



**UiT** Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Sykepleiefaglig ansvar for isolerte pasienter i sykehus**

En kvalitativ studie

Sofia Fagerheim Lockertsen

Masteroppgave i sykepleie SYP-3901 mai 2020



## Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en tidkrevende, men spennende og lærerik prosess for meg. Jeg vil takke familien min for støtte underveis. Mine barn, Eivind og Anna, har vært svært tålmodige og tillatt meg å jobbe uforstyrret i lengre perioder om gangen. Jeg vil takke min kjære ektemann, Stig, for all hjelp underveis. I lang tid har mitt studie og min oppgave fått førsteprioritet på hjemmebane. Jeg vil takke mine foreldre og svigerforeldre, Kari og Eivind, Astrid og Svein, for barnepass, og ekstra takk til pappa for gjennomlesning! Jeg har også fått mye hjelp fra medstudenter som har gitt råd og tips underveis. Spesielt vil jeg trekke frem Ingelin Bødtker, som har holdt motivasjonen min oppe gjennom studiet, til tross for utfordringer underveis.

Jeg vil takke avdelingsledere som var positive til mitt prosjekt, og ikke minst informantene som stilte opp til intervju. Jeg vil takke bibliotekar ved UiT Natur- og helsebiblioteket, Grete Overvåg, for hjelp i søkeprosessen.

Til slutt vil jeg takke min fantastiske veileder, Åshild Fause. Jeg har alltid kommet ut fra ditt kontor i godt humør og ved godt mot. Takk for din fleksibilitet og for dine tilbakemeldinger underveis.

Sofia Fagerheim Lockertsen

Tromsø, 01.05.20

## Sammendrag

Studiens utgangspunkt var at grunnet økt antibiotikabruk og antibiotikaresistens, vil det i fremtiden være vanskeligere å behandle infeksjonssykdommer, og vi kan oppleve å få flere pasienter innlagt på isolat i sykehus. Det viser seg at langvarig isolasjon kan ha negativ innvirkning på pasienters psyke, og for å bedre pasientens situasjon på isolat kan sykepleiere ha hyppigere tilsyn til den isolerte pasienten. Likevel er egen erfaring fra å jobbe på sykehus at sykepleiere ikke ønsker å ha ansvar for den isolerte pasienten. Min problemstilling i denne studien er derfor: Sykepleiefaglig ansvar for isolerte pasienter ved medisinske avdelinger på sykehus: Hvordan kan sykepleien organiseres for at pasienter skal få det bedre på isolat?

Metoden som er benyttet er kvalitativ forskningsmetode. Studien er gjennomført med fokusgruppeintervju bestående av tre sykepleiere med minimum ett års erfaring som sykepleier ved medisinsk sengepost på sykehus. Lyddopptak er transkribert, og analysen av data er utført med inspirasjon fra sosiolog Aksel Tjora.

Tidligere forskning fokuserer i stor grad på hvordan sykepleiere kan forbedre seg, eller hvordan de kan gjøre isoleringsregime best mulig for pasienten, utfra et pasientperspektiv. Utfra litteratursøk kan det virke som om det finnes lite forskning i de nordiske landene som tar utgangspunkt i sykepleiererfaringer. Litteraturen som omhandler sykepleie til infeksjonspasienter vektlegger viktigheten med at sykepleiere har kunnskap om hvilke sykdommer som krever hvilket smitteregime, og at sykepleiere følger retningslinjer for valgt smitteregime.

Studiens hovedfunn er at sykepleiere opplever det å ha ansvar for isolerte pasienter i sykehus, som en økt arbeidsbelastning. Sykepleiere opplever ikke at avdelingene er tilrettelagt for å isolere pasienter, i tillegg til at de synes det er tidkrevende å gå inn og ut av et isolat på grunn av bekledning, og at det krever ekstra planlegging fra deres side. Videre viser studiens funn at sykepleiere opplever å ha manglende kunnskap om infeksjonssykepleie og smitteregimer. Sykepleierne opplever å være redde for å bli smittet av pasienten selv, og bringe smitten videre til andre pasienter. Til slutt opplever sykepleierne å føle seg alene om ansvaret for den isolerte pasienten, ved at de blir stående alene om å observere pasienten. Sykepleiere opplever

at leger og andre avdelinger ikke prioriterer de isolerte pasientene, og at sykepleierne får delegerte oppgaver fra legen, som de ikke er kompetente til å gjennomføre, som for eksempel å videreformidle informasjon.

Av studien kan vi se at større fokus på opplæring av sykepleie til den isolerte pasienten, kan være hensiktsmessig for at sykepleiere skal føle seg trygge i ansvaret for disse pasientene. Sykepleiere ønsker for å snakke sammen om hvordan de opplever ansvaret, og hvordan ansvaret preger arbeidshverdagen deres. Avdelinger bør gjennomgå rutiner for isolering av pasienter, slik at sykepleiere ikke opplever en usikkerhet knyttet opp mot å ha ansvar for denne pasientgruppen. Et økt fokus på isolerte pasienter kan også bidra til at sykepleiere synes infeksjonspasienten på isolat er en spennende pasientgruppe å jobbe med.

## Abstract

The study's starting point was that due to increased use of antibiotics and antibiotic resistance, it will be more difficult to treat infectious diseases in the future, and we may find that more patients are admitted to hospital in isolation. It turns out that prolonged isolation can have a negative impact on the patient's psyche, and to improve the patient's situation on the isolate, the nurse may have more frequent supervision of the isolated patient. Nevertheless, my own experience from working in hospitals is that nurses do not want to be responsible for the isolated patient. My question in this study is therefore: Nursing responsibility for isolated patients at medical wards in hospitals: How can nursing be organized to improve patients' isolation?

The method used is qualitative research method. The study was conducted with focus group interview consists of three nurses with at least one year's experience as a nurse at a medical bedside in a hospital. Audio recordings have been transcribed and the analysis of data has been done with inspiration from sociologist Aksel Tjora.

Previous research focuses largely on how nurses can improve, or how they can make the isolation regimen the best possible for the patient, from a patient perspective. Based on literature searches, it may seem that there is little research in the Nordic countries that is based on nursing experience. The literature on nursing for infectious patients emphasizes the importance of having nurses know which diseases require which infection regimen, and that the nurse follows guidelines for the selected infection regimen.

The study's main findings is that nurses perceive being responsible for patients admitted to hospital in isolation, as an increased workload. Nurses do not feel that the wards are designed for isolated patients, in addition to the fact that they find it time-consuming to walk in and out of an isolate due to clothing, and that it requires extra planning on their part. Furthermore, the study's findings show that nurses experience lack of knowledge about infectious nursing and infection regimens. In addition, the nurses experience being afraid of being infected by the patient themselves, and passing the infection on to other patients. Finally, the nurses experience feeling alone about the responsibility of the isolated patient, leaving them alone to

observe the patient. Nurses find that doctors and other departments do not prioritize isolated patients and that nurses receive delegated tasks from the physician, which they are not competent to perform, such as relaying information.

