehelseinsitutttet, 2021b).

3.4 Psykososiale behov

Psykososial er samansatt av to ord: *psyke* som kjem frå gresk og tyder sjel og *sosial* som viser til forholda mellom mennesker. Mennesker er sammensatte vesen og livet består av forskjellige sider der alle har ein betydning og som igjen påverkar kvarandre. Som sjukepleiar vil ein møte pasienter som har ulike sjukdommar og ulike helseplager. Ofte kan årsaken til helseplagene pasienter møter vera sammensatt og påverka pasienten sitt liv på ulike vis (Grov et al., 2015, s. 887).

Ved sjukdom er psykososiale behov knytt til korleis pasient opplever det å vera sjuk. Dersom sjukdom inntreff psykisk eller somatisk, kan dette opplevast traumatisk og utløyse ei krise hjå personen. Støtte og oppfølging frå omgjevnadane viser seg i stor grad å kunne hjelpa personar gjennom periodar der ein slit med helsa. Konsekvensane av helseplagane eller sjukdommen, kva livsperiode pasient befinn seg i, korleis dei sosiale rammene er og familiesituasjon spelar inn på omfanget av korleis personen klarer handtere krisa (Grov et al., 2015, s. 889). Psykososiale behov har eit relasjonelt perspektiv og eit emosjonelt perspektiv, der det emosjonelle omfattar mennesket sine kjensler, sinnstemning, samt behovet for individuell sjukepleie. Relasjonelle behovet er knytt til behov for sosial kontakt med andre, behov for fellesskap og kjenslemessig støtte (Stubberud et al., 2019, s. 18).

Depresjon og angst er eksempler på nokre psykiske reaksjoner som kan førekoma for isolerte pasientar (Abad, Fearday og Safdar, 2010). Angst er forbunde med bestemte situasjonar eller objekt, medan nokre andre former for angst er ikkje knytt til noko bestemt. Angst kan vera prega av rastlausheit, uro og vedvarande bekymringar (Helsedirektoratet, 2017).

3.5 Ivaretaking av psykososiale behov

Brukarmedverknad er sentralt både i dei yrkesetiske retningslinjene og i helselovverket for sjukepleiarar. Som sjukepleiar skal ein leggje til rette for at pasient kan ivareta seg sjølv og sitt liv og eigne val så langt det let seg gjera. Dette kjem frå sjølvbestemmelsesretten, autonomi, informert samtykke og empowerment (Grov et al., 2015, s. 902). For at sjukepleiar skal vera med å begrensa dei uønska effektane av isolasjon, er det viktig at sjukepleiar får til ein god dialog og hjelper pasient med daglege gjeremål å laga ein dagsplan. Ein skal bruke tid inne hos pasient for at pasient skal oppleva stabilitet og kontinuitet, og ein skal prøve få til at pasient får minst ein time samtale utanom dei daglegdagse gjeremåla. Pasient skal oppleva at den daglege rytmen er forutsigbar, og at helsepersonell som er innom er til å stola på og held det dei lover. Å sjå innom pasient sjølv om dei ikkje har ringt i snora, er og eit viktig tiltak. Når ein nyttar tid hos pasient må sjukepleiaren nytta sine empatiske evner for å klare forstå pasienten sin reaksjon på isolering. Ein kan då tidleg oppdaga endring og setje i gang tiltak slik at ein best mogleg kan ivareta dei psykososiale behova (Grov et al., 2015, s. 80).

Ved sjukdom er eit mål at pasient skal oppleva personleg kontroll i situasjonen, då dette kan vera med redusera opplevinga av psykisk stress og bidra til meistring. Evna til å stå imot og handtera stress, utfordringar og ulike oppgåver ein opplev i livet, handlar om det å meistre. Når pasientar er isolerte har dei eit behov for å meistre denne isolasjonen som inneber at pasient har kontroll på eigne reaksjonar, kjensler og klarer forholda seg hensiktsmessig til den aktuelle situasjonen (Almås et al., 2016). Ein kan sjå at isolerte pasientar har vanskar for å motta ny informasjon grunna auka utmatting og stress som kan gje redusert hukommelse (Stubberud, 2013).

3.6 Kommunikasjon og informasjon

Kommunikasjon kjem frå det latinske begrepet «*communicare*» og betyr å gjera noko felles, ha ein forbindelse med eller delaktigjera ein annan i. Kommunikasjon kan definerast som utveksling mellom nonverbale og verbale teikn mellom to eller fleire personar.

