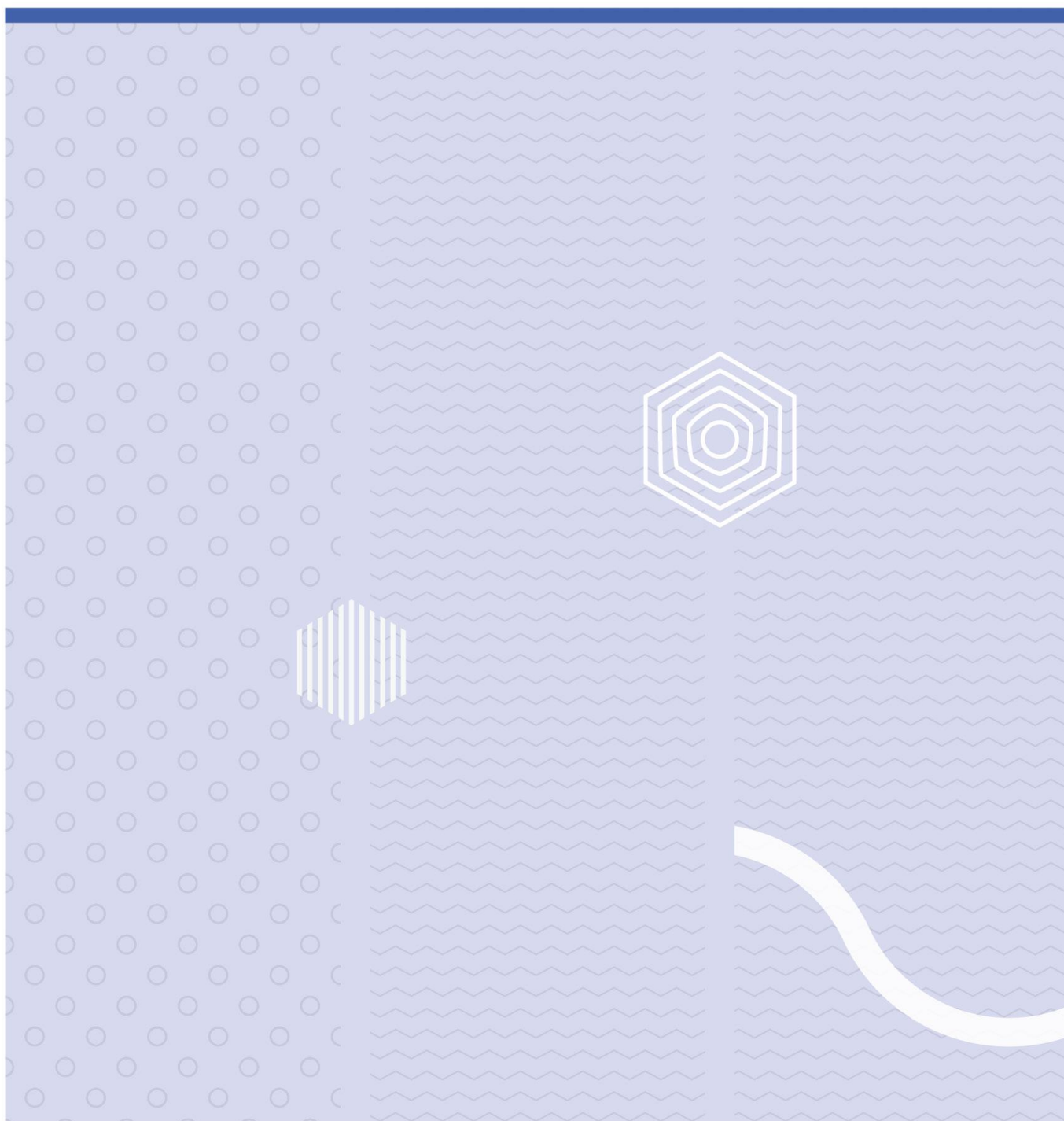


Maerose S Clausen Nielsen

Hvordan kan sykepleiere ivareta psykososiale behov under isolasjon?

En litteraturstudie



Sammendrag

Bakgrunn

Å gi helhetlig omsorg til pasienter som er smitteisolert kan være utfordrende på grunn av ressursmangel og smitterisiko. Hensikten med denne studien er å belyse behovet for psykososialt velvære under isolasjon, utforske de områdene som kan fremme psykososialt velvære og undersøke hvilke sykepleiekompetanser som kan imøtekomme utfordringene knyttet til det å yte helhetlig og personsentrert omsorg.

Metode

En litteraturstudie som anvender fem forskningsstudier, hvor fire er kvalitative og en er kvantitativ. Oppgaven bygger også på annen relevant litteratur og praksiserfaringer.

Resultat

Forskning viser at isolasjon kan ha negative følger som kan påvirke pasientens sykdoms- og behandlingsforløp. Pasienten kan utvikle angst og depresjon og miste identiteten sin på grunn av begrenset frihet og manglende stimulering. Relasjoner mellom pasienten, pårørende og helsepersonell kan også bli påvirket. Manglende kunnskap og ressurser kan gjøre helsepersonell bekymret over smitterisiko og dette kan øke fare for behandlingsfeil.

Konklusjon

Sykepleiere har et lovpålagt ansvar og plikt til å yte faglig forsvarlig og helhetlig omsorg for pasienten. Tiltak som fokuserer på kunnskap, kommunikasjon, brukermedvirkning, kontinuitet, miljø, aktivitet, kosthold og sosial støtte kan fremme mestring og *empowerment*. *Den dobbelte kompetansen* kan hjelpe for å kunne yte helhetlig og personsentrert sykepleie til tross for tid og økonomiske begrensninger.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	5
1.3	Problemstilling	5
1.4	Avgrensing av oppgaven	5
1.5	Teoribakgrunn.....	6
1.5.1	Isolering som smitteverntiltak	6
1.5.1.1	Definisjoner.....	6
1.5.2	Psykososial helse.....	8
1.5.2.1	Mestring og empowerment.....	8
1.5.3	Helhetlig og personsentrert sykepleie.....	8
1.6	Oppgavens videre oppbygning	9
2	Metode.....	10
2.1	Søkestrategi	10
2.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
2.2	Kildekritikk.....	11
2.2.1	Kvalitetsvurdering av forskningen og etiske forhold	11
2.2.2	Beskrivelse av forskningsmetoder	12
2.3	Temaanalyse	13
3	Resultat	16
3.1	Pasienter	16
3.2	Pårørende	17
3.3	Helsepersonell.....	18
4	Diskusjon	19
4.1	Veien mot mestring og <i>empowerment</i>	19
4.1.1	Kunnskap.....	19
4.1.2	Kommunikasjon og brukermedvirkning.....	20
4.1.3	Kontinuitet	21
4.1.4	Miljø, aktivitet og kosthold	21
4.1.5	Kontakt og sosial støtte fra pårørende	22
4.2	Helhetlig og personsentrert sykepleie – kompetanse og muligheter	22

5	Konklusjon.....	24
6	Litteraturliste.....	25
6.1	Selvvalgt litteratur.....	29

1 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Denne litteraturstudien handler om hvordan sykepleiere kan ivareta behovet for psykososialt velvære under isolasjon på en helseinstitusjon. Interesse for denne tematikken har kommet fra arbeidserfaringer på en infeksjonsavdeling i sykehus og på en korttidsinstitusjon i kommune. Jeg har observert hvordan de mest sårbare reagerer på smitteregimet - noen blir lei seg, noen gråter, noen blir sinte og nekter å samarbeide og noen insisterer på å bli sluppet ut av sykehuset for å dra hjem til familien. Det har vært noen tilfeller der jeg ikke visste hvordan jeg skulle trøste en pasient som både var smertepåvirket og følte seg uten håp og motivasjon.

Ifølge Folkehelseinstituttet (2019) blir et stort antall mennesker i Norge rammet av infeksjonssykdommer hvert år som en konsekvens av blant annet internasjonal handel med matvarer og dyr, migrasjon og reising. Verden har fra tid til annen opplevd pandemier som tok tusenvis av uskyldige liv. Blant de verste er Svartedauden (1347-1353), den spanske syge (1918-1920) og hiv/aids (2005-2012) (Bonner, 2020). I januar 2020 ble det identifisert et nytt virus som har fått navnet SARS-CoV-2, et koronavirus som kan forårsake luftveisinfeksjon hos mennesker (Helsenorge, 2020). Sykdommen heter nå "covid-19" og har rammet mange land i verden. 12.mars erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) dette utbruddet som en pandemi. Norge hadde sitt første tilfelle den 26.februar. I skrivende stund har vi 6566 smittede (FHI, 14.april 2020), derav er 201 innlagte på sykehus (Helsedirektoratet, 14.april 2020 kl. 12:30). Infeksjonssykdommer forårsaket av virus, bakterier, parasitter og sopp kan trolig være en stor utfordring for helsevesenet.