From the study, we can see that a greater focus on nursing education for the isolated patient may be appropriate for nurses to feel safe in the responsibility of these patients. Nurses want forums to talk together about how they experience responsibility, and how responsibility characterizes their everyday work. Departments should review routines for isolating patients so that nurses do not experience any uncertainty associated with being responsible for this patient group. An increased focus on isolated patients can also help nurses find the infected patient on isolate to be an exciting patient group to work with.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.2 Presentasjon av tema .....	11
1.3 Hensikt med studien.....	12
1.4 Avgrensing .....	13
1.5 Presentasjon av problemstilling .....	14
1.6 Studiedesign .....	14
1.7 Oppgavens oppbygning .....	15
<b>2.0 Tidligere forskning</b> .....	<b>16</b>
2.1 Sykepleiehverdag .....	18
2.2 Pasientens opplevelse av isolat .....	19
<b>3.0 Teoretisk forståelsesramme</b> .....	<b>22</b>
3.1 Sengepost i sykehus.....	22
3.2 Sykepleiefaglig ansvar .....	23
3.3 Pleiekultur.....	25
3.4 Kunnskap og kompetanse i sykepleie.....	26
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>27</b>
4.1 Studiens design .....	27
4.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming .....	28
4.3 Å forske i eget felt.....	28
4.4 Planlegging av prosjektet.....	29
4.5 Utvalg.....	29
4.6 Gjennomføring av intervju .....	32
4.7 Transkribering .....	34
4.8 Analyse.....	34
4.9 Forskningsetiske overveielser .....	37



4.10 Studiens pålitelighet, gyldighet og generalisering .....	38
Gyldighet.....	38
Pålitelighet.....	40
Generalisering.....	41
<b>5.0 Presentasjon av funn.....</b>	<b>42</b>
5.1 Arbeidsbelastning .....	42
Tidskrevende.....	42
Manglende tilrettelegging .....	43
Planlegging .....	44
Mer arbeid.....	45
Arkitektur.....	46
5.2 Manglende kunnskap .....	47
Informasjon.....	48
Nedprioritert.....	49
Smittefrykt.....	50
Manglende rutine .....	51
Usikkerhet.....	52
5.3 Alene om ansvaret .....	53
Behov for veiledning.....	54
Personlige egenskaper.....	55
Delegering.....	55
<b>6.0 Diskusjon .....</b>	<b>57</b>
6.1 Redusert arbeidsbelastning .....	57
6.2 Betydningen av kunnskap .....	60
6.3 Å dele på ansvaret .....	65
6.4 Implikasjoner for videre praksis og forskning.....	68
<b>7.0 Avslutning.....</b>	<b>71</b>
<b>8.0 Referanser .....</b>	<b>72</b>
<b>Vedlegg 1: Forespørsel avdelingsleder .....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 2: Brev til deltakende sykepleier .....</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg 3: Informasjons- og samtykkeskjema.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 4: Intervjuguide.....</b>	<b>85</b>

<b>Vedlegg 5: Vedtak fra Norsk Personvernombud for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) .....</b>	<b>89</b>
<b>Vedlegg 6: Regler for fokusgruppeintervju .....</b>	<b>93</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne masteroppgaven er det sykepleiefaglige ansvaret for pasienter som er isolert på medisinsk avdeling på sykehus på grunn av infeksjonssykdom. Pasienter kan ha negative erfaringer med å være isolerte på sykehus, uten at dette nødvendigvis blir fanget opp av sykepleiere (Børøsund & Melbye, 2012). For å bedre pasientenes situasjon på isolat, kan det være hensiktsmessig å utforske hvordan sykepleiere opplever å ha sykepleiefaglig ansvar for pasientgruppen.

I følge Pål Johnsen, forsker ved UiT, dør 700 000 mennesker på verdensbasis av resistente bakterier per år (Aarskog, 2017). Av disse dør 25 000 i EU. Til sammenligning dør 8 000 000 mennesker årlig av kreft (Aarskog, 2017). WHO frykter at antibiotikaresistens vil bli et større problem enn kreft i tiden framover (Kasnes, Eraker & Kumano-Ensby, 2016). Vi ser dermed at sykehusene kan få flere infeksjonspasienter i tiden framover, og økt oppmerksomhet på smittetiltak, som isolering, kan være nødvendig.

I følge Smittevernloven (1994) kan mennesker som har en allmennfarlig smittsom sykdom bli tvunget til innleggelse på isolat i sykehus for å forhindre videre spredning av sykdommen. Loven definerer allmennfarlig smittsom sykdom som en sykdom som er særlig smittsom, kan opptre hyppig, har høy dødelighet, eller kan gi alvorlige eller varige skader (Smittevernloven, 1994). Eksempler kan være tuberkulose, lepra og hiv-infeksjon (Helsebiblioteket, 2018). Ut fra erfaring fra å jobbe ved medisinsk sengepost, har jeg opplevd at mange sykepleiere blir usikre og kvier seg for å ha ansvar for pasienter som er innlagt på isolat. Usikkerheten handler i stor grad om rutiner, bekledning, og hvordan rengjøre.

I tiden dette forskningsprosjektet utføres, har norske myndigheter i samråd med Helsedirektoratet vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19, et virus som har ført til sykdom og død hos mennesker i hele verden (Helse Norge, 2020a). Regjeringen har innført de mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid (Regjeringen, 2020). I Norge testes flere tusen mennesker daglig, og flere hundre får påvist smitte hver dag. Flere av de smittede har behov for intensivbehandling (FHI, 2020). Mennesker isoleres både på

sykehus og settes i karantene i hjemmene sine. Vi ser hvor viktig det er å isolere, både syke, mennesker som har omgått syke, og mennesker i risikogrupper. Sykepleiere har en viktig posisjon i norske helsesystemer med tanke på forebygging og reduksjon av smitte (NSF, 2020a). Sykepleiere har kunnskap om smittespredning, pleie og behandling av smittepasienter, og har dermed noe å bidra med i denne situasjonen. Sykepleiere møter hver dag potensielt smittede med fare for selv å bli smittet, og å smitte sine nærmeste. Likevel hører vi lite om hvordan en slik situasjon oppleves av sykepleiere, spesielt med tanke på smittefrykt.

Isolering kan altså være et tvangsmiddel for pasienten det gjelder, og vi ser av dagens situasjon at dette er et høyaktuelt tema for, blant annet, sykepleiere. For å finne ut hvordan sikre at isolerte pasienter får best mulig pleie på isolat, kan det være relevant å finne ut hvordan sykepleiere opplever ansvaret for denne pasientgruppen. Ved å utforske sykepleieres erfaring, kan en se hvor eventuelle endringer må skje slik at sykepleierne opplever ansvaret på isolat som mindre tyngende. På den måten vil pasientene kunne få en bedre opplevelse av å være innlagt på isolat.

## 1.2 Presentasjon av tema

Temaet for denne oppgaven er det sykepleiefaglige ansvaret for pasienter innlagt på isolat ved medisinske avdelinger i sykehus.

For å finne utbredelsen av isolering, kan det være aktuelt å se hvor mange isolat som er på sykehus i Norge. Som et eksempel vil jeg bruke tall fra Helse Nord. I Helse Nord var det i 2016 totalt 1112 senger, fordelt på 11 sykehus (Helse Nord, 2017). Tallet inkluderer 137 enerom og 66 kontaktsmitteisolat med sluse (Helse Nord, 2017). Hvor mange som har vært innlagt på isolat finner jeg ikke statistikk på, men egen erfaring fra flere sykehusavdelinger tilsier at det ofte er innlagt pasienter på isolat i sykehus.