Personorientert kommunikasjon er god og fagleg fundert og vil sei at ein ikkje utelukkar den andre som pasient eller brukar, men som ein heil person som har eigne verdiar og ynskjer (Eide & Eide, 2017, s. 17). Når pasientar er isolert, vil det vera viktig at pasientar kan føle på kvardagsmeistring. Gjennom god kommunikasjon kan helsepersonell bidra til at pasienten styrker eigen kvardagsmeistring ved å kartlegga kva som er viktig for pasient, motivera for å nå dei måla pasienten har satt seg, og utvikle gode planer saman med pasient. Å oppnå ein god relasjon med pasient er ein forutsetning for god kommunikasjon, god behandling, utredning og vidare oppfølging. Ein god relasjon er prega av tillit og behandlar sin empati, engasjement, respekt, tryggleik og formidling av håp (Helsebiblioteket, 2013).

I fylgje pasient og brukarrettgheitslova har pasienten rett på informasjon som trengs for å ha innsikt i eigen sjukdom og forstå kva hjelp som vert gitt. Pasient skal og informerast om biverknader og ulike risikoar ved sjukdom og behandling (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2018, §3-2). For at pasient skal vera i stand for å ta imot og nyttiggjera seg av informasjon, er det viktig at ein gjer informasjon på ein god måte, og formidlar informasjon som pasient har behov for å vite. Ein må gje ein så fullstendig informasjon som mogleg, men ikkje overlesse pasient med informasjon som han ikkje klarer å forhalde seg til. Blir det for mykje informasjon kan det opplevast som overbelastande, informasjonen kan då ha redusert verdi (Eide & Eide, 2017, s. 219). Overflod av informasjon ligger ute på internett og ofte googler pasientar på nettet for å finna informasjon om eiga sjukdom og behandling (Eide & Eide, 2017, s.235).

Usikkerheit, frykt og fordommar er helsepersonell si utfordring i møte med infeksjonssjukdommar, i dette tilfelle covid-19 pasientar. Ved bruk av verneutstyr kan forholdet mellom sjukepleiar og pasient skapa ein unødvendig avstand. Det vil vera viktig at

sjukepleiar reflektera over eigne haldningar i møte med denne pasientgruppa (Andreassen et al. 2015). Pasientar som vert isolert skal få skriftleg og munnleg informasjon om isoleringstiltaka. Det skal kome fram kvifor isolering vert iverksett, korleis smitteoverføringa skjer og aktuelle forhandsreglar og eventuell varigheit på tiltaka (Lingaas, 2009).

4.0 Presentasjon av forskingsartiklar

4.1 The stigmatisation of source isolation: a literature review

I denne litteraturoversikta fann Gammon et. al (2019) ein samanheng mellom isolasjon og stigmatisering. Det kom fram at stigmatisering har ein negativ effekt på isolerte pasientar på sjukehus. Mindre samhandling med sjukepleiarar og anna helsepersonell, mindre besøk, redusert kontakt med pasientar og brot på rutinar kan vera ulike årsakar til ei kjensle av einsemd, å vera forlaten, stigmatisering og sosial isolasjon. Pasientar opplevde å ikkje ha kontroll over eiga situasjon, og mange hadde ikkje forståelse for kvifor dei måtte vera isolerte. Dei hadde ikkje særleg kjennskap til sjukdommen frå før grunna dårleg informasjon frå helsepersonell. I nokre av dei inkluderte studiane kom det fram at pasientar sakna å vera sosial på dagtid, men satt pris på fred på natta (Gammon et al., 2019, s. 682).

Det kjem fram av litteraturoversikta at pasientar som er isolert har vanskar med å skilje kven som kjem inn på rommet av helsepersonell grunna verneutstyret. Dei opplever misnøye då dei ikkje kan sjå ansiktstuttrykk hos dei besøkande på rommet, enten om det er helsepersonell eller andre besøkande. Pasienten sin frykt og oppleving av stigmatisering, aukar ved bruken av verneutstyr då dette er med å skapa distanse mellom pleiar og pasient (Gammon et al., 2019, s. 687–688).

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

I fylgje denne systematiske oversiktsartikkelen kjem det fram at isolasjon har hatt ein negativ effekt på den psykiske helsa til pasientane som har vore isolert (Abad et al., 2010, s. 101). Angst, depresjon, einsemd, sinne, lågare sjølvtilitt og frykt er noko av det som vert trekt fram som negative effektar. Dess lengre ein var isolert, dess meir auka depresjonen til

pasientane (Abad et al., 2010, s. 98). Det kom fram i ein studie at mangel på merksemd og kjensla av å vera forlaten, var noko av det pasientane klaga på under isolasjonstida. I tillegg at mange pasientar ikkje hadde forståing for kvifor dei var isolert. Det blir og beskrive at pasientopplæring angående isolasjonen kan vera nyttig for å hjelpe pasient å forstå og takle isolasjonstida betre. I studie blir det også bekrefta at god kommunikasjon gjorde pasienten tilfreds.