På en vanlig arbeidsdag både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, møter sykepleiere pasienter som er isolert grunnet både mistenkt og bekreftet smittsomme infeksjonssykdommer. Mye fokus bør rettes mot behandling og smittevern. På grunn av dette risikerer man at pasientenes psykososiale behov ikke ivaretas.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med denne oppgaven er å belyse behovet for psykososialt velvære under isolasjon. Jeg skal utforske de områdene som kan fremme psykososialt velvære og undersøke hvilke sykepleiekompetanser som kan imøtekomme utfordringene knyttet til det å yte helhetlig og personsentrert omsorg i denne situasjonen. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) Kap. 2 understreker kravet for kompetanseområdet helse, sykdom og sykepleie, at kandidaten “har bred kunnskap om smittestoffer, smitterisiko og infeksjonsforebyggende tiltak” samt “kan anvende kunnskap for å iverksette tiltak som fremmer god psykisk helse.”

Ved isolering utfører helsepersonell tekniske prosedyrer og følger retningslinjer som sørger for riktig og forsvarlig implementering. Det er vesentlig at sykepleieren er “trygg på fagkunnskap og på hvilke forholdsregler det er nødvendig å ta” for å skape tillit hos pasienten (Rygh, et al. 2016 s. 70). Samtidig bør vi sikre at pasienten føler seg hørt, sett og ikke alene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) fremhever at “sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”. Derfor er det viktig at vi er bevisst på, at mens noen har ressurser og egenskaper, er det mange andre som kan trenge hjelp og støtte til å takle fenomenet isolasjon.

1.3 Problemstilling

“Hvordan kan sykepleiere ivareta psykososiale behov hos pasienter som er isolert grunnet smittsomme infeksjonssykdommer?”

1.4 Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven fokuserer på fenomenet isolasjon og sykepleie til voksne pasienter (over 18 år) som er innlagt og isolert på helseinstitusjon i minst 3 dager grunnet smittsomme infeksjonssykdommer. Grunnet begrensede omfang kommer jeg ikke til å drøfte noen temaer som også er knyttet til smitteisolasjon like grundig, for eksempel antibiotikaresistens, barn som pasient, pasienter som er diagnostisert med psykiske lidelser eller/og rusproblematikk, andre smitteverntiltak ved allmennfarlige sykdommer som karantene, og pasienter som behandles

hjemme. På grunn av manglende forskning om covid-19 i skrivende stund, vil jeg ikke kun diskutere covid-19, men infeksjonssykdommer som krever smitteisolering generelt.

1.5 Teoribakgrunn

1.5.1 Isolering som smitteverntiltak

Infeksjonssykdommene forårsaket av forskjellige mikrober, som virus, bakterier, sopp og parasitter, har ulike forløp - noen oppstår akutt mens andre er kroniske eller residiverende (Berg, 2018 s. 18). Mennesker kan få lokaliserte eller systemiske infeksjoner som kan være selvhelbredende. For noen andre kan det føre til flerorgansvikt som igjen kan føre til dødsfall. Når tilstanden fører til en sykdom eller smittebærertilstand som kan overføres fra, til eller mellom mennesker kalles den for en smittsom sykdom (Smittevernloven, 2020 § 1-3).

Braut (2019) definerer *smittevern* som “alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og spres i en befolkning.” I Norge er smittevernarbeidet regulert av Smittevernloven med tilhørende forskrifter. I 2004 publiserte Nasjonalt folkehelseinstitutt *Isoleringsveilederen* som helseinstitusjonene bruker for faglige råd og anbefalinger om hvordan smitteverntiltakene skal gjennomføres. Ved å bruke smitteverntiltak forsøker vi å bryte smittekjeden slik at smitten hindres i å overføres fra smitekilden til andre (Rygh, et al., 2016 s. 73). Ifølge isoleringsveilederen er det viktig å starte med adekvat isolering umiddelbart ved mistanke om smittsomme infeksjonssykdommer uten å vente på bekreftelse av diagnosen (s. 32). Isoleringsregime kan baseres på hvilken måte smitte skjer - enten via luft, dråpe eller kontaktsmitte.

1.5.1.1 Definisjoner

Magiorakos, et al. (2011) definerte **multidrug-resistens (MDR)** som resistens mot minst ett middel i tre eller flere kategorier av antimikrobielle midler, for eksempel *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) og *extended spectrum betalactamase* (ESBL). **Extensively drug-resistant (XDR)** derimot har resistens mot minst ett middel i kun to eller færre kategorier av antimikrobielle midler, for eksempel, *Mycobacterium tuberculosis* som forårsaker tuberkulose.

Utvalg i de valgte forskningsartiklene er pasienter som har infeksjonssykdommer forårsaket av disse bakteriene:

a. ***Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*** - Gule stafylokokker kan man ha på huden eller i nesen, og de kan forårsake både ufarlige og alvorlige infeksjonssykdommer (FHI, 2016 s.1). MRSA er en type gul stafylokokk bakterie som gir hud- og sårinfeksjoner, infeksjoner i bein og ledd, pneumoni (lungebetennelse), sepsis (blodforgiftning) og andre alvorlige infeksjonssykdommer (Tønjum, 2018). Noen tilstander kan være vanskelig å behandle og krever spesielle typer antibiotika (FHI, 2016 s.1). Det anbefales kontaktsmitteisolering og bruk av kirurgisk munnbind i sykehus (FHI, 2009 s.20).

b. ***Clostridium difficile*** - *C.difficile* er en type bakterie som kan forårsake alvorlig eller fatal tarmsykdom som kjennetegnes av diaré (Myrvang, 2020). Infeksjonen oppstår i forbindelse med antibiotika-behandling og smittes via direkte eller indirekte kontakt med pasientens *feces* (avføring) (Pachecho & Spyropoulos, 2010).

c. ***Extended spectrum betalactamase (ESBL)*** - Man kan være ESBL-bærere uten å bli syk, og bakteriene kan forsvinne av seg selv, etter noen måneder eller flere år. Men de kan forårsake infeksjon, for eksempel urinveisinfeksjon (OUS, 2019 s.1). Pasienter som har påvist eller mistenkt ESBL bør kontaktsmitteisoleres i sykehus, mens det følges basale smitteregime i sykehjem (FHI, 2015).

d. ***Salmonella*** - Disse mage-tarmbakteriene kan forårsake infeksjon som kjennetegnes av diaré, hodepine, magesmerter, kvalme og feber. Kilden kan være både mennesker og dyr. Bakteriene overføres hovedsakelig via mat og ikke-desinfisert drikkevann (FHI, 2018). Mage-tarminfeksjoner krever kontaktsmitteisolering (FHI, 2004 s.8).

e. ***Klebsielle pneumoniae*** - Denne bakterien hører til familien *Enterobacteriaceae*, som befinner seg i tarmen eller miljøet, og kan forårsake urinveisinfeksjoner, blodforgiftning, lungebetennelse og andre sykehusinfeksjoner (Helsedirektoratet, 2018). Mage-tarminfeksjoner krever kontaktsmitteisolering (FHI, 2004 s.8).

1.5.2 Psykososial helse

Ifølge Stubberud (2019) s. 16 kan menneskets grunnleggende behov deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Forfatteren beskriver de psykososiale behovene som “med menneskets psyke, det vil si sjelelige eller mentale, å gjøre” og har sitt utgangspunkt i hvordan mennesket opplever sykdom som et fenomen. Mennesker opplever sykdom på ulike måter. Mange reagerer på isolasjon som “en påkjenning” eller “meningsløs” og kan føre til psykiske problemer som angst, kvalme og appetittløshet, forvirring og uvirkelighetsfølelse, skyldfølelse, irritasjon og sinne, rastløshet og inaktivitet (Rygh, et al 2016 s. 80).