Gjennom tidene har vi flere eksempler på smittsomme sykdommer som har preget både Norge og verden. Et eksempel på det er tuberkulose. Forfatter Dag Skogheim (2001) har blant annet skrevet om sin egen erfaring med sykdommen. Han møtte unge mennesker som døde av tuberkulose mens de var isolerte på sanatorier, langt fra familie og kjente, og hvordan sykdommen fikk sosiale-, økonomiske-, og kulturelle virkninger (Skogheim, 2001).

I dag brukes antibiotika som behandling for bakterieinfeksjon (Helse Norge, 2020b), og mennesker kan bli isolerte i sykehus. Ved å benytte seg av bredspektret antibiotika, øker antibiotikaresistensen, og økningen av antibiotikabruk vil på sikt føre til at det blir vanskeligere å behandle infeksjoner, og antibiotika vil miste sin hensikt (Helsedirektoratet, 2019). Dette vil igjen kunne føre til at Norge vil få flere pasienter med smitte, og dermed også flere pasienter innlagt på isolat. Vi ser for eksempel at Covid-19 har tatt mange liv i Italia. På italienske sykehus florerer det av resistente bakterier på grunn av høyt antibiotikaforbruk (ECDC, 2018), noe som kan påvirke dødeligheten ved at de bakterielle infeksjonene kommer i tillegg når kroppens immunforsvar allerede er svekket av virus.

Langvarig isolering viser seg å ha negativ innvirkning på pasienters psyke, ved at mulighet for sosial kontakt reduseres, og pasienter får færre sensoriske stimuli (Børø Sund & Melbye, 2012). Isolering kan føre til angst, depresjon, og økt stress. Videre viser det seg at helsepersonell bruker mindre tid sammen med pasienter som er isolerte, og at pasientene ikke mottar tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand. Pasienter opplever vansker med å finne balanse mellom søvn, hvile, og aktiviteter. For å bedre situasjonen på isolat, kan sykepleiere gå hyppigere inn til pasientene, blant annet for å snakke om hvordan pasienten opplever isolering, og gi informasjon (Børø Sund & Melbye, 2012). Sykepleiere skal forholde seg til regler og retningslinjer, samtidig som de skal ta seg av hver enkelt pasient. Jeg lurer på om det finnes forskning på hvordan sykepleiere opplever å pleie pasienter i isolat.

### **1.3 Hensikt med studien**

Økende antibiotikaresistens kan føre til flere infeksjonspasienter og økt smitte (FHI, 2014). Det kan dermed bli nødvendig å isolere flere pasienter i sykehus for å unngå smittespredning. I tillegg opplever Norge og resten av verden i disse dager unntakstilstand på grunn av virusinfeksjonen Covid-19, med både isolering av pasienter og mennesker som settes i karantene. Som forbundsleder i NSF, Lill Sverresdatter Larsen, sier, er sykepleierne en av de viktigste ressursene i jobben med å ta vare på smittede og hindre smittespredning (NSF, 2020b). Det er derfor avgjørende at sykepleiere har en forsvarlig arbeidssituasjon. For å vite hvordan sykepleiere har en forsvarlig arbeidssituasjon for å kunne gjøre en god jobb hos pasienter, er det nødvendig å snakke om hvordan sykepleiere opplever sin arbeidshverdag.

Pasienter med smittsomme sykdommer, og innlagt isolat i sykehus, er i en sårbar situasjon (Børøsund & Melbye, 2012). Pasienter blir innlagt på sykehus fordi de er i behov av kontinuerlig observasjon og omsorg, og bevisstgjøring av sykepleien til den isolerte pasienten blir derfor viktig for sykepleiere. I forskning fokuseres det på hvordan pasienter opplever isolat, samt hvor utfordrende det kan være for sykepleiere å ha isolerte pasienter over tid (Børøsund & Melbye, 2012). Med denne forskning ønsker jeg å rette fokus mot den isolerte pasienten. Jeg ønsker å bidra til økt bevisstgjøring hos sykepleiere på hvordan de utøver sykepleie til pasienten innlagt på isolat. I tillegg ønsker jeg å vise sykepleiefaglige ledere hvordan sykepleiere opplever å ha ansvar for den isolerte pasienten. Til slutt ønsker jeg at pasienter skal få en god opplevelse av å være innlagt på isolat. Det tror jeg de får dersom sykepleiere opplever å jobbe på isolat som noe positivt.

## 1.4 Avgrensning

Oppgaven omhandler sykepleiefaglig ansvar for pasienter innlagt på isolat ved medisinske avdelinger i somatiske sykehus. Eldreomsorg og psykisk helse er ikke inkludert i oppgaven. Studien tar utgangspunkt i pasienter som er isolert på grunn av infeksjonssykdom og smitte. Eksempler på tilstander som krever isolering er infisering med multiresistente bakterier som MRSA og ESBL, og infisering av tarmbakterien *Clostridium difficile*. Sykepleiere som hovedsakelig har ansvar for pasienter som er i beskyttende isolat på grunn av dårlig immunforsvar, som for eksempel kreftpasienter er, blir ekskludert siden pasientene blir isolerte for sin egen del og ikke for å hindre smittespredning.

Statistisk sentralbyrå (2017) har foretatt en undersøkelse hvor de følger 3452 sykepleiere fra de er nyutdannet og 10 år framover, for å se om sykepleiere blir i jobb, hvor de jobber, og om de skifter jobb hyppig. Resultatene viser at rundt halvparten av nyutdannede sykepleiere begynner å jobbe i sykehus. Det er også her frafallet er størst. Etter ti år jobbet under 40 % av sykepleierne i sykehus.

Dette er også grunnen til at jeg har valgt som inkluderingskriteriet at sykepleiere skal ha jobbet bare 1 år som sykepleiere. Min erfaring er at sykepleiere slutter etter kort tid på sykehus, og det vil derfor være vanskelig å få informanter med lang arbeidserfaring som sykepleier på medisinsk avdeling.

Sykepleierne skal være ansatt ved ulike sengeposter, men infeksjonsavdeling ekskluderes siden sykepleiere på infeksjonsavdelinger har ansvar for pasienter på isolat til daglig, og har spesiell opplæring omhandlende isolering. Jeg er interessert i å se på sykepleieres erfaring på avdelinger hvor pasienter ikke nødvendigvis blir isolerte daglig. Jeg er interessert i å utforske sykepleieres erfaringer om å utøve sykepleie til pasienter på isolat.

Som vi ser under Covid-19-pandemien er langvarig isolering nødvendig siden mange mennesker kan dø av viruset (Helse Norge, 2020a). Av pasienter innlagt på isolat er mange alvorlig syke, men denne studien fokuserer ikke på sykdommen. Studien fokuserer på sykepleierens ansvar for pasienter som er innlagt på isolat.

## **1.5 Presentasjon av problemstilling**

Denne studien tar mål av seg å utforske sykepleieres erfaring med å utøve sykepleie til isolerte pasienter.

Studiens problemstilling er:

Sykepleiefaglig ansvar for isolerte pasienter ved medisinske avdelinger i sykehus: Hvordan kan sykepleien utøves for at pasienter skal få det bedre på isolat?