Over halvparten av pasientane i oversiktsartikkelen hadde opplevingar som var positive knytt til isolering der privatliv og større fridom blei trekt fram. I to av dei inkluderte studiane kom det fram at det ikkje var noko forskjell på kvalitet på pleia hos isolerte pasientar i forskjell til dei som ikkje var isolerte. På ei anna sida kom det fram i studia at helsepersonell var inne hos den isolerte pasienten berre halvparten så mange gonger som dei var inn til dei andre pasientane som ikkje var isolerte. Dei brukte og mindre tid inne hos kvar enkelt isolert pasient. Det kjem fram av resultatata at det var noko lågare pasientsikkerheit hos dei som var isolerte enn ikkje isolerte pasientar. Dei som var isolert hadde åtte gonger så høg sannsynlegheit for pleiesvikt i form av elektrolyttforstyringar, fall og trykksår (Abad et al., 2010, s. 101).

[4.3 SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting.](#)

I denne studien blei det sett på korleis covid-19 isolerte pasientar si oppleving av det å bli smitta og vera i isolasjon på sjukehus (Shaban et al.,2020, s. 1448). Å vera isolert hadde i fylgje pasientane både positive og negative effektar. Nokon av dei som var isolerte hadde positive opplevingar av det å vera isolert, der dei reflekterte over profesjonalitet og kvalitet på omsorga som blei gitt. Dette var med å forbetra deira tillit til helsevesenet og deira bekymringar over å vera smitta. Ei av deltakarane nemnte at det ein såg gjennom media var med å skapa frykt og engstelse, men ho var fornøgd med fasilitetane og profesjonaliteten til sjukepleiarane. Andre følte på meir negative konsekvensar som på mangel av sosial kontakt, mista tidsperspektiv og begrensa mobilitet på grunn av dei var fysisk isolert. I tillegg den negative kjensla om å vera smitta for å bli stigmatisert av andre og redselen for å smitta andre.

Opplivinga av omsorg frå helsepersonell vart opplevd som vanskeleg, grunna forhandsregler ved smitte og vanskar å kommunisera med helsepersonell. Sjølv om mange pasientar i studie opplevde tillit til helsepersonellet, gav dei uttrykk for at dei ynskte meir informasjon om deira behandling, sjukdom og prognose frå legane. Andre deltakara meinte at deira sjanse til å kommunisera med helsepersonell blei mindre grunna tidspress på avdelinga, arbeidsmengda og helsepersonell si frykt for å sjølv bli smitta med viruset gjennom å vera lenge inne hos pasient. Pasientar nytta mestringsmetodar for å redusera dei psykologiske effektane av isolasjon. Smart telefonar for å kontakta venner og familie, og oppdatera seg på verda utanfor blei ofte nytta (Shaban et al.,2020.s. 1448).

4.4 Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence

Målet med denne studien var å sjå på korleis isolasjon og karantene ved covid-19 påverka pysiske helse blant befolkninga (Hossain et al., 2020). Det var gjort søk i 9 store databasar og det endte opp med 8 studiar som oppfylte deira kriterier. Dei fleste hovudstudia vart gjort i nasjonar med høg inntekt og på sjukehus. Artikkane rapporterte om ei stor belastning blant pasientar sine psykiske problem som opplevde å sitje i isolasjon eller karantene. Angst, humørsvingingar, postraumatisk stresslidelse, psykisk lidelse, stigmatisering, låg sjølvtilit og mangel på sjølvkontroll. Alvorlege psykiske helseproblem blei funne blant individ og befolkning som har gjennomgått isolasjon. Nokon av studia synte at påverknaden av isolasjon og karantene heldt fram i ein lang periode etter isoleringa. Dei fann og ut korleis akutt eksponering for psykososiale stressorar under isolasjon kan ha ein varig innverknad på psykologiske prosessar og menneskesinnet (Hossain et al., 2020).

4.5 Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice

Føremålet med denne studien var å finna ut kva fysiske og psykiske effektar isolasjon har på pasientar. I tillegg til å finna ut kva ein kan gjera for å betra situasjonen hjå isolerte pasientar (Barratt et al., 2011). Det kjem fram av studie at det er både negative og positive effekter rundt smitteisoleringa. Den sosiale begrensinga og redusert kontakt med andre pasientar i tillegg til færre besøkande og mindre kontakt med personalet, bidrog med kjensler som

einsemd, forlatelse og sosial isolasjon. Dette er kjensler som igjen kan føra til depresjon. Nokre av deltakarane nemnde ting som det å føle seg stigmatisert grunna verneutstyret som personalet brukte, og at dei følte seg skitne. Fleire rapporterte om at det å ikkje kunne sjå fjeset til dei som var inne hos seg var vanskelig, og at ein aldri kunne sjå eit smil i løpet av dagen. I tillegg til at dei følte dei var i fengsel då dei ikkje kunne gå ut av romma sine. På ei anna side var det fleire som syns å ha einerom var bra for privatlivet. Dei fekk eit roleg og stille rom som hjelpte for søvnen og tid til sjølvrefleksjon.

