



Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Elise Arnesen og Ida Mari Skare Tangen

Veileder: Liv Bekkeli

Bacheloroppgave i sykepleie

«Brukermedvirkning: et likeverdig samarbeid»

«Patient participation: an equal collaboration»

Antall ord: 12447

BASY14

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Tittel: «Brukermedvirkning: et likeverdig samarbeid»

«Patient participation: an equal collaboration»

Oppgavens formål: Å belyse hvilke faktorer som kan spille inn for sykepleiers tilrettelegging for brukermedvirkning hos pasienter som er isolerte, og å øke bevissthet rundt hvordan dette kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte.

Problemstilling: *“Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos sykehuspasienter som er isolerte?”*

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor pensumlitteratur, faglitteratur, forskning og praksiserfaringer benyttes for å komme frem til et svar på valgt problemstilling.

Konklusjon: Sykepleiers tilrettelegging for brukermedvirkning vil avhenge mer av relasjon og holdninger enn av spesifikke tiltak. Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon er essensiell, da brukermedvirkning også avhenger av informasjon og kunnskapsdeling. Isolerte pasienter er mer utsatt for å oppleve utfordringer og problemer knyttet til sin psykiske helse, noe som gjør at sykepleier må tilrettelegge med fokus på disse behovene.

Nøkkelord: brukermedvirkning, isolasjon, Travelbee, relasjon, likeverd, informasjon, empowerment, psykiske behov, undervisning og veiledning.

Innhold

SAMMENDRAG	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN OG HENSIKT FOR OPPGAVEN	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 BEGREPSAVKLARINGER.....	6
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	7
2. TEORETISK REFERANSERAMME	8
2.1 TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	8
2.1.1 <i>Interaksjonsprosessen</i>	9
2.2 EMPOWERMENT.....	11
3. PRESENTASJON AV METODE	12
3.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	12
3.2 KILDEKRITIKK	13
3.3 ETISKE OVERVEIELSER	16
3.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	16
4. HVORDAN KAN SYKEPLEIER TILRETTELEGGE FOR BRUKERMEDVIRKNING HOS SYKEHUSPASIENTER SOM ER ISOLERTE? 20	
4.1 DATASAMLING	20
4.2 IDENTIFISERING AV BEHOV	24

4.3	MÅLIDENTIFISERING	28
4.4	SYKEPLEIEHANDLINGER.....	29
4.4.1	<i>Relasjon og pasientperspektiv</i>	<i>30</i>
4.4.2	<i>Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon.....</i>	<i>32</i>
4.5	EVALUERING.....	35
5.	KONKLUSJON	39
	LITTERATURLISTE.....	40
	VEDLEGG 1: SØK I ØRIA	44
	VEDLEGG 2: PICO-SKJEMA.....	46
	VEDLEGG 3: FORSKNINGSSØK	47

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt for oppgaven

Isolasjon kan blant annet iverksettes på bakgrunn av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Folkehelseinstituttet undersøker prevalensen av slike infeksjoner i sykehus to ganger i året. Herunder kommer urinveis-, nedre luftvei-, blodbane- og postoperative infeksjoner. Høsten 2016 hadde 4,7 prosent av sykehuspasientene minst én infeksjon. Dette er en nedgang fra 2012 da det var 5,4 prosent (Folkehelseinstituttet [FHI], 2017). Disse tallene viser at selv om det blir færre infeksjoner er det fremdeles en stor andel av pasientene som blir rammet.

Forskning viser at isolering som smitteverntiltak også vil øke og bli enda viktigere i fremtiden grunnet økningen av antibiotikaresistente bakterier (Abad, Fearday & Safdar, 2010). Isolerte pasienter har også gjennomsnittlig liggetid enn andre pasienter (Stelfox, Bates, Redelmeier, 2003). Dette gjør isolerte pasienter til en viktig målgruppe.

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet for alle brukere. Det skal legges stor vekt på pasientens mening ved utformingen av helsetilbudet (pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, §3). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier et ansvar for å følge opp denne rettigheten (Norsk Sykepleierforbund, [NSF], 2016). Brukermedvirkning er viktig for pasientene fordi det kan redusere engstelse og øke tilfredsheten og sikkerheten. Det vil også føre til at beslutningene som tas angående behandlingen blir tatt i tråd med pasientens verdier (Austvoll-Dahlgren, 2014).

Studien til Bjørnsland, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) viser at sykepleiere i sykehus er preget av paternalistisk tenkning, som vil si at sykepleier mener hun vet best ut ifra hennes fagkunnskaper. Dette vil kunne fungere som et hinder for brukermedvirkning. Pasientrollen har også endret seg. Tidligere var pasientene mer autoritetstro og inaktive enn de har vært de siste årene, hvor de har blitt mer bevisste og i større grad ønsker å være delaktige (Helsekompetanse, s.a.). I praksis har vi erfart at isolerte pasienter føler seg lite involvert i behandlingen, og at de uttrykker et ønske om å få medvirke i større grad. På bakgrunn av dette ser vi at brukermedvirkning er et tema som trenger mer fokus, og da særlig i sykehus.

Hensikten med oppgaven er å belyse utfordringer sykepleier kan møte i forhold til isolerte pasienters medvirkning, og hvordan hun kan legge til rette for at brukermedvirkningen blir bevart.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av tema vi ønsker å fokusere på har vi kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos sykehuspasienter som er isolerte?”

Denne problemstillingen er relevant for sykepleiefaget fordi sykepleier kan møte isolerte pasienter i institusjoner. Hun har da et ansvar i forhold til å ivareta pasienters grunnleggende behov, og har en sentral rolle i behandlingen. Herunder kommer et ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning.

1.3 Begrepsavklaringer

Tilrettelegge: Med begrepet mener vi hvilke fokus og metoder sykepleier kan legge vekt på for å skape et faglig grunnlag for pasientens medvirkning. Tilretteleggingen vil også innebære hvordan handlinger og situasjoner kan påvirkes for å fremme brukermedvirkning.

Brukermedvirkning: Handler om at de som benytter seg av helsetjenester får medvirke i utformingen, og i beslutningsprosesser som omhandler dem (Kristoffersen, 2016).

Isolasjon: Er en type smittevern hvor pasienten er på et eget rom med forgang, dekontaminator, toalett og dusj (Akselsen & Elstrøm, 2012). Hensikten er å forhindre smittespredning fra en pasient med infeksjon til andre pasienter, helsepersonell, miljø eller besøkende (Stordalen, 2009).

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Opgavens målgruppe avgrenses til etnisk norske pasienter fordi vi ser at pasienter med annen etnisitet er en egen målgruppe når det kommer til isolasjon. I den sammenheng vil

sykepleier møte andre utfordringer, som for eksempel behov for tolk på grunn av språkproblemer. I noen kulturer er det vanlig at flertall av pårørende er hos pasienten store deler av døgnet, noe som også vil by på utfordringer når pasienten er isolert. På grunn av vårt fokus som er brukermedvirkning, velger vi derfor å gå ut fra etnisk norske pasienter. Fokuset gjør også at vi velger å legge vekt på pasientens psykiske behov under isoleringen og ikke årsaken til at pasienten blir isolert.

Sykepleieteoretikeren Travelbee, som vi har tatt utgangspunkt i, mener at begrepet “pasient” er en stereotyp. Hun legger vekt på at alle er enkeltmennesker med behov for helsetjenester, og benytter derfor ikke begrepet pasient i sin bok annet enn i drøfting av nettopp denne stereotypen. Begrepet “sykepleier” bruker hun bare av praktiske kommunikasjons hensyn (Travelbee, 2001). Selv om Travelbee ikke benytter begrepet pasient, velger vi å gjøre det i vår oppgave for oversiktens skyld. Vi benytter også begrepet sykepleier for å tydeliggjøre denne rollen, da dette er en relevant del av oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med kapittel 1: *Innledning*, som går inn på bakgrunn for tema, problemstilling, begrepsavklaringer og til slutt avgrensning og presisering. Innledningen legger grunnlaget for oppgaven videre. I kapittel 2 *Teoretisk referanseramme*, gjør vi rede for teori som belyser vårt tema og problemstilling. Herunder inngår sykepleieteoretikeren Travelbee og hennes interaksjonsteori, samt begrepet empowerment. Videre i kapittel 3: *Presentasjon av metode*, presenteres metoder, fremgangsmåten for litteratursøk og hvilke kriterier vi har vurdert kildene etter. Kapitlet avsluttes med etiske overveielser og presentasjon av funn. Deretter blir teorien, funnene og fagstoff drøftet under kapittel 4: *Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos sykehuspasienter som er isolerte?* For å introdusere oppgavens innhold på en oversiktlig måte deles teksten inn i underkapitler som tydelig får frem temaene vi skriver om. Til slutt kommer vi frem til en konklusjon i kapittel 5, som gir svar på vår problemstilling.

2. Teoretisk referanseramme

I denne delen av oppgaven presenteres teori som er relevant for problemstillingen. Først gjøres det rede for Travelbees interaksjonsteori og deretter empowerment.

2.1 Travelbees sykepleieteori

Dette kapittelet starter med en kort presentasjon av Joyce Travelbee før det går inn på hennes interaksjonsteori, som handler om hvordan sykepleier kan oppnå en likeverdig relasjon til sine pasienter.

Travelbee var psykiatrisk sykepleier og lærer innen faget i USA. Hun mente at det var skjedd en avhumanisering av helsesektoren etter andre verdenskrig, og hennes teori var en motreaksjon på dette. Interaksjonsteorien har blitt en viktig del av sykepleierutdanningen (Jensen, 2001). Viktige begreper i Travelbees teori er: mennesket som individ, mening, kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 1992).

Ifølge interaksjonsteorien må sykepleieren forstå hva som foregår mellom seg selv og pasienten, for å forstå hva en sykepleier er (Kirkevold, 1992). Målet og hensikten med sykepleie er å hjelpe enkeltmennesket med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i erfaringene (Travelbee, 2001).

Å møte den syke krever at sykepleieren har et gjennomgående menneskesyn i all kontakt med andre mennesker. Dette synet går ut på å se at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverd. I denne sammenheng vil det være viktig at sykepleieren er interessert og prøver å forstå hva som ligger bak pasientens handlinger og reaksjoner. For å utføre god sykepleie er det behov for at sykepleier har et slikt menneskesyn, er støttende, bryr seg om den syke og forstår aspektene ved sykdom (Travelbee, 2001).

Travelbee utdyper hvordan rollene som sykepleier og pasient kan bli et hinder for deres forhold, noe som gjør at hennes teori baserer seg på et mennesket-til-menneske-forhold. Med det likeverdige forholdet mener hun at den mellommenneskelige relasjonen skal handle om to individer som samarbeider med lik innvirkning på hverandre. Dette betyr ikke at

sykepleieren skal undertrykke sine kunnskaper, men at hun også skal forstå sykdommen som en menneskelig erfaring. Erfaring betyr partenes personlige opplevelse av hendelser. Det vil ikke være tilstrekkelig å kun se sykdom gjennom etiologi, behandling og symptomer, fordi sykdommen påvirker livet til det rammede mennesket. Sykepleieren må derfor se alle de erfaringene sykdom bringer med seg for pasienten og de rundt (Travelbee, 2001).

Videre skriver Travelbee om viktigheten av at sykepleier godtar pasientens utsagn og oppfatninger som sant og gyldig for pasienten. Sykepleieren kan ha en egen oppfatning av den sykes erfaringer, men det er ikke relevant fordi hun skal bruke pasientens oppfatninger til å hjelpe. Den syke skal få reagere slik som er naturlig og passende for ham, og ikke måtte leve opp til forventninger om hvordan syke mennesker skal reagere. At sykepleier godtar og gir pasienten medhold i hans opplevelse, vil støtte og fremme refleksjon hos pasienten (Travelbee, 2001). Dette handler om å godta pasienten for den personen han er, legge til rette for og støtte opp om personens reaksjoner og opplevelser.