I oppgaven diskuteres det om sykepleiere opplever at det er tilrettelagt for å ha isolerte pasienter innlagt i sykehus. Mener sykepleiere de har tilstrekkelig kunnskap om hvordan utøve sykepleie til isolerte pasienter? Oppfatter sykepleiere at isolerte pasienters behandling prioriteres i like stor grad som ikke-isolerte pasienter under innleggelse?

## **1.6 Studiedesign**

Dette er en kvalitativ studie, som har blitt gjennomført med fokusgruppeintervju bestående av tre sykepleiere. Analyse av data er utført med inspirasjon fra sosiolog og professor Aksel Tjora (Tjora, 2012). Datamaterialet diskuteres i sammenheng med eksisterende forskning på området og teori om sykepleiefaglig ansvar, pleiekultur, og kunnskapsformer i sykepleie.

## **1.7 Oppgavens oppbygning**

Etter innledning, omhandler kapittel 2 tidligere forskning, mens kapittel 3 tar for seg den teoretiske forståelsesramme som er valgt for analyse av materialet. I kapittel 4 redegjøres det for den metodiske fremgangsmåten, samt forskningsetiske overveielser. I kapittel 5 presenteres funnene i studien, mens i kapittel 6 drøftes funnene opp mot tidligere forskning og teori. I kapittel 7 avsluttes oppgaven.



## 2.0 Tidligere forskning

For å finne forskning som kan være relevant for studiens forskningsspørsmål om sykepleieres ansvar for pasienter innlagt på isolat i sykehus, ble det gjennomført litteratursøk i databaser. Forskning er ikke lineær, men foregår i en veksling mellom litteratursøk, datainnsamling, og diskusjon opp mot egen forforståelse og forskningsspørsmålet mitt (Tjora, 2012). Videre vil søkehistorikken, som ledet til forskning som blir brukt videre i studien, presenteres.

For å få en oversikt over nordisk forskning og for å finne engelske søkeord, startet jeg med å gjøre søk i databasen SveMed. Det ble brukt få søkord, siden SveMed vil gi færre treff enn en større database. Ved å søke på et norsk ord, som «isolat», kommer man frem til engelske søkeord. Antall resultat var her 8. Ved å fokusere på å finne ord som er brukt som emneknagger (engelske MeSH-termer) i artiklene, fant jeg begrepet «patient isolation». Ved å gjøre et avansert søk ved bruk av dette begrepet ble det 92 treff. Ingen av resultatene ansås som relevante for denne studie, da de omhandlet barn, kreft, ebola, pasienter på sykehjem og i psykisk helsevern.

Neste søkeord som ble benyttet var «smittsomme sykdommer». Antall resultat var 96, og et nytt begrep var «communicable diseases». Treffene ble redusert til 93, men fortsatt hadde ingen av dem relevans for denne studien. Artiklene omhandlet klima, barn, Afrika, reise, tuberkulose, og flere artikler i et historisk perspektiv.

Videre ble databasen Cinahl benyttet. Cinahl brukes for å gi oversikt over sykepleiefaglig forskning fra hele verden. Ved søk på “Patient isolation” var det 3875 treff. Videre søk på «nurses» ga 455 607 treff. Ved å kombinere disse to ble det 378 treff. Videre søk på «infection\* OR communicable diseases», ga 326 262 treff. Videre kombinasjon av «Patient isolation AND nurses AND infection OR communicable diseases» ga 202 treff. Ved å begrense søket til årstall 2000 – 2019, ble det 169 treff. Av disse var 162 engelskspråklig. Ved å begrense til «academic journals» ble det 133 treff. Etter å ha lest sammendragene fant jeg at 10 av disse var relevante for studien. De øvrige omhandlet intensivavdeling, barn, spesifikke sykdommer som kreft, leukemi, SARS, eller ebola.

Tabell: Søkeprosess

Database	Søkeord	Tilleggsbegrensning	Antall treff	Relevante
----------	---------	---------------------	--------------	-----------

SveMed	Isolat	Ingen	8	0
SveMed	Patient isolation	Ingen	92	0
SveMed	Smittsomme sykdommer	Ingen	96	0
SveMed	Communicable diseases	Ingen	93	0
Cinahl	Patient isolation	Ingen	3875	Vet ikke
Cinahl	Nurses	Ingen	455 607	Vet ikke
Cinahl	Patient isolation AND nurses	Ingen	378	Vet ikke
Cinahl	Infection* OR communicable diseases	Ingen	326 262	Vet ikke
Cinahl	Patient isolation AND nurses AND infection OR communicable diseases	Ingen	202	Vet ikke
Cinahl	Patient isolation AND nurses AND infection OR communicable diseases	Årstill: 2000 - 2019	169	Vet ikke

Cinahl	Patient isolation AND nurses AND infection OR communicable diseases	Årstall: 2000 – 2019 + engelsk språk	162	Vet ikke
Cinahl	Patient isolation AND nurses AND infection OR communicable diseases	Årstall: 2000 – 2019 + engelsk språk + Academic Journals	133	10

Videre i kapitlet vil de aktuelle forskningsartiklene bli presentert. Det var to hovedtemaer som utmerket seg i artiklene. Disse var temaene «sykepleierhverdag» og «pasientens opplevelse av å være innlagt på isolat».

## 2.1 Sykepleierhverdag

Fire studier omhandlet sykepleiernes hverdag ved å utøve sykepleie til pasienter innlagt på isolat. Samtlige av forskerne er leger.

Guillemin et al utførte i 2015 en studie om hvordan bakterien *Clostridium difficile* påvirker sykepleierhverdagen (Guillemin et al, 2015), og konkluderer med at sykepleiere opplever det som mer tidkrevende og slitsomt å ha ansvar for pasienter på isolat. De fleste sykepleierne syntes forhåndsregler med beskyttelsestøy er et viktig tiltak for å forebygge smitte, og sykepleiere rapporterer om at de ikke er redde for å bli smittet. Sykepleierne opplever at de isolerte pasientene ikke blir prioritert, og de er de siste som får for eksempel matservering og tilsyn. Det rapporteres om mindre tilsyn fra sykepleiere, men bedre pleie, noe som går utover de ikke-isolerte pasientene. Sykepleiere opplever å føle seg hjelpeløse og frustrerte, siden pleien tar lengre tid og de må benytte seg av beskyttelsestøy ved hvert tilsyn. Forskerne

konkluderer med at det er en ekstra byrde for sykepleiere å ha ansvar for isolerte pasienter, det er ressurskrevende og krever mer undervisning både til sykepleiere, pasienter og pårørende. Kaba et al (2017) viser i sin forskning til at sykepleierne opplever en økt arbeidsbelastning, og at de har flere ikke-sykepleiefaglige oppgaver, som å organisere rombytte, noe som forstyrrer arbeidsflyten deres. I tillegg opplever sykepleierne å bruke lengre tid på tiltak i forbindelse med isolat, noe som går på bekostning av pleien til alle pasientene.

En observasjonsstudie fra USA ved Barker et al (2017) ser på endring av lege og sykepleiers tidsbelastning når de pleier pasienter på isolat. Her konkluderes det med at sykepleiere brukte lengre tid hos isolerte pasienter enn hos ikke-isolerte pasienter. Hos legene fant forskerne ingen signifikante forskjeller i tidsbruk.