I studie kjem det fram ulike tiltak for å betre situasjonen for pasienten som er isolert. Maksimering av sosial interaksjon, hyppigare kontakt mellom helsepersonell og pasient og ulike strategiar for å hindra kjedsamheit. Det å gje pasient moglegheit til å ha kontroll over isolasjonsmiljøet og kvardagen sin er med å hjelpe pasienten å føla meistring. At helsepersonell gjer tilstrekkeleg informasjon og forklarar isolasjonsprosedyrar, er heilt avgjerande for psykologisk åtferd hos isolerte pasientar. Å optimalisera det fysiske miljøet rundt pasienten, og at dei følar dei ikkje får mindre sjukepleie kan hjelpe pasienten til å føla seg tilfreds med omsorga ein får, og det kan gje ei betre oppleving av det å vera isolert (Barratt et al., 2011).

5.0 Drøfting

Under drøfting vil eg drøfte relevante funn frå forskingsartiklane. Desse funna vil bli drøfta opp mot, faglitteratur, lovverk og egne erfaringar for å belyse problemstillinga.

5.1 Isolasjon, psykososiale behov og pleiesvikt

Ved isolasjon kan pasienten kjenne på ein stor psykisk belastning (Eriksen, 2015). Dei fleste opplever å vera isolert frå det sosiale, og dette kan føra til fleire negative konsekvensar. Depresjon, angst, rastlausheit og mangel på kontroll er nokre av desse (Grov et al., 2015, s. 812). Det kjem fram i studien frå Gammon et. al (2019) at pasientar som var isolerte følte på forvirring, mangel på kontroll og at dei var adskilt frå det sosiale rom som gav ein kjensle av einsemd. I studien frå Shaban et al.(2020) blir det beskrive at pasientane som var isolert følte på at dei vart stigmatisert av andre og den negative kjensla om å vera smitta med

covid-19 ,og det å eventuelt smitta andre. Stigmatisering om det å vera smitta kjem og fram i studien frå Hossain et al. (2020) . At pasientane følte seg skitne og stigmatisert grunna verneutstyret helsepersonell nytta når dei var inne på smitterommet ser ein og i studien frå Barrat et al. (2011).

Dette stemmer godt med mine erfaringar frå covid-19 avdelinga der dei fleste pasientar kjente på desse reaksjonane når dei var isolerte på sjukehuset. Samstundes var det ikkje lov med besøkjande til covid-19 smitta pasientar som kunne gjera at kjensla av einsemd vart endå større. Mange av dei isolerte var redd for å smitta personalet og følte på ein skam om å bli innlagt med covid-19. Ei dame i 50 åra sa til meg ved ei anledning « Viss eg smitter deg og du vert sjuk og påverka av dette resten av livet, vil eg føla meg som eit forferdeleg menneske». Dette understreker påstanden om at pasientane var redd for å smitta andre, noko som og kjem fram i studien til Shaban et al. (2020).

Korleis pasienten opplever eigen situasjon er viktig at sjukepleiaren er merksame på. Dette for å kunne utøva god sjukepleie og iverksettande tiltak for å betra opplevinga til pasienten. Sjukepleiarar bør nytte god tid inne hjå pasienten og sjå til pasient utan at dei bruker ringesnora. I tillegg vera med å oppmuntra til å gjennomføra dagligdagse gjeremål (Grov et al., 2015, s. 80). Det kjem fram i studia Abad et al. (2010, s.101) at det var rapportert om at helsepersonell brukte halvparten så lite tid inne hos dei isolerte pasientane, samanlikna med kva dei gjorde hos dei som ikkje var isolerte. I studie til Shaban et al. (2020) kom det og fram at helsepersonell nytta liten tid inne hos pasienten som førte til at pasientane opplevde det som at helsepersonell var redd for å bli smitta sjølv. Erfaringssmessig var det slik i byrjinga av pandemien då sjukdommen var heilt ny og ein visste lite om kor sjuk ein egentlig vart. Ein nytta då mindre tid inne hos pasient, måltid og nye klede blei ofte satt i slusa slik at pasient kunne hente dette sjølv. Dette for å minske bruken av verneutstyr, og at ein ville eksponera seg sjølv minst mogleg for viruset.