2.1.1 Interaksjonsprosessen

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold skjer gjennom en interaksjonsprosess. Sykepleieren og den syke bygger opp forholdet sammen, men ansvaret for å etablere og opprettholde relasjonen ligger hos den profesjonelle sykepleieren. Resultatet av prosessen skal være et forhold basert på gjensidig forståelse og kontakt. Dette skjer gjennom fire faser: (1) *det innledende møtet*, (2) *framvekst av identiteter*, (3) *empati* og (4) *sympati og medfølelse* (Travelbee, 2001).

Den første fasen, *det innledende møtet*, er det første møtet mellom sykepleier og pasient. Her blir det fra begge parter gjort observasjoner, antakelser og meninger om hverandre som danner et førsteinntrykk og grunnlag for det videre interaksjonsmønsteret. I denne startfasen vil partene ofte se på hverandre som "sykepleier" og "pasient", og ikke som unike individer. Når partene ikke kjenner hverandre, vil de basere seg på stereotype forestillinger. Begge kan også ha fordommer på grunnlag av tidligere erfaringer. For at sykepleier skal være i stand til bygge en relasjon videre må hun se forbi pasienten som en kategori, og oppfatte enkeltmennesket (Travelbee, 2001).

I fase to, *framvekst av identiteter*, etableres en tilknytning og evne til å se den andre som et menneskelig individ. Sykepleieren begynner nå å fange opp pasientens tanker og følelser mens pasienten opplever at sykepleieren ikke bare er en pleier, men også et medmenneske. Interaksjonen påvirkes av den personlige innvirkningen partene har på hverandre. Sykepleierens oppgave vil være å reflektere rundt egen bevissthet i forhold til å anerkjenne pasienten som et individ. Denne fasen vil legge et grunnlag for empati (Travelbee, 2001).

Empatifasen handler om evnen til å leve seg inn i og forstå hverandre. Dette begrepet omfatter å ta del i et annet menneskes sinnstilstand fra et objektivt ståsted, og dermed ikke tenke og føle som den andre. Empati gir en følelse av å være sammen om noe samtidig som man er to forskjellige mennesker. Partene vil være i stand til å fatte betydning av den andres tanker og følelser. Empati gir også mulighet for anerkjennelse og å forutsi atferd. Et ønske om å forstå den andre er en forutsetning for empati. Det vil også påvirkes av partenes personlige bakgrunn og likheter mellom deres erfaringer. Empati må ikke forveksles med sympati og medfølelse, som neste fase handler om (Travelbee, 2001).

I fjerde og siste fase bygges empatien et skritt videre, og det utvikles *sympati og medfølelse*. Disse begrepene omfatter et ønske om å lindre den andres plager, forstå og ta del i vedkommendes følelser. Sympati og medfølelse er en kortvarig form for medlidenhet. Dette kan ikke foregå om partene har en objektiv distanse mellom seg, da personlig og følelsesmessig involvering er nødvendig. Sympati og medfølelse utstråler varme, medlidenhet og omsorg. Dette kommer ofte frem i den verbale kommunikasjonen, men formidles også gjennom sykepleierens væremåte og atferd. Graden av sympati vil påvirke pasienten både fysisk og psykisk, herunder vilje til bedring (Travelbee, 2001). Her kommer det frem at forskjellen mellom empati og sympati er det følelsesmessige engasjementet, noe Travelbee mener er nødvendig for å utføre god sykepleie.

Når sykepleier og pasient har gått gjennom de fire fasene over, vil de ha opparbeidet en gjensidig kontakt og forståelse i sitt forhold til hverandre. Relasjonen har da gått fra å være "sykepleier" og "pasient" til to medmennesker. Det profesjonelle forholdet vil fremdeles være tilstede, men uten behov for distansering. Selv om gjensidig kontakt og forståelse vanligvis deles av både sykepleier og pasient, vil erfaringene være ulike fordi partene er forskjellig og har ulike roller i situasjonen. Begge partenes opplevelser og erfaringer er dermed viktige og betydningsfulle. Sykepleierens handlinger må konsekvent handle om å

lindre pasientens plager. Tillit, som blir opparbeidet gjennom de tidlige fasene, vil nå utvikle seg til trygghet. Et slikt menneske-til-menneske-forhold er et mål for sykepleiere å oppnå i relasjonen til sine pasienter (Travelbee, 2001).

2.2 Empowerment

Empowerment er et overordnet begrep for brukermedvirkning som belyser ulike perspektiver i medvirkningen (Helsedirektoratet, 2015). Empowerment går ut på å styrke egenkraften, makten og myndigheten mennesker har over eget liv (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006).

Begrepet ble trukket frem av Paulo Freire, som var opptatt av at hensikten med utdanning var å øke individets myndighet til å gjøre egne valg på et informert grunnlag. Freires teori handler dermed ikke om å øke mottakerens etterfølgelse av autoritetens instruksjoner, men om frihet til å ta avgjørelser på et faglig grunnlag. Intensjonen med opplæringen blir derfor i denne sammenheng å øke pasientens evne til å tenke kritisk og ta egne valg. Han mente også at økt kunnskapsnivå kan øke et menneskes engasjement til å påvirke sin situasjon (Anderson & Funell, 2010).

Opplæring vil aldri være helt nøytral fordi den påvirkes av hva autoriteten ønsker å oppnå. Derfor er pasienten avhengig av å få støtte til å reflektere. Refleksjon øker pasientens perspektiv og forståelse av mulige konsekvenser som kan følge av sine valg (Anderson & Funell, 2010). Dette belyser en viktig side av pasientens medvirkning i behandlingen.

Empowerment fokuserer også på ressurser, ferdigheter og kompetanse (Helsedirektoratet, 2015). Ressurser omfatter blant annet kunnskap, motivasjon og krefter som er indre ressurser, og miljø og tilgang til helsetjenester som er ytre (Skaug, 2016). I denne sammenheng innebærer empowerment dermed at sykepleieren skal bevisstgjøre og styrke pasientens ressurser, slik at han møter sitt potensial til å være delaktig. Dette kan gjøres ved å gi tilgang til tjenester av høy faglig kvalitet. Formålet med å styrke pasientens ressurser er å fremme mestring, et positivt selvbilde og trygghet slik at pasienten kan oppleve å gjenvinne makt og kontroll over eget liv. På denne måten kan sykepleier motivere pasienten til å være delaktig og føle et ansvar for behandlingen. Relasjonen mellom sykepleier og pasient skal derfor bli mer likestilt ved at beslutningsmyndigheten deles (Helsedirektoratet, 2015). Dette betyr at pasienten får en mer sentral rolle i behandlingen og sykepleierens rolle blir mer støttende og hjelpende.

3. Presentasjon av metode

En metode er fremgangsmåten som benyttes for å innhente kunnskap, og er et redskap som hjelper oss med å samle data om noe vi vil undersøke. Eksempler på forskningsmetoder er kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode fremstiller målbare data, for eksempel prosenttall. Denne metoden baseres ofte på spørreskjemaer hvor data samles fra et høyt antall undersøkelsesenheter. I kvalitativ metode undersøkes meninger og opplevelser personer har i forhold til et tema, for eksempel gjennom intervjuer. Antall undersøkelsesenheter er lavere ved denne metoden, men det går mer i dybden. Formålet med kvalitativ metode er å gi forståelse av opplevelser og meninger i forhold til et tema (Dalland, 2012).

Dette er en litteraturstudie som samler kunnskap gjennom skriftlige kilder. Litteraturen og forskningen som tas i bruk er gått kritisk gjennom med systematisk tilnærming. Studien skal presentere oppdatert kunnskap som brukes til å besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2015).

3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

I denne delen av oppgaven beskrives hvordan vi har funnet frem til våre kilder. Kilder er alt som kan bidra i en oppgave. Formålet med fremgangsmåten er å finne litteratur som gir troverdig kunnskap, og for å sikre dette må det stilles krav til validitet og reliabilitet i søkene. Validitet betyr at funnet er relevant og gyldig for det som blir etterspurt i problemstillingen (Dalland, 2012). Reliabilitet ser på hvordan undersøkelsen er gjennomført, og i hvilken grad studien belyser den virkelige situasjonen (Sander, 2014).

I denne oppgaven benyttes bøker fra pensum, selvvalgt litteratur, fagartikler og vitenskapelige artikler. Noe av den selvvalgte litteraturen er funnet ved å søke på begrepene “Travelbee”, “smittevern”, “pasientundervisning”, “medvirkning” og “pasient” i Oria (vedlegg 1). Oria ga plasseringen på de aktuelle bøkene. Da vi fant frem til disse, lette vi videre gjennom hyllene i søk etter annen relevant litteratur under samme emne. Bøkenes relevans ble vurdert gjennom å lese forord, noe som ga oversikt over innhold og hensikt. Vi har også funnet selvvalgt litteratur gjennom å se i referanselister til aktuelle fagbøker for å finne primærkilder. Fagartiklene er funnet gjennom å søke i tidsskrifter på nett.

De vitenskapelige artiklene er funnet gjennom systematiske søk, ved hjelp av PICO-skjema (Vedlegg 2). I skjemaet er det satt opp to forskningsspørsmål som bidro til å sikre relevante funn. PICO-skjemaet inneholder også begreper som er sentrale for problemstillingen. Databasene som er benyttet er SveMed+, PubMed, CINAHL og Oria. I søkene er det i all hovedsak blitt benyttet MeSH-termer. Dette er ord eller begreper som kobler sammen synonymer og nærliggende begreper innen fagområdet helse og medisin (Aasen & Nylund, 2012).

Søkene er satt inn i et skjema (vedlegg 3) som gir en ryddig oversikt over database, søkeord, filter, treff, antall vurderte og inkluderte artikler. Søkeordene som er benyttet er: “patient participation”, “nurs*”, “nursing care”, “patient”, “isolation”, “hospital”, “communication”, “decision-making”, “contact isolation”, “effects”, “patient care” og “patient perspective”. Noen av søkeordene er også brukt på norsk. For å avgrense søkene brukte vi kombinasjonssøk, som innebærer å kombinere to eller flere søkeord med “AND”, “OR” eller “NOT”.

I utvelgelsen av artikler så vi på innhold, forfatter(e), publiseringssted, metode og årstall for å sikre validitet og reliabilitet. Vi har valgt ut sju artikler, hvorav seks er engelskspråklige. Fire av artiklene omhandler helsepersonell- og pasienterfaringer i forhold til brukermedvirkning, og tre om pasienters opplevelser av isolasjon og kvaliteten i sykepleien de mottar.

Dalland (2012) skriver at bibliotekarene er viktige ressurser og samarbeidspartnere. Disse har vi benyttet oss av i vårt arbeid med oppgaven, gjennom å få veiledning angående kildehenvisninger.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikken brukes for å kritisk vurdere kildematerialet som blir benyttet, og hvordan dette blir gjort. Dette innebærer å vurdere og karakterisere kildene (Dalland, 2012).

I vurdering av litteratur har vi sett på gyldighet, holdbarhet og dens relevans for problemstillingen. Dette er vurdert ved å se på hva slags type litteratur det er, forfatter, målgruppe, formålet og når teksten er skrevet. Når en tekst er skrevet kan ha betydning for dens verdi som kilde. Kunnskap kan raskt bli utdatert når det stadig blir presentert ny kunnskap. Likevel vil eldre kilder kunne være av betydning i drøfting av nyere funn (Dalland, 2012).

Sykepleie er et fagområde under stadig utvikling, noe som gjorde at vi ønsket å ha fokus på å finne tidsaktuelle kilder. På bakgrunn av Dallands understrekelse av at eldre kilder kan være nyttige har vi likevel valgt å inkludere eldre litteratur om innholdet er av verdi for vår oppgave.

Videre har det blitt vurdert om kilden er primær eller sekundær. En primærkilde er den opprinnelige kilden informasjonen kommer fra, mens en sekundærkilde er når innhold fra en primærkilde blir gjenfortalt og tolket av andre. Dette kan resultere i feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2012). På bakgrunn av dette er det lagt vekt på å finne primærkilder. I noen tilfeller blir likevel sekundærkilder benyttet, etter en grundig gjennomgang av dens troverdighet og relevans.

Fagbøker som er oppgitt i pensum knytter kunnskapen til studiet (Dalland, 2012). Pensumbøker er benyttet for å finne informasjon om isolasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning, fra et sykepleiefaglig perspektiv. Da bøkene er en del av sykepleieutdanningen anses de som troverdige kilder. Likevel har vi også vært kritiske til relevans, holdbarhet, forfattere og når de er skrevet.

De selvvalgte fagbøkene er funnet i høgskolens bibliotek, som har gitt stor tilgang til faglitteratur. Dette ga mulighet for å se gjennom mange kilder og å være kritisk til hvilke bøker som skulle involveres i oppgaven. Her ble de samme kriteriene som ved vurderingen av pensumbøker benyttet. Ved bruk av informasjon fra nettsider har vi undersøkt forfattere og redaktører for å vurdere sidenes troverdighet og hensikt.

I forhold til Joyce Travelbees sykepleieteori har det først og fremst blitt benyttet hennes egen bok *Interpersonal Aspects of Nursing* for å innhente teori. Boken *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* av Marit Kirkevold ble også benyttet fordi den ga en oversikt over teoriens viktigste elementer. Ved å bruke to kilder på Travelbees interaksjonsteori har vi sikret vår forståelse av innholdet.

Vitenskapelige artikler er skilt fra fagartikler ved å se på tre hovedkriterier:

- IMRaD-struktur
- Er innholdet fagfellevurdert?
- Presenteres ny kunnskap?

IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon. Denne strukturen er en anerkjent måte å disponere innholdet i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015). I vurderingen

av artikler har det blitt sett på om den er satt opp etter IMRaD-strukturen. Deretter har vi skaffet oss oversikt gjennom å lese abstrakt for å se om den er rettet mot sykepleie, brukervedvirkning og/eller isolasjon.

Filteret “peer reviewed” er konsekvent brukt for å sikre at artiklene er fagfellevurderte. Da er det to eksperter på fagområdet som har vurdert artikkelen (Dalland, 2012). Dette gjør at vi anser artikkelen som en pålitelig kilde.

Hensikten med en vitenskapelig artikkel er at den presenterer ny kunnskap (Thidemann, 2015). På bakgrunn av dette har vi vurdert om innholdet og kunnskapen artiklene introduserer er ny og oppdatert. Dette har blitt gjort ved å se på artiklenes ingress som presenterer kunnskapen som allerede finnes på feltet og hvilke nye kunnskaper artikkelen tilfører.

Sammen med disse vurderingspunktene har vi også brukt Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Disse inneholder nyttige punkter som stiller spørsmål ved for eksempel formål, metode og hensiktsmessighet som hjelper oss å se om artikkelen er holdbar (Kunnskapssenteret, 2014).

For å sikre at studiene har relevans til problemstillingen, har det blitt sett på deres målgrupper. Alle studiene som har blitt benyttet tar for seg pasienter i sykehus. Bare én av artiklene er fra Norge, noe som kan påvirke de andre studienes overførbarhet til vår målgruppe. Vi har likevel valgt å inkludere studier fra andre land da det ikke finnes tilstrekkelig med forskning utført i Norge. For å sikre mest mulig overførbarhet til vår målgruppe det blitt ekskludert studier fra land som har store kulturforskjeller fra Norge, fordi vi tenker at dette kan påvirke synet på brukervedvirkning og sykepleierollen. Vi er innforstått med at noen av forskningsartiklene går ut i fra pasientgrupper med diagnoser som ikke stemmer overens med vår målgruppe, men artiklene har likevel blitt inkludert fordi de går inn på faktorer som er relevante for vår problemstilling. Selv om målgruppen er annerledes har elementene for brukervedvirkning vært overførbare fordi de baseres på sykepleie-pasient relasjonen.

I oppgaven presenteres kvalitative studier som beskriver ulike perspektiver i forhold til brukervedvirkning, isolasjon og pasientbehov, som er sentrale temaer for problemstillingen. I tillegg inkluderes kvantitative studier som gir målbar informasjon om brukervedvirkning og kvaliteten i sykepleien til isolerte pasienter. Denne type studie gir oss en oversikt som vi kan bruke i drøftingen av de kvalitative studiene. Det blir også benyttet to litteraturstudier

som gir oversikt over pasienters- og sykepleieres opplevelser av brukermedvirkning eller isolasjon. Gjennom å lese slike studier får vi innsikt i andres synspunkter på temaet.

3.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å tenke over hvilke etiske utfordringer et arbeid medfører, og hvordan dette kan håndteres. Det stilles krav når vi jobber med personopplysninger som skal sikre at personene blir ivaretatt (Dalland, 2012). Hvordan personopplysninger skal håndteres er bestemt i personopplysningsloven, som sier at slike opplysninger skal behandles i samsvar med personvern hensyn. Formålet med loven er å beskytte mennesket mot krenkelse gjennom måten personopplysninger behandles (personopplysningsloven, 1999, §1).

I oppgaven inkluderes egne praksiserfaringer i besvarelsen. Her vil den etiske utfordringen være å overholde taushetsplikten og å anonymisere pasienter og helsepersonell. Dalland (2012) skriver at anonymisering krever at opplysninger ikke kan identifisere enkeltpersoner. Dette følges opp i oppgaven gjennom å bruke begrepene pasient, sykepleier, personell/ansatt og han/hun. Opplysninger om tid og sted er også utelatt.

3.4 Presentasjon av forskningsartikler

Her presenteres de forskningsartiklene om isolasjon eller brukermedvirkning som har direkte relevans til hvordan sykepleier kan legge til rette for brukermedvirkning.

“Patients’ experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated” av E. Skyman, T. H. Sjöström og L. Hellström.

Denne kvalitative studien tar for seg pasienterfaringene etter et MRSA-utbrudd i Sverige der flere pasienter ble isolert etter smitteeksponering. Artikkelen beskriver informasjonsbehovet deltakerne hadde, men som i liten grad ble dekket. Pasientene ble svært usikre fordi informasjonen de fikk enten var mangelfull, lite konkret eller motstridende. Det udekkede informasjonsbehovet preget ikke bare hverdagen på sykehuset, men også dagene etter utskrivelse. Studien tok også for seg opplevelsen av det å være isolert og smittsom (Skyman, Sjöström & Hellström, 2010).

“Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review” av C. Abad, A. Fearday og N. Safdar.

Denne litteraturstudien har tatt for seg forskning om hvordan isolasjon påvirker pasienter psykologisk. Studiens funn viser at isolasjon kan påvirke pasientens psykiske helse negativt, herunder grad av tilfredshet, angst og depresjon. Artikkelen tar videre for seg at mindre kontroll og usikkerhet er to av flere årsaker til dette. Forskerne ser også at de ansatte er sjeldnere inne eller bruker korter tid hos pasienter som er isolert, enn hos andre pasienter. En faktor for dette var bruk av smitteutstyr, som fungerte som en barriere for å gå inn på isolatet. Det kommer frem at pasientene kan få mindre psykiske plager som følge av det å være isolert dersom de ble forberedt emosjonelt før isolasjonen. Andre viktige faktorer var informasjon, undervisning og god kommunikasjon med pleierne (Abad et al, 2010).

“Safety for Patients Isolated for Infection” av H. T. Stelfox, D. W. Bates og D. A. Redelmeier.

Artikkelen er en kvantitativ studie som tar for seg kvaliteten på sykepleien som blir gitt til pasienter som er isolerte med MRSA eller infeksjon. Studien så også på tilfredsheten blant pasientene. Studiens funn viste at isolerte pasienter hadde gjennomsnittlig lengre liggetid enn kontrollpasientene. Det var større sannsynlighet for mangel på dokumentasjon i forhold til isolerte pasienter. Pasientgruppen uttrykte også mer misnøye med behandlingen de mottok enn kontrollpasientene, herunder kommunikasjon og tilgang til personalet (Stelfox et al, 2003).

“Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus” av B. Bjørslund, B. Wilde-Larsson og K. Kvigne.

Dette er en kvalitativ studie som ser på brukernes erfaringer av hva som fremmer og hindrer deres brukermedvirkning, samt hva sykepleierne gjør for å påvirke dette. Pasientene i studien forteller om situasjoner de har vært i og reflekterer rundt utfallet av disse. Dette fremmer forståelsen og innsikten i deres erfaringer og tanker (Bjørslund et al, 2012).

Studiens funn er at pasientenes medvirkning fremmes når de selv har kunnskap og er bevisste på sine behov. Sykepleieren fremmer medvirkning når hun viser respekt, forståelse og omsorg. Det som hemmer pasientens medvirkning er når de har liten tiltro til seg selv og ikke har kapasitet til å fremme sine ønsker eller delta aktivt. For sykepleierne var travelhet, mangel på respekt for pasientens kunnskap og at de ikke delte sin beslutningsmyndighet faktorer som virket negativt på medvirkningen. Pasientene opplevde heller ikke noe sykepleie-pasient-relasjon fordi det stadig var nye ansatte på vakt. Studien trekker også inn at pasient- og hjelperrollen må endres til å at partene blir mer likeverdige (Bjørnsland et al, 2012).

“Patients’ decisional control over care: a cross-national comparison from both the patients’ and nurses’ points of view” av E. Papastavrou, G. Efstathiou, H. Tsangari, C. Karlou, E. Patiraki, D. Jarosova, Z. Balogh, A. Merkouris og R. Suhonen.

Denne tverrsnittstudien sammenligner og undersøker forekomsten av brukermedvirkning i europeiske land. Studiens funn viser at land med lavere bemanning involverte pasientene mindre. Artikkelen viser at sykepleiere var mer tilfredse med forholdet mellom pasient og sykepleier enn pasientene selv. Pasientene ønsket mer informasjon og et mer balansert forhold (Papastavrou et al, 2015).

Studiens funn viste at pasientene opplevde å ha større påvirkning på ernæring og søvn enn de hadde på eliminasjon og personlig hygiene. De opplevde også å ha svært liten innvirkning i forhold til behandlingsalternativer. Studien belyser at pasientene følte deres ønsker eller meninger i liten grad ble involvert i beslutninger. For å møte pasientenes behov vil det kreve mer fleksibilitet og individuell tilrettelegging av prosedyrer (Papastavrou et al, 2015).

“Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review” av G. Tobiano, A. Marshall, T. Bucknall og W. Chaboyer

Dette er en litteraturstudie som handler om pasienters og sykepleieres oppfatninger av brukermedvirkning i sykehus. Funnene viste at faktorer som kan være utfordrende for

medvirkning er pasientens vilje og kapasitet, samt sykepleiernes tilnærming og usikkerhet rundt roller. Mange pasienter var påvirket av preferanser og ikke nødvendigvis sin evne og kapasitet til å medvirke. Viktige faktorer som fremmer brukermedvirkningen er informasjon, og å involvere pasientene i planlegging og vurdering av pleietilbudet. God informasjon bidrar til at pasientene føler seg respekterte og blir mer engasjert (Tobiano, Marshall, Bucknall & Chaboyer, 2015).

“Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians” av E. S. Lic, U. Hellström, B. Hedberg, A. Broström, B. Fossum og K. Karlgren.

Denne kvalitative studien ser på faktorer som fremmer brukermedvirkning, herunder fremgangsmåter ved undervisning og veiledning. Deltakerne forteller om viktigheten av å føle seg verdsatt, og at deres meninger trekkes frem i konsultasjonen. For at legene og sykepleierne skulle tilrettelegge undervisning og informasjon på best mulig måte var det nødvendig å kartlegge pasientens forståelse først. Deretter hadde det god effekt å bruke bilder, tegninger og modeller i undervisningen om sykdommen, symptomer og anatomi. I kombinasjon med støttende og bekreftende kommunikasjon klargjorde dette informasjonen og situasjonen. Når pasienten ble lyttet til økte også deres etterfølgelse av behandlingen (Lic, Hellström, Hedberg, Broström, Fossum & Karlgren, 2016).

4. Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos sykehuspasienter som er isolerte?

I denne delen av oppgaven vil vi systematisk drøfte problemstillingen gjennom bruk av sykepleieprosessen, som deles inn i fem faser: (1) *datasamling*, (2) *identifisering av behov*, (3) *målidentifisering*, (4) *sykepleiehandlinger* og (5) *evaluering*.

Sykepleieprosessen er en problemløsningsmetode som har fokus på samhandling mellom sykepleier og pasient. Formålet med prosessen er å ivareta pasientens behov i samsvar med sykepleierens faglige verdier og mål (Skaug, 2016). Travelbee (2001) skriver også om sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Med det mener hun alt som skjer direkte eller indirekte mellom sykepleier og pasient.

Vi har valgt å bruke sykepleieprosessen som en ramme for vår drøfting fordi den har et fokus som passer til vår problemstilling. Fasene vil være noe overlappende, som gjør at sykepleier og pasient ofte vil være innom flere samtidig og gå frem og tilbake mellom dem. I denne oppgaven drøftes de likevel hver for seg.

I drøftingen benyttes forskningsartikler som har ulike metoder. Dette gir et bredt perspektiv av temaet fordi deres funn kan underbygge og/eller utfylle hverandre. For å gi svar på problemstillingen vil det være nødvendig at sykepleier har innsikt i pasientens perspektiv. I vår litteraturstudie legger vi derfor mest vekt på studier som benytter kvalitativ metode. Faglitteratur og praksiserfaringer brukes også i drøftingen, som sammen med forskningsfunnene skal gi svar på problemstillingen.

4.1 Datasamling

Datasamling er en systematisk og kontinuerlig innsamling av opplysninger fra og om pasienten (Skaug, 2016). Datasamling vil være en viktig del av brukermedvirkningen, da det handler om å dele beslutningsansvaret på bakgrunn av at pasienten sitter på den sentrale kunnskapen i forhold til sin kropp (Vatne, 1998).

En viktig kilde for datasamlingen er inntakstjournal og rapport fra kollegaer. Dette er sekundærkilder, som vil være nyttige i forberedelsen til møtet med pasienten (Skaug, 2016). I forbindelse med brukermedvirkning kan rapporten gi sykepleieren en indikasjon på hvilken grad pasienten vil ha mulighet for å medvirke. Likevel kan sekundærinformasjonen gi et feil inntrykk av situasjonen. I studien til Stelfox et al (2003) kom det frem at det ofte var mangelfull dokumentasjon i forhold til isolerte pasienter. Derfor vil det være viktig å være kritisk til den informasjonen man mottar da sykepleierne kan oppleve og forstå pasienter på ulike måter. Dette har vi opplevd i praksis, hvor vi har fått rapport med opplysninger om en pasients tilstand som ikke stemmer overens med hvordan vi opplever den pasienten vi møter.

Det første møtet bygger videre på datasamlingen sykepleier har opparbeidet seg gjennom rapport og journal. Dette gjøres gjennom observasjoner og informasjon fra pasienten selv. På denne måten får sykepleier innhentet data fra både primær- og sekundærkilden (Skaug, 2016). I dette møtet vil partene danne seg et førsteinntrykk av hverandre som påvirkes av deres roller, tidligere erfaringer og av den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Her vil det derfor være viktig at sykepleier er bevisst på måten hun tilnærmer seg pasienten slik at hun gir ham et godt førsteinntrykk. Dette danner grunnlaget for det videre interaksjonsmønsteret. Sykepleier må jobbe med å se pasienten som et enkeltmenneske og ikke som en kategori, noe den første fasen i Travelbees interaksjonsteori handler om. Betydningen av å se forbi pasienten som en kategori er at det skal kunne dannes et likeverdig forhold mellom partene, og et forhold kan kun dannes mellom to mennesker. Forholdet mellom partene er sykepleiers ansvar å etablere, derfor må sykepleier fokusere på hvordan hun kan skape et forhold uavhengig av hvem hun møter (Travelbee, 2001). Dette første møtet vil ha betydning for datasamlingen fordi helheten i samlingen vil være avhengig av et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient.

Studier viser at et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient er en viktig faktor for brukermedvirkning. Videre kommer det frem at pasientene ikke opplever et slikt forhold (Papastavrou et al, 2015; Bjørslund et al, 2012). Dermed vil den andre fasen i Travelbees interaksjonsprosess være aktuell for den videre relasjonen og datasamlingen. I denne fasen blir partene kjent på et medmenneskelig plan, noe som innebærer at de ser forbi rollene. Sykepleieren samler inn data om hvordan pasienten som et individ føler, tenker og oppfatter situasjonen (Travelbee, 2001). Pasientens perspektiv vil i større grad bli belyst, og dermed blir også datasamlingen mer helhetlig. Å bli kjent med pasienten som et unikt individ kan

bidra til kartleggingen kan foregå som et samarbeid mellom to mennesker med lik påvirkning på hverandre.

Betydningen av at datasamlingen gjøres i et samarbeid hvor sykepleier og pasient ikke ser hverandre som to kategorier, vil være at sykepleieren også får innsikt i pasientens erfaring med sykdom. Datasamlingen vil ikke bli fullstendig om den kun består av symptomer og fysiske momenter. Sykepleiers forståelse av sykdommen som en menneskelig erfaring gjør at hun i større grad kan se helheten, noe som vil ha betydning for hennes forståelse av dataene hun samler inn (Travelbee, 2001). Samlingen blir dermed mer fullverdig når den gjøres på grunnlag av sykepleierens faglige kunnskaper og pasientens erfaring av sykdommen og situasjonen. Dette vil ha stor betydning for tilrettelegging av brukermedvirkning fordi kvaliteten vil være avhengig av om den utføres på et medmenneskelig nivå som er preget av likeverd og trygghet.

Tilretteleggingen av medvirkningen vil også forutsette at sykepleier har kartlagt pasientens ressurser. Dette er fordi ressursene tydeliggjør pasientens forutsetninger for å ivareta sine grunnleggende behov, noe som utgjør en sentral del av datasamlingen (Skaug, 2016).

Pasientens indre ressurser går blant annet ut på kunnskap. I den sammenheng vil det være viktig å kartlegge pasientens health literacy, som på norsk kalles helsekompetanse. Dette omfatter pasientens grad av forståelse for medisinske termer og legemidler, og evne til å være kritisk til behandlingen han mottar (Austvoll-Dahlgren, 2014). I forhold til isolerte pasienter er det aktuelt å kartlegge pasientens kunnskap og forståelse av sin sykdom og hva isoleringen omfatter. Datasamlingen av pasientens helsekompetanse kan brukes i sykepleiers tilrettelegging av informasjon. På denne måten kan sykepleier også imøtekomme pasientens behov og rett på informasjon, som er bestemt i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, §3).

Andre indre ressurser sykepleier bør kartlegge er pasientens motivasjon, vilje og krefter. Disse faktorene vil ha stor betydning for brukermedvirkning, da medvirkningen avhenger av at pasienten har et ønske om og forutsetninger til å påvirke sin situasjon. Studien til Lic et al (2016) viser at sykepleieren kan ta i bruk datasamlingen som et verktøy for å tilpasse sine handlinger. I forhold til brukermedvirkning kan derfor datasamlingen fungere som en ramme for medvirkningens form og fokus. Det kartlegges hvilke områder pasienten har interesse for og ønske om å påvirke, som kan benyttes videre i samarbeidet med pasienten. En tilpasset brukermedvirkning som baserer seg på en individrettet datasamling vil kunne gjøre at

pasienten føler at hans mening teller, og at medvirkningen oppleves mer verdifull og nyttig. Forskning underbygger viktigheten av at pasienten føler seg verdsatt og at hans mening blir hørt, da dette fremmer brukervedvirkning (Lic et al, 2016).

Å bruke datasamlingen som en ramme for sykepleiehandlingene kan for eksempel gjelde i forhold til pasientens opplevelse av å være på isolatet. I undersøkelser av hvordan pasientene opplever isolasjonen kommer det frem at mange opplever dette som en belastning (Abad et al, 2010; Akselsen & Elstrøm, 2012; Rygh et al, 2016; Skyman et al, 2010; Stelfox et al, 2003). På bakgrunn av dette vil det være aktuelt å finne ut av når og hva som gjør at isolasjonen blir en belastning for pasienten, for så å bruke disse opplysningene i tilretteleggingen av tilbudet. Her vil det også være mulighet for at pasienten får ta del i hvordan sykepleieren tilrettelegger sykehusoppholdet slik at isolasjonen kan bli mindre belastende. Datasamlingen blir dermed en direkte faktor i tilretteleggingen av brukervedvirkningen.

Det handler ikke bare om å innhente informasjonen, men også om å være mottakelig for opplysningene pasientene gir. Dette skriver Travelbee (2001) om når hun belyser sykepleierens forståelse av det som foregår mellom seg og pasienten. Her vil sykepleierens menneskesyn ha en viktig rolle. Et menneskesyn som ser verdien i mennesket vil gjøre at hun kan godta og akseptere pasientens utsagn som gyldige og sanne for pasienten selv. Dette betyr at sykepleieren ikke skal danne sine egne antagelser av hva pasienten burde føle eller ikke, men prøve å forstå hvordan hun kan bruke pasientens opplysninger til å hjelpe ham.

Pasientens opplysninger er svært viktige fordi det er pasienten som er ekspert på egen kropp (Bjørnsland et al, 2012) Pasienten er sykepleiers kilde til førstehåndsupplysninger (Skaug, 2016). For at sykepleieren skal kunne forstå opplysningene avhenger det blant annet av kvaliteten på kommunikasjonen mellom partene. Dette kan i noen tilfeller oppnås gjennom å bruke kommunikasjonsteknikker, som for eksempel åpne spørsmål. Disse har som formål å få frem den andres tanker, følelser og opplevelser. Bruk av åpne spørsmål kan være en god måte å invitere til utforskning, beskrivelser og forklaringer (Eide & Eide, 2007).

Når sykepleieren samler data kan hun for eksempel spørre pasienten om hva han tenker og føler i forhold til å måtte isoleres. Dette kan gi nyttig data om hvordan pasienten har det følelsesmessig og mentalt. Ved å bruke denne type spørsmål istedenfor ja/nei spørsmål får pasienten medvirke i datasamlingen ved at vedkommende deler de opplysningene han synes er relevante. Dette understøttes også av Travelbee (2001), når hun skriver at åpne spørsmål

kan ha en brobyggende funksjon fordi de oppfordrer pasienten til å dele sine tanker. Pasientens mulighet til å medvirke i datasamlingen kan gi sykepleieren indikasjoner på hva pasienten er komfortabel med å snakke om, og hva han synes er viktig å trekke frem.

Vi har også erfart i praksis at å bruke åpne spørsmål kan bidra til å kartlegge pasientens kunnskaper om sin situasjon. Dette gjøres ved å stille spørsmål om pasienten selv forstår hva som gjør at han er på sykehuset, noe som ofte satte i gang en tankeprosess hos pasienten og åpnet for en samtale på hans premisser. Videre satte dette i gang en refleksjon mellom partene der samarbeidet ble tydeliggjort. Her vil det være viktig å få frem for pasienten at det er han som er i sentrum, og at helsetilbudet er et samarbeid mellom behandlere og pasient. På denne måten kan pasientens posisjon og myndighet styrkes.

I forhold til kommunikasjonsteknikker er det også viktig å trekke frem at sykepleier må være bevisst på måten teknikkene brukes, da de kan føre til at pasienten føler seg manipulert til å fortelle mer enn han ønsker (Hummelvoll, 2012; Thoresen, 2013). Sykepleier skal ikke innhente flere opplysninger enn det som er nødvendig for å vurdere pasientens behov for sykepleie. Hun bør også vise forsiktighet i forhold til hvilke data hun søker, da mye av informasjonen fra pasienten er personlig (Skaug, 2016). På bakgrunn av dette er kommunikasjonsteknikkene nyttige så lenge de brukes med skjønn, noe som også Travelbee (2001) poengterer. Misbruk av teknikkene vil kunne skape en distanse mellom sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2012). En slik hindring i forholdet vil kunne ha negativ effekt på brukermedvirkningen, da denne påvirkes av relasjonen. Sykepleieren må derfor være bevisst på de verbale og nonverbale signalene pasienten sender ut, slik at hun kan få en indikasjon på hvor mye vedkommende ønsker å dele.

4.2 Identifisering av behov

I denne fasen vurderes dataene, og det trekkes konklusjoner i forhold til hvilke behov pasienten har. Her klargjøres det også at sykepleieren har ansvaret for å følge opp det aktuelle behovet (Skaug, 2016). Her drøftes hvilke behov isolerte pasienter ofte vil ha, og knyttes opp mot hvordan sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning.

Når sykepleier skal identifisere pasientens behov vil empati være en viktig evne. Gjennom sin evne til empati vil sykepleier kunne sette seg inn i situasjonen fra et objektivt ståsted (Thoresen, 2013; Travelbee, 2001). Dette vil være viktig når sykepleier skal vurdere data

hun har samlet gjennom rapport fra kollegaer, observasjoner og pasienten selv. Å vurdere dataene med forståelse for pasientens situasjon vil gjøre det lettere å knytte behovene til brukermedvirkning, fordi hun vil se de fra pasientens perspektiv og ikke bare fra sitt kliniske ståsted.

Identifisering av behov kan være en måte å styrke pasientens empowerment gjennom å la vedkommende medvirke og få ansvar i fasen (Helsedirektoratet, 2015). Her får pasienten en mer sentral rolle i sykepleieprosessen mens sykepleier bistår pasienten. Studien til Bjørslund et al (2012) viser at pasientene ikke alltid fikk en like sentral rolle ved at behovene pasienten uttrykte ikke ble møtt før pasienten hadde argumentert for dem. Studiens funn viser også at pasientene er oppmerksomme på sine egne behov. Her belyses viktigheten at sykepleieren møter de behovene pasienten selv identifiserer når vedkommende forteller om dem. Disse bør også vurderes i et samarbeid, da pasienten kjenner seg selv best. Viktigheten av å involvere pasienten i vurderingen belyses av Tobiano et al (2015), som understreker at dette er en viktig faktor for å fremme brukermedvirkning. På denne måten vil behovene identifiseres på bakgrunn av både sykepleiers fagkunnskap og pasientens kjennskap til egen kropp. Dermed blir identifiseringen mer fullstendig.

Hvordan pasientene opplevde medvirkning i forhold til de ulike behovene kommer frem i studien til Papastavrou et al (2015). Pasientene opplevde å ha større påvirkning på ernæring og søvn enn de hadde på eliminasjon og personlig hygiene. Dette funnet tolker vi som at det kan være lettere for pasientene å snakke om ernæring og søvn enn eliminasjon og personlig hygiene, da de sistnevnte kan være mer tabubelagt. Søvn og ernæring kan også være noe pasientene har mer kunnskap om fra før. Studiens funn belyser at pasientens behov ikke alltid blir dekket i like stor grad, og at dette er noe sykepleier må ha fokus på når hun vurderer behovene. Sykepleier må ta ansvar for å legge vekt på å identifisere de ulike behovene pasienten har på lik linje, slik at han får muligheten til å påvirke de forskjellige i like stor grad.

I forbindelse med brukermedvirkning kan tid være en faktor som skaper utfordringer. Forskning viser at det er delte meninger blant helsepersonell om hvorvidt brukermedvirkning er mer tidkrevende. Noen sykepleiere opplevde brukermedvirkningen som en belastning når det var travelt, mens andre mente det ikke krevde mer tid (Solbjør & Steinsbekk, 2011). I forbindelse med tidsutfordringer har vi i praksis opplevd at planlegging er en viktig faktor for brukermedvirkning. Dette gjelder for eksempel ved ivaretagelse av personlig hygiene.

Dersom sykepleieren planla stellet sammen med pasienten før de begynte, opplevde vi at stellet ble mer effektivt og at pasientene fikk mulighet til å være mer aktive. Ut i fra vår praksis erfaring og studien til Solbjør og Steinsbekk (2011) ser vi at medvirkningen kan være mer avhengig av måten den utføres på enn av tiden det tar.

I seks av de gjennomgåtte studiene kommer det frem at pasienter har et informasjonsbehov som ikke blir dekket i tilstrekkelig grad (Abad et al 2010; Bjørslund et al, 2012; Lic et al, 2016; Papastavrou et al, 2015; Skyman et al, 2010; Tobiano et al, 2015). Dette er et behov som er svært viktig for pasientens medvirkning (Bjørslund et al, 2012; Lic et al, 2016; Papastavrou et al, 2015; Tobiano et al, 2015) og opplevelse av isolasjonen (Abad et al, 2010; Skyman et al, 2010). Dette belyser at sykepleiere ikke har nok fokus på å dekke pasientenes informasjonsbehov, og hvor stor betydning dette behovet har for pasienten. Behovet må være dekket for at pasienten skal kunne ta avgjørelser angående sin helse (Hummelvoll, 2012). Informasjonsbehovet er bredt, og for å kunne imøtekomme dette må sykepleier vurdere hva som er viktig å legge vekt på. Dette gjøres ut ifra pasientens ønsker, og sykepleiers fagkunnskaper om hva som er viktig for pasientens situasjon.

Pasienter som er isolert vil ha andre behov enn pasienter som ikke er isolert. I forbindelse med de fysiske behovene har isolerte pasienter økt risiko for å oppleve kvalme, appetittløshet, rastløshet og mer inaktivitet enn andre pasienter. Dette skyldes blant annet at pasienten ikke får bevege seg utenfor isolatets vegger (Rygh et al, 2016). I denne sammenheng er det viktig at sykepleier er bevisst på de behovene som melder seg hos pasienten, og jobber for å forebygge eller bedre problemene. Pasienten selv er den viktigste kilden til informasjon om hvilke behov som blir aktuelle, og bør inkluderes i identifiseringen. På denne måten blir pasientens medvirkning ivaretatt.

Begrensningene isolatet fører med seg gjør at pasienten for eksempel ikke får mulighet til å gå ut i bufféen for å se hva slags mat sykehuset har. Dette vil dermed begrense pasientens mulighet til å medvirke i sine matvalg. I forhold til dette eksempelet vil det være viktig at sykepleier vurderer datasamlingen som er gjort i forhold til pasientens ernæring, opp mot den nye situasjonen. Vi har i praksis opplevd at måltidsrutinene i sykehuset er forskjellig fra det mange pasienter er vant med fra tidligere. Det vil derfor være viktig å vurdere om pasienten har behov og ønske om å spise middagen på et senere tidspunkt enn det som er vanlig praksis på sykehuset. På denne måten kan sykepleier tilrettelegge for at pasienten får medvirke i forhold til sitt ernæringsbehov.

Pasienter som er på isolat vil ha større risiko for å oppleve forvirring, skyldfølelse, angst, depresjon og stress (Børøsund & Melbye, 2013; Rygh et al, 2016). Disse behovene skyldes i stor grad faktorer som geografiske begrensninger og begrenset kontakt med omverdenen (Akselsen & Elstrøm, 2012). For angst, depresjon og stress viser en undersøkelse at tap av kontroll var en sentral faktor (Abad et al, 2010). Her vil det være viktig at sykepleier har fokus på utfordringene ved isolatet og hvordan dette påvirker pasientens psykiske behov. For at pasienten skal ha best mulig forutsetninger for å medvirke, vil ivaretagelse av disse behovene være viktig. I forhold til tap av kontroll vil brukermedvirkning ha en viktig rolle for å forebygge psykiske konsekvenser av isolatet, da brukermedvirkning har fokus på å gi pasienten mer ansvar.

Brukermedvirkningen vil være avhengig av at sykepleieren har vurdert pasientens psykiske behov og hvilke konsekvenser det har for pasienten at disse ikke ivaretas. Dette kan gjøres gjennom samarbeidet mellom pasient og sykepleier for å avdekke de mest betydningsfulle behovene for pasienten. Sykepleieren vil ha mest kunnskap om faktorer i forhold til isolatet, mens pasienten vil ha mest innsikt i opplevelsen og hva som er viktig for å ivareta hans psykiske behov. Dette vil kunne bidra til at eventuelle behov som melder seg blir tidlig oppdaget, samt en bevissthet rundt å forebygge uønskede plager.

I forbindelse med å ivareta isolerte pasienters psykiske behov vil smittevernloven §5 være nødvendig å ha kjennskap til. Denne omhandler bestemmelser angående isolering i sykehus, og hvordan avdelingen skal legge til rette for at pasienten får et tilbud som fører til at isoleringen blir mest mulig kortvarig. Isolasjonen skal ikke utføres lengre enn det som er nødvendig (smittevernloven [smv], 1994, §5). På bakgrunn av de psykiske risikofaktorene isolering fører med seg for pasienten, ser vi viktigheten av bestemmelsene i denne loven. Jo lengre pasienten er isolert, jo større blir risikoen for at vedkommende utvikler psykiske problemer. Det vil derfor være viktig at sykepleier har kjennskap til loven, slik at bestemmelsene blir fulgt opp. Hun bør i den sammenheng kontinuerlig vurdere om isoleringen er nødvendig eller ikke, slik at dette opphører så snart som mulig.

4.3 Målidentifisering

Utformingen av et mål gjøres ut i fra situasjonens egenart, pasientens opplevelser, ressurser og verdier (Skaug, 2016). Datasamlingen og pasientens behov vil derfor danne grunnlaget for hvilke mål som blir aktuelle.

Målet kan fungere som en motivasjonsfaktor for pasienten dersom vedkommende blir involvert. Utformes målet på bakgrunn av pasientens ønsker og meninger, kan pasientens etterfølgelse av behandlingen øke (Skaug, 2016). Den økende etterfølgelsen kan ha en sammenheng med pasientens forståelse og bevissthet rundt målet. Målene utformes dermed på grunnlag av et samarbeid mellom to eksperter, sykepleier som den faglige ekspert og pasienten som er ekspert på seg selv.