1.5.2.1 Mestring og empowerment

Hva er *empowerment* og hvordan er den relatert til mestring? Teorien om mestring og *empowerment* kan knyttes til den salutogene modellen utviklet av den israelsk-amerikansk sosiologen Aaron Antonovsky i 2012. Ifølge modellen har *sense of coherence* eller opplevelse av sammenheng noe å gjøre med hvordan pasienten mestrer en sykdom (Stubberud, 2019). Verdens helseorganisasjon (1998) s. 6 definerer *empowerment* i helsefremmende-kontekst som en prosess der mennesker får større kontroll over beslutninger og tiltak som påvirker helsen deres. Det betyr at gjennom kunnskap og forståelse av situasjonen, skal pasienten være en aktiv deltaker. På denne måten økes pasientens mestringsevne (Stubberud, 2019 s. 39).

Dorothea Orems sykepleiemodell fremhever også menneskets naturlige motivasjon til å ta vare på seg selv og andre som det har ansvaret for (Kristoffersen & Nortvedt, 2016 s. 103). Denne kan forklare om hvorfor pasienter som er isolert kan reagere negativt på tiltakene, ettersom de må påta seg pasientrollen og blir avhengige av andre.

1.5.3 Helhetlig og personsentrert sykepleie

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) 2.4 presiserer at “sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg”. Det betyr av vi som helsepersonell ikke bare skal fokusere på de fysiske, men også de psykiske, åndelige og kulturelle behovene.

Et annet perspektiv som er viktig å ta opp er personsentrert sykepleie. Det er et humanistisk menneskesyn som innebærer at “mennesket er et unikt og uerstattelig individ” (Kristoffersen &

Nortvedt, 2016 s. 101). Samtidig som vi bruker helhetlig tilnærming, bør vi ta hensyn til individuelle preferanser og behov. Ikke alle mennesker er like sårbare. Som Stubberud (2019) s. 105 sier er kunnskap om pasienten vesentlig for å gjøre vedkommende til en aktiv deltaker.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Denne oppgaven består av fire deler: en introduksjonsdel der jeg presenterer bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, hensikt, avgrensing og relevante teorier; en metodedel som beskriver hvordan jeg systematisk har samlet inn data; en resultatdel som inneholder analyse av funn fra forskningsartiklene; og en diskusjonsdel der jeg drøfter resultatene fra de forskningsartiklene opp mot hverandre, de relevante pensum og andre faglitteratur og erfaringsbasert kunnskap. Til slutt skal jeg oppsummere og gi en konklusjon.

2 Metode

Kunnskap om psykososiale utfordringer ved isolasjon er systematisk innhentet gjennom kilder som vitenskapelige artikler, offentlige dokumenter, lovverk, statistikk og teoretisk referanseramme. Thidemann (2019) s. 77-78 presiserer betydningen av systematisk tilnærming og beskriver en *litteraturstudie* som “en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” med hensikt om “å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen”.

2.1 Søkestrategi

For å begynne med et systematisk litteratursøk benyttet jeg PICO-skjemaet, som hjelper med konkretisering av informasjonsbehov (Thidemann, 2019 s. 82). Bokstavene i PICO står for P-*Population/Patient/Problem*, I-*Intervention*, C-*Comparison* og O-*Outcome* (Vedlegg A). Denne oppgaven omhandler psykososialt velvære hos pasienter som er isolert grunnet smittsomme infeksjonssykdommer. Andre populasjon som er involvert er pårørende og helsepersonell. Gjennom PICO identifiserte jeg mulige søkeord på engelsk og norsk som kan brukes for å treffe relevant litteratur i de forskjellige databasene. Jeg søkte på kilder i CINAHL, PUBMED og Oria. PsychInfo, Ovid og Google Scholar er også forsøkt, men resultater blir ikke inkludert grunnet manglende relevans for problemstillingen.

Jeg brukte engelske søkeordene “patient isolation” og “psychological” eller “psychosocial well-being”. I databasen CINAHL la jeg inn *subheadings* “adverse effects” og “psychosocial factors”, som traff 43 forskningsartikler. Uten *subheadings* traff den 23 artikler. PUBMED traff 78 forskningsartikler ved bruk av søkeordene “patient isolation”, mens Oria som har en mindre filtrerende funksjon, traff 450 forskjellige litteratur.

Søkelogg-skjemaet er brukt for å holde oversikt over søkeordene som traff resultater i de forskjellige databasene (Vedlegg B).

2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense mengden litteratur brukte jeg inklusjonskriterier. Artikkene ble først filtrert etter type publikasjon, dato, språk og om de er fagfellevurdert (*peer-reviewed*) og etisk godkjent. Jeg gikk gjennom titlene og sammendragene, og valgte deretter ut de artiklene som var mest relevant. Forfatterens utdanningsbakgrunn og studienes overførbarhet til Norge ble tatt hensyn til. Jeg endte opp med syv artikler, hvor fem av dem blir brukt som primærstudier og to som støttende litteratur.

Fagartikler, kommentarer, litteraturstudier og artiklene i resultatlista som kommer fra land med lav overførbarhet til Norge ble ekskludert.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert (Peer-reviewed)	
Språk: Engelsk eller norsk	
Kvantitativ eller kvalitativ forskning	Litteraturstudier eller fagartikler
Studier fra land som kan overføres til Norge (4 fra vestlige land og 1 fra Australia)	Fra land med lav overførbarhet til Norge
Forfatter kvalifikasjoner som RN, RGN, MPhil, PhD, MD, MSc	
Godkjent etter kritisk vurderingssjekklisten	
Publiseringsdato: 1998-2020	
Tema: Isolasjon, multiresistente bakterier, infeksjonssykdommer med smitterisiko, kommunikasjon, psykisk eller mental helse, psykososial velvære, helhetlig sykepleie, medisinsk eller akutt avdeling, voksne pasienter, opplevelse	Tema: Psykiatri, pasienter med kjent psykisk diagnoser, bruk av tvang og seklusjon, langvarig eller kronisk infeksjonssykdommer, vanlige infeksjonssykdommer, barn

2.2 Kildekritikk

2.2.1 Kvalitetsvurdering av forskningen og etiske forhold

Kvalitetsvurdering ble gjort ved bruk av sjekklister fra Helsebiblioteket (2018). Fire kvalitative og en kvantitativ forskning traff kriteriene og er vurdert som pålitelige og kan brukes i denne oppgaven og i praksis (Vedlegg D). Artikkene følger IMRaD-strukturen (Innledning/Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon), som er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019)

s.30). En grundig gjennomlesing av artiklene ble utført, med tanke på hensikt og forskningsmetoder. Alle de fem artiklene er etisk godkjent.

2.2.2 Beskrivelse av forskningsmetoder

Ettersom hensikten i denne oppgaven er “å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser” (Thidemann, 2019 s. 76), slik at man kan forstå et fenomen, valgte jeg hovedsakelig forskningsartikler som benytter seg av kvalitativ metode.

Her er en presentasjon av metoder som ble anvendt i de valgte forskningsartiklene:

De fire kvalitative forskningsartiklene brukte forskjellige design og analyseverktøy, men alle har brukt intervju som hovedmetode. Forskningsintervju skal få tak i “beskrivelser av intervjupersonens livsverden, for å kunne fortolke hvilken betydning den har for den som blir intervjuet” (Dalland, 2017 s. 64). Derfor er det viktig at antallet intervjupersoner ikke er for stort for å kunne gå i dybden (s.76). De fleste har også brukt en fenomenologisk tilnærming. Dalland (2017) s. 45 definerer et fenomen som “det som oppfattes av sansene”, og en fenomenologisk forskning fokuserer dermed om hvordan verden konkret oppleves og erfares fra klientens eller pasientens eget perspektiv (Thomassen, 2006 s. 82-83). I dette tilfelle er det fenomenet isolasjon som forskere undersøkte. Utvalg i samtlige artikler er voksne pasienter (over 18 år) som er innlagt og isolert på helseinstitusjon i minst 3 dager.

Baratt, et al. (2010) utførte en fenomenologisk undersøkelse ved å bruke semi-strukturert intervju med *funneling interview technique* hos ti pasienter med MRSA. Intervjuteknikken har en deduktiv tilnærming, der man først stiller åpne og generaliserte spørsmål og deretter, snevrer inn mot mer spesifiserte spørsmål (Bailey, 1994 s. 135). Dette hjelper for å roe ned intervjupersonen og for å spare tid.

Hereng, et al. (2019) brukte også en fenomenologisk tilnærming og intervjuet 11 pasienter med *multidrug resistant* (MDR) infeksjon forårsaket av ESBL, MRSA og XDR bakterie (*K.pneumoniae*). Alle ble intervjuet av samme person ved bruk av strukturert intervju med faste spørsmål. Data ble deretter analysert ved bruk av NVivo software.

Semi-strukturert intervju ble også anvendt i studien til Pacheco & Spyropoulos (2010), som brukte metoden for å få en holistisk beskrivelse av fenomenet isolasjon. Utvalget består av ti intervjupersoner (fem pasienter som har infeksjon grunnet *C.difficile* og fem pårørende - en for hver pasient). Colaizzis analysemetode som benytter *label codes* ble brukt.

Fem pasienter som uttrykte negative opplevelser som følge av isolasjonstiltak ble intervjuet i forskningsstudien til Ward (2000). Data ble analysert ved bruk av Burnards 14 trinn analysemetode.

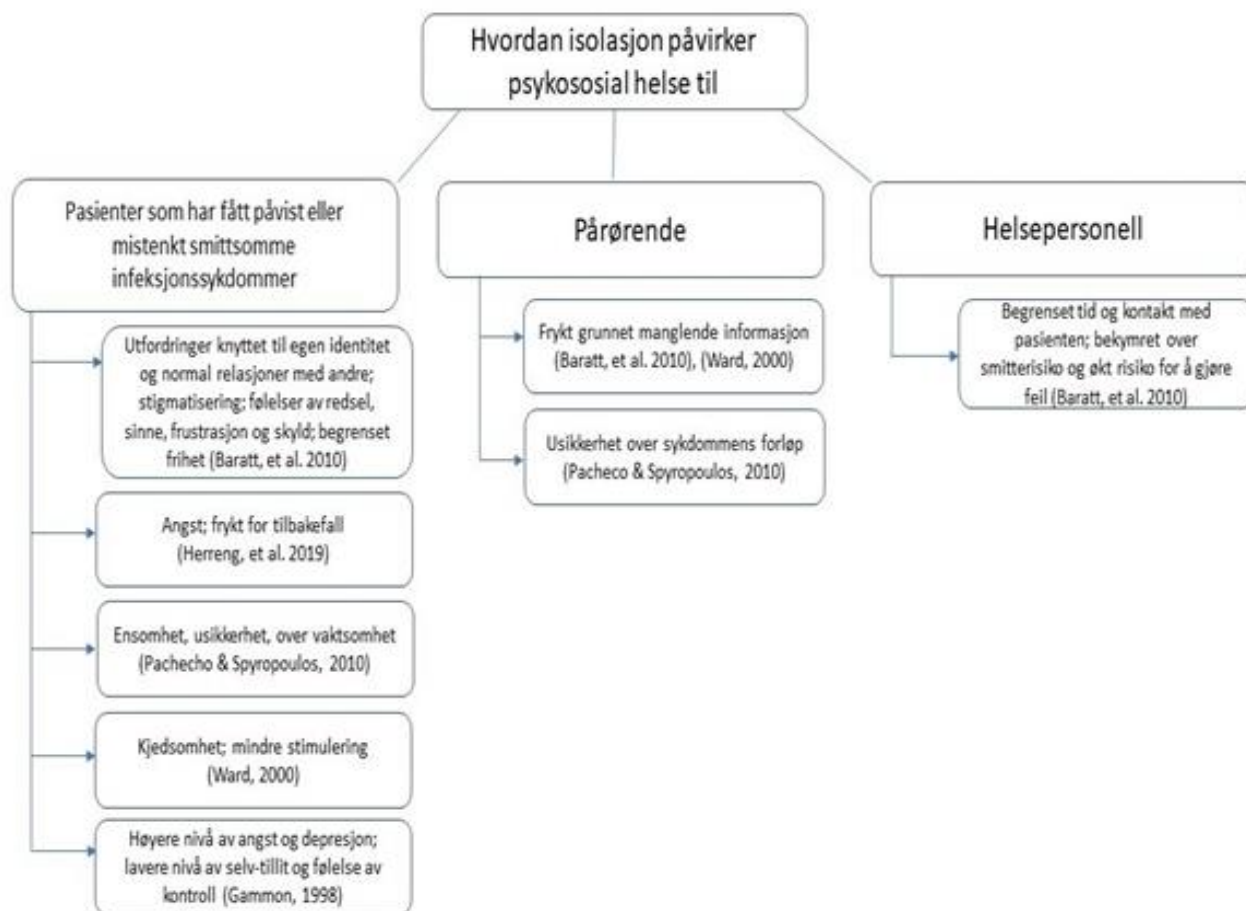
Jeg har også tatt med en kvantitativ forskningsartikkel som benyttet seg av kaskontrollstudie (*case control study*) for å undersøke de negative følgene av isolasjonstiltak (Gammon, 1998). Utvalget består av 20 pasienter som er innlagt men ikke isolert (kontrollgruppe) og 20 pasienter som er smitteisolert (kassgruppe) på grunn av infeksjoner forårsaket av MRSA, *C.difficile* og Salmonellabakterier. Kvantitativt orientert forskning tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2017 s. 53). I motsetning til kvalitativ data som vanligvis er i tekstform, samler man data i form av tall eller målbar informasjon ved bruk av kvantitativ metode (Grønmo, 2020). Verktøy som brukes baseres på strukturerte skjemaer og data vurderes etter pålitelighet (reliabilitet) og nøyaktighet (validitet). En kaskontrollstudie kan brukes for å finne ut om tiltak faktisk kan gi skade eller bivirkninger (Thidemann, 2019 s.72). Ettersom studien vil finne ut om hypotesen - at isolasjon fører til høyt nivå av depresjon og angst og lavt nivå av selvtillit og følelse av kontroll - er riktig, er kvantitativ metode hensiktsmessig å benytte.

2.3 Temaanalyse

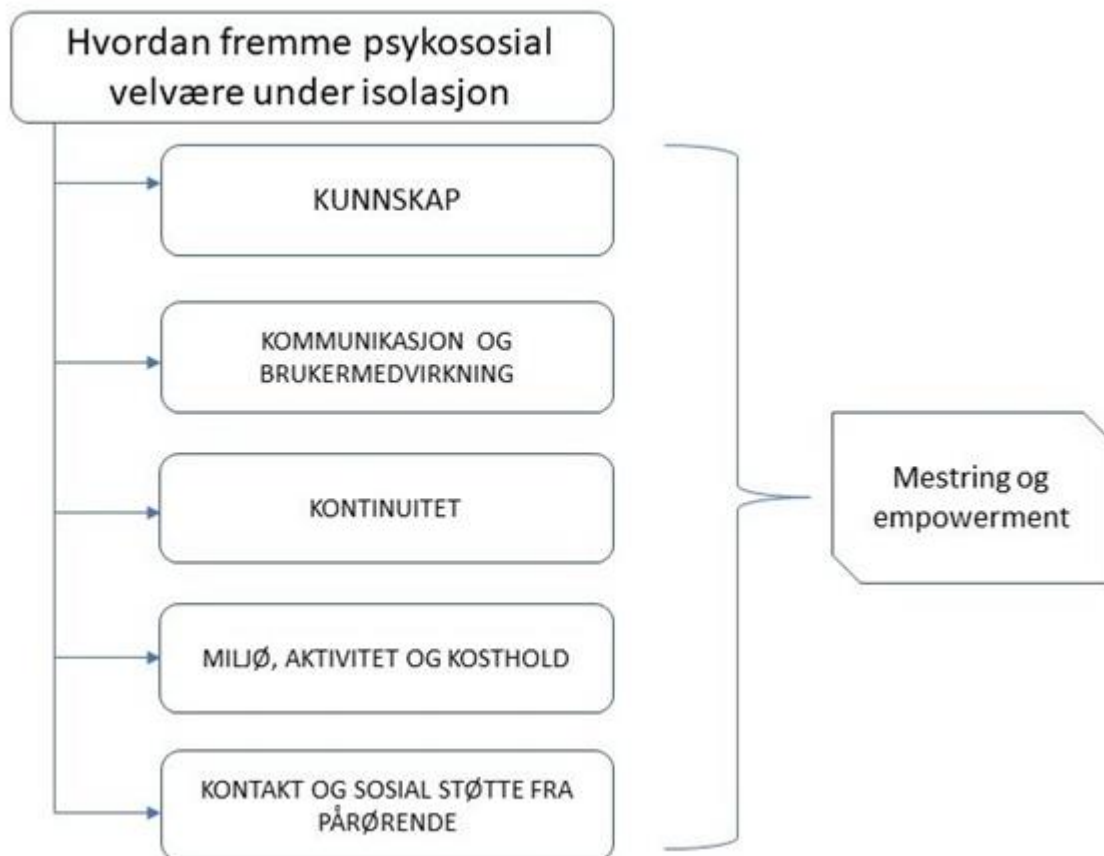
The University of Auckland School of Psychology (u.å.) definerte temaanalyse som en metode for å analysere kvalitativ data ved å identifisere et mønster av mening eller temaer på tvers av et datasett. For å gjøre dette kan man følge seks faser: *familiarization with the data* (bli kjent med datamaterialet), *coding* (lage koder), *generating initial themes* (lage innledende temaer), *reviewing themes* (gå gjennom temaene), *defining and naming themes* (definere og navngi temaene) og *writing up* (skrive opp). Denne inspirerte meg til å komme med de to figurer nedenfor.

Først utarbeidet jeg litteraturmatriser (Vedlegg G) for å ha en god innsikt i hovedelementene og derav kunne sammenfatte innhold fra hver enkelt artikkel (Thidemann, 2019 s. 95). Deretter prøvde jeg å finne både felles elementer og temaer som er unike for hver enkelt artikkel. Disse to figurene har jeg laget for å hjelpe meg med diskusjon og organisering av tankene. Etter gjennomlesing av

resultatene fra de fem artiklene, identifiserte jeg fem sentrale områder som kan fremme psykososialt velvære hos målgruppen.



Figur 1. Hvordan isolasjon påvirker psykososial helse til pasienter, til deres pårørende og helsepersonell



Figur 2. Hvordan fremme psykososialt velvære under isolasjon

3 Resultat

Resultater fra forskningsstudiene viser at isolasjon som smitteverntiltak har konsekvenser for psykososial helse til pasienter, pårørende og helsepersonell. Her presenterer jeg funn på hvordan isolasjon påvirker hver gruppe.

3.1 Pasienter

Alle de fem artiklene tyder på at isolasjon ved innleggelse grunnet mistenkt eller bekreftet smittsom infeksjonssykdom kan føre til negative opplevelser for pasienten.

Pasienter opplevde isolasjonen som en barriere som hindret at de lett kunne uttrykke deres identitet og ha normale relasjoner med andre (Baratt, et al. 2010). Bruk av frakk og hansker forårsaket stigmatisering samt en rekke følelser som frykt, frustrasjon og skyld. Pasientene ønsket å kjenne til smittevernrutiner, men avvik i informasjonen som var gitt eller rutiner som var gjort førte til forvirring. I tillegg påvirket smitteverntiltak kvaliteten til helsetjenestene. Helsepersonell innrømmet gjennom studien at de brukte mindre tid hos disse pasientene på grunn av smitterisiko. Mange pasienter rapporterte at de ble nektet tjenester som håarklipp, mellommåltider og fotpleie. Generelt ga disse pasientene uttrykk for at de hadde begrenset frihet og ble meget avhengig av andre for å få ting gjort.

I studien til Ward (2000) fremkommer det at pasientene var misfornøyde over helsepersonells lytteferdigheter. Dette førte til frustrasjon, utrygghet og omsorgssvikt. Dessuten peker studien på mangel på stimulering under isolasjon. Ifølge forfatteren kan dette forårsake *sensory deprivation* som kan igjen føre til kjedsomhet, angst og depresjon. Pasientene klaget også over matservering, at maten så kjedelig ut og ikke var variert. Dermed følte dem mer misfornøyelse over isolasjonen, ettersom måltidene virket som en pause fra en ellers monoton dag.

Ensomhet, usikkerhet og over oppmerksomhet var hovedsakelig de psykososiale følgene som pasienter opplevde under isolasjon i studien til Pachecho & Spyropoulos (2010). På grunn av mangel på besøk følte pasientene seg alene, "*cut off from the usual*", altså et avvik fra deres normale liv. Dette stemmer med resultatene fra forskningsstudiet til Hereng, et al. (2019). I tillegg opplevde

pasientene angst og frykt for tilbakefall. De fleste var overbevist om at de fikk infeksjonen fra sykehuset, altså *nosokomiale* (Hem, 2018), og dette førte til enda mer usikkerhet og angst, da de var klar over begrenset bruk av antibiotika for å unngå antibiotikaresistens.

For å undersøke de psykososiale følgene av innleggelse og isolasjon i pasientens kognitive mestring, utførte Gammon (1998) en kvantitativ forskning i to store sykehus og på et eldreheim. Studien viser at institusjonsinnleggelse fører til mange negative følelser, og enda mer negative påvirkninger hos de isolerte pasientene. Isolasjon resulterte i høyere nivå av angst og depresjon, og lavere nivå av selvtillit og følelse av kontroll. (Se Vedlegg I: Rå data/statistikk fra studien)

Selv om den generelle opplevelsen av isolasjon var negativ, nevnte Baratt, et al. (2010) at en del av pasientene hadde noen positive inntrykk av å være på et enerom, der de kunne ha privatliv.

3.2 Pårørende

Studien til Pacheco & Spyropoulos (2010) inkluderte ikke bare data fra pasientene, men også fra deres pårørende. Pårørende uttrykte mye usikkerhet på grunn av manglende informasjon og mangel på kontinuitet. Noen pårørende opplever frykt for å få sykdommen og overføre den videre til andre familiemedlemmer. Andre var redde for å ta med farlige bakterier når de kommer på besøk og spre dem videre til pasientene. En pårørende uttrykte frustrasjon over sannsynligheten at pasienten fikk infeksjonen innenfor sykehuset: *“She came to the hospital to get better, not to catch a disease.”* (Hun kom til sykehuset for å bli frisk, ikke for å få en sykdom.) Pårørende var også i tvil om smitteverntiltak var tilstrekkelig nok.

Baratt, et al. (2010) påpeker at kvaliteten på relasjoner også ble påvirket av isolasjonen, da pårørende ikke ville komme på besøk grunnet frykt. På grunn av dette følte pasientene seg såret og forlatt. En pasient poengterte: *“They don’t want to understand, they just don’t want to catch anything.”* (De (pårørende) vil ikke forstå, de vil bare ikke få noe (sykdom).)

3.3 Helsepersonell

Gammon (1998) antyder at på grunn av frykt for smitte, behandler helsepersonell smitteisolerte pasienter annerledes enn de som ikke er isolert. Forfatteren nevnte i studien at sykepleiere ofte unngår kontakt med smittede pasienter. Dette samsvarer med studien til Baratt, et al. (2010), som i sin litteraturgjennomgang nevnte andre studier som viser at helsepersonell bruker mindre tid hos pasienter som er isolert, og dermed blir disse pasientene utsatt for høyere risiko for behandlingsfeil.

4 Diskusjon

Ut ifra resultater og funn fra forskningsartiklene, har jeg kommet opp med fem sentrale områder som kan fremme psykososialt velvære: kunnskap, kommunikasjon og brukermedvirkning, kontinuitet, miljø, aktivitet og kosthold og kontakt og sosial støtte fra pårørende. I denne delen skal jeg drøfte funn mot problemstillingen og viktige momenter som praksiserfaringer, lovverk og øvrig litteratur.

4.1 Veien mot mestring og *empowerment*

Isolasjon som smitteverntiltak kan føre til mange negative følger på pasientens psykososiale helse, blant annet angst, depresjon, skyldfølelse, utrygghet, frustrasjon, ensomhet, usikkerhet og lav selvtillit (Baratt, et al. 2010; Gammon, 1998; Hereng, et al. 2019; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Ward, 2000). Det påvirker relasjoner mellom pasienten, pårørende og helsepersonell (Baratt, et al. 2010). Dette kan virke inn i behandlingen av sykdommen og på pasientens mestring av situasjonen. Ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2016) s. 104 kan opplevelse av å ha kontroll gjøre at pasienten blir fortere frisk. Derfor bør sykepleiere etterstrebe å imøtekomme behov for psykososialt velvære under en akutt og kritisk situasjon som krever smitteisolering.

4.1.1 Kunnskap

Gammon (1998) konkluderte i sin studie at isolasjon kan føre til angst og depresjon. Han hevder at angst kan påvirke pasientens opplevelse av symptomer, at det krever mer energi fra pasienten og kan forårsake fysiologiske symptomer som brystmerter, magesmerter, høyt blodtrykk og svakere immunforsvar. Informasjon kan redusere angst, usikkerhet og utrygghet (Ward, 2000). Den britiske filosofen Francis Bacon hevder at "kunnskap er makt" (Tjønneland, 2019). Under teoridelen beskrev jeg kunnskap som en forutsetning for at pasienten kan medvirke og mestre situasjonen. Det gir pasienten makten til å være en aktiv deltaker i behandlingsprosessen.

Etter min erfaring har det vært viktig at pasienten og pårørende får muntlig og skriftlig informasjon. Det kan også hende at pasienter som har kognitiv svikt eller aldersforandringer har behov for å få samme informasjon flere ganger. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3-5 sier at informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og skal gis på en hensynsfull

måte, og da må vi være klar over at mottakeren av informasjon kan ha ulike behov avhengig av alder, modenhet, erfaring og kultur. Noen pasienter og pårørende som ikke behersker norsk kan, for eksempel, ha behov for tolk. På min arbeidsplass kan pasienten og pårørende få brosjyrer som inneholder informasjon om smittevern og isolasjon, men uansett kan de ha behov for mer veiledning og ytterligere informasjon. Pasienter under innleggelse kan bruke Internett med fare for å bli feilinformert. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2017 viser at 62% av nordmenn mellom 16-79 år bruker Internett for å søke etter helserelatert informasjon.

Ettersom helsepersonell er det vi kan kalle primærkilde av informasjon for pasienten og pårørende, bør vi alltid ha oppdatert kunnskap om infeksjonssykdommer, behandlingsprosessen og smitteverntiltak. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) 3.4 presiserer at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde.

4.1.2 Kommunikasjon og brukermedvirkning

Jeg har opplevd i praksis at sykdom og sykehusinnleggelse kan gi pasienten en følelse av å ikke eie kroppen sin. Pasienter har en tendens til å la helsepersonell ta alle beslutninger på deres vegne. Dette samsvarer med funn fra forskning til Baratt, et al. (2010), som viser at det blir vanskelig for pasienten å uttrykke sin identitet under isolasjon. Kristoffersen & Nortvedt (2016) s. 103 presiserer betydningen for mennesket av å kunne "oppleve seg selv som kompetent og ansvarlig". Dorotea Orems (1991) sykepleiemodell påpeker også menneskets naturlige motivasjon til å ta vare på seg selv og andre. Dette kan pasienten miste når sykdommen gjør at vedkommende blir avhengig av andre.

Hvordan kan vi støtte pasientens mestring av situasjonen? Ifølge Andreassen (2005) s. 17, er brukermedvirkning både en verdi og en strategi, som tar utgangspunkt i pasientens ønske og kompetanse til å bestemme for seg selv. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3 sier at pasienten/brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, å velge mellom forsvarlige undersøkelse- og behandlingalternativer. Sykepleiere har plikt til å informere samtidig som pasienten har rett til å vite (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Vi må bruke makten vi har av å eie kunnskap til å sørge for at pasienten kjenner til sine rettigheter.

Jeg mener også at informasjonsinnhold og måten vi helsepersonell kommuniserer med pasienten kan enten støtte brukermedvirkning eller avvise den uten at vi vet det. Eide & Eide (2007) s.18 beskriver profesjonell kommunikasjon i helsefagskontekst til å være alltid hjelpende. Et sentralt element i pasientrettet kommunikasjon, ifølge boka, er å "hjelp pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig." Vårt kroppsspråk kan også hjelpe til å etablere tillit, for eksempel ved å holde øyekontakt og å vende kroppen mot pasienten. Harberg (2004) råder også helsepersonell som jobber med smittevern å bruke et lite navnekort, og at det er best om å feste det på høyre brystside der pasienten kan lettere og raskere se det (Schmid, et al. 2015).

4.1.3 Kontinuitet

Pasienten og pårørende rapporterte mangel på kontinuitet både i informasjon og tiltak (Pachecho & Spyropoulos, 2010). Kvåle & Midtbø (2014), s. 61-62 hevder at kontinuitet har vært en kvalitetsutfordring. For å løse dette opp utførte dem en *case study* som konkluderte at "for at tenestene skal kunne seiest å være individuelt tilpassa og samordna, må dei gje ei oppleving av integrerte og heilskaplege tenester over tid" (s. 75). Tjenester preget av kontinuitet betyr da, for eksempel, at det vi sier stemmer med det vi gjør i praksis ikke bare på første behandlingsdag, men over tid. Kontinuitet er, ikke minst, avhengig av ledelse og organisasjonsform. Dersom ledelsen er med på å strukturere hverdagen, kan det bli lettere for oss å sikre "at tjenestene og tiltak henger sammen på en individualisert og helhetlig måte" (Orvik, 2013 s. 136).

4.1.4 Miljø, aktivitet og kosthold

Isoleringsveilederen (2004) gir krav til utforming av isolat - det skal ha forgang, eget toalett, dusj og dekontaminator til isolering ved kontakt og dråpesmitte, og i tillegg ved luftsmitte, en sluse og kontrollert undertrykksventilasjon. Rommet skal også være større enn et vanlig pasientrom, som gir plass til hjelpemidler, overvåkingsutstyr, inventar som bord og stol, og ikke minst, fri passasje. Oppbygning er tilpasset slik at rommet kan lett rengjøres og desinfiseres. Fargen skal også lett avsløre sprut og søl. Disse kravene er hovedsakelig rettet mot smitteforebygging, men ett spørsmål vi kan stille oss er om de fremmer psykososialt velvære for pasienten.

Ward (2000) belyser behov for aktivitet, et vindu for å kunne se verden ute og mat som er appetittvekkende. Disse kan hjelpe pasienten til å avlede oppmerksomheten fra negative følelser

av å være syk og isolert. Det kan også være mulig å finjustere pasientrommet. For eksempel, Malhotra, et al. (2019) utførte en studie om bruk av en "Red Box", som muliggjør ansikt-mot-ansikt kommunikasjon mellom pasienter som er kontaktsmitteisolert og helsepersonell. Den røde boksen er en "safe zone" plassert ved døra til pasientrommet. Der trenger helsepersonell og besøkende ikke å ha på seg beskyttelsesutstyr. Studien konkluderte at bruk av Red Box effektiviserte kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell, uten å øke risikoen for smittespredning. Dette viser at ved å bruke kreativiteten på en forsvarlig måte, kan vi forbedre pasientens opplevelse under isolasjon.

4.1.5 Kontakt og sosial støtte fra pårørende

Kjedsomhet og ensomhet kan forebygges ved å få besøk under isolasjon (Ward, 2000). Etter min erfaring er det mulig å tilrettelegge for at pasienten kan få kontakt med pårørende, særlig de eldre, enten ved at pårørende kommer på korttidsbesøk eller ved å hjelpe pasienten med bruk av telefon. Når pasienter ikke ønsker at pårørende får vite om innleggelse eller at vedkommende kommer på besøk, bør vi respektere dette (YR, 2011).

Pårørende er en viktig ressurs - en kunnskapskilde, en omsorgsgiver og en del av pasientens nærmiljø (Helsedirektoratet, 2008). Derimot bør vi være bevisst på at pårørende også har psykiske behov, at de har en risiko til å utvikle egen helsesvikt ved å ta vare på pasientens behov.

4.2 Helhetlig og personsentrert sykepleie – kompetanse og muligheter

Hvilke utfordringer møter sykepleiere under isolasjon? En masterstudie ved Universitetet i Oslo undersøkte de faktorer som påvirker sykepleierens helhetlige menneskesyn på sykerommet. Lind (2008) s. 1 hevder at tidsaspektet og den økonomiske situasjonen gjør det vanskelig for sykepleiere å utøve en helhetlig tilnærming. Utfordringen er "å skape et terapeutisk miljø for pasienten i en teknisk og hektisk hverdag" (Stubberud, 2019). Det betyr at våre verdier og våre ressurser ikke alltid henger sammen.

Ifølge Folkehelseinstituttet (2004) s. 32 kan smittevern være tidkrevende, tilsyn og kontroll hos pasienten mer arbeidskrevende og at det kan føre til økte utgifter for helseinstitusjonene. Det anbefales at klare indikasjoner er på plass før man isolerer en pasient og å avslutte tiltaket så snart det er forsvarlig. Dessuten presiserer Smittevernloven (2020) § 1-5 at pasienten skal gi frivillig

medvirkning, at tvangstiltak ikke kan brukes “når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep”. Unntak er allmennfarlig smittsom sykdom der pasienten som motsetter seg isolering kan tvinges etter helhetsvurdering og vedtak fra smittevernemnda § 5-3. Dette nødvendiggjør god vurderingskompetanse og prioriteringsevne hos sykepleiere.

Orvik (2013) hevder også at det er behov for organisatorisk kompetanse i kombinasjon med klinisk kompetanse, den vi kaller for *den dobbelte kompetansen* (s. 34). En kollisjon mellom faglige idealer og realiteter som skaper frustrasjon hos nyutdannede sykepleiere (s.19) kan unngås dersom vi skaper oss kompetansen til å strukturere arbeidet slik at vi kan få flere muligheter til å dekke alle pasientens grunnleggende behov i et begrenset tid og økonomisk ramme. Et eksempel på dette er å kunne samhandle og samordne både tverrfaglig og flerfaglig. Det betyr at dersom vi har et gjensidig forhold basert på tillit og likeverd med våre kollegaer (samhandling), og organisasjoner, som sykehus og sykehjem, samarbeider med hverandre og fordeler arbeid mellom profesjoner og enkeltpersoner (samordning), kan vi yte en tjeneste som henger sammen og sikre flyt i arbeidsprosessene (Orvik, 2013 s. 257). Dette kan da også løse problematikken med *kontinuitet*.

Å utnytte palliativ sykepleiere som ressurspersoner er et eksempel på tverrfaglig samarbeid. Ifølge Leong, et al. (2004), representerer isolasjon grunnet smittsomme infeksjonssykdommer et brudd mellom relasjoner og en forstyrrelse på pasientens identitet, som igjen kan resultere til psykososiale og åndelige behov som ligner behovene ved palliasjon eller lindrende behandling. Leong, et al. (2004) fremhever at helsepersonell som er eksperter i palliasjon kan hjelpe til og gi veiledning om for eksempel hvordan å ivareta psykososiale og åndelige behov, hvordan forbedre relasjoner og hvordan håndtere stress for pasienten, pårørende og helsepersonell.

5 Konklusjon

Isolasjon grunnet smittsomme infeksjonssykdommer har negative følger som kan påvirke pasientens sykdoms- og behandlingsforløp. Sykepleieren bør kjenne til psykososiale behov hos sårbare pasienter og sørge for at de er ivaretatt. Vi har et lovpålagt ansvar og plikt til å yte faglig forsvarlig og helhetlig omsorg for pasienten til tross for smitterisiko. Noen sentrale områder som kan fremme psykososialt velvære under isolasjon er: kunnskap, kommunikasjon og brukermedvirkning, kontinuitet, miljø, aktivitet og kosthold, og kontakt og sosial støtte fra pårørende.

Den såkalte *dobbelte kompetansen* kan hjelpe sykepleiere til å kunne yte helhetlig og personsentrert sykepleie, til tross for tid og økonomiske begrensninger i praksis.

6 Litteraturliste

- *Andreassen, T.A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s17-19 (**3 sider**)
- *Bailey, K. (1994). *Methods of social research*. 4.utg. Ontario: The Free Press. s135 (**1 side**)
- *Baratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59. Hentet fra: <http://ezproxy2.usn.no:2056/login.aspx?direct=true&db=ccm%AN=60467068&sites=ehost-live> (**7 sider**)
- *Berg, S. (2018). *Vidunderkuren - hvorfor du bør elske og frykte antibiotika*. Oslo: J.M.Stenersens Forlag AS. s18-20 (**3 sider**)
- *Bonner, W. (2020, 23.april). History's 5 deadliest pandemics and epidemics. *Fox news*. Hentet fra: <https://www.foxnews.com/science/historys-5-deadliest-pandemics-and-epidemics> (**1 side**)
- *Braut, G.S. (2019, 16.august). Smittevern. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/smittevern> (**1 side**)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Folkehelseinstituttet (2015, 25.august). ESBL-holdige gramnegative stavbakterier - smitteverntiltak i helseinstitusjoner. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakte/> (**6 sider**)
- *Folkehelseinstituttet (2016, april). Om MRSA og MRSA bærere. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/mrsa/2016_om-mrsa-og-mrsa-barere_norsk-bokmal-pdf.pdf (**3 sider**)
- *Folkehelseinstituttet (2018, 02.oktober). Utbrudd av salmonellasmittet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/utbrudd-av-salmonellasmitte/> (**1 side**)
- *Folkehelseinstituttet (2019, 26.februar). Infeksjoner. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/infeksjoner/> (**8 sider**)
- *Folkehelseinstituttet (2020, 14.april). Status koronasmitte tirsdag 14.april 2020. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/status-koronasmitte-tirsdag-14.-april-2020/> (**1 side**)

- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-10-23-1405). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- *Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84-96. doi: 10.1046/j.1440-172X.1998.00084.x **(13 sider)**
- *Grønmo, S. (2020, 16.april). *Kvantitativ metode* I Store norske leksikon. Hentet fra: https://snl.no/kvantitativ_metode **(1 side)**
- *Harberg, D. (2004). Behind the mask: A simple identification name tag over protective gowns can put a patient at ease, especially when staff all look the same in isolation garb. *The Canadian Nurse Vol. 100, Iss. 5, (May 2004): 17*. Hentet fra: <https://search.proquest.com/openview/ef61183f69f8035155844c4b67e3d7ed/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41610> **(1 side)**
- *Helsedirektoratet (2008). Pårørende- en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psyksiske helsetjenester. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> **(371 sider)**
- *Helsedirektoratet (2018, 08.januar). Mikroorganismer. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/diagnostikk-mikrobiologi-og-inflammasjonsmarkorer/mikroorganismer> **(1 side)**
- *Helsedirektoratet (2020, 19.mars). Covid-19 - antall innlagte pasienter på sykehus. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19> **(1 side)**
- *Helsenorge (2020, 28.mars). Koronavirus - fakta og håndtering i Norge. Hentet fra: <https://helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge> **(2 sider)**
- *Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J. & Davido, B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *American Journal of Infection Control*, 47(9), 1077-1082. Doi: 10.1016/j.ajic.2019.03.018 **(6 sider)**
- Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I Grimsbø, G.H. (2016) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie - fag og funksjon* (3.utg, Bind 1, s90-138). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Kvåle, G. og Midtbø, T. (2014) Kontinuitet som kvalitetsutfordring. I Bukve, O. og Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. (s59-76). Oslo: Universitetsforlaget. **(18 sider)**
- *Leong, IY., Lee, AO. og Ng, T.W. (2004). The challenge of providing holistic care in a viral

epidemic: opportunities for palliative care. *Palliative Medicine* 2004 18: 12j/18, 12-18. Doi: 10.1191/0269216304pm859oa (7 sider)

*Lind, T. (2008). *Menneskesyn i sykerommet - sykepleierens handlingsmuligheter*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra: https://www.duo.uio.no/handle/10852/15795_s1-3 (3 sider)

*Magiorakos, A.-P., Srinivasan, A., Carey, R.B., Carmeli, Y., Falagas, M.E., Giske, C.G., Harbarth, S., Hindler, J.F., Kahlmeter, G., Olsson-Liljequist, B., Paterson, D.L., Rice, L.B., Stelling, J., Struelens, M.J., Vatopoulos, A., Weber, J.T., og Monnet, D.L. (2011). Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clinical Microbiology and Infection* 18(3), 268-281. Doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x (14 sider)

*Malhotra, P., Khameraj, A., Salim, T., Armellino, D., Wirostek, S., Epstein, M. og Farber, B. (2019). Reengineering the patient's environment: Establishment of a "Red Box" to improve communications with patients on isolation precautions. *American Journal of Infection Control* (47)2019 s264-267. Doi: 10.1016/j.ajic.2018.09.007 (4 sider)

*Myrvang, B. (2020, 10.mars). *Clostridium difficile - infeksjon*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: https://sml.snl.no/clostridium_difficile-infeksjon (1 side)

*Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004). *Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/> (57 sider)

*Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009). *MRSA-veilederen: Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus i helseinstitusjoner*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf> (84 sider)

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Orvik, A. (2013). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

*Oslo universitetssykehus (2019, 20.mai). *ESBL Informasjon til pasienter og pårørende*. Hentet fra: <https://oslouniversitetssykehus.no/seksjonavdeling/Documents/ESBL%20Informasjon%20til%20pasienter%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf> (2 sider)

*Pacheco, M. & Spyropoulos, V. (2010) The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174. Hentet fra: <http://ezproxy1.usn.no:2055/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105014315&site=ehost-live> (9 sider)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Rygh, M., Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I.L. og Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Almås, H. (2016) *Klinisk sykepleie* (5.utg, Bind 1, s 69-115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Schmid, S.L., Gerber, C. og Farshad, M. (2015). Position of the physician's nametag - A randomized, blinded trial. *PLoS ONE* 10(3): e0119042. Doi: 10.1371/journal.pone.0119042 **(5 sider)**

Smittevernloven. (2020). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-2020-03-27-17). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

*Statistisk sentralbyrå (2017, 12.september). Ni av ti surfer på nettet hver dag. Hentet fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/ni-av-ti-surfer-pa-nettet-hver-dag> **(1 side)**

*Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I Stubberud, DG. (2016) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s30-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS **(13 sider)**

*Stubberud, D-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I Stubberud, DG. (2016) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s78-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS **(48 sider)**

*The University of Auckland School of Psychology (u.å.). Thematic analysis - a reflexive approach. Hentet fra: <https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/thematic-analysis.html> **(3 sider)**

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

*Tjønneland, E. (2019, 3.oktober). *Francis Bacon - filosof*. I Store norske leksikon. Hentet fra: https://snl.no/Francis_Bacon_-_filosof **(1 side)**

*Tønjum, T. (2018, 26.oktober). *MRSA*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/MRSA> **(1 side)**

*Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk **(2 sider)**

*Ward, D. (2000). Clinical infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3), 162-170. doi: 10.12968/bjon.2000.9.3.162 **(9 sider)**

*World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra:
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (1 side)

(For nettartikler uten sidetall: 400 ord = 1 side)

6.1 Selvvalgt litteratur

*Andreassen, T.A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s17-19 (3 sider)

*Bailey, K. (1994). *Methods of social research*. 4.utg. Ontario: The Free Press. s135 (1 side)

*Baratt, R., Shaban, R. & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59. Hentet fra:
<http://ezproxy2.usn.no:2056/login.aspx?direct=true&db=ccm%AN=60467068&sites=ehost-live> (7 sider)

*Berg, S. (2018). *Vidunderkuren - hvorfor du bør elske og frykte antibiotika*. Oslo: J.M.Stenersens Forlag AS. s18-20 (3 sider)

*Bonner, W. (2020, 23.april). History's 5 deadliest pandemics and epidemics. *Fox news*. Hentet fra: <https://www.foxnews.com/science/historys-5-deadliest-pandemics-and-epidemics> (1 side)

*Braut, G.S. (2019, 16.august). Smittevern. I Store medisinske leksikon. Hentet fra:
<https://sml.snø.no/smittevern> (1 side)

*Folkehelseinstituttet (2015, 25.august). ESBL-holdige gramnegative stavbakterier - smitteverntiltak i helseinstitusjoner. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakte/> (6 sider)

*Folkehelseinstituttet (2016, april). Om MRSA og MRSA bærere. Hentet fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/mrsa/2016_om-mrsa-og-mrsa-barere_norsk-bokmal-pdf.pdf (3 sider)

*Folkehelseinstituttet (2018, 02.oktober). Utbrudd av salmonellasmitte. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/utbrudd-av-salmonellasmitte/> (1 side)

*Folkehelseinstituttet (2019, 26.februar). Infeksjoner. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/infeksjoner/> (8 sider)

- *Folkehelseinstituttet (2020, 14.april). Status koronasmitte tirsdag 14.april 2020. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/status-koronasmitte-tirsdag-14.-april-2020/> (1 side)
- *Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84-96. doi: 10.1046/j.1440-172X.1998.00084.x (13 sider)
- *Grønmo, S. (2020, 16.april). *Kvantitativ metode* I Store norske leksikon. Hentet fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (1 side)
- *Harberg, D. (2004). Behind the mask: A simple identification name tag over protective gowns can put a patient at ease, especially when staff all look the same in isolation garb. *The Canadian Nurse Vol. 100, Iss. 5, (May 2004): 17*. Hentet fra: <https://search.proquest.com/openview/ef61183f69f8035155844c4b67e3d7ed/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41610> (1 side)
- *Helsedirektoratet (2008). Pårørende- en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psyksiske helsetjenester. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> (371 sider)
- *Helsedirektoratet (2018, 08.januar). Mikroorganismer. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/diagnostikk-mikrobiologi-og-inflammasjonsmarkorer/mikroorganismer> (1 side)
- *Helsedirektoratet (2020, 19.mars). Covid-19 - antall innlagte pasienter på sykehus. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19> (1 side)
- *Helsenorge (2020, 28.mars). Koronavirus - fakta og håndtering i Norge. Hentet fra: <https://helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge> (2 sider)
- *Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J. & Davido, B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *American Journal of Infection Control*, 47(9), 1077-1082. Doi: 10.1016/j.ajic.2019.03.018 (6 sider)
- *Kvåle, G. og Midtbø, T. (2014) Kontinuitet som kvalitetsutfordring. I Bukve, O. og Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. (s59-76). Oslo: Universitetsforlaget. (18 sider)
- *Leong, IY., Lee, AO. og Ng, T.W. (2004). The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliative Medicine* 2004 18: 12j/18, 12-18. Doi: 10.1191/0269216304pm859oa (7 sider)
- *Lind, T. (2008). *Menneskesyn i sykerommet - sykepleierens handlingsmuligheter*.

(Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra:
https://www.duo.uio.no/handle/10852/15795_s1-3 (3 sider)

- *Magiorakos, A.-P., Srinivasan, A., Carey, R.B., Carmeli, Y., Falagas, M.E., Giske, C.G., Harbarth, S., Hindler, J.F., Kahlmeter, G., Olsson-Liljequist, B., Paterson, D.L., Rice, L.B., Stelling, J., Struelens, M.J., Vatopoulos, A., Weber, J.T., og Monnet, D.L. (2011). Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clinical Microbiology and Infection* 18(3), 268-281. Doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x (14 sider)
- *Malhotra, P., Khameraj, A., Salim, T., Armellino, D., Wirostek, S., Epstein, M. og Farber, B. (2019). Reengineering the patient's environment: Establishment of a "Red Box" to improve communications with patients on isolation precautions. *American Journal of Infection Control* (47)2019 s264-267. Doi: 10.1016/j.ajic.2018.09.007 (4 sider)
- *Myrvang, B. (2020, 10.mars). *Clostridium difficile* - infeksjon. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: https://sml.sn.no/clostridium_difficile-infeksjon (1 side)
- *Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004). Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/> (57 sider)
- *Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009). MRSA-veilederen: Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente *Staphylococcus aureus* i helseinstitusjoner. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/mrsa-veilederen.pdf> (84 sider)
- *Oslo universitetssykehus (2019, 20.mai). ESBL Informasjon til pasienter og pårørende. Hentet fra: <https://oslouniversitetssykehus.no/seksjonavdeling/Documents/ESBL%20Informasjon%20til%20pasienter%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf> (2 sider)
- *Pacheco, M. & Spyropoulos, V. (2010) The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174. Hentet fra: <http://ezproxy1.usn.no:2055/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105014315&site=ehost-live> (9 sider)
- *Schmid, S.L., Gerber, C. og Farshad, M. (2015). Position of the physician's nametag - A randomized, blinded trial. *PLoS ONE* 10(3): e0119042. Doi: 10.1371/journal.pone.0119042 (5 sider)
- *Statistisk sentralbyrå (2017, 12.september). Ni av ti surfer på nettet hver dag. Hentet fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/ni-av-ti-surfer-pa-nettet-hver-dag> (1 side)
- *Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I

Stubberud, DG. (2016) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s30-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (**13 sider**)

*Stubberud, D-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I Stubberud, DG. (2016) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s78-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (**48 sider**)

*The University of Auckland School of Psychology (u.å.). Thematic analysis - a reflexive approach. Hentet fra: <https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/thematic-analysis.html> (**3 sider**)

*Tjønneland, E. (2019, 3.oktober). *Francis Bacon - filosof*. I Store norske leksikon. Hentet fra: [https://snl.no/Francis Bacon - filosof](https://snl.no/Francis_Bacon_-_filosof) (**1 side**)

*Tønjum, T. (2018, 26.oktober). *MRSA*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/MRSA> (**1 side**)

*Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk (**2 sider**)

*Ward, D. (2000). Clinical infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3), 162-170. doi: 10. 12968/bjon.2000.9.3.162 (**9 sider**)

*World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (**1 side**)

Totalt antall sider: 714