På den andre sida var det mange som følte på positive konsekvensar ved det å vera isolert (Gammon et al.,2019, s. 689; Abad et al.,2010, s. 101; Shaban et al., 2020, s. 1448; Barrat et al., 2011 s. 191). Nokre pasientar som hadde vore isolert følte på ei profesjonalitet og god kvalitet over omsorga dei fekk som betra deira tillit til helsevesenet. Det kom fram at

pasientane sakna sosial kontakt på dagtid, men satt pris på ro på kvelden. Pasientane følte på at det var godt å ha einerom som gav større fridom og følte ein ro der ein hadde god tid til sjølvrefleksjon. Det å ha einerom hjalp og på betre søvn (Gammon et al.,2019, s. 689; Abad et al.,2010, s. 101; Shaban et al., 2020, s. 1448; Barrat et al., 2011 s. 191).

Når pasientar som er covid-19 smitta er isolert inne på isolasjonsrommet skal døra vera lukka for at smitte ikkje skal kome ut i avdelinga, dette kan igjen føra til at pasient føler seg utestengt frå omverda. Det vil vera vanskeleg å sjekke innom pasient regelmessig når ein går forbi i gangen slik som hos andre pasientar. Kontrast til dette var at fleire var positive til å vera isolert med tanke på at dei fekk meir privatliv (Abad et al., 2010, s. 101). I studie til Abad et al. (2010) står det og at dei som var isolert hadde åtte gonger meir sannsynlegheit for å oppleve pleiesvikt enn dei som ikkje var isolerte. Trykksår, fall og elektrolyttforstyrringa var nokon eksempel her. Trykksår kan ein førebyggja med luftmadrass og regelmessig leieendring. Fall vil vera vanskeleg å førebyggja når ein ikkje er like ofte inne hos pasient, men sklisokkar og ringesnor som er lett tilgjengeleg er nokre tiltak ein kan setje i verk (Abad et al., 2010, s. 101). Gjennom mi erfaring hadde pasientar gode opplevingar med at sjukepleiar hjalp til å gjera isolasjonsrommet meir innbydande med blomar og bilete. I tillegg såg ein kor viktig det var at ein trakk frå gardinene på morgonen slik at dagslys kom inn på rommet, og at ein reia opp senga. Det er viktig å motivera for å få pasient opp i stol slik at dei ikkje vert liggjande i senga heile dagen , og sliter med å sova når dei skal legga seg til kvelden. Samstundes som dette er med å førebyggja trykksår og for å mobilisera pasient.

5.2 Pyskososiale behov og behov for informasjon

I pasient og brukrettighetslova § 3-2, (2018) kjem det fram at pasient har rett på informasjon om sjukdommen og forstå kva hjelp ein får. Ein skal i tillegg informerast om biverknader og risikoar ved behandling og sjukdom (Pasient- og brukerrettighetsloven,2018, §3-2). Pasienten burde då få informasjon om korleis isolasjon kan verka inn på det psykiske, og at kjensler som angst, einsemd og mangel på kontroll kan førekome, og er vanlege reaksjonar på isolasjon (Almås et al., 2016).

I studien Shabal et al. (2020) kom det fram at dei isolerte pasientane følte dei ikkje fekk god nok informasjon verken frå legar eller sjukepleiarar om dette. Frå ei anna synsvinkel kan ein sjå at isolerte pasientar har vanskar for å motta ny informasjon grunna auka utmatting og stress som kan gje redusert hukommelse (Stubberud, 2013). Når pasient vert isolert, skal pasient ha informasjon om isoleringsregimet både skriftleg og munnleg (Lingaas, 2009). At pasient får skriftleg informasjon i tillegg til munnleg er ein fordel slik at dei kan lesa dette på eige hand ved seinare anledningar. Ved stressfulle situasjonar kan for mykje informasjon ha redusert verdi og verka overbelastande. Det er viktig at ein gjentek denne informasjonen fleire gonger og svarer på eventuelle spørsmål pasient har (Eide & Eide, 2017, s.219). Av eige erfaring kan det vera lurt at pasientane skriv ned spørsmål dei lurar på slik at dei hugsar kva dei skal spørja om når sjukepleiar er tilstades. Ofte kan det og vera lurt å skriva ned svara ein får slik at dei kan lesa det fleire gonger.