Wessenberg, Severs og Bonten (2010) har sett på hvordan pasienter opplever å være innlagt på isolat, sammenlignet med å være innlagt på vanlig pasientrom. De finner ingen forskjell i angst- og depresjonssymptomer hos de isolerte pasientene sammenlignet med de ikke-isolerte pasientene. Det var heller ingen tilsynelatende forskjell i livskvaliteten til disse to gruppene. De isolerte pasienten var positive til forhåndsreglene pleierne tok, og de færreste synes de fikk mindre tilsyn av pleiere. Det at pasientene får enerom kan påvirke resultatene, og forskerne understreker at spørreskjema som kartlegger livskvalitet ikke er optimalt for denne forskningen.

## **2.2 Pasientens opplevelse av isolat**

Seks studier omhandler pasientenes opplevelse av å være innlagt på isolat. Samtlige av studiene, med ett unntak, er gjennomført av sykepleiere. Den gjenværende er gjennomført av mikrobiologer (Barratt & Moyle, 2011).

Barratt og Moyle har gjennomført en litteraturstudie som tar utgangspunkt i studier som er gjort på pasienter med MRSA eller andre infeksjonssykdommer. Forskerne har sett på pasienters psykiske effekt av isolat, mestring av isolat, sosial isolering, kommunikasjon og informasjon, fysisk miljø og kvaliteten på omsorgen (Barratt & Moyle, 2011). Konklusjonen er at helsepersonell må forbedre miljøet for den isolerte pasienten, hjelpe pasienten til å få økt selvkontroll, og gi god informasjon til isolerte pasienter. Pacheco, Spyropoulos og Caron (2010) har funnet at pasienter og pårørende opplever ensomhet, usikkerhet, og liten struktur i

opplæringen fra sykepleiere. I tillegg opplevde pasienter og pårørende at sykepleiere ikke gjennomførte beskyttelsesregime på lik måte. Forskerne konkluderer med at sykepleiere bør oppfordres til å reflektere over de psykiske konsekvensene av isolering, være aktive lyttere for å forstå pasienten, forberede pasient og pårørende på hva isolat innebærer, være klar over hva de ikke kan om isolat, og samarbeide med lege om standardiserte læringsverktøy.

Kagan et al (2018) viser at sykepleiere som opplever å være mest tilfreds på jobb, er sykepleiere som opplever å ha mer kunnskap og som har mer positiv erfaring med å jobbe på isolat. Disse sykepleierne jobbet også mer effektivt.

Cassidy gjorde i 2006 en studie med utgangspunkt i sykepleierstudenter i praksis. Her ser vi at studentene rapporterer om mangel på enerom, samt bygningsutfordringer, som negative erfaringer ved å ha ansvar for pasienter på isolat (Cassidy, 2006). De opplevde også at isolerte pasienter ble nedprioritert i daglige rutiner, ved at informasjon og opplæring til både pasienter og pårørende var mangelfull, og sykepleiere ikke forholdt seg til gjeldende rutiner inne på isolat. Sykepleierstudentene opplevde at sykepleiere ikke har nok kunnskap, og at det var vanskelig å si ifra siden de har et ønske om å passe inn i arbeidsmiljøet. Studentene opplevde frykt for selv å bli smittet, noe som gjorde at de holdt avstand til isolerte pasienter. Forskernes konklusjon er at sykepleierstudenter trenger både praksis og teori for å lære seg best mulig hvordan gi god omsorg til isolerte pasienter. Studentene trenger gode rollemodeller i praksis.

Beam et al har skrevet en fagartikkel som inneholder refleksjoner på bakgrunn av en observasjonsstudie de tidligere har gjennomført, hvor 24 sykepleiere ble observert da de kledde på- og av seg beskyttelsestøy før og etter tilsyn på isolat (Beam et al, 2015). Artikkelen vektlegger viktigheten med riktig rekkefølge ved på- og avkledning for å unngå å smitte pasienten. Det ble observert at sykepleiere hadde flere varianter for bekledning, og at alle kunne potensielt forårsaket smitte. Forfatterne mener bekledning på isolat bør ha større fokus under opplæring. I tillegg mener de at sykepleiere selv må ta ansvar, og ikke forvente at dette er et rent ledelsesansvar.

Glover (2000) konkluderer i sin fagartikkel med at sykepleiere må følge standard forhåndsregler for isolerte pasienter, og samarbeide med andre faggrupper som er involvert i behandling av denne pasientgruppen.

For å oppsummere ser vi at mye av forskningen fokuserer på hvordan sykepleier kan forbedre seg, eller hvordan de konkret kan gjøre isoleringsregime best mulig for pasienten, utfra

pasient- og pårørendes perspektiv. Både Barratt og Moyle (2011) og Pacheco, Spyropoulos og Caron (2010) har sett på hvordan pasienter opplever isolering. Kagan et al (2018) har sett på sykepleieres tilfredshet, basert på spørreskjema. Det samme er forskningen til Wessenberg, Severs og Bonten (2010), mens Barker et al (2017) har gjort observasjonsstudie. Cassidy (2006) har gjennomført intervju, men dette av sykepleierstudenter som er i praksis. Kaba et al (2017) og Guillemin et al (2015) har intervjuet sykepleiere, men dette i Frankrike, USA og Canada. Vi ser at det mangler forskning som fokuserer på nordiske sykepleiere sine refleksjoner og opplevelser som omhandler det sykepleiefaglige ansvaret de har for isolerte pasienter, og det er det denne studien tar mål av seg for å utforske.

## 3.0 Teoretisk forståelsesramme

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for sykepleieteoretiske perspektiver som har inspirert meg, og som jeg har med meg når jeg skal utforske feltet om det sykepleiefaglige ansvaret for isolerte pasienter. Først vil sengepost i sykehus presenteres. Det vil gjøres rede for sykepleiefaglig ansvar, samt teori om pleiekultur og kunnskapsformer i sykepleie.

### 3.1 Sengepost i sykehus

Denne studien retter fokus mot sengeposter i sykehus. I følge professorene Olav Iversen og Geir Sverre Braut (2018) ved universitetet i Stavanger, er sykehus en helseinstitusjon som er godkjent for innleggelse, undersøkelse, og behandling av pasienter som er i behov av spesialisert helsetjeneste. En sengepost er, i følge Geir Sverre Braut (2019) en enhet ved sykehus som tar i mot pasienter til døgnopphold med innleggelse. Det sykepleiefaglige arbeidet ved en sengepost ledes av en avdelingsleder som ofte er en sykepleier (Braut, 2019). Medisinske sengeposter tar imot pasienter som har behov for medisinsk hjelp, i motsetning til kirurgiske sengeposter, som tar imot pasienter som skal til operasjon. I følge Hamran (1992) består en sengepost består ofte av en korridor med dører til pasientrom, skyllerom, vaskerom, pauserom for personalet, kontor, og lager. Sykehus i år 2020 har samme struktur som Hamran beskrev for nesten 30 år siden. Sykehusavdelinger er arbeidssted for både hjelpepleiere, assistenter, sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, avdelingsledere med flere.

Sykehusavdelinger har ofte isolat blant sine pasientrom. I følge professor ved universitetet i Oslo, Ulrik Malt (2018), er et isolat et lukket rom hvor pasienten er alene. De som kommer inn må benytte beskyttelsestøy, og håndtere utstyr etter egne rutiner (Malt, 2018). Isolatet har eget bad med dusj, en sluse hvor man kan kle på- og av seg beskyttelsestøy, samt en dekontaminator (FHI, 2004), hvor utstyr vaskes før det vaskes på nytt ute i avdelingen. Beskyttelsestøy er hansker, munnbind eller åndedrettsvern, smittefrakk, og eventuelt øyebeskyttelse og hette (FHI, 2004). I følge Smittevernloven (1994) er pasienter pliktig til å la seg isolere dersom det er nødvendig, og det er dermed ikke frivillig å være innlagt på isolat. Selv om ikke alle sykehusavdelinger har isolat, eller har få isolat, kan pasienter isoleres på vanlige pasientrom (FHI, 2004). Da må pasienten være på pasientrommet alene, og det må være utstyr tilgjengelig like utenfor døren til rommet. Å isolere på vanlig pasientrom kan

være utfordrende siden korridoren ikke nødvendigvis er tilrettelagt for bekledning til isolat. Det kan for eksempel være innganger til andre pasientrom like ved, som gjør at det blir mindre plass for på- og avkledning. Dersom et vanlig pasientrom benyttes for å isolere pasienter, skal det være knagger og hyller utenfor rommet til å legge fra seg rent utstyr (FHI, 2004), noe som også kan være utfordrende å legge til rette for.

### **3.2 Sykepleiefaglig ansvar**

For meg personlig handler sykepleiefaglig ansvar om å dekke pasientenes grunnleggende behov, gi omsorg og kyndig hjelp. Min erfaring tilsier at pasienten bør ha tillit til meg som sykepleier for at jeg skal kunne utøve sykepleie på en best mulig måte, og dermed innfri mitt faglige ansvar ovenfor pasienten. For å skape tillit har det vært nødvendig for meg å bruke tid til relasjonsbygging, og dermed har kommunikasjon vært viktig for meg. Ut fra min utdanning og erfaring vil jeg også kunne gi pasienten kyndig hjelp ved, for eksempel, å bruke mitt kliniske blikk til å se symptomer og tegn på endret tilstand, og forebygge videre komplikasjoner.

Psykiatrisk sykepleier Liv Strand, beskriver omsorg som en tilstand hvor noe er av betydning, og preges av en åpning mot forståelse for den man vil gi omsorg til, for hans eller hennes situasjon, og for hva han eller hun egentlig trenger (Strand, 1990).

I følge den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (1997) har sykepleie sine røtter i grunnleggende menneskelige behov. Henderson er kjent for å definere sykepleierens særegne funksjon, som å dekke pasientens grunnleggende behov. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å gjøre det han eller hun selv ville gjort dersom han eller hun var i stand til det. Sykepleier må dermed blant annet hjelpe pasienten til å puste, spise, drikke, og hvile. Et annet element Henderson (1997) trekker frem, er at sykepleier skal bidra til å fremme velvære og trivsel, og dekke pasientens behov for å få kontakt med andre. I følge Henderson (1997) handler en stor del av lidelsen sykdom fører med seg, om å være skilt fra sine pårørende og venner, i tillegg til frykten for det nye og ukjente. Jo større forståelse sykepleier viser, jo mer tillit pasienten har til sykepleier, dess bedre kan sykepleier hjelpe pasienten å overvinne de psykologiske farer ved sykdommen. Mens sykepleier utøver sykepleie til pasienten har hun anledning til å bygge opp det tillitsforholdet som er nødvendig for å kunne gi god sykepleie til



den syke. Samtidig må sykepleier anerkjenne at hennes evne til å sette seg inn i et annet menneskets behov er begrenset (Henderson, 1997).

En viktig del av sykepleie til infeksjonspasienter, er infeksjonsforebygging (Børøsund & Melbye, 2012). Eksempel på det kan være å ivareta pasientens hygiene, selv utføre håndhygiene mellom pasientkontakt, være oppmerksom på mulige inngangsporter hvor det kan oppstå en infeksjon. Det være seg urinkateter, perifert venekateter, eller sentralt venekateter. I utøvelsen av sykepleie til den isolerte pasienten, er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvilke sykdommer som krever hvilket isoleringsregime, og følge retningslinjer for valgt smitteregime (Børøsund & Melbye, 2012). «Isoleringsveilederen» er et verktøy som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet og gir faglige anbefalinger og råd om isolering av pasienter med smittsomme sykdommer i helseinstitusjoner, med hensikt å forebygge smittespredning (FHI, 2004).

Som sykepleier har man et ansvar for hver enkelt pasient. Elstad (2014) beskriver sykepleieansvaret for et ensidig ansvarsforhold, siden pasienten ikke har ansvar for å hjelpe sykepleiepersonalet. Videre sier Elstad (2014) at typiske trekk er at ansvaret er praktisk, kontinuerlig, åpent og dynamisk. Ansvaret er praktisk ved at det innebærer personlig og kompetent handling i arbeidet med pasienter. Sykepleier må utføre handlinger som er tilrettelagt hver enkelt pasient. Kontinuerlig ansvar innebærer at sykepleiere har ansvar for pasienten over en periode, for eksempel en innleggelse. Sykepleier har ansvar for pasienten under sin vakt, og må legge fra seg ansvaret når hun går fra jobb. Enkelte sykepleiere tar en runde innom alle sine pasienter før de går av vakt, for å forsikre seg om at ansvaret trygt kan videreføres til neste sykepleier på vakt (Elstad, 2014). Ansvaret er åpent, siden sykepleie ikke vet hva det innebærer før vekten begynner. Sykepleier må være tilgjengelig for det som måtte hende under sin vakt, og ta ansvar når uforutsette situasjoner oppstår (Elstad, 2014). At ansvaret er dynamisk, innebærer at ansvaret kan være å bestemme over andre, være tilgjengelig eller være til tjeneste. Av og til må sykepleier ta over for pasienten dersom pasienten ikke selv klarer å få i seg næring, for eksempel, andre ganger trekke seg unna, ved å gi pasienten ro til å hvile (Elstad, 2014). Hamran (1992) vektlegger at ansvaret er felles, noe som betyr at en enkelt sykepleier ikke har ansvaret alene. Hele personalgruppen har ansvar for hver enkelt pasient som er innlagt på avdelingen.

### 3.3 Pleiekultur

I følge sosiolog og sykepleier Torunn Hamran (1992), kan pleiekultur defineres som den praktiske og sosiale organiseringen av arbeidet som avhenger av normer og verdier som oppstår i en avdeling. Det etableres faste mønster, og vi kan kalle dette en kultur. Den er skapt over tid, og resulterer i at kulturelle verdier blir tatt for gitt. De styrer handlingene og gjør dem forståelige og meningsfulle, men er sjelden tema for deltakernes oppmerksomhet (Hamran, 1992).

Hamran (1992) utførte en studie i en sykehusavdeling for cirka 30 år siden for å se på hva som særpreget pleie- og omsorgsarbeidet til forskjell for annet arbeid som utføres i samfunnet vårt (Hamran, 1992). Sykehusavdelingen studien er gjennomført ved, besto både av sykepleiere og hjelpepleiere. I dagens sykehusavdeling er det færre hjelpepleiere enn tidligere, men enkelte avdelinger har fortsatt helsearbeidere og assistenter (Hatlo, 2018).

I følge Hamran (1992) var sykepleiere mest «inne» og mindre «ute» blant pasientene i avdelingen. De deltok lite i stell, men ble trukket mot andre oppgaver, som for eksempel møtevirksomhet og dokumentering. Organiseringen var ikke et ønske fra sykepleierne selv, men en forventning fra den sykepleiefaglige ledelsen. Organiseringen gjorde at hjelpepleierne fikk mer ansvar, siden sykepleiere tilbragte mindre tid hos pasientene, og dermed kunne gjøre mindre observasjoner av pasienten. Hjelpepleiere opplevde større ansvar når de gikk alene i stellet, og ble alene om observasjoner. De jobbet mer alene nå enn tidligere. Sykepleiere følte også at de jobbet mer alene, og at de fortsatt hadde et stort ansvar alene. Etterhvert gikk organisasjonsformen over til at den som har kunnskap skulle ordinere, mens den som ikke har kunnskap skulle utføre. Dermed ble kunnskapen løsrevet fra arbeidet. På samme måte som sykepleier ordinerte og hjelpepleier utførte arbeidet, ordinerte også legen oppgaver til sykepleieren som sykepleieren gjennomførte.

Arbeidet på sykehusavdelingen ble en belastning, og personalet hadde behov for å snakke om andre ting i pausene. Bakgrunnen for dette behovet var å oppleve støtte hos personer de hadde jobbet lenge med og hadde tillit til. De uttrykte at det ble liten tid til fagsnakk, men at de likevel hadde et klima for å ta opp spørsmål de var usikre på. Hamran (1992) tror, utfra sine observasjoner, at det var mer fagsnakk enn personalet tenkte over. Personalet tok opp det de trengte hjelp til og veiledning på, når de opplevde behov for det.

Hjelpepleierne, i Hamrans (1992) forskning, uttrykte at de ikke synes sykepleiere var flinke til å planlegge arbeidsdagen sin. Sykepleierne var enige. Sykepleierne synes ikke det var lagt nok vekt på planlegging og arbeidsledelse i utdanningen deres. De erfarte at noen oppgaver måtte gjøres sammen med andre, noe måtte gjøres på spesielle steder, og noe måtte gjøres ved hjelp av spesielt utstyr. Selv om arbeidsdagen på en sykehusavdeling består av rutiner, må behandlingen tilpasses hver enkelt pasient, noe som i stor grad preger personalets hverdag.

Hamrans (1992) forskning er gjennomført for cirka 30 år siden, og mye har endret seg siden da. Likevel er jeg inspirert av hennes forskning, og ser at observasjonene i stor grad fortsatt er gyldige. Fortsatt trekkes sykepleiere vekk fra pleiarbeidet, mens hjelpepleiere eller assistenter får ansvar for stell, for eksempel. Fortsatt opplever sykepleiere å ha få fora for å snakke faglig sammen. Selv om hjelpepleiere er blitt erstattet med sykepleiere ved mange helseinstitusjoner, finnes det fortsatt helsefagarbeidere i arbeid. I tillegg jobber det også assistenter uten relevant utdanning ved for eksempel sykehusavdelinger.

### **3.4 Kunnskap og kompetanse i sykepleie**

Sykepleierne og sosiologene Herdis Alvsvåg og Oddvar Førland presenterer ulike kunnskapsformer som er vesentlige i sykepleie, med inspirasjon fra Aristoteles (Alvsvåg & Førland, 2007). Episteme, å vite hvorfor, er kunnskap det ikke stilles spørsmål ved. Det kan være årsakssammenhenger eller lovmessigheter, noe som kan bevises. Ordet «episteme» blir ofte bare oversatt til «kunnskap», i motsetning til «doxa» som betyr antakelse. Å vite hvordan, techne, er å kunne konkrete gjøremål og være trygg i utøvelsen av prosedyrer. For å mestre dette kreves både kunnskap og engasjement. En annen kunnskapsform er fronesis, klokskap eller skjønn. Denne kunnskapen vokser frem etterhvert i møte med ulike situasjoner. Det dreier seg om å handle klokt utfra et godt skjønn, å forstå og handle faglig godt (Alvsvåg & Førland, 2007). Utfra dette ser vi at det er nødvendig med erfaring innen sykepleie for å bli en god sykepleier. Gjennom erfaring tilegner sykepleiere seg kunnskap som vanskelig kan læres gjennom lærebøker.

## 4.0 Metode

I dette kapitlet presenteres design og metode for studien. Dessuten beskrives fremgangsmåte for innsamling- og analyse av data, samt en redegjørelse for forskningsetiske overveielser.

### 4.1 Studiens design

Kvalitative metoder brukes for å få kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, holdninger, tanker, og forventninger (Malterud, 2017), noe som gjør det naturlig å velge denne forskningsmetoden. Studien har fokusgruppe som intervjuform. Fokusgruppe er en form for gruppeintervju hvor det samles et visst antall informanter for å diskutere et tema (Tjora, 2012). Begrunnelsen for valg av fokusgruppeintervju var å inkludere et større antall informanter samtidig, og gi disse en trygghet ved å være i en gruppe med flere andre. Det er også relevant å fange opp meninger som oppstår i interaksjon med andre, og å bidra til bevisstgjøring hos informantene. I fokusgruppeintervju vil det være mulig å diskutere ulike praksiser, og kanskje oppnå holdningsendring hos informantene. Likevel er det viktig å være oppmerksom på om det er en person i gruppa som dominerer, slik at alle informantene kan komme med innspill underveis.

Styrker med fokusgruppeintervju er at det produserer data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjoner, og normer på et kollektivt nivå (Halkier, 2016). Det skapes enighet sammen i gruppa på bakgrunn av gruppens sosiale interaksjoner. Normer kommer tydelig frem, fordi de er viktige i forhandling av argument. Deltakere sammenligner hverandres erfaringer, og det produseres data uten å trenge seg for mye på personer (Halkier, 2016).

Svakheter er at hver enkelt informant ikke nødvendigvis får utdype sine innerste tanker. Som forsker har en ikke samme mulighet til å spørre den enkelte om egen forståelse og erfaring på samme måte som ville være naturlig i dybdeintervju (Halkier, 2016). I tillegg vil det kunne oppstå konflikt i gruppa, noe forsker må ta hensyn til underveis. Det kan for eksempel være at det blir stor uenighet i gruppa, eller at en informant dominerer og fremstiller egne erfaringer som fasit for hele gruppa.

## 4.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

På bakgrunn av studiens design, som er kvalitativ forskningsmetode, vil det være naturlig å ta utgangspunkt i en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk går ut på fortolkning (Ebdrup, 2012), og som forsker må en være oppmerksom på egne fordommer eller forforståelse, være kritisk til disse, vurdere om de er gyldige, og tenke over hvor de kommer fra (Elstad, 2014; Birkler, 2005). Under arbeidet med forskningsprosjektet blir ens egne fordommer avkreftet eller bekreftet, og på den måten bidrar fordommene til ny kunnskap. Dette kan være en utfordring, siden jeg med stor sannsynlighet ikke er bevisst alle mine fordommer. Et eksempel på en av mine fordommer, kan være at jeg tror sykepleiere synes det er tidkrevende å ha pasienter på isolat, og at sykepleiere er oppgaveorienterte inne på isolatet. Å arbeide med fordommer er en viktig del av tekstanalysen. Underveis i analysearbeidet oppnår jeg ny forforståelse etterhvert som jeg leser delene av intervjuene og finner ny teori. Dette vil igjen påvirke min helhetsforståelse. Ved å gå tilbake til teksten senere vil min forforståelse ha endret seg, og det har derfor vært gunstig å legge teksten til side i perioder, i tillegg til å få andre til å lese teksten med sin forforståelse. Det er dette som gjør at studien har tatt utgangspunkt i hermeneutikken (Ebdrup, 2012).

## 4.3 Å forske i eget felt

Jeg vil drive med forskning innen kjent felt, som medisinske sengeposter er. I tillegg til å jobbe ved en medisinsk sengepost har jeg hatt hospiteringspraksis ved flere andre medisinske sengeposter. Jeg må dermed være bevisst egne forutinntattheter.

Mine fordommer går ut på at jeg tror sykepleiere opplever å ha ansvar for pasienter på isolat som tidkrevende. Tilsynene må derfor planlegges godt for at sykepleier ikke skal glemme noe før hun eller han går inn til pasienten. Ved dårlig planlegging risikerer man å bruke enda mer tid på å gå inn og ut. Jeg tror også at pasienter innlagt på isolat får mindre tilsyn av sykepleier, fordi det er tidkrevende. Jeg tror ikke sykepleier går inn for å snakke med pasienten, men at fokus er på oppgaver som skal gjøres, for eksempel matservering og stell. Dersom pasienten bare skal ses til, tror jeg det skjer gjennom vinduet på døra. På den måten får ikke pasienten snakket med sykepleier ved hvert tilsyn. På bakgrunn av at isolat krever ekstra tid av sykepleiere, tror jeg isolerte pasienter blir fordelt på de som er på jobb, og at de ikke blir fulgt

opp av samme sykepleier over tid. Jeg tror ikke de isolerte pasientene får et like personlig forhold til sykepleierne som de kunne fått dersom de ikke lå på isolat.

#### **4.4 Planlegging av prosjektet**

I forkant av forskningsprosjektet ble det utarbeidet en prosjektskisse, inkludert informasjonsskriv og intervjuguide. Intervjuguiden skulle fungere som et utgangspunkt for samtale. Det ble satt opp enkelte tema som det var ønskelig at informantene skulle snakke om, selv om samtalen helst skulle gå fritt mellom deltakerne. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av samtaler med sykepleiere under hospiteringspraksis ved medisinske sengeposter. Diskusjon med veileder og andre sykepleiere, samt litteratur om emnet påvirket også hvilke spørsmål og tema som ble inkludert i intervjuguiden.

Prosjektet ble søkt om godkjenning fra NSD (vedlegg 5), før arbeidet med rekruttering startet.

For å rekruttere informanter til prosjektet, ble ledere for medisinske sengeposter kontaktet for hjelp til å finne aktuelle sykepleiere (vedlegg 1). De som var interessert i å delta kontaktet meg etter å ha mottatt informasjonsskriv fra sin leder, som jeg hadde forfattet (vedlegg 2). Planen var å gjøre fokusgruppeintervju med to sykepleiere fra to til tre ulike medisinske sengeposter. Ved å benytte ulike sengeposter vil studien få et videre perspektiv, i tillegg til at det ikke nødvendigvis vil være en naturlig leder innad i gruppen.

Ved å bruke en homogen gruppe, altså sykepleiere fra samme avdeling, vil kulturen i sengeposten komme til syne ved at sykepleiere fra samme post snakker sammen. Ved å bruke en heterogen gruppe vil nye aspekter fra ulike kulturer synliggjøres. Forskningsprosjekt blir ikke forskning på en enkelt sengepost, men det vil vise seg om det finnes allmenne syn hos sykepleiere. Studien er en blanding av dette, ved å sette fokusgruppene sammen med to sykepleiere fra hver sengepost. Det ble satt en tidsbegrensning til maks 1,5 time for intervjuet.

#### **4.5 Utvalg**

Det skulle velges to til tre avdelinger fra sykehuset som skulle inkluderes i studien. Siden jeg selv jobber ved sykehuset, har jeg en viss kjennskap til de ulike avdelingene. Den første

avdelingen jeg tenkte på trodde jeg kom til å være svært positive til å delta. De har engasjerte ledere, og sykepleierne som jobber der er faglig interessert. Mitt inntrykk er at de liker å diskutere hvordan de gjør ting og hvordan bli bedre for pasientenes skyld. Det var denne avdelingen som svarte raskest, og lederne hadde ingen problemer med å finne aktuelle sykepleiere som sa seg villig til å delta.

Etter noen uker ble den andre avdelingen kontaktet på nytt. Her kjente jeg flere som jobber, og jeg tenkte derfor at kanskje noen av disse ville melde seg dersom de fikk forespørsel fra leder. Denne avdelingen hadde nylig fått ny leder da forespørsel ble sendt ut, så denne studien virket ikke til å bli prioritert. Selv om jeg møtte personlig opp på avdelingen for å snakke med leder flere ganger, spurte leder aldri konkrete sykepleiere. Leder ble bedt om å gjøre dette, men svaret var at mailen var sendt ut og at jeg selv kunne spørre noen dersom jeg så noen i korridoren. Etter over en måned med venting, spurte jeg den første sykepleieren jeg møtte i korridoren, som jeg visste passet til inkluderingskriteriene. Svaret var positivt med det samme. To uker senere hadde jeg fortsatt bare en informant fra denne avdelingen, og jeg spurte derfor en annen tilfeldig sykepleier. Også denne sykepleieren visste jeg passet til inkluderingskriteriene. Sykepleieren stilte seg positiv med det samme. Her virket det som at sykepleierne var interessert i å delta, men at de ikke har hatt tid til å lese mailen i en hektisk hverdag. Leder har heller ikke prioritert å spørre konkrete sykepleiere. Dersom jeg skulle gjort noe annerledes, ville jeg spurt sykepleiere selv tidligere i prosessen, for å komme raskere i gang. Nå ble intervjuet gjennomført to måneder etter mailen var sendt ut. Dette skyldes også utfordringen med å finne et tidspunkt som passet for alle fire informantene, siden ingen ønsket å stille på fritiden.

Jeg sendte forespørsel til en tredje avdeling. Denne hadde jeg lite kjennskap til, og hadde derfor ingen forutsetning for å vite om jeg kom til å få raskt svar, eller om sykepleiere som jobbet der kunne være interesserte i å delta i en studie. Den tredje avdelingen lot ikke høre fra seg, og jeg tok heller ikke kontakt på nytt, siden jeg hadde diskutert med veileder om at fire informanter holder.

Det var ønskelig at avdelingene som deltok skulle være likt representert. Det ville for eksempel ikke være ønskelig med tre sykