



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse- og idrett
4AVS304

Sonya Bedi og Ida Kristine Eriksen
Veileder: Sevald Høye

Forebygging, ikke fullt så avansert Prevention, not quite as advanced

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Antall ord: 10135

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 4
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	s. 4
1.2 Problemstilling.....	s. 4
1.3 Avgrensning.....	s. 5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	s. 6
1.5 Oppgavens hensikt.....	s. 6
2.0 Metode.....	s. 7
2.1 Beskrivelse av metode.....	s. 7
2.2 Litteraturstudie.....	s. 7
2.3 Valg av litteratur og forskning.....	s. 7
2.4 Kildekritikk.....	s. 9
3.0 Teorifundamentet.....	s. 11
3.1 Isolasjon ved dråpesmitte.....	s. 11
3.1.1 Praktiske prosedyrer i henhold til dråpesmitte.....	s. 12
3.2 Psykososialt behov hos pasienter på smitteisolat.....	s. 12
3.2.1 Stress og kriser.....	s. 13
3.3 Tillit og trygghet.....	s. 14
3.4 Sykepleiernes forebygging av psykososiale belastninger hos pasienter på smitteisolat.....	s. 15
4.0 Diskusjon – Forebygging av psykososiale belastninger hos pasienter på smitteisolat...s.	18
4.1 Ramme for smitteisolering.....	s. 18
4.2 Pasienter i smitteisolering.....	s. 20
4.3 Forutsetninger for å ta i mot informasjon.....	s. 23
5.0 Konklusjon.....	s. 31
6.0 Litteraturliste.....	s. 32

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

1.0 Innledning

Dette kapittelet vil omhandle bakgrunn for valg av tema til bacheloroppgaven, samt en presentasjon av problemstillingen vi har tatt for oss. Her vil vi også forklare hva slags avgrensninger vi har gjort, i henhold til det valgte temaet. Oppgavens hensikt og oppbygging vil også bli presentert senere i dette kapittelet.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Høgskolen ga oss tre ulike emner vi kunne velge å skrive om, blant disse var det temaet om ”sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus”, som vekket en interesse. Dette kommer av at vi har hatt sykehuspraksis i et Afrikansk land hvor vi jobbet tett med smitteisolering i henhold til dråpesmitte. I tillegg har vi begge erfaringer med smitteisolering i norske sykehus. Med denne bakgrunn, føler vi at vi har den praksisen og erfaringene angående forebyggende smittearbeid i somatiske sykehus. Etter egne observasjoner har vi erfart at det å være på et isolat er en fysisk og psykisk påkjenning for pasienten. I Afrika møtte vi pasienter på isolat som satte stor pris på at vi tok oss tid til å snakke og lytte til dem, noe de afrikanske sykepleierne ikke gjorde.

I følge statistisk sentralbyrå (2012) reiser nordmenn mer på utenlandsferier enn tidligere, samtidig som antall innvandrere øker i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2011). Som snart ferdig utdannet sykepleiere vet vi at dette kan føre til en økt risiko for spredning av smittsomme sykdommer, fra andre land. Det er ikke en utfordring bare for det norske helsevesenet å møte disse sykdommene, men også for pasienten. Derfor ønsker vi å belyse viktigheten av å forebygge konsekvensene av den psykososiale påkjenningen som en pasient på smitteisolat kan oppleve.

1.2 Problemstilling

Ut i fra vår praksiserfaringer og kunnskaper har vi utarbeidet en problemstilling, som er formulert slik: Hvordan kan sykepleiere på et norsk somatisk sykehus forebygge de psykososiale belastningene pasienter kan utsettes for, ved et to ukers opphold på et isolat?

1.3 Avgrensning av oppgaven

For å kunne fordype oss mest mulig i det utvalgte temaet, har vi bestemt oss for å avgrense bacheloroppgaven. Som sykepleier skal man se hele pasienten med alle de ulike behovene som hver enkelt pasient har, men vi har begrenset oss til å skrive om det psykososiale behovet hos pasientene. Begrunnelsen for dette er at vi har erfart at sykepleiere går inn på smitteisolatet hvor de utfører gjøremålet og går rett ut igjen, uten å tenke på at det psykososiale behovet til pasientene ikke blir ivaretatt.

Når en pasient er på et smitteisolat er det flere av de grunnleggende behovene som blir truet på grunn av nye og ukjente påkjenninger. Det psykososiale behovet blir understimulert, nettopp fordi pasienten blir utsatt for mindre sosialkontakt og får endret omgivelser. Grunnet smittevernsutstyr og da spesielt munnbindet vil ikke pårørende være slik pasientene på smitteisolatet er vant med å se dem. Samtidig vil pasientenes behov for sosialkontakt bli truet da pårørende ikke kan komme på besøk etter pasientenes premisser, men sykehusets. Som følge av dette kan pasientene bli desorientert for tid, sted og situasjon.

Vi har valgt å se på pasientene fra sykepleiernes perspektiv. Med sykepleier mener vi en nyutdannet sykepleier med grunnutdanning fra høgskole, uten noen videreutdanning eller kurs innenfor smitte og hygiene. Dette kommer av at vi selv snart er nyutdannet, og finner det naturlig å se gjennom øynene til den sykepleieren som er beskrevet her. Vårt fokus vil være på hva sykepleierne selv kan gjøre for å forebygge pasientenes eventuelle psykososiale belastninger på et smitteisolat. Vi tar utgangspunktet i sekundærforebygging hvor tiltak som informasjon og veiledning vil stå sentralt i det forebyggende arbeidet. Ut i fra dette har vi valgt å ha et større fokus på tiltaket om informasjon, da vi mener at dette er mer sentralt i forhold til problemstillingen. Vi ser også at begrepet selvbestemmelsesrett kunne vært en sentral del i denne bacheloroppgaven, men er utelukket da vi føler at dette går mer på det etiske aspektet av smitteisolering.

Utgangspunktet for bacheloroppgaven er norske pasienter i 30-50 årene. Innlagt på et norsk somatisk sykehus på medisinsk sengepost, grunnet dråpesmitte. Smitteisolatets opphold er på to uker, for å kunne hjelpe oss og leseren til å forstå den psykososiale belastningens som pasientene vil kunne utsettes for over en lengre tid.

1.4 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen kommer metoddelen der vi presenterer den utvalgte litteraturen, forskningsartikkelen vi har funnet, og stiller oss kritisk til disse. I teoridelen har vi skrevet relevant teori vi trenger for å kunne besvare vår problemstilling. Videre vil vi ta for oss drøftningsdelen, der vi drøfter rundt teorien for å resonere oss til et svar på problemstillingen. Tilslutt har vi en konklusjon som svarer på problemstillingen vi har utarbeidet.

1.5 Oppgavens hensikt

Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å øke sykepleierens kunnskap om hvordan man skal tilnærme seg pasienter som er i smitteisolasjon, med tanke på det psykososiale behovet. Vi ønsker også å fremheve sykepleierens funksjon i det forebyggende smittearbeid.

2.0 Metodedel

Her skal vi se nærmere på hva metode- og litteraturstudie er, vårt valg av selvvalgt litteratur samt presentere vårt funn av forskningsartikkel. Deretter vil vi stille oss kritiske til litteraturen og forskningen vi har funnet.

2.1 Beskrivelse av metode

Vi har sett på definisjonen av metode som Aubert har formulert, og vi synes han beskrev dette på en god måte og som var lett å forstå. Dette er slik han formulerer det:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (1985, s.196).

Dalland (2007) har skrevet at metode er en form for fremgangsmåte, det er et hjelpemiddel for å løse problemer og tilegne seg nye kunnskaper på. Man kan si at metoden sier noe om hvordan man har jobbet med å finne kunnskaper.

2.2 Litteraturstudie

Bacheloroppgaven er basert på litteratur, og er derfor en litteraturstudie. Forklaringen på hva en litteraturstudie er, kan man kort si at det er basert på eksisterende litteratur. Litteraturstudie er en oppsummering av vitenskaplig arbeid, som man har jobbet med å finne på en systematisk måte. En må også ha en dokumentert søkestrategi, slik at man får vurdert vitenskaplig artikler og litteratur (Bahtsevani, Soltz og Willman, 2011).

2.3 Valg av litteratur og forskning

Bøkene vi har valgt er av hovedsak sekundærlitteratur, dette gjelder både pensum - og selvvalgt litteratur. Noe av den selvvalgte litteraturen har internasjonale forfattere, men mesteparten av pensum litteraturen er av nasjonale forfattere. Bøkene har blitt gitt ut i alt fra 1985 til dags dato. Vi har funnet bøker på høgskolens bibliotek og på kommune biblioteket. For å skille mellom primær - og sekundær litteratur kan man si at primærlitteratur er den opprinnelige kilden. I ved sekundærlitteratur har forfatteren brukt sin tolkning av primær litteraturen, og dermed blir det sekundær litteratur (Dalland, 2007). I henhold til dette har vi

valgt å søke opp noen av referansene til sekundærlitteratur (pensumlitteraturen), for å unngå noen mulige fortolkninger.

De databasene vi har søkt på for å finne fag- og forskningsartikler er i hovedsak cinahl, ovid nursing, sykepleien.no og pubmed. Vi har brukt både norske og engelske søkeord som for eksempel: Patient, isolation, nursing, hospitale, patients rights, smitte, tuberkulose. For nærmere utdypning av søkehistorikk viser vi til vedlegg 1. Når vi søkte på de ulike databasene regulerte vi søket vårt til forskning som var maksimum fem år gammelt, fordi vi vet at det stadig kommer ny forskning på de ulike fagfeltene. Men da vi søkte på norske databaser fikk vi artikler som omhandlet de praktiske prosedyrene ved smitteisolasjon, noe som ikke står i tråd med vår problemstilling. Disse artiklene ble derfor utelatt. Vi utvidet da søket til engelsk forskning. Vi fikk mange treff ved isolasjon innen psykiatrien, og oppdaget etter å ha lest noen forskningsartikler at pasienter i isolasjon i psykiatri sitter med mange av de samme følelsene som vi har erfart at pasienter i smitteisolasjon også har. Vi valgte derfor å inkludere en forskningsartikkel om en psykiatrisk studie da de tok utgangspunktet hos pasientene. For å styrke bacheloroppgaven har vi også valgt å inkludere en fagartikkel som tar for seg sykepleiernes erfaringer med pasienter i smitteisolasjon. Denne fagartikkelen vil bli presentert i teoridelen.

Forskningsartikkelen av Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä og Välimäki heter ”Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient’s perspective” og den ble gitt ut i 2007 i Nursing Ethics. Hensikten med denne forskningen var å finne ut om pasienter hadde opplevd frihetsberøvelse under deres opphold på et psykiatrisk sykehus. Det var 51 pasienter som ble intervjuet og fikk beskjed om å beskrive deres opplevelse av denne frihetsberøvelsen, med egne ord. De intervjuede var mellom 18 og 40 år og var innlagt på to ulike akutt psykiatriske avdelinger. Denne finske studien har blitt analysert over lengre tid, da disse intervjuene ble gjort i 2001. Informasjonen som ble hentet i intervjuene har blitt analysert ved induktiv dataanalyse (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä og Välimäki, 2007).

I forskningsartikkelen kommer det frem at pasientene følte at friheten var tatt fra dem da de ikke kunne gå ut av avdelingen slik de selv ville, og at det var en begrenset tid de fikk

sammen med pårørende. Pasientene var enige om at dette var noe som påvirket dem negativt og gjorde dem mer trist over situasjonen de befant seg i. De låste dørene førte til at flere pasienter ble sinte og irriterte. I tillegg til dette fikk de ikke bruke sine private klær og ha med seg sine private gjenstander, noe som gjorde dette oppholdet på den psykiatriske avdelingen tyngre (Kuosmanen et al. 2007).

Konklusjonen forteller oss at det burde ha blitt gitt mer tid til pasienter ved slutten av deres opphold, for å kunne snakke om det de hadde opplevd ved oppholdet. Ved å utvikle metoder for hvordan man skal ta for seg denne samtalen, vil man kunne forebygge at pasienter vil huske oppholdet som en traumatisk opplevelse (Kuosmanen et al. 2007).

2.4 Kildekritikk

Som nevnt tidligere er pensumlitteraturen i hovedsak sekundærlitteratur, derfor har vi valgt å se på kildelistene i bøkene slik at vi kan bruke deres referanser som er primærlitteratur. Ved å gjøre dette unngår vi å bruke sekundærlitteratur som er en tolkning av primærlitteraturen. Dette er årsaken til at vi har litteratur som er mer enn ti år gammel, som er eldre en den anbefalte dato for litteratur (Dalland, 2007). Dette er noe man kan se på som en svakhet, da det kan eksistere nyere litteratur rundt dette temaet. Vi har valgt å være kritiske til hvilke bøker vi har tatt i bruk ved å se på forlaget som har publisert bøkene, om forfatteren har brukt troverdige referanser og vi har bevisst valgt litteraturen til noen internasjonale forfattere. Dette kommer av at vi ønsker å hente inn kunnskap på verdensbasis. Vi mener også at det er en styrke å hente litteratur fra det internasjonale, da man kan få hentet erfaringer og kunnskap som man kanskje ikke ville fått dersom man begrenser seg til kun norsk litteratur.

Forskningsartikkelen ”Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient’s perspective” er en finsk studie som har basert sin forskning på pasienters opplevelse av å være på et psykiatrisk sykehus. I og med at denne studien er basert på en forskning i psykiatrien vil dette være en svakhet, da vi har tatt utgangspunktet i pasienter på somatiske sykehus. Vi har likevel valgt å bruke denne artikkelen da den tar for seg det å oppleve frihetsberøvelse, noe som er sentralt da man blir lagt inn på et smitteisolat.

Det at det har blitt intervjuet pasienter fra to ulike akuttmottak mener vi er positivt da de utvider sitt mangfold av pasienter. At det var omtrent like mange kvinner og menn som ble intervjuet er en styrke, ettersom vi ikke har avgrenset bacheloroppgaven til et bestemt kjønn. En av styrkene vi kan trekke frem i forskningsartikkelen, er at pasientgruppens alder stemmer overens med pasientgruppens alder i denne bacheloroppgaven.

Forfatteren til artikkelen ”erfaringer med luftsmitte- isolerte pasienter” har basert sin artikkel på et intervju med fire ulike sykepleiere som har jobbet på infeksjonsavdelingen på Ullevål sykehus og vært ansatt i minimum 2 år, samt gjort noen artikkel søk på cinahl. Vi synes at forfatteren har gjort en svak undersøkelse, og at antall intervjuede er få. Ved å ha flere intervjuer med flere sykepleiere på ulike sykehus kunne utfallet blitt endret eller styrket. Artiklene hun har valgt tar utgangspunktet i intervju med sykepleiere og pasienter (Van Vilet, 2003). Vi vil stille oss noe skeptisk til forfatterens artikkel da vi ikke har tilgang til hennes referanseliste og tviler derfor på artikkelens kvalitet. Vi har likevel valgt denne fagartikkelen fordi den har en god relevans for vår problemstilling, og fagartikkelen har et fokus på pasientenes psykososiale behov slik vi har.

3.0 Teorifundamentet

I teoridelen har vi valgt å skrive om utvalgte emner, på grunn av at vi vil fordype oss i dette fagområdet og kunne svare på problemstillingen. Vi vil ta for oss teori som omhandler isolasjon ved dråpesmitte og det psykososialbehovet hos pasientene som er påsmitteisolat. Deretter tar vi for oss den teorien som er relevant i henhold til relasjonen mellom sykepleierne og pasienter, i tillegg til kommunikasjon som er rettet opp mot informasjon i forhold til det å sitte i smitteisolat.

3.1 Isolasjon ved dråpesmitte

I følge smittevernsloven har den smittede personen plikt til å la seg isolere, dersom dette er nødvendig for å hindre at sykdommen skal spre seg. Pasienten har en klagerett som tilsier at de kan klage og søke om erstatning dersom det var unødvendig å isolere vedkommende. Loven sier også noe om at tiltakene for isolering skal begrenses til det mest nødvendige og det som er påkrevet i henholdt til den bestemte type smitte. Isolatoppholdet skal også så langt det er mulig, gi muligheter for en normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende (www.lovdata.no).

Dråpesmitte kan skje på ulike måter, felles for dråpesmitte er at smitten skjer via luften. Dette skyldes at smittestoffet kan feste seg til ulike partikler som svever i luften når den smittede snakker, hoster, nyser eller ler. Dråpekjerner er noen små partikler som kan sveve i luften i flere timer. Vannmengden i kjernene er minimal, og det er det som gjør at den kan sveve i luften så lenge. For at smittestoffet skal klare å overleve i en dråpekjerne er den nødt til å ha en egenskap som tilsier at den kan overleve i tørke over lenge tid. Eksempler på disse er tuberkelbakterien og meslingeвирус (Borchgrevink-Lund og Sjaastad, 1998).

For å forebygge at bakterier skal spre seg kan man ta utgangspunkt i smittekjeden, og finne ut hvilket ledd det er mest lønnsomt å bryte. Men da sykdommen er et faktum, er det sekundærforebygging som gjelder, og hindre at sykdommen sprer seg. Caplan (1994) beskriver sekundærforebygging som å redusere omfanget, varighet og alvorlighet av en allerede eksisterende skade, sykdom eller et problem. Så ved å legge inn en pasient på et isolat og bruke smittevernsutstyr vil man kunne bryte smitte veien/ måten.

3.1.1 Praktiske prosedyrer i henhold til dråpesmitte

Et isolat er et enerom med en forgang eller sluse, dette fungerer som et av- og påkledningsrom for smittevernsutstyr. Her skal det være en kontrollert undertrykksventilasjon og et bad med en dekontaminator. Et isolasjonsrom for dråpesmitte skal ha en rosa trekant på døren, da dette er fargekoden for dråpesmitte. Det er påbudt med smittevernsutstyr som munnbind, smittefrakk og hansker, for alle som skal inn på isolatet. Det er personalets oppgave å instruere i smitteforholdsregler og begrense antall besøkende, det kommer av at man ønsker å begrense antall mennesker som skal utsettes for en eventuell smitte. Barn under 12 år skal ikke ha adgang til isolatet da det ikke finnes smittevernsutstyr til barn. Men det finnes ingen regler uten unntak. Er det til en sterk psykososial årsak til at barnet trenger å møte den syke eller omvendt, kan den ansvarlige sykepleieren tillate besøket (Borchgrevink-Lund og Sjaastad, 1998).

For å kunne demonstrere effekten av noen smitteregimer ved for eksempel luftsmitte har vi valgt å presentere noen tall fra Borchgrevink-Lund og Sjaastad (1998). ”Reduksjon av smittespredning ved luftsmitte reduseres med 1:4 ved enerom med åpen dør, 1:250 ved enerom med lukket dør, 1:1000 ved enerom med forgang og 1:25000 ved enerom med sluse”.

3.2 Psykososialt behov hos pasienter på smitteisolat

Alle mennesker har felles grunnleggende behov, men de kan i noen grad variere fra person til person da alle mennesker er forskjellige. Abraham Maslow er kjent for sin behovspyramide om menneskers grunnleggende behov. Han delte de grunnleggende behovene inn i fem hovedgrupper slik: fysisk behov, behov for sikkerhet, sosiale behov, behov for aktelse og behov for selvrealisering. Maslow mente at behovene må jobbes med nedenfra og oppover for å realisere alle behovene. Når det fysiske behovet blir tilfredstilt ved at vi for eksempel får i oss mat og drikke og blir kvitt avfallstoffer, påstår Maslow at mennesker er i stand til å ta et steg videre i behovspyramiden slik at de andre behovene kan tilfredstilles og bli noe mer fremtredende (Håkonsen, 2009).

I følge nasjonalt ressurscenter for døvblinde (s.a), forklares begrepet psykososialt med hvordan vi selv kjenner at vi har det inne i oss når vi tenker på eller er i samspill med andre, som for eksempel mennesker og dyr. Videre hvordan vi har det med oss selv når vi utfører

bestemte ting og er i omgivelser som foreksempel naturen. Ut i fra dette kan det psykososiale behovet forklares med at det er behovet for å opprettholde kontakte med kjente omgivelser og faste rutiner. Samtidig å beholde sitt sosiale nettverk, og i forhold til dette vite hva vi kjenner inne i oss selv når vi opplever dette. Noen av de grunnleggende behovene Henderson mener et menneske har er å få kontakt med andre og gi uttrykk for egne behov og følelser og unngå farer fra omgivelsene (Kristoffersen, 2008).

For pasienter på et smitteisolat kan det psykososiale behovet bli truet, med tanke på at omgivelser og sosialkontakt kan bli kraftig redusert. Da isolasjon tilsvarer at pasienten isoleres på et smitteisolatisolat der omverdenen blir stengt ute. Dette kan da føre til at pasienten som er på smitteisolat vil kunne oppleve å bli deprimert, få endret døgnrytme, føle manglende inntresse for omverdenen og bli desorientert for tid på grunn av de endringer som kan skje ved et smitteisolat på et somatisk sykehus. Det å bli sosialt avspærret fra omverdenen og fra familie og venner kan få de samme konsekvensene som nevnt ovenfor (Borchgrevink-Lund og Sjaastad, 1998).

I fagartikkelen av Van Vilet, ”erfaringer med luftsmitte- isolerte pasienter” (2003), ble det gjort en undersøkelse som viste at pasienter på smitteisolat følte et manglende privat liv og sosialt samvær. Dette ble en stor belastning for pasientene, det ble også vist at de smitteisolerte pasientene fikk mindre besøk enn ikke smitteisolerte pasienter. Videre konkluderer fagartikkelen med at pasientene var sterkt preget av ensomhet, manglene følelse av kontroll og de følte seg mindre prioritert grunnet lang ventetid etter at de har ringt etter hjelp. Det ble påpekt i fagartikkelen at pasienter som hadde private ting og privat tøy på isolatet mestret situasjonen bedre, fordi de hadde noe av sitt eget der.

3.2.1 Stress og kriser

Mange pasienter opplever det å bli lagt inn på sykehus som en sterk påkjennelse da de ofte opplever at selvstendigheten og kontrollen over seg selv blir innskrenket. Fra da de legges inn på sykehuset får de en seng som er mindre behagelig enn sin egen, får besøk på sykehusets premisser, må legge tilside sine faste matvaner, får kun ha et begrenset utvalg av private gjenstander rundt seg og må gi private opplysninger om seg selv til det ukjente helsepersonellet. Pasienten blir satt inn i en ukjent situasjon hvor vedkommende blir avhengig

av at sykepleierne yter trygghet (Cullberg, 2010).

Cullberg (2010) skriver om stress og kriseteorier og henviser til det psykoanalytiske faguttrykket ”forventet gjennomsnittts miljø”. Dette betyr at man kan se på de ulike påkjenningene et menneske normalt sett kan forvente å oppleve. Dette gjennomsnittlige miljøet inneholder de forskjellige utfordringene og de ulike livssituasjonene som hvert enkelt menneske kan forvente å oppleve gjennom livet. Når et menneske blir utsatt for en situasjon som er uventet kan man ikke forvente at pasientene har kunnskaper om hvordan man skal håndtere disse, og det vil da kunne oppstå en følelse av stress og krise.

3.3 Tillit og trygghet

Når man yter en form for omsorgsarbeid, kan man si at man jobber mye med å danne og ivareta relasjoner. Det varierer hva relasjonene handler om, da det er avhengig av hvem som yter omsorgen og hvem som tar den imot. En sykepleier for eksempel omgås ikke brukne armer og infiserte lunger, de omgås mennesker som av ulike årsaker trenger deres hjelp og kunnskap (Aanderaa, 1994).

Når man har en relasjon til noen betyr det at man først og fremst på en eller annen måte påvirkes av den andres situasjon, som involverer evnen til å tolke og forstå det andre mennesket (Kristoffersen og Nortvedt, 2008). Det finnes mange måter å danne relasjoner på og flere årsaker til hvorfor det er viktig å ha en god relasjon til pasientene sine. Tillit og trygghet er da to begreper som står sentralt.

Henriksen og Aarflot (2002) sier at tillit er en spontan livsytring. Det vil si at den er helt uavhengig av vår egen vilje og påvirkes ikke av våres beslutninger. Så sykepleierne kan ikke krevet at pasientene skal ha tillit til dem, men ved måten de forholder seg til pasientene kan man gi rom til å skape tillit. Når pasientene viser tillit til sykepleierne gir de noe av seg selv, og da er det sykepleiernes ansvar å ivareta denne tilliten. Hvis det oppstår misstillit mellom pasientene og sykepleierne kan dette ha stor betydning for pasientenes behandling og opplevelse av å være pasient.

Trygghet er et fenomen som står tett sammen med tillit, da tillit på sikt kan føre til en trygghet. Trygghet er det å oppleve at man er ivaretatt, at det ikke er noe i livssituasjonen som virker truende og at det ikke foreligger noen eller noe ukjent som tar all oppmerksomheten og energien til den som skal ha tryggheten. Så det første møtet med pasientene er altså viktig, fordi det er da pasientene vil kunne oppleve og danne seg en følelse av tillit og trygghet (Henriksen og Aarflot, 2002).

Eide & Eide (2010) siterer Størksen som forteller hvor viktig det første møtet mellom to mennesker er. Han sier at møtet er spesielt nettopp fordi det første møtet mellom disse menneskene aldri har skjedd før og vil aldri skje igjen. Når sykepleierne går pasientene sine i møte er det viktig å møte de med empati. Empati er å se situasjonen gjennom pasientenes øyne. For å kunne gjøre dette mener Eide & Eide (2010) at man må være seg selv, være ekte og nær. Ved å være seg selv og yte empati skaper man et godt grunnlag for det første og de neste møtene med pasientene sine, og dette vil være grunnlaget for tillit og tryggheten mellom sykepleierne og pasientene deres. Et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning er menneske til menneske forhold. Og hennes egen definisjon på dette lyder slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2007).

Denne type relasjon mellom sykepleierne og pasientene er viktig og avgjørende for pasientenes behandling og opplevelse av situasjonen. For en vellykket pasientopplevelse av behandlingen står informasjon meget sentralt, noe som sykepleierne har et større ansvar for.

3.4 Sykepleiernes forebygging av psykososiale belastninger på smitteisolat

For at pasientene skal føle at de blir ivaretatt på et smitteisolat, er det viktig for pasientene at sykepleiere kan informere eller veilede dem, da det å ligge på et smitteisolat kan oppleves som en utrygg situasjon. Informasjon er en av flere viktig forebyggende tiltak som sykepleierne er ansvarlig for i henhold til de psykososiale følgene.

Tveiten (2008), refererer til Pearsall som har funnet definisjonen av informasjon i ordbøker som beskriver det som en opplysning eller underretning. Det er i mange sammenhenger man kan høre ordet informasjon, det er derfor av stor betydning at sykepleiere vet hvilke ferdigheter en bør ha for å informere pasienter (Tveiten, 2008). Det å tilpasse informasjonen til pasientenes behov krever forsiktighet, og omtanke. Selve informasjonsformidlingen krever også tilpassning da alle pasienter er forskjellige i måten å forstå, ta til seg og huske informasjon som blir gitt (Eide & Eide, 2010).

Behovet for informasjon er ofte økt når man blir syk og innlagt på sykehus for alle pasienter, det å gi informasjon og veiledning er en av hjelperens viktigste kommunikative oppgaver skriver Eide & Eide (2010). For å formidle informasjon på en best mulig måte er det viktig å finne ut hva pasientene trenger informasjon om, og å vite hvordan en skal formidle den slik at informasjonen oppleves aktuell for pasientene. Informasjonen som blir gitt til pasientene bør være så fyldig som mulig, men det er viktig at pasientene ikke får for mye informasjon med en gang. I følge Eide & Eide, (2010) som refererer til Hoel mfl. 2001, så kan for mye informasjon gjøre at pasienten ikke husker det som blir sagt, og da reduseres verdien av informasjonen. I fagartikkelen til Van Vilet (2003) sa sykepleierne seg enige om at den største årsaken til manglende evne til å mestre den psykiske påkjennelsen det er å være på et isolat, skyltes manglende - og motstridene informasjon og informasjon som var gitt på en uforståelig måte for pasienten.

For å forberede pasientene på hva de kan forvente i den neste tiden kan man på forhånd informere om hvilke undersøkelser pasientene skal igjennom, hvorfor og når dette vil skje. Det kan også være aktuelt og informere om når resultatene kan forventes, da man ofte ser at usikkerhet rundt disse tingene kan være med på å skape uro og utrygghet (Eide & Eide, 2010). Den informasjonen som blir gitt, bør være på et språk som er forståelig for pasientene. En bør også unngå mest mulig faguttrykk i informasjonen som blir gitt. Dette kan være til det beste for pasientene slik at de opplever informasjonen som naturlig og gjenkjennelig. For å få en pekepinn på om pasientene har tatt innover seg informasjonen som har blitt gitt, kan det være lurt og stille kontrollspørsmål eller be pasientene gjengi det de oppfattet (Eide & Eide, 2010).

I følge Brataas (2011), så har begrepet veiledning mange betydninger. Hun har sett på synonymer i forhold til veiledning som viste seg å være anvisning, rettleiding og råd. Veiledning kan altså da bety rettleiding, opplæring gjennom instruksjon, råd, forklaring og kan foregå som en målrettet samtale. Ved målrettet samtale gir man en åpning for en toveiskommunikasjon, slik at pasienten får en mulighet til å komme med innspill. Noen av de grunnleggende behovene Henderson mener et menneske har er å få kontakt med andre og gi uttrykk for egne behov og følelser (Kristoffersen, 2008).

Informasjon og veiledning kan kombineres, og har på en måte samme forutsetninger for pasientene, og noe lik framgangsmåte. I begge tilfeller må pasientene være klar for å motta veiledning og informasjon. Noe som Tveiten (2008) omtaler som å være veiledbar. I det legges det at pasientene er innstilt på at man skal veiledes og at man har noen kunnskaper om hva veiledning innebærer.

4.0 Diskusjon – Forebygging av psykososiale belastninger hos pasienter på smitteisolat

For å reflektere oss til et svar på problemstillingen ”Hvordan kan sykepleiere på et norsk somatisk sykehus forebygge de psykososiale belastningene pasienter kan utsettes for, ved et to ukers opphold på et smitteisolat?” har vi valgt å strukturere diskusjonen. Utgangspunktet for diskusjonen er strukturert etter rekkefølgen på de ulike temaene i teorifundamentet som omhandler rammene for smitteisolering, pasienter i smitteisolering og til slutt diskuterer vi forutsetninger for å ta i mot informasjon. Eksemplene vi bruker er hentet fra vår praksis i Afrika, da det var der vi fikk de siste erfaringene rundt smitteforebygging.

4.1 Ramme for smitteisolering

I norske sykehus er det flere strenge prosedyrer ved smitteisolasjon. Eksempel vis, så får pasientene kun oppholde seg på smitteisolatet, og utstyr fra smitteisolatet må bli desinfisert i en dekontaminator eller med virkon, før det tas med ut fra smitteisolatet, samt at sykepleiere og pårørende må ha på seg smittevernsutstyr før de kan gå inn på smitteisolatet. Da vi søkte etter norske forskningsartikler fant vi stort sett forskning om hvordan man skal gjennomføre ulike prosedyrer og effekten av disse. Disse funnene og vår erfaring rundt smitteisolasjon i Norge får oss til å undre, på hvor mye tid og energi sykepleierne bruker på å gjennomføre ulike prosedyrer, fremfor å bruke tiden på pasientene som er i smitteisolatet. På en side er det viktig å utføre prosedyrene riktig for å forebygge at smitten skal spre seg, men på den andre siden så synes vi er det er viktig å gi pasientene rom, for å skape trygghet ved å kommunisere, og bruke tid med dem. I Afrika erfarte vi at pasientene fikk lite oppmerksomhet fra sykepleierne noe som resulterte i at vi så tidlige tegn på depresjon hos enkelte pasienter, som for eksempel manglende interesse for omverdenen.

Vi har nevnt noe av smittevernsutstyret som blir brukt i Norge ved smitteisolasjon, men vi har ikke sagt noe om hvordan dette vil kunne påvirke pasientene. Da en av oss har vært pårørende til en pasient på et smitteisolat, vet vi at det var en belastning for den innlagte at hun ikke kjente igjen de ulike sykepleierne som var innom isolatet. Belastningen ble desto større da den innlagte ikke kjente igjen sine pårørende med en gang da de hadde på smittevernsutstyr. Smittevernsutstyret skapte også en kommunikasjonsbarriere mellom pasienten og pårørende, spesielt munnbindet. Pårørende følte at de måtte anstrenge seg for å prate da munnbindet var uvant og hanskene var i veien for å skape en direkte fysisk kontakt med pasienten. Selv om

smittevernsutstyret kan oppleves som en barriere mellom pasientene og deres pårørende, kan ikke dette fjernes da det er viktig for å forebygge videre smitte. Dette kan oppleves som en ”låst” situasjon for sykepleierne da det er nødvendig å følge smitteregimen. For å kunne hjelpe pasientene med å akseptere smittevernsutstyret vil det kunne være nødvendig å informere om hensikten med hvert enkelt utstyr. Sykepleierne må kunne gi en forklaring på hvorfor sykepleierne og pårørende må bruke munnbind, frakk og hansker. Man kan også gi informasjon om hva som kan skje dersom smittevernsutstyret ikke blir brukt, for å hjelpe pasientene med å øke deres forståelse for bruken av for eksempel munnbind. Gi pasientene konkrete eksempler for å virkeliggjøre situasjonen, som eksempel at pasienten kan smitte sine pårørende. Men det skal ikke drives noen skremselspropaganda, derfor kan sykepleierne også minne pasientene om at de fortsatt kan få besøk av pårørende selv om pasienten er på et smitteisolat. I prinsippet skal man ikke ha direkte kontakt med den smittede, men når man bruker munnbind så er mesteparten av ansiktet dekket til så derfor mener vi at pårørende skal få gi den innlagte en klem dersom det skulle være ønskelig. Dette mener vi er et godt forebyggende tiltak med tanke på det psykososiale behovet til pasientene. På den andre siden bør man fraråde pårørende å ha nær fysisk kontakt med den smittede dersom pasienten har uttrykt ubehag i form for kvalme, med tanke på faren for oppkast. Ved oppkast vil det bli et økt antall partikler i luften, og disse partiklene vil kunne sette seg på pasientens hud, og ved direkte kontakt vil dette smitte lett over til mottageren. Sykepleieren kan informere både pasientene og pårørende om at det ikke er nødvendig å ta unødvendig sjanser, da smittefaren er tilstede.

Selv om sykepleierne ikke kan bedre pasient- pårørende situasjonen, må det vel være noe sykepleierne selv kan gjøre for pasientene? Hvis pasientene føler et manglende sosialt samvær og er preget av ensomhet er det naturlig at de vil kunne føle seg mindre prioritert da de ikke ser sykepleierne så ofte som eksempel ikke smitteisolerte pasienter gjør (Van Vilet, 2003). Det kan se ut som om sykehusene har prøvd å lette hverdagen til de smitteisolerte pasientene ved å ha satt inn TV på hvert isolat, samt gitt pasientene tilgang til internett og telefon. Men vi mener at teknologi ikke kan erstatte behovet for menneskelig kontakt og samvær. Vi ble ikke overrasket da noen pasienter i Afrika sa at de satte pris på at vi tok oss tid til å snakke med dem, selv om det var prat om små hverdagslige ting. Pasientene uttrykte også da en tillit til oss som igjen skapte en trygghetsfølelse hos dem. Derfor mener vi at sykepleiere kan bruke

noe ekstra tid inne på smitteisolatet da de først er der inne, slik at pasientene vil kunne oppleve ivaretagelse. Dette mener vi er et enkelt tiltak å gjennomføre for å forebygge den psykososiale belastningen som kan oppstå på et smitteisolat.

4.2 Pasienter i smitteisolering

Pasientenes opplevelse av å være på et smitteisolat er avhengig av ulike faktorer som sykepleierne må ta hensyn til, ved forebygging av psykososiale påkjenninger. Deriblant må man ta hensyn til pasientenes opplevelse av sykdommen og årsaken til smitteisolasjonen. Hvis pasientene er isolert for norovirus og er plaget av symptomene som gjør pasientene trette og slappe, er det ikke sikkert pasientene har energi til å ta imot stimuli fra andre mennesker eller omgivelsene. Dette skyldes at de vil ha et økt behov for hvile. Det vil kunne være andre behov enn det psykososiale behovet som vil kunne stå sentralt hos disse pasientene. Men hvis pasientene er smitteisolert grunnet for eksempel lungetuberkulose og ikke er plaget av symptomer, er det ikke sikkert at de føler en redusert allmenntilstand. Innleggelsen på isolatet vil da kunne oppleves som en stor belastning for pasientens psykososiale behov. Pasientene vil kunne føle at friheten er dem fratatt da de ikke kan gå ut og inn av isolatet som de selv vil, og man får ikke tilbringe den tiden man selv ønsker med pårørende i de omgivelsene en er vant til (Kuosmanen et.al., 2007).

Hva kan sykepleieren gjøre for å forebygge følelsen av frihetsberøvelse hos pasientene. Det er sykepleierne som er ansvarlig for at pasientene skal få tilstrekkelig med informasjon. For å kunne hjelpe pasientene med å øke forståelsen av viktighet og årsak til å være på smitteisolatet, ville vi for eksempel valgt å informere pasientene om hvordan bakteriene kan spre seg og hvordan smitteforebyggende arbeid fungerer. Dersom pasientene føler at friheten er tatt fra dem har vi erfart at følelser som frustrasjon, håpløshet og nedstemthet er fremtredene, dette vil påvirke det psykososiale behovet i en negativ retning. I Afrika opplevde vi at pasienter som hadde en sterk følelse av frihetsberøvelse også følte seg meget ensomme, derfor tror vi at disse følelsene vil i noen grad henge sammen. Vi mener det er viktig at sykepleierne møter pasientene med empati, samtidig som de informerer om viktigheten av å være på smitteisolatet. Dette er et forbyggende tiltak fordi pasientene vil kunne føle at de blir sett og hørt, og følelsen av frihetsberøvelse vil muligens ikke være så fremtredene.

Hendersons sykepleieteori sier at alle pasienter har ulike behov i ulike livssituasjoner, at sykepleie skal utøves etter hvilke behov som er viktig for pasientene her og nå, og ikke etter hva sykepleierne selv mener er viktig (Kristoffersen, 2008). Dette kan tolkes som at sykepleierne skal ha en evne til å se pasientenes ulike behov fra deres unike perspektiv, og ikke ut ifra sykepleiernes egne erfaringer. På den andre siden så mener Maslow at et menneske ikke er i stand til å tilfredsstillere behovet for sosialkontakt dersom de fysiske behovene ikke er tilfredstilt først (Håkonsen, 2009). Dette kan oppfattes som at sykepleierne skal jobbe med å tilfredsstillere pasientens fysiske behov, før man kan fokusere på pasientens behov for sosialkontakt. Maslow har altså ikke tatt hensyn til at menneskers livssituasjon kan endre viktighetsgraden av de ulike behovene, som for eksempel så kan pasientenes behov for sosialkontakt komme før de fysiske behovene i den situasjonen hvor pasientene følte en frihetsberøvelse. Han kan likevel ha rett i, at i noen enkelte situasjoner, vil de fysiske behovene for foreksempel ernæring og hvile være en forutsetning for å kunne være i stand til å føle sikkerhet. For eksempel er det få som føler seg trygg og ivaretatt når man vandrer ute i mørket, er kald og sulten. Vi mener at Hendersons sykepleieteori hjelper sykepleierne til å se pasientene i den sårbare situasjonen de selv føler de er i, fremfor å se pasientene som en ”pyramide”, slik vi opplever at Maslow gjør.

Det forventede gjennomsnittsmiljø forteller oss noe om de ulike krisene et menneske vanligvis gjennomgår i løpet av livet. Men alle er vel syke i løpet av livet sitt, så hvorfor er det da en utfordring å bli lagt inn på et sykehus eller smitteisolat? Vi tror utfordringen ligger i at pasientene ikke er forberedt på denne hendelsen. Cullberg (2010) sier at alle større hendelser som å bli foreldre, flytte hjemmefra og bytte jobb er noe alle mennesker skal være i stand til å mestre ettersom dette er en utviklingskrise, men når de møter en utfordring som ikke alle kan forvente å møte, vil vedkommende bli stresset over situasjon og kunne oppleve en krise.

De fleste i 30-50 årene har noen erfaringer fra sykehus, enten har de vært pasient tidligere eller vært pårørende. Derfor kan pasienter som legges inn, ha dannet seg et bilde av hva de tror de skal igjennom og hva de kan forvente under innleggelsen. De fleste pasienter kan oppleve innleggelsen på sykehuset som en påkjenning, og vil kunne finne trøst eller bekymringer i tidligere erfaringer. Dersom pasientene har negative erfaringer fra sykehus vil

den aktuelle innleggelsen kunne oppleves som mer traumatisk og pasientene kan da utsettes for en stress og krisereaksjon (Cullberg, 2010). For å forebygge denne eventuelle stress og krise reaksjonen har vi erfart at informasjonen om smitteisolering bør gis rett etter at pasientene har fått beskjed om at de må smitteisoleres. Dette mener vi vil forebygge at pasientene går inn i stress og krisereaksjon uten noen kunnskaper om hva smitteisolering egentlig innebærer, eller vil kunne minske størrelsen på stress og krisereaksjonen. Dersom informasjonen ikke blir gitt vil denne krisereaksjonen oppstå, og det vil ramme det psykososiale behovet i større grad. Dette fordi ordet isolasjon ofte forbindes med å være alene. Selv pasienter med gode sykehuserfaringer vil kunne oppleve smitteisolasjonen som et sjokk eller som en krise, dersom de ikke får nok informasjon om dette. Får pasientene derimot nok informasjon vil de kunne forberede seg noe på hva de vil kunne oppleve den nærmeste tiden, og da lette de psykososiale belastningene.

I følge Kuosmanen et.al. (2007) følte pasientene på isolatet at friheten ble tatt fra dem. Dette tror vi kan være et følge av at pasientene måtte forholde seg til dette avgrensede området, hvor det kun er plass til en seng og noen stoler samt et lite bad. Pasientene får ikke lov til å ha med seg ubegrenset private gjenstander inn på smitteisolatet, fordi det ikke er alt som kan desinfiseres når smitteisolasjonen opphører. Når omgivelsene til et menneske brått blir endret kan dette som nevnt tidligere forårsake en stress og krisereaksjon. Hva hvis pasientene får en mulighet til å ha kjente gjenstander i det ukjente miljøet? Van Vilet (2003) konkluderte nemlig med at pasientene som hadde private gjenstander og privat tøy, håndterte isolasjonsoppholdet bedre enn de som ikke hadde noe private ting rundt seg. Erfaringsmessig vet vi at pasienter blir oppfordret til å bruke privat tøy på kirurgiske sengeposter, fordi sykepleierne mener at dette fremmer velvære hos pasientene. Dessuten har vi erfart at pasienter som bruker sykehusskjorter har en tendens til å oppsøke mer sympati, enn de som bruker sine private klær. Ulempen ved å bruke privat tøy i smitteisolatet er at ikke alle pårørende og pasienter vet at tøyet må vaskes separat på 90 grader, dette for å drepe bakteriene og hindre at de sprer seg videre. Derfor er det viktig at sykepleieren informerer om dette før tøyet blir tatt med inn på smitteisolatet. Det kan også gis tips til pasientene om at det greit å ha med seg private klær og ta med gjenstander inn på smitteisolatet dersom det tåler å kokvaskes, desinfiseres eller akseptere at det vil bli kastet ved smitteopphør. Vi har sett at

pasienter med privat tøy ofte er mer komfortable på smitteisolatet og at de blir mindre desorientert for dag og natt, da de bytter mellom dag og natt-tøy.

Det er også mulig at noen pasienter finner en trøst i sine private ting, da disse muligens har en personlig verdi som skaper trygghet. Vi tror at fordelene med å ha med seg noen private ting kan hjelpe pasientene med å finne noe meningsfylt å gjøre mens de er på isolatet, noe som hjelper dem med å tenke på noe annet enn sykdom og vente på at tiden skal gå. Eksempler på slike gjenstander kan være bøker, blader, mobil og kryssord. Dette er noe sykepleierne kan tilrettelegge for pasientene slik at pasientene får noe å bedrive tiden med, men det er viktig at både pasientene og pårørende er innforstått med at det som blir tatt med inn på smitteisolatet ikke kan tas med ut igjen på grunn av smittefaren. Sykepleierne kan også være noe på tilbudssiden ved for eksempel å tilby seg å handle avis i kiosken for pasienten, dersom man ikke får dette på avdelingen. I Afrika opplevde vi at en pasient hadde fått beskjed om at han kunne ta med private ting inn på smitteisolatet, men han hadde ikke fått beskjed om rengjøringsregimet for å få ta med disse ut av smitteisolatet igjen. Derfor hadde han tatt med seg et fotoalbum på smitteisolatet, uten å vite konsekvensene av dette, når smitten ble opphørt. Dette eksempelet kan opplyse om at det ikke er alt som er egnet for å ta med inn på smitteisolatet, og at det kan være nyttig å la pasientene og pårørende vite at man kan spørre sykepleierne om man kan ta med bestemte gjenstander inn på smitteisolatet. Eksemplet fra Afrika belyser igjen viktigheten av det å gi fullstendig informasjon, og sørge for at informasjonen er forstått. Dette er noe vi vil komme tilbake til senere. For å lette de psykososiale belastningene hos de smitteisolerte pasientene kan sykepleierne oppmuntre pasientene til å ha privat tøy og private gjenstander på smitteisolatet, etter å ha informert om rengjøringsprosedyrer når smitteisolasjonen opphører.

4.3 Forutsetninger for å ta i mot informasjon

Vi mener at trygghetsfølelsen hos pasientene har en sentral rolle i hvordan pasientene vil håndtere det å være i smitteisolatet. Kristoffersen og Nortvedt (2008) sier at en av forutsetningene for å kunne skape trygghet hos pasientene, er at de har tillit og en god relasjon til sykepleierne. Relasjonene er noe man skaper ved det første møte, og det er sykepleiernes ansvar å sørge for at det er rom for en god relasjonsbygging mellom pasientene og sykepleierne. Eide & Eide (2010) mener at det er viktig for sykepleierne å bevisst være seg

selv bevist ved det første møte med pasientene, da dette møte ikke vil gjenta seg. Pasientene vil trolig sette pris på at sykepleierne møter dem med empati, ærlighet og omsorg, noe som kan være forutsetningene for en god relasjon mellom de to.

Dersom det oppstår en uhensiktsmessig relasjon mellom disse to partene vil dette gi rom for mistillit og utrygghet, som vil kunne fungere som en kommunikasjonsbarriere. En slik relasjon kan være forårsaket av at pasientens behov ikke ble møtt av sykepleieren ved det første møtet. Dette kan innebære behovet for å føle seg velkommen eller for å få den informasjon en ønsket med en gang. Travelbee (2007) sier at når et menneske er i en sårbar situasjon er det ikke mye som skal til for at sykepleieren vil kunne bryte tilliten til pasientene. Det kan være alt fra et lite blick til en kommentar som pasientene opplever som overfladisk eller sårende, som for eksempel ”dette går så bra så”. Vi mener da at dette kan resultere i en kommunikasjonsbarriere, men denne barrieren kan også oppstå hvis det er en dårlig kjemi mellom sykepleierne og pasientene. Alle mennesker kommer ikke like godt overens, dette gjelder også sykepleiere og pasienter. Vi mener da at det er sykepleierne som skal anstrenge seg for å møte pasientene, da det psykososiale behovet hos pasientene allerede er belastet.

Dersom det oppstår en god relasjon mellom sykepleierne og pasientene, kan man anta at pasientene har følt seg godt mottatt, og at sykepleierne var imøtekommende. Vi mener at en god relasjon er viktig for å kunne skape trygghet og tillit mellom pasientene og sykepleierne. I Afrika har vi selv erfart at det kan være vanskelig å veilede og informere en pasient som ikke har tillit til oss, og vi så at dette hadde en negativ innvirkning for pasientens opplevelse av behandlingen.

Hvis sykepleierne har klart å danne en god relasjon med pasientene sine har de laget et godt grunnlag for å skape en trygghetsfølelse hos pasientene som er på smitteisolatet. Dersom det er en god relasjon mellom sykepleierne og pasientene, er det lettere for pasientene å føle seg trygg i nærheten av den enkelte sykepleieren. Pasientene vil da lettere kunne gjøre nytte av den informasjonen som blir gitt, nettopp fordi det har oppstått et tillitsforhold til denne sykepleieren. Når pasientene lettere tar til seg informasjonen og er trygg på sykepleieren, kan det være enklere for pasientene å stille spørsmål dersom det er noe som er uklart. Dette kan resultere i at de psykososiale påkjenningene ikke blir så fremtredene.

I Van Vilets (2003) fagartikkel resonneres det med at den største årsaken til manglende evne hos pasientene til å mestre den psykososiale påkjenningen ved å være på et smitteisolat, er manglende og motstridende informasjon. Når en pasient blir lagt inn på et smitteisolat for første gang mener vi at sykepleierne er ansvarlig for å spørre pasientene om hva slags kunnskaper og erfaringer de har om smitteisolasjon, da dette vil bli utgangspunktet for videre informasjon til pasientene. Eide & Eide (2010) mener at sykepleiernes viktigste kommunikative oppgave er å informere og veilede pasientene. Men det finnes mange måter å veilede og informere på.

Når man informerer har vi erfart at det er kun sykepleierne som prater og gir informasjon til pasientene, uten å ta hensyn til hva pasientene egentlig vet fra før. Man kan si at det blir en form for enveiskommunikasjon, som ikke gir rom for pasientenes innspill og spørsmål. Dette kan føre til at pasientene får for mye informasjon på en gang, og ikke klarer å ta det til seg eller mistolke det som blir sagt og det vil da kunne oppstå missforståelser. Men på den andre siden er dette en enkel måte å gi informasjon på, sykepleierne får formidlet det de mener pasientene kan ha nytte av, samtidig som pasientene stille spørsmål etter informasjonen er gitt. På denne måten blir det en ryddig og oversiktlig måte å informere på.

Ved veiledning har sykepleierne en toveiskommunikasjon med pasientene, som gir rom for en dialog. Da vil informasjonen bli gitt som en informativ samtale eller som en målrettet samtale mellom sykepleierne og pasientene. Dette mener vi vil kunne gi en økt forståelse hos pasientene med tanke på hvorfor de er nødt til å oppholde seg på et smitteisolat. Dessuten er det mer rom for at pasientene kan få svar på eventuelle spørsmål som oppstår midt i dialogen, og ved å få svar med en gang mener vi at man blir mer mottagelig for den neste informasjonen som blir gitt. Når sykepleierne kun informerer, er det ikke alltid en åpning for avbrytelser, og pasientene må da bruke energi for å ikke glemme spørsmålene sine. Dette kan resultere i at pasientene ikke får med seg det som blir sagt, da fokuset er et annet sted (Eide & Eide, 2010).

Vi har gode erfaringer med å informere, når vi tar utgangspunktet i enveiskommunikasjon. Selv om enveiskommunikasjon ikke gir rom for innspill av mottageren, pleier vi likevel å

legge til rette for spørsmål når vi informerer, Ved for eksempel å ta lange pauser når vi informerer slik at pasientene får muligheten til å gripe ordet. På denne måten kan sykepleieren sørge for at rammene for informasjonen/den målrettede samtalen holdes.

Sykepleierne gir pasienter informasjon av den hensikt å forebygge en større psykososial påkjennelse når de er på et smitteisolat, og prøver dermed å fremme deres forståelse av situasjonen. Dersom alle sykepleiere gir pasientene informasjon den første tiden under smitteisolasjonen, kan det bli mye gjentakelser eller så kan det bli mye motsigende informasjon. Dette vil kunne skape forvirring og usikkerhet hos pasientene. For å unngå slike tilfeller kan sykepleierne dokumentere hva som har blitt gitt av informasjon slik at andre sykepleierne kan få et innblikk i hva pasientene vet og hva de eventuelt trenger mer informasjon om. Pasienter kan stadig oppleve å ha spørsmål som de ønsker svar på, derfor er det viktig for sykepleierne å vite hvilken informasjon som er gitt, slik at de selv kan stille forberedt og svare på pasientenes spørsmål. På denne måten kan sykepleierne øke pasientenes trygghetsfølelse og følelsen av å bli ivaretatt. Dersom det kun var en sykepleier som skulle ha vært ansvarlig for å informere pasientene, ville ikke pasientene kunne få mulighet til å få svar på eventuelle spørsmål, da denne sykepleieren ikke skulle være på jobb (Tveiten, 2008).

Trenger alle pasienter like mye informasjon? Etter all praksiserfaring vi har fått via våres utdanning hittil har vi opplevd at alle pasienter møter sykepleiere med ulike forutsetninger og kunnskaper. Noen pasienter sitter med mange spørsmål rett etter innleggelsen, mens andre trenger litt tid for å kunne reflektere over situasjonen før spørsmålene kommer. Dette forteller oss at man ikke kan gi pasientene informasjon når det passer sykepleierne, men når det passer for pasientene. Hendersons sykepleieteori sier at sykepleierne skal jobbe i ut ifra hva pasientene opplever er deres behov i en her og nå situasjon (Kristoffersen, 2008). Ut ifra dette mener vi at det blir riktig å gi den informasjonen pasientene trenger på det tidspunktet de ønsker det, og når de selv mener de er mottagelig. Utfordringen for sykepleierne blir da at de er ansvarlige for flere pasienter som skal få dekket sine behov, noe som kan føre til en stressende og tidsklemt dag. Det kan da være utfordrende å møte hver enkelt pasient når det passer for pasientene. Vi mener at sykepleierne skal kunne ha kunnskaper nok til å kunne prioritere hvilken pasient som må få dekket sitt behov først. Eller kunne delegere oppgaver som morgenstell, sårstell og matservering videre til hjelpepleiere og sykepleiestudenter.

Som sagt mener vi at sykepleierne skal ta utgangspunkt i pasientenes tidligere kunnskaper, når de begynner med å informere om det å være på et smitteisolat. Og etter en erfaring vi gjorde oss i Afrika, er det lønnsomt å spørre pasientene rett ut om hva de vet fra før, og om de har noen spørsmål før man gir den planlagte informasjonen. I Afrika begynte vi å informere en pasient om behandlingen han skulle igjennom, til han avbrøt oss. Han fortalte at han var en lege på et sykehus, og at han viste godt hva den behandlingen han skulle gjennomgå var for noe. Av denne erfaringen lærte vi oss å spørre om hva pasientene viste fra før, slik at vi fikk tilrettelagt den planlagte informasjonen som skulle gis til pasientene.

Men det er flere ting en sykepleier må ta hensyn til når man skal informere eller veilede en pasient. Der i blant å tenke på hvordan man ordlegger seg. Hvis en sykepleier bruker et eller flere faguttrykk kan det føre til at pasientene vil kunne misforstå det som blir sagt. Dette tror vi kan komme av at pasientene synes det er flaut å spørre om betydningen av enkeltord og faguttrykk (Eide & Eide, 2010). Dessuten kan sykepleierne gi uttrykk for å være ”bedrevitende” da man bruker faguttrykk som man ikke kan forvente at pasientene vil forstå. Dette er noe som er med på å skape en ugunstig relasjon mellom pasientene og sykepleierne. Vi mener dette handler om å møte pasientene på deres intellektuelle nivå. En sykepleier bør for eksempel ikke snakke til et barn på den måten som man vil snakke med en 30 åring. Da sykepleierne tilpasser seg pasientenes intellektuelle nivå, bruker de kunnskapene sine om kommunikasjon og dette er kunnskaper som pasienten ikke har. Derfor vil vi kunne påstå at det er sykepleiernes ansvar å sørge for at pasientene får informasjon som er tilpasset pasientens evne til å motta informasjon.

Informasjon er ikke gitt før den er forstått, er et utsagn vi lærte på skolebenken. Som sykepleier er det en sin jobb å få en bekreftelse på at informasjonen er forstått (Eide & Eide, 2010). Denne bekreftelsen kan fås ved å stille noen kontrollspørsmål eller ved å få pasientene til å gjengi den informasjonen som pasientene har tatt til seg, ved for eksempel å stille direkte spørsmål. Vi har erfart at det er nyttig for pasientene å si ifra at man er tilgjengelig hvis pasientene skulle ha noen spørsmål i etterkant. På denne måten vil sykepleierne kunne vise at de er interessert i at pasientene skal få en forståelse for den situasjonen de er i, noe som igjen kan lette den psykososiale påkjenningen pasientene vil kunne utsettes for i et smitteisolat. I Afrika hadde vi muligheten til å dele ut noe av informasjonen skriftelig via brosjyrer, hvis

pasientene trengte å få noe av informasjonen repetert, ville de på denne måten ha muligheten til å lese dette selv. Dette ble praktisert fordi sykepleierne hadde en travel arbeidsdag, og hadde ikke mulighet til å bruke ”mer enn nødvendig” tid på hver enkelt pasient. Men vi opplevde at pasienter som fikk den tiden de trengte med sykepleierne for å få tilstrekkelig informasjon håndterte oppholdet på isolatet bedre, enn de som måtte lese dette selv. Dette tror vi kan komme av at pasientene ikke bare trengte informasjon, men også menneskelig kontakt.

Erfaringsvis kan vi si at pasienter på smitteisolat har en tendens til å være mer kontaktsøkende enn ikke isolerte pasienter, dette skyldes trolig ensomhet og utrygghet. Pasienter på smitteisolat får nemlig mindre besøk enn ikke isolerte pasienter og ser dessuten mindre til sykepleierne. Pasienter som ikke er i smitteisolatet ser sykepleierne når de går i sykehuskorridoren, og når de er med andre pasienter som deler deres rom. Den smitteisolerte pasienten ser derimot sykepleierne når de kommer inn på isolatet for å utføre en prosedyre eller oppgave. Det er sjeldent at sykepleierne kommer innom isolatet bare for å se til pasienten. Dette resulterer i at pasientene på smitteisolatet vil kunne føle seg ensom og nedprioritert da de må tilbringe mye tid alene (Van Vilet, 2003).

På grunn av denne ensomheten som kan oppstå hos pasientene på smitteisolatet må sykepleierne noen ganger prioritere å være et medmenneske fremfor det å stadig informere om hvorfor situasjonen er slik den er. Travelbee (2007) sier at sykepleie er å hjelpe pasienter med å finne en mening med tilstanden eller å mestre erfaringene rundt tilstanden. Dette mener vi kan gjøres på andre måter enn bare å informere. Alle mennesker har et behov for menneskelig kontakt uansett situasjon, og dette behovet kan muligens øke når man er i en sårbar situasjon. Travelbee snakker også om menneske til menneskeforhold som oppstår mellom sykepleierne og pasientene. Dette kan forstås som at pasientene kan ha et behov for å ikke bare ha en relasjon til sykepleierne men også personen som sykepleieren er. Hendersons sykepleieteori støtter denne teorien om at pasientene trenger å oppnå kontakt med andre (Kristoffersen, 2008).

Det kan forstås som at alle disse teoriene har et fellestrekk, og det er at pasientene før eller senere vil utvikle et behov for å få en relasjon til vedkommende bak profesjonen. Ifølge Eide & Eide (2010) skal sykepleieren møte pasientene sine med empati, ærlighet og være seg selv.

Dette har vi tolket som at en sykepleier må kunne gi av seg selv. Noe som tillater sykepleierne å dele noen av sine egne private erfaringer med pasientene eller få kunne være så ærlige å si at de selv ikke har vært i en lignende situasjon, men har en forståelse for frustrasjonen og sårbarheten som pasientene vil kunne utsettes for. Dersom pasientene ikke opplever det menneske til menneskeforholdet vil de kunne utsettes for en begynnende depresjon, ettersom de er isolert fra de kjente omgivelsene og ikke får muligheten til å bli kjent med de nye menneskene som ”trenger seg inn” i pasientens nye livssituasjon. Dette mener vi er en stor faktor som påvirker de psykososiale påkjenningene i en negativ grad. Hvis det er riktig at alle mennesker har et behov for å oppnå kontakt med andre, vil ikke pasientene da kunne oppleve at de blir noe desperat etter å ha noen å snakke, med eller en til å se og høre dem? Pasientene er sjeldent inne på et smitteisolat etter eget ønske, men heller fordi de må, grunnet smitte. Smitteisolerte pasienter som får lite besøk av pårørende og ser lite til sykepleierne vil da utsettes for å bli understimulert, og da kun sitte igjen med sine egne tanker. Vi har erfart at de mest fremtredende tanker hos smitteisolerte pasienter omhandler bekymringer og dårlig samvittighet ovenfor partner/ektefelle, barn og arbeidskollegaer. Hvis en pasient sitter med slike bekymringer og dårlig samvittighet over lengre tid kan dette forårsake en begynnende depresjon.

Når man har et menneske til menneskeforhold betyr det at det er en relasjon mellom to mennesker og ikke mellom pasientene og sykepleierne, som er noen roller man har fått tildelt. Som pasient kan man føle seg underdannet sykepleierne, da det er de som sitter med kunnskapene og har muligheten til å gå inn og ut av isolatet. Den følelsen av underdannelse mener vi er en barriere for tillit og trygghetsfølelsen hos pasienten. For å unngå dette kan sykepleierne møte pasientene der de er i sin situasjon. Føler pasientene undertrykkelse skal sykepleierne kunne møte personen som føler seg undertrykt, dersom pasienten er kontaktsøkende, er det sykepleierens ansvar å se det ensomme mennesket. Ved å se mennesket fremfor pasienten i sin rolle, er det lettere for sykepleierne og gå inn i den empatiske rollen som medmenneske. Denne tankegangen skyldes en oppvekkende opplevelse vi hadde i Afrika. Vi hadde en pasient som gråt på et smitteisolat, uten å spørre hva hun gråt for, gikk sykepleierne ut derifra minst like fortvilet som pasienten. Vi tok oss tid til å spørre hvorfor hun gråt, og det viste seg at hun hadde dårlig samvittighet ovenfor barna som var

hjemme. Etter denne samtalen fant vi henne ikke gråtende noe mer, alt hun trengte var trolig å lufte tankene sine, og vite at det var noen som lyttet til henne.

En sykepleier omgås ikke brukne armer og syke lunger, de omgås mennesker. Det er sykepleiernes ansvar å se dem (Aanderaa, 1994). Dette syntes vi var en fin ”regel”, for å hjelpe sykepleierne å huske på å se pasientene sine og ikke bare prosedyrer.

5.0 Konklusjon

Avslutningsvis i denne bacheloroppgaven vil vi svare på problemstillingen; ”Hvordan kan sykepleiere på et norsk somatisk sykehus forebygge de psykososiale belastningene pasienter kan utsettes for, ved et to ukers opphold på et smitteisolat”?

I denne bacheloroppgaven har vi konkludert med at informasjon er det mest fremtredene stikkordet, i sykepleierens forebyggende arbeid i henhold til det psykososiale behovet hos pasientene. Det er mange faktorer som henger sammen og som vil påvirke sykepleierens forebyggende tiltak, med tanke på pasientenes psykososiale behov. Det er informasjon som legger til rette for at de andre sykepleietiltakene skal få optimal effekt. Sykepleierne er ansvarlig for å skape en trygg ramme rundt smitteisolatet, slik at pasientene opplever en trygghetsfølelse, ivaretagelse og har tillit til sykepleieren.

Sykepleierne er ansvarlig for å finne ut av hva pasientene vet fra før om smitteisolasjon, slik at informasjonen som skal gis kan tilrettelegges etter dette. Ettersom det er sykepleieren som er ansvarlig for å gi informasjonen, skal også sykepleieren kunne se når pasientene er mottagelig for dette, og å kunne vurdere om all informasjonen skal gis på en gang eller om den skal deles og gis litt etter litt. Når sykepleierne gir tilrettelagt informasjonen til pasientene vil dette være med på å skape et tillitsforhold til sykepleierne, noe som vil bidra til en god relasjon mellom pasientene og sykepleierne. Dette vil igjen reflekteres i at pasientene vil føle trygghet i den ukjente situasjonen. Ettersom de smitteisolerte pasientene ikke vil få muligheten til å se noen andre enn sine nærmeste pårørende og sykepleierne, kom vi fram til at sykepleierne kan bruke noe ekstra tid inne på smitteisolatet når de først er der inne. Ved å bruke tid hos pasientene vil det være lettere for sykepleierne å kunne se pasientenes behov og deretter innfri disse. Når man tar utgangspunktet i pasientenes behov her og nå, vil man lettere kunne forebygge de psykososiale belastningene som kan oppstå på et smitteisolat.

Under skriveprosessen har det reist seg etiske spørsmål rundt det å bli lagt inn på et smitteisolat, med tanke på selvbestemmelsesretten. Dette er noe vi mener kunne ha vært aktuelt å se på ved en senere anledning.

6.0 Litteraturliste

- * Aandreaa, I. (1994). *Pasienten og sykepleieren- et gjensidig påvirkningsforhold*. [Oslo]: Ad Notam Gyldendal.
- * Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- * Bahtsevani C., Soltz P. og Willmann, A. (2011). *Evidensbaserrad omvårdnad- en bro mellom, forskning og klinisk verksamhet*. Polen: Studentlitteratur.
- * Borchgrevink-Lund, C.-F. og Sjaastad, I. (1998). *Hygiene og mikrobiologi- kopendium*. Oslo: Forlaget Mbl as.
- * Brataas, H. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basics books.
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- * Henriksen, J-O. og Aarflot, H.M. (2002). Å møte en annen. Bjørk I.T., Helseth S., Nortvedt, F. (Red). *Møte mellom pasient og sykepleier* (Kapitel 10, s.157-172). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. (2010). *Helt- ikke stykkevis og delt* (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Håkonsen, K, J. (2009). *Innføring i psykologi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristofferen, N.J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie- bind 4*(Kapitel 23, s.14-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristofferen N.J. og Nortvedt P. (2008), Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 4* (Kapitel 5, s.137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- * Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. og Välimäki, M. (2007). *Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective*. Nursing ethics. Lokalisert: <http://search.proquest.com/docview/201448442/fulltextPDF?accountid=42560>. Nedlastingsdato: 20.04.12.

- * Nasjonalt ressurscenter for døvblinde. (s.a). Psykososialet tema. Lokalisert på <http://www.eikholt.no/?module=Articles%3Baction%3DArticleFolder.publicOpenFolder%3BID%3D230>. Nedlastningsdato: 17.04.12.

- * Smittevernsloven (2012). Lokalisert: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19940805-055.html&emne=smittevern*&&. Nedlastningsdato 15.04.12

- * Statistisk sentralbyrå (2011). Lokalisert: <http://www.ssb.no/innvandring/>. Nedlastningsdato 29.03.12.

- * Statistisk sentralbyrå (2012). Lokalisert: <http://www.ssb.no/reise/>. Nedlastningsdato 29.03.12.

- * Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Van Vilet, E. (2003) Erfaringer med luftsmitte- isolerte pasienter. *Sykepleien*.

Lokalisert på www.sykepleien.no. Nedlastningsdato: 29.03.12.

* Selvvalgt litteratur.

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Databaser	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
29.03	Tuberkulose og smitte	Sykepleien.no		4	3	2	1
29.03	Nursing AND patient AND isolation.	Cinahl	2005-2012, fulltekst	327	3	1	0
11.04	Patient AND experience AND isolation AND tuberculosis	Cinahl	Kun fulltekst	14	4	2	0
11.04	Africa AND infection AND patient AND nursing AND hospital	Ovid nursing	Engelsk tekst	103	5	2	0
12.04	Nursing AND isolation AND hospital AND patient AND tuberculosis	Pubmed	Kun fulltekst	2	1	0	0
12.04	Resperatory infection AND hospital	Ovid nursing		10	2	0	0
20.04	Patients rights	Pubmed		2	2	1	1

	AND isolation AND deprivation of liberty						
--	--	--	--	--	--	--	--