Samarbeidet mellom sykepleier og pasient vil styrkes gjennom sympati og medfølelse, da dette omhandler et ønske om å forstå og lindre den andres plager (Travelbee, 2001). Sympati vil være vesentlig i forhold til å se helheten og å møte pasienten der han er. Dette kan derfor brukes for at målet blir i samsvar med pasientens ressurser. At målene individualiseres bidrar til at de blir oppnåelige, noe som er viktig for den motiverende funksjonen (Skaug, 2016). Sykepleiers evne til å vise medfølelse og se pasientens ressurser vil være av betydning når hun skal legge til rette for brukermedvirkning, fordi disse faktorene vil bidra til at sykepleieren kan se situasjonen fra et mer pasientrettet perspektiv. På denne måten kan målene i større grad utformes i tråd med pasientens ressurser og verdier.

Et annet mål Travelbee (2001) trekker frem er målet for interaksjonsprosessen, som er å oppnå gjensidig kontakt og forståelse. Målet handler om å skape et likeverdig forhold, noe som er en viktig faktor at sykepleier har fokus på i forhold til brukermedvirkning (Bjørslund et al, 2012). Et likeverdig forhold som har fokus på pasientens ønsker og verdier kan sikre hensikt i sykepleiernes handlinger. Det likeverdige forholdet blir dermed av betydning for brukermedvirkning, noe som går nærmere inn på under 4.4 *Sykepleiehandlinger*.

I forhold til isolerte pasienter vil et aktuelt mål i tilretteleggingen for brukermedvirkning være at pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon. Dette kan deles inn i flere delmål etter informasjonens innhold. I studien til Skyman et al (2010) kommer det frem at

pasientene ønsket informasjon om hva det innebar å være smittsom, under og etter sykehusoppholdet. Det kommer også frem at mye av informasjonen pasientene fikk var motstridende, noe som underbygger betydningen av å sette opp mål. Skaug (2016) beskriver at målenes funksjon blant annet skal sikre en tydelig retning for behandlingen fremover. Ved å bruke målene i samarbeid med sine kollegaer kan sykepleieren gi pasienten forutsigbarhet. Dette vil være spesielt viktig for pasienter som er isolert på grunn av risikofaktorene som følger isoleringen (Rygh et al, 2016). Det vil også være viktig at målene revurderes og oppdateres ettersom situasjonen endrer seg.

En annen studie trekker frem at pasientene hadde nytte av å få informasjon om isolasjon, og å bli emosjonelt forberedt på det å være isolert (Abad et al, 2010). Betydningen av å få informasjon om hvorfor man er isolert vil være at situasjonen blir mer begripelig for pasienten. Det kan også bidra til å minske frykten som ofte følger ved å være smittsom (Børøsund & Melbye, 2013). På bakgrunn av dette kan målsetninger være at pasienten er innforstått med hvorfor han blir isolert, hva et isoleringsregime innebærer og at pasienten har oversikt over behandling og plan for dagen. Disse målene er konsise og oppnåelige for både pasient og sykepleier. Hensikten med målene vil være at pasienten skal oppleve forutsigbarhet og føle seg involvert, samt at vedkommendes informasjonsbehov skal dekkes. Betydningen av informasjon underbygges av Freire som mente at økt kunnskap ville fremme engasjement for å påvirke egen situasjon (Anderson & Funell, 2010).

4.4 Sykepleiehandlinger

Sykepleiehandlinger omfatter de konkrete tiltakene og handlingene sykepleier setter i gang. Disse bestemmes ut fra pasientens behov, og målsettingene som har blitt utformet (Skaug, 2016).

Her drøftes ulike handlinger og tiltak sykepleier kan iverksette for å legge til rette for brukermedvirkning hos isolerte pasienter. I det første underkapittelet beskrives sykepleiehandlinger i forhold til relasjon og pasientenes opplevelser av isolasjon. I det andre underkapittelet vektlegges sykepleiers undervisende og veiledende funksjon.

4.4.1 Relasjon og pasientperspektiv

I litteraturen og gjennom praksiserfaring ser vi at pasientenes opplevelser av isolasjon ofte er negative, og føles for mange som en belastning. En av årsakene til dette er isolatets geografiske begrensninger, samt personalets og pårørendes bruk av smitteutstyr. Spesielt regimer som krever munnbind eller åndedrettsvern vil påvirke pasienten (Akselsen & Elstrøm, 2012; Rygh et al, 2016). Regimene utgjør en stor forskjell fra pasientens liv utenfor institusjonen, ved at pasienten må forholde seg til mange nye mennesker som alle er ikledd smitteutstyr. Munnbind kan også påvirke kommunikasjonen og gjøre at det blir vanskeligere for pasienten å forstå hva personen sier. Når kommunikasjonen svekkes kan dette også påvirke relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Relasjonen vil være av stor betydning når sykepleieren og pasienten skal samarbeide om behandlingen. I den sammenheng tenker vi at det er viktig å trekke inn Travelbees interaksjonsteori.

Travelbees interaksjonsteori har fokus på å oppnå et likeverdig forhold. Dette vil åpne for personenes egenhet, og styrke partenes inntrykk av hverandre som selvstendige individer (Kirkevold, 1992). Ut ifra dette ser man at innsikt i mer enn hverandres rolle i situasjonen kan bidra til at relasjonen bli mer helhetlig, ved at den i større grad preges av partenes egenhet. Det blir dermed viktig å sikre at sykepleiehandlingene tar utgangspunkt i likeverdighet. Dette underbygges av Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2016), som skriver om at sykepleiehandlingene skal bygge på respekt for enkeltmenneskets verdighet.

I interaksjonsprosessen vektlegges det at sykepleier ikke vil ha en fullt utviklet kontakt og forståelse for pasienten før hun evner å føle sympati og medfølelse for ham. Sykepleieren vil da ikke lengre forholde seg objektiv til pasienten, men aktivt ta del i vedkommendes følelser og plager. Hun vil her ha opparbeidet et genuint ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, 2001). På bakgrunn av dette kan sykepleiers evne til å vise omsorg og medlidenhet kunne skape en trygg atmosfære, noe som kan øke pasientens motivasjon og engasjement for å oppnå bedring. Dette kan fremme pasientens bevissthet og ønske om kunnskap. Når pasienten også ser sykepleieren som mer enn en bare en pleier, vil hans ønske om å samarbeide på lik linje mest sannsynlig styrkes. Et likeverdig samarbeid hvor partene utfyller hverandre med hver sin kompetanse vil være essensielt for brukermedvirkning. Dette underbygges også av studien til Bjørnsland et al (2012), hvor det kommer frem et behov for et mer likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient for å fremme medvirkning.

For å kunne skape en god og trygg relasjon vil det være viktig at det er kontinuitet i samtaler og kontakt mellom sykepleier og pasient (Rygh et al, 2016). Betydningen av kontinuitet trekkes også frem i studien til Bjørslund et al (2012) hvor pasienter ikke opplevde en relasjon til sykepleierne da det var mange forskjellige som kom innom i løpet av sykehusoppholdet. Relasjonen vil derfor være avhengig av kontinuitet fra de samme sykepleierne. Gjennom praksiserfaring ser vi at dette kan være utfordrende, men at det kan prioriteres ved at sykepleiere har fokus på å ta ansvar for de samme pasienten som de er kjent med fra tidligere.

Det vil være ressurs og tidkrevende å gå inn til isolerte pasienter på grunn av smitteutstyr som må tas på først. Det kan derfor være fornuftig å sette av god tid når man først er inne på isolatet. I den sammenheng vil det være viktig å gjøre pasienten bevisst på at sykepleier har satt av tid til å være hos ham, da dette kan virke beroligende og mindre stressende for pasienten. Slik kan sykepleier gi pasienten tid og rom for å stille spørsmål og reflektere rundt sin situasjon og medvirkning. God tid vil også gi sykepleieren bedre forutsetninger for å kunne observere og fortolke både verbale og nonverbale signaler pasienten sender ut, slik at hun kan fange opp helheten i budskapet (Eide & Eide, 2007). Dette underbygges også av Travelbee (2001) som skriver at sykepleier må være tilstede både fysisk og psykisk, og gi hele sin oppmerksomhet til pasienten.

Rygh et al (2016) skriver at sykepleiere ofte opplever det som utfordrende og krevende å imøtekomme isolerte pasienters behov, og at de ikke bruker nok tid på denne pasientgruppen. Studier og litteratur viser også at pasienten ønsker å få mer tid med sykepleiere (Abad et al, 2010; Børø Sund & Melbye, 2013; Skyman et al, 2010; Stelfox et al, 2003). Her kommer betydningen av at sykepleier prioriterer å bruke god tid hos isolerte pasienter frem, slik at de møtes på lik linje med andre pasienter.

Siden pasienter på isolat har færre mennesker å forholde seg til vil de være svært avhengig av sykepleieren (Rygh et al, 2016). Likevel viser studier at pasienter på isolat føler de har liten tilgang på helsepersonell (Abad et al, 2010; Stelfox et al, 2003). For å ivareta pasientenes behov kan sykepleieren iverksette individrettede tiltak. Her vil det være essensielt å planlegge sammen med pasienten hvordan disse tiltakene skal utføres. Rygh et al (2016) skriver at sykepleier helst skal gå inn til pasienten flere ganger utenom sine gjøremål. Viktigheten av å gå inn til pasientene regelmessig understrekes av studien til Skyman et al (2010) som skriver at pasientene opplevde det som negativt at sykepleier bare kom innom i forbindelse med gjøremål. I denne sammenheng vil det være viktig at sykepleier prioriterer å

gå inn til isolerte pasienter flere ganger i løpet av en vakt, slik at pasienten opplever å bli ivaretatt, samt en viss kontinuitet. Forskning viser også at fleksibilitet fra sykepleiers side er en viktig faktor for brukermedvirkning (Papastavorou et al, 2015).

Å legge til rette for brukermedvirkning kan foregå på mange måter; alt fra medvirkning i større avgjørelser til det å få bestemme små detaljer. Pasienter som skal isoleres har sjelden valgmuligheter i forhold til rom. Men om det skulle være flere aktuelle rom hvor for eksempel utsikten er ulik, kan vi spørre pasienten hvilket rom han ønsker å være på. Børøsund og Melbye (2013) skriver at et rom med utsikt bør prioriteres om pasienten skal være isolert over tid. Dette underbygges også av Skyman et al (2010) sin artikkel, hvor det kom frem at pasientene opplevde utsikten til en park som positivt når de var isolert. Videre kan sykepleier også tilrettelegge plassering av inventar etter pasientens ønsker, i den grad det er mulig. Dette er måter sykepleier kan la pasientene medvirke angående sitt miljø og opphold. For sykepleieren vil dette kanskje oppleves som ubetydelig, men for en pasient som er isolert over lengre tid kan dette utgjøre en stor forskjell. Denne tilretteleggingen gjøres dermed på bakgrunn av datasamlingen sykepleier gjør sammen med pasienten.

4.4.2 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon

Essensielle faktorer sykepleier må ha fokus på i sin tilrettelegging for brukermedvirkning er pasientens empowerment og helsekompetanse, samt god informasjon. Her ser vi at sykepleiers veiledende og undervisende funksjon vil være relevant. Målet med denne sykepleiefunksjonen er å øke pasientens faglige grunnlag og engasjement i behandlingsprosessen, samt skape trygghet (Kristoffersen et al, 2016).

Empowerment vil være betydningsfullt fordi det handler om å gjenvinne kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2015), noe som er en viktig faktor når pasienter som er på isolat. Dette fordi mange pasienter opplever usikkerhet og mangel på kontroll når de er isolert (Abad et al, 2010).

Empowerment forutsetter at kunnskap deles med pasienten. Anderson og Funell (2010) trekker frem at kunnskapsdelingen aldri vil være helt nøytral fordi det i denne sammenheng er sykepleieren som underviser. Dermed vil opplæringen være påvirket av hva sykepleieren ønsker å oppnå. I den forbindelse vil sykepleiers bevissthet rundt måten hun bruker sin undervisende og veiledende funksjon være viktig for at opplæringen ikke bare blir et middel som påvirker

pasienten til å følge hennes instruksjoner. For å oppnå en pasientundervisning som er basert på et samarbeid hvor pasienten får medvirke, må sykepleier ha fokus på å involvere pasienten.

Å gi pasienten mer beslutningsmyndighet kan gjøre at forholdet mellom sykepleier og pasient bli mer likestilt (Helsedirektoratet, 2015). Et slikt mellommenneskelig forhold er, som Travelbee (2010) skriver, mindre preget av partenes roller. Dermed blir det i mindre grad en skjev maktfordeling. Et slikt forhold vil ha betydning for pasientens opplevelse av medvirkning (Bjørnsland et al, 2012).

I en annen studie om brukermedvirkning kom det frem at mange pasienter var mer påvirket av preferanser enn av sin faktiske kapasitet til å medvirke (Tobiano et al, 2015). Empowerment kan bidra til å endre pasientens posisjon i forhold til det å medvirke, da en styrket selvtillit kan hjelpe pasientene til å få mer fokus på sine evner. Viktigheten av empowerment ser vi også i studier, hvor det kommer frem at opplevelsen av brukermedvirkningen ble hemmet av faktorer som at pasienten hadde liten tiltro til seg selv og opplevde liten tillit fra behandlerne (Bjørnsland et al, 2012; Lic et al, 2016). I forhold til isolerte pasienter vil empowerment være spesielt viktig sett i sammenheng med de psykiske risikofaktorene isoleringen fører med seg. Dette er fordi at å styrke pasientens empowerment vil bidra til økt kunnskap hos vedkommende (Anderson & Funell, 2010), noe som igjen kan bidra til at vedkommende håndterer sin situasjon bedre (Abad et al, 2010; Børøsund & Melbye, 2013).

Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon forutsetter at sykepleier selv har tilstrekkelig med kunnskaper om temaet. I den sammenheng er det essensielt å dra frem viktige begreper, faktorer og prinsipper sykepleier bør ha kjennskap til.

Rygh et al (2016) skriver at det er nødvendig for sykepleier å ha kunnskaper om isolering, regimer og prosedyrer. Denne kunnskapen vil det være viktig at sykepleier deler med pasientene. For pasienten vil det være viktig med informasjon om type smitteregime, hvordan dette skal gjennomføres og hvilke konsekvenser det vil ha for vedkommende (Abad et al, 2010; Børøsund & Melbye, 2013; Rygh et al, 2016). Denne informasjonen vil kunne bidra til trygghet og økt kontroll over situasjonen for pasienten sin del. Veiledning av pasienter i forhold til smitte omtales også i smittevernloven §2-1, hvor det står at pasienten har rett på informasjon og veiledning om sykdommen, smitteveier og smittsomhet (smvl, 1994, §2). Informasjon og veiledning vil være essensielt for å bevare både pasientens behov og brukermedvirkning.

I studien til Skyman et al (2010) kom det frem at pasienter kunne oppleve helsepersonellet som usikre på smitteregime i forbindelse med isoleringen, noe pasientene opplevde som kaotisk.

Dette viser viktigheten av at sykepleierne er trygge og oppdaterte på fagkunnskap om infeksjonssykdommer og hvilke forholdsregler som er nødvendige å ta. Dette fordi uvitenhet kan føre til usikkerhet og frykt blant pasient og helsepersonell (Rygh et al, 2016; Skyman et al, 2010). På bakgrunn av dette vil den undervisende og veiledende funksjonen også innebære et ansvar rettet mot medarbeidere, og går da ut på å heve kvaliteten i helsetilbudet gjennom kunnskap og kritisk refleksjon (Kristoffersen et al, 2016). Sykepleiers undervisende funksjon overfor sine kolleger vil være spesielt viktig i forbindelse med isolerte pasienter, på grunn av behovene og risikofaktorene isolering kan føre med seg. Å sikre at kollegaer er opplyst og oppdatert vil bidra til kvalitet og kontinuitet i sykepleien pasienten mottar.

Kunnskapsdeling blant personalet kan også bidra til å fremme brukermedvirkning gjennom å skape bevissthet blant de ansatte. Sykepleier kan veilede sine medarbeidere i forhold til hvordan det kan legges til rette for at pasienten kan medvirke. Dermed skapes det en felles holdning rundt hvordan brukermedvirkningen kan utføres i forhold til den bestemte pasienten. Forskning viser som nevnt at det er uenighet blant helsepersonell angående tid og medvirkning (Solbjør & Steinsbekk, 2011). Pasienter opplever det som frustrerende når personalet opptrer forskjellig (Børøsund & Melbye, 2013). For pasientene vil det derfor ha stor betydning at sykepleierne samarbeider om deres medvirkning, slik at de blir involvert og får påvirke i like stor grad uansett behandler. Dette vil dermed øke forutsigbarhet og kontinuitet i helsetilbudet, hvor brukermedvirkningen står i sentrum.

Som nevnt i kapittel 4.2, *Identifisering av behov*, viser flere studier at pasienter har behov for mer informasjon fra helsepersonellet (Abad et al 2010; Bjørslund et al, 2012; Lic et al, 2016; Papastavrou et al, 2015; Skyman et al, 2010; Tobiano et al, 2015). Noen faktorer pasientene ønsker mer kunnskap om er tegn på bedring og hvordan de skal forholde seg til sin situasjon (Granum, 2003). For å møte pasientens informasjonsbehov må sykepleier bruke sine kunnskaper og dele dem med pasienten. Dette underbygges også av Travelbee (2001) når hun skriver at sykepleier må ha evne til å ta i bruk sine kunnskaper for å kunne hjelpe pasienten. Her er det derfor viktig at sykepleier benytter sine kunnskaper til å påvirke undervisningen som planlegges på grunnlag av pasientens ønsker og behov.

Sykepleiers ansvar for å dekke pasientens informasjonsbehov står også nevnt i de de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Informasjonen som blir gitt skal være tilstrekkelig for at pasienten forstår sin situasjon, og den skal gis på en tilpasset måte (NSF, 2016). Dette underbygges også av Granum (2003), som skriver at pasientundervisningen må planlegges og tilpasses hver enkelt pasient. På bakgrunn av dette vil det være viktig at sykepleier setter av god

tid og planlegger hvordan hun skal møte pasientens informasjonsbehov. Sykepleier har tidligere kartlagt hva pasienten vet og kan, og hvilke behov vedkommende har. Den videre planleggingen av undervisning og veiledning skal dermed gjøres på bakgrunn av både sykepleier og pasientens kunnskaper og erfaringer.

For å tilrettelegge og tilpasse informasjonens form på en måte som gjør at pasienten forstår, kan det være aktuelt å bruke hjelpemidler. Pasienter opplever å få bedre innsikt i sykdommen når de blir undervist ved bruk av bilder, tegninger og modeller (Lic et al, 2016). Dette viser at å bruke hjelpemidler kan være nyttig for sykepleier å benytte i pasientundervisningen. Læringen kan bli mer effektiv fordi budskapet blir lagt frem på en tydelig og konkret måte, noe som vil kunne bidra til å sikre at pasienten får en helhetlig forståelse. På denne måten kan pasientens evne og kapasitet til å medvirke øke. Viktigheten av informasjon underbygges også av studien til Tobiano et al (2015), når de skriver at god informasjon fremmer brukervedvirkning og bidrar til at pasientene føler seg respektert og opplever mer engasjement.

4.5 Evaluering

Evalueringen går ut på å kartlegge og bedømme effekten av tiltakene som har blitt iverksatt (Skaug, 2016). Det vil være viktig å evaluere fortløpende i samarbeid med pasienten, for å se effekten av tiltakene. Evaluering kan være viktig for kvaliteten på den videre tilretteleggingen av brukervedvirkning fordi det får frem partenes ståsted og tanker om den nåværende situasjonen, og om tiltakene bør endres.

Travelbees interaksjonsprosess vil være et viktig grunnlag for en omfattende evaluering, siden dette åpner for å få frem partenes erfaringer. På grunn av sykepleierens og pasientens ståsted i situasjonen vil disse være forskjellige, men like verdifulle (Travelbee, 2001). Her vil derfor en grundig evaluering involvere begge erfaringer på lik linje, noe som også gjenspeiles i brukervedvirkning.

En viktig faktor for evalueringen er gjensidighet mellom sykepleier og pasient hvor forholdet ikke er preget av roller. Et mellommenneskelig forhold kan skape trygghet hos pasienten slik at han kan uttrykke sine tanker, meninger og følelser (Travelbee, 2001). Forholdet vil også være viktig for at sykepleier skal kunne tilrettelegge for brukervedvirkning, da dette vil avhenge pasientens synspunkt.

I likhet med under datasamlingen vil det også her være viktig å trekke frem sykepleiers menneskesyn og holdning, som går ut på å godta det pasienten uttrykker som riktig (Travelbee, 2001). I evalueringsfasen vil dette gå ut på å støtte pasienten i hans oppfatninger av hva som er bra og ikke. Det å være syk er for mange en stor påkjenning, og kanskje noe av det mest kritiske som har skjedd i deres liv. Da skal ikke pasienten måtte bekymre seg over om sykepleieren tror på hans oppfatninger. Sykepleieren er der for å hjelpe pasienten, og det vil innebære å støtte pasienten i hans opplevelse og synspunkter.

Betydningen av tid er som nevnt viktig for medvirkningen, og pasientens opplevelse av forholdet mellom han og sykepleier (Bjørnsland et al, 2012). Det vil være viktig å sette av tilstrekkelig med tid til brukermedvirkningen slik at det ikke oppleves som en belastning for pasienten (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). Evalueringsfasen handler om å få frem meninger og tanker, noe som kan ta tid. Det vil derfor være viktig for sykepleier å være bevisst belastningen lite tid kan føre med seg for pasienten, og tilrettelegge med bakgrunn i dette.

Vi har selv erfart som studenter at det tar tid å reflektere, og at vi preges av travelhet og dårlig tid når vi skal få frem våre tanker og meninger overfor vår veileder. Det som ga oss gode forutsetninger for refleksjon var at det ble satt av tid og at det ble gjort i et rolig miljø. Dette kan overføres til pasientenes situasjon som raskt kan preges av sykepleiers adferd overfor pasienten. Denne erfaringen belyser hvordan miljøet også preger evalueringen, og at sykepleier må være bevisst på at hennes væremåte kan påvirke hvordan pasienten evaluerer. For pasienter som er isolert kan sykepleier for eksempel legge opp evalueringen utenom andre gjøremål slik at fokuset kan ligge på nettopp dette. I forskning kommer det frem at sykepleierne ikke er flinke nok til å sette av tilstrekkelig med tid til isolerte pasienter, ved at de sjelden er inne hos dem eller bruker lite tid når de først er det (Abad et al, 2010; Stelfox et al, 2003). Derfor må sykepleier prioritere og sette av tid til denne pasientgruppen.

I faglitteratur og forskning kommer det frem at pasienter også har et behov for kontakt og forståelse (Akselsen & Elstrøm, 2012; Rygh et al, 2016; Skyman et al, 2010; Stelfox et al, 2003). Dette har vi også erfart gjennom praksis der vi har snakket med pasienter som var isolerte. Pasientene uttrykte både fortvilelse og ensomhet over å ikke få bevege seg utenfor isolatet. At pasienten får støtte fra sykepleier i en slik sårbar situasjon hvor han har liten kontakt med sitt sosiale nettverk, kan oppleves som en stor motivasjon. Dette underbygges av Travelbees interaksjonsteori, hvor sympati og medfølelse vektlegges (Travelbee, 2001).

Her vil også evalueringen kunne bidra til å møte pasientens behov ved at han føler seg involvert og som en del av behandlingen, og ikke bare som et objekt som blir behandlet. Viktigheten av å involvere pasienten i evaluering underbygges av studien til Abad et al (2010) som viser at pasienter opplever psykologiske konsekvenser av å være på isolat på grunn av manglende kontroll og begrensningene isolatet fører med seg. Her kan involvering og evaluering hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll og oversikt.

Travelbee (2001) skriver at sykepleier skal hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse. For å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom vil viktige faktorer være blant annet empowerment, brukermedvirkning og health literacy. Empowerment har som mål å styrke pasientens egenkraft og kunnskap (Larsen et al, 2006), og brukermedvirkning har som mål at pasienten er delaktig (Vatne, 1998). Ved å samtidig ha fokus på å øke pasientens health literacy kan dette bidra til at pasienten også mestrer sin sykdom i større grad. I evalueringsfasen kan sykepleier og pasient sammen evaluere om de ulike faktorene har blitt vektlagt i tilstrekkelig grad for at pasienten mestrer sin situasjon.

I likhet med under datasamlingen vil det også i evalueringsfasen kunne være nyttig for sykepleier å bruke åpne spørsmål, som for eksempel hvordan pasienten opplever isolatet og hvilken effekt pasienten føler at tiltakene har. Åpne spørsmål kan gi pasienten rom for refleksjon og å snakke om det de selv ønsker. Dette var ifølge en studie savnet hos pasienter som var innlagt på sykehus (Bjørnsland et al, 2012).

Spørsmålene kan også bidra til å åpne kommunikasjonen og at pasienten føler han blir lyttet til. Betydningen av å bli lyttet til belyses i studien til Lic et al (2016) som viste at pasientenes etterfølgelse av behandlingen økte som følge av dette. De åpne spørsmålene kan her hjelpe sykepleieren til å være en aktiv lytter. Dette viser også nettopp hva brukermedvirkning handler om og dens positive effekt på pasienten. Å la pasienten medvirke kan gjøre at det blir lettere for pasienten å etterfølge behandlingen fordi den er tilpasset ham. Vedkommende vil også kunne forstå formålet med behandlingen på et dypere nivå enn om han ikke fikk være delaktig. Forskning viser også at en god kommunikasjon vil kunne bidra til å minske forekomsten av for eksempel stress og angst hos isolerte pasienter (Abad et al, 2010). Begge studiene belyser viktigheten av at sykepleier er bevisst måten hun kommuniserer med pasienten på, både for å imøtekomme pasienten og for å oppnå brukermedvirkning.

I studien til Abad et al (2010) kommer det, som tidligere nevnt, frem at pasienter føler liten kontroll og er usikre på situasjonen når de er isolert. Dette understreker at mange pasienter som er isolert i liten grad blir involvert eller får medvirke. Det vil derfor være viktig å evaluere om pasienten faktisk har blitt involvert eller fått medvirke, slik at dette eventuelt kan forbedres og endres. Brukermedvirkning er ikke et valg behandler tar, men en rettighet alle pasienter har (pbrl, 1999, §3). I evalueringsfasen er derfor brukermedvirkning et viktig fokus for sykepleier å vektlegge om blir ivaretatt.

5. Konklusjon

Gjennom litteratur og forskning med ulike metoder finner vi at å tilrettelegge for brukermedvirkning avhenger av flere faktorer.

Først krever det at helsepersonell har en felles innstilling til hvordan medvirkningen skal tilrettelegges. Sykepleiere må inneha omfattende kunnskaper som er aktuelle for isolasjon og brukermedvirkning. Deretter vil tilretteleggingen avhenge av forholdet mellom sykepleier og pasient, hvor et likeverdig forhold vil være et viktig grunnlag.

Empowerment er et viktig begrep for brukermedvirkning og pasienter som er isolert. Det vil gjennom kunnskapsdeling danne et grunnlag for at brukermedvirkningen utføres forsvarlig. I kombinasjon med et dekket informasjonsbehov kan empowerment også bidra til at pasienten får mindre psykiske plager og håndterer isolasjonen bedre. Sykepleieren gir pasienten et bedre grunnlag for å medvirke gjennom sin undervisende og veiledende funksjon.

Brukermedvirkning og pasientens psykiske behov avhenger av hverandre. Ved å ivareta pasientens psykiske behov under isolasjonen vil sykepleier bidra til at pasienten har bedre forutsetning for å medvirke. De psykiske behovene kan også ivaretas gjennom å involvere og la pasienten være delaktig i behandlingen.

Brukermedvirkningen bør tilrettelegges gjennom å sette opp mål som gir oversikt og forutsigbarhet for pasienten. I alle faser hvor sykepleier skal samarbeide med pasienten er kommunikasjonen en sentral faktor. Denne bør være åpen slik at partenes budskap kommer frem. Kommunikasjonen er også et middel for å oppnå gjensidig forståelse, noe som medvirkningen avhenger av.

Tilretteleggingen for brukermedvirkning handler derfor om hvordan sykepleier involverer og samarbeider med pasienten, som to medmennesker med et felles mål. Det kan ikke gjøres gjennom en bestemt handling, men må gjøres på bakgrunn av gjensidighet, forståelse og et likeverdig samarbeid.

Vår oppgave vil være relevant for sykepleiere som jobber med isolerte pasienter. Noen faktorer om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning vil også være relevant selv om pasienten ikke er isolert, som for eksempel Travelbees interaksjonsteori, sykepleiefunksjonen og informasjon.

Litteraturliste

*Aasen, S. E. & Nylund, M. F. (2012). Opprydning i begrepsjungelen. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 132(23), 2653-2654.

<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.12.0968>

*Abad, C., Fearday, A., & Safdar N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97-102.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>

*Akselsen, E. A. & Elstrøm, P. (Red.). (2012). *Smittevern i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Anderson, R. M. & Funell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-28.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>

*Austvoll-Dahlgren, A. (2014). *Om «Health literacy» eller helsereelatert kompetanse på norsk*. Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/194318/om-health-literacy-eller-helsereelatert-kompetanse-pa-norsk>

*Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 20-33. Hentet fra

<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>

*Børøsund, E. & Melbye, L. V. (2013). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 778-831). Oslo: Cappelen Damm AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

*Folkehelseinstituttet. (2017). *Sykehus: Helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika høsten 2016*. Hentet 17. februar 2017, fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/nois/resultater/resultater-sykehus/>

*Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. (Veileder). Hentet 20. februar 2017, fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

*Helsekompetanse. (s.a.). *Brukermedvirkning*. Hentet 23. januar 2017, fra <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/3320>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Jensen, O. K. (2001). Norsk forord. I J. Travelbee, *Mellommenneskelige forhold til sykepleie* (s. 5-6). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kunnskapscenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 23. januar 2017, fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

*Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Plan for brukervedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (Sosial- og helsedirektoratet Rapport nr. 4, 2006). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

*Lic, E. S., Hellström, U., Hedberg, B., Broström, A., Fossum B. & Karlgren, K. (2016). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 535–546.
<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12276>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

*Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Karlou, C., Patiraki, E., Jarosova, D., Balogh, Z., Merkouris A. & Suhonen, R. (2015). Patients' decisional control over care: a cross-national comparison from both the patients' and nurses' points of view. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 26-36.
<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12218>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. (2015). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

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

Sander, K. (2014). *Reliabilitet*. Hentet 17. februar 2017, fra <http://estudie.no/reliabilitet/>

Skaug, E. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Skyman, E., Sjöström, H. T. & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of*

Caring Sciences, 24(1), 101-107.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x>

Smittevernloven, LOV-1994-08-05-55. (2016). Hentet fra

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

*Solbjør, M. og Steinsbekk, A. (2011). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaringer. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 131(2), 130-131.

<http://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0471>

*Stelfox, H. T., Bates, D. W. & Redelmeier, D. A. (2003). Safety for Patients Isolated for Infection Control. *JAMA* 290(14), 1899-1905.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.14.1899>

Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare: smittevern og hygiene* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

*Thoresen, L. (2013). Empati – ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0167>

*Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1107-1120.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: søk i Oria, side 1 av 2

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Søkemotor	Søkeord/ordkombinasjoner	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	“Travelbee”	Trykte bøker	11	2	2

Akselsen, E. A. & Elstrøm, P. (Red.). (2012). *Smittevern i helsetjenesten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Søkemotor	Søkeord/ordkombinasjoner	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	“Smittevern”	Trykte bøker	71	5	1

Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Søkemotor	Søkeord/ordkombinasjoner	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	“Pasientundervisning”	Trykte bøker	73	3	1

Vedlegg 1: søk i Oria, side 2 av 2

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Søkemotor	Søkeord/ordkombinasjoner	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	“Medvirkning” og “pasient”	Trykte bøker	2	1	1

Vedlegg 2: PICO-skjema

Problemstilling	<i>Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos sykehuspasienter som er isolerte?</i>	
P: Pasient/ problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Isolerte pasienter i sykehus
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Isolasjon og utfordringer dette byr på Tiltak: god kommunikasjon, veiledning, interaksjon
C: Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?	
O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Faglig forsvarlig brukermedvirkning

Hva slags kjernespmål er dette? <ul style="list-style-type: none"> Hvilke metoder kan sykepleier bruke for å sikre brukermedvirkning på individnivå? Hvilke erfaringer har pasienter i forhold til isolasjon og/eller brukermedvirkning? 	Hvilke databaser vil du søke i? (Ranger i prioritert rekkefølge) <ol style="list-style-type: none"> SveMed+ PubMed (Clinical Queries) Oria Cinahl
---	--

P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammenligning	O Utfall
Isolation Hospital Patient	Communication Patient perspective Infection control Empathy		Patient participation Nurs*

Vedlegg 3: forskningssøk, side 1 av 2

“Patients’ experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated” av E. Skyman, T. H. Sjöström & L. Hellström.

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
SveMed+	“Patient Isolation” AND “Infection Control” NOT “Psychiatry” Avgrenset til “peer reviewed” og “2012-2017”	8	2	1	1

“Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus” av B. Bjørslund, B. Wilde-Larson & K. Kvigne

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
SveMed+	“Brukermedvirkning” og “sykehus” Avgrenset til “peer reviewed”	26	5	3	1

“Safety for Patients Isolated for Infection Control” av H. T. Stelfox, D. W. Bates og D. A. Redelmeier.

Denne artikkelen er referert til i fagboken “Smittevern i helsetjenesten” av P. E. Akselsen og P. Elstrøm. Vi søkte den opp og så gjennom den, og fant den relevant for vår oppgave.

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
PubMed	“Stelfox, Bates, Redelmeier”	1	1	1	1

Vedlegg 3: forskningssøk, side 2 av 2

”Patients’ experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians” av E. S. Lic, U. Hellström, B. Hedberg, A. Broström, B. Fossum & K. Karlgren

og **”Patients’ decisional control over care: a cross-national comparison from both the patients’ and nurses’ points of view”** av E. Papastavrou, G. Efstathiou, H. Tsangari, C. Karlou, E. Patiraki, D. Jarosova, Z. Balogh, A. Merkouris and R. Suhonen

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
SveMed+	decision-making AND nurs* AND (MeSH) patient participation Filter: “peer reviewed”, “2012-2016”	3	3	2	2

”Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review” av G. Tobiano, A. Marshall, T. Bucknall & W. Chaboyer.

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	“Patient participation” AND “nursing care” Avgrenset til årstall 2015-2017, og “Academic Journals”	78	3	2	1

”Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review” av C. Abad, A. Fearday og N. Safdar.

Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	“Contact isolation” AND “effects” AND “patient care” Avgrenset til “full text” og “academic journals”	22	3	1	1