I fleire tilfelle har eg vore borti pasientar både med norsk bakgrunn, men og utanlandsk bakgrunn som ikkje har forstått kvifor dei er isolert. Dei har gjentekne gonger kome ut i slusa og ut på gangen der andre pasientar oppheld seg då dei ikkje skjønna kvifor dei må vera isolerte. Når ein sa ifrå om at dei måtte halda seg på rommet, gav dei utrykk for at dei hadde fått for dårleg informasjon om smitteregime og sjukdommen deira, og kvifor dei måtte vera isolert. Når ein gjev pasient informasjon han ynskjer og treng, vil forståelsen auka og gje pasient ein betre innsikt i sjukdommen sin og situasjonen han er i. I studien til Gammon et al. (2019) kom det og fram at pasientane som var isolert følte dei ikkje hadde fått nok informasjon om sjukdommen og isoleringsregime (Gammon et al.,2019). Det at covid-19 var og er ein relativ ny sjukdom, gjorde at ein ikkje hadde mykje informasjon kring sjukdommen og korleis ein vart påverka og derfor kunne ein ikkje svara på alle spørsmåla pasientane hadde å kome med. Av erfaring ser eg at pasientar som ikkje får tilstrekkeleg informasjon ofte oppsøker internett og usikre kjelder for å finne meir informasjon knytt til sjukdommen. Dette kan skapa meir frykt og redsel hos pasientane. Å nytta internett kan gjera at ein finn mykje informasjon som er til god bruk for pasientane der ein finn informasjon om eiga sjukdom og eventuell behandling (Eide & Eide, 2017, s.235). Erfaringsmessig kan ein på ei anna sida sjå at det kan vera mykje feil informasjon som dukkar opp når ein søkjar på internett. Dette kan medføre meir frustrasjon, forvirring og endå fleire spørsmål hos pasientane.

Rammeplanen for sjukepleiarar viser til at sjukepleiar har ansvar for å oppdatera seg og undervisa og informera pasientar (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6). Ein må då oppdatera seg på den eventuelle sjukdommen til pasient slik at ein kan gje tilfredstillande informasjon (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6). Det vil sei at ein som sjukepleiar har eit ansvar å setje seg inn i sjukdommen til den enkelte pasient og korleis dette påverkar dei, dette for å kunne gje tilstrekkeleg informasjon.

5.3 Psykososiale behov og viktigheita av kommunikasjon

Å nytta personorientert kommunikasjon der ein ser heile personen og høyrer på pasient sine egne ynskjer og deira verdiar, er vesentleg og viktig. Ved å ha ein god kommunikasjon med pasient kan sjukepleiar bidra med at pasient føler på kvardagsmeistring ved å finna ut kva som er viktig for den enkelte pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 17). At god kommunikasjon gav pasientane meir tilfredsheit og ei kjensle av kontroll, blir bekrefta i studien til Abad et al. (2010). Kva den enkelte synest er viktig kan variera frå person til person. Nokre har behov for mykje kontakt med andre, medan andre trivst i eige selskap. Det vil vera viktig å motivera pasientane for å gjennomføra dei daglegdagse gjeremåla og få pasient til å føla meistring ved å nå måla dei har sett seg (Eide & Eide, 2017, s. 17).

I studien frå Shaban et al. (2020) nytta mange pasientar ulike meistringsmetodar for å minimera de psykologiske effektane ved isolasjon. Smarttelefonar og nettbrett vart ofte nytta for å kontakta venner og familie då ein ikkje fekk ha besøk på smitterommet. Ofte såg eg på avdelinga at eldre pasientar som ikkje nytta smarttelefonar og dermed hadde redusert kontakt med pårørande, var meir kontaktsøkande hos personalet og ringte meir på ved ulike anledningar. I studien til Abad et al. (2010) blir det skildra at pasientane følte på mangel av merksemd frå helsepersonell og at dei følte seg forlatt inne på romma. Mange følte dei ikkje hadde klar forståing for kvifor dei var isolerte og meinte at god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient kunne dette vera med å bidra til å gjera isolasjonstida betre (Abad et al., 2010). Eg har ved fleire tilfelle funne utanlandske isolerte pasientar, men og norske pasientar som har vore smitta med covid-19 på gangen utanfor rommet sitt. Dei forsto ikkje kvifor dei måtte vera isolerte, og nokre var isolerte i påvente av

prøvesvar og forsto ikkje kvifor dei var isolert når dei ikkje hadde noko symptom på covid-19. Ofte kan dette ha samanheng med at dei enten ikkje kan norsk eller er svært dårleg i engelsk, eller at kommunikasjonen og informasjonen om smitteregimet har vore for dårleg. Etter erfaring kan språkbarrieren mellom pasient og sjukepleiar blir eit problem når pasient ikkje forstår kva som blir sagt. Det er difor viktig at dei får klar forståelse for isoleringsregimet og kvifor dei er isolert som skal kome fram både skriftleg og muntleg (Lingaas, 2009).

5.4 Sjukepleiar si rolle

Når pasientar er isolert, vil dei sjå helsepersonell og andre pasientar mindre og dei fysiske møta vert kortare enn vanleg. Når sjukepleiar nyttar smittevernsutstyr er dette med å skapa ein barriere for både relasjonsbygging og kommunikasjon med pasientane (Barrat et al., 2011). Det kjem fram at pasientane aldri såg eit ansiktsuttrykk når helsepersonell var inne på rommet og dei visste ikkje om det var same person som kom inn eller nokon nye. Stigmatisering og kjensla av å føla seg skiten blei forsterka ved bruken av smitteutstyr. Redselen for at helsepersonell vart smitta sjølv, førte og til kortare møte med pasientane på rommet, og helsepersonell heldt ofte god avstand til pasientane (Barrat et al., 2011; Grov et al., 2015, s.812).

I fylgje studien av Abad et Al. (2010) følte eit fåtall av pasientane at dei fekk dårligare pleie og omsorg enn andre pasientar som ikkje var isolerte. Studien til Shaban et al. (2020) bekreftar dette der det står at pasientane opplevde at omsorga frå helsepersonell var vanskeleg å føla grunna forhandsreglar på grunn av at dei var isolerte (Abad et al., 2010, s. 99; Shaban et al., 2020, s. 1449).

Etter mine erfaringar merka eg både på andre medarbeidarar og meg sjølv at pasientane som var isolerte var dei ein venta lengst med å gå inn til når vakta starta. I tillegg gjekk ein minst mogleg inn på desse romma, og ofte avventa ein vitale målingar til frukosten var kome på morgonen slik at ein kunne gjera begge deler når ein var inne på rommet for å spare tid. Ofte plasserte ein måltida i slusa og snakket med pasient via dørøpninga slik at ein kunne halde god avstand og unngå gå inn på smitterommet. Dette grunna at det tek lang tid å ta på

seg alt av verneutstyr og tidspresset på avdelinga var stor i denne perioden. Det står beskrive at pasientar skal ha rett på 1 time samtale utanom dei dagligdagse gjeremåla (Grovet al., 2015, s. 80). Gjennom mi erfaring samsvarar dette ikkje med korleis det blir gjort i praksis. Korleis ein skal oppnå dette ser eg på som svært vanskeleg med tanke på tidspress, dårleg bemanning og ei generelt travel avdeling. Tida mellom pasientane på avdelinga blir svært sjeldan prioritert til å setje seg inn på isolasjonsromma og nytta denne tida til samtale med pasient då det ofte er mykje førefallande arbeid som gjenstår. Eg har sjølv opplevd i møte med pasientane kor mykje dei ekstra minuttane du legg ned hos kvar enkelt har å sei som igjen viser at du tek deg tid og ser den enkelte. Det å opptre roleg og ta seg tid ovanfor pasientane vil gjera at dei opplever at personalet bryr seg om dei som person og er opptatt av deira velbefinnande. Eg tenker difor at dersom ein nyttar god tid inne på smitterommet kan opplevinga av å bli stigmatisert redusert.

Det vert nemnt tiltak som å sjå til pasient utan at dei har ringt i snora og det at sjukepleiar er tilstade er med å skapa tryggleik hos pasientane (Grovet al., 2015, s. 80) For å oppnå ein god relasjon må ein få til god kommunikasjon med pasient og oppnå tillit, for å kunne ivareta dei psykososiale behova. Å nytte god tid inne hos pasient kan ein oppdaga kva behov den enkelte pasienten har og bidra til stabilitet og kontinuitet i kvardagen. Det å laga ein god plan om kva dagen skal innehalde og ha daglegdagse gjeremål, er med å føre til at pasienten opplever tryggleik og kontroll over eigen situasjon. Det å ha kontinuitet hos kvar pasient vil vera vanskeleg å oppnå i praksis då det er mange forskjellige innom i løpet av ein arbeidsdag og ei arbeidsveka. For å oppnå ein betre relasjon med pasient kan eit tiltak vera å ha færrast mogleg sjukepleiarar å forhalde seg til. Pasientar som er isolert må kunne stola på det helsepersonell seier, dersom ein seier ein skal komme innom igjen innan ein halv time må man komma tilbake innan ein halv time for å oppretthalde tilliten til pasientane (Grovet al., 2015, s. 80; Abad et al., 2010).

6.0 Konklusjon

Formålet med oppgåva var å setje lys på kva effektar isolasjon har på covid-19 isolerte pasientar og korleis sjukepleiar kan ivareta dei psykososiale behova til covid-19 isolerte pasientar på sjukehus. Ut i frå teori og forskingsartiklar kjem det fram at utrygghet og usikkerheit hos pasient kjem frå manglande informasjon og mangelfull kommunikasjon frå helsepersonell. Individuell tilpassa informasjon og god kommunikasjon til pasienten vil kunne bidra til tryggleik hos pasienten. Dei fleste pasientar har negative assosiasjonar knytt til det å vera isolert som kjedsamheit, einsemd, manglande kontroll og lite informasjon. Kjensla av å bli stigmatisert å vera smittsam der ein følte seg skitten, i tillegg til det å kunne smitta andre var ting som pasientane kjente på ved isolasjon. Lite kontakt med andre menneske og færre tilsyn av personalet var problem som gjekk igjen i dei fleste studiane. På den andre sida var fleire pasientar positive til isolasjon og følte på meir fridom og ro rundt seg ved å ha einerom. Dei fekk betre søvn og meir tid til sjølvrefleksjon.

For at sjukepleiaren skal kunne ivareta dei psykososiale behova hos den enkelte pasienten er det viktig at sjukepleiar har kunnskap om isoleringsregimet, sjukdommen til pasient og korleis dei psykososiale konsekvensane ved isolasjon kan førekome. Å skape ein god relasjon og vise forståing og medmenneskehet kan skape ein trygg ramme rundt det å vera isolert for pasientane. Ein bør legge til rette for god informasjon slik at kunnskapsnivået til pasient vert auka slik at ein kan få reduserte negative kjensler ved isolasjon. I tillegg må ein nytte tid inne hos kvar enkelt pasient og høyra på deira behov og ynskjer.

7.0 Bibliografi

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

Akselsen, P. E. (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utg.). Gyldendal.

Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk.

Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180–193.
<https://doi.org/10.5172/conu.2011.180>

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

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2021,22.juni.) *Fakta om koronaviruset SARS- CoV-2 og sykdommen covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet. (2021, 19. oktober.) *Råd til spesialisthelsetjenesten*.
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/spesialisthelsetjenesten/?term=&h=1>

Gammon, J., Hunt, J., & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: A literature review. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 24(8), 677–693.
<https://doi.org/10.1177/1744987119845031>

Grov, E. K., Holter, I. M., & Toverud, K. C. (2015). *Sykepleieboken: 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1). Cappelen Damm akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991501912784702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistet*. Hentet frå
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet> (Hentet 18. November 2021)

Helsebiblioteket. (2013) *Relasjonens betydning*. Hentet frå
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/generelle-prinsipper/relasjonens-betydning> (Hentet: 18. November 2021)

Helsebiblioteket. (2016) *Kildevalg*. Hentet frå
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>(Hentet 26.November 2021)

Helsemyndighetene. (2017, 14. April.) *Angst og depresjon*. Tilgjengelig frå:
<https://www.helsemyndighetene.no/tema/angst-og-depresjon> (Hentet 30.Oktober 2021)

Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health*, 42, e2020038.
<https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 30. Oktober 2021)

Lingaas, E. (2009, 12. Mars) *Fremgangsmåte ved isolering*.
<https://www.infeksjonskontroll.no/forebygging/5677> (Hentet: 31. Oktober 2021)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata. (u.å.).
Henta 15. oktober 2021, frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3

NSF. (2021). *Norsk sykepleieforbund*. Hentet frå
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Shaban, R. Z., Nahii, S., Sotomayor- Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O`Sullivan, M. V. N., Sorrell, T. C., White, E., Hackett, K. & Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *American Journal of infection Control*, 48 (12), 1445-1450.

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2016)
Andreassen et al. (2015) Sykepleie ved infeksjonssykdommer, i Grønseth, R. (red),
Klinisk sykepleie 1. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 61-105

Stubberud, D.-G., Sjøberg, I. L., & Eikeland, A. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave.). Gyldendal.

Stubberud, D.G. (2013) Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov, i Stubberud, D.G. (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 66 – 113

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

PICO- skjema

Patient/problem	Intervention (tiltak)	Comparison	Outcome
Covid 19- patient isolation Hospitalized	Information needs Nursing		Adverse effects Experience Mental health Psychological well- being Communication

Vedlegg 2

søkeskjema

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Artikkel
12.10.21	Academic Search Elite, pubmed	Søk1: Source isolation Søk 2: Stigmatisation isolation Søk 3: S1 and S2	Søk 1: 103,091 Søk 2: 172 Søk 3: 11	Artikkel 1: The stigmatisation of source isolation: a literature review
12.10.21	Academic Search Elite, pubmed	Søk 1: Adverse effect isolation Søk 2: Isolation hospitalized patients Søk 3: S1 and s2	Søk 1: 100,715 Søk 2: 164, 422 Søk 3: 17, 704	Artikkel 2: Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review
15.10.21	Pubmed	Søk 1: Sars cov-2 Søk 2: Sars cov-2, patient Søk 3: Sars cov-2, patient, isolation, healthcare	Søk 1: 116,018 Søk 2: 50, 111 Søk 3: 754	Artikkel 3: SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian

				healthcare setting
18.10.21	Pubmed	Søk 1: Mental health, isolation Søk 2: s1 and infection Søk 3: s1 and 21, outcomes	Søk 1: 9, 194 Søk 2: 2,309 Søk 3: 455	Artikkel 4: Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence
18.10.21	Pubmed	Søk 1: Patient experience isolation Søk 2: s1 and source	Søk 1: 14, 493 Søk 2: 584	Artikkel 5: Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	13-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	Katarzyna van Damme-Ostapowicz		

Deltaker

Kandidatnr.:	310
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7405
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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 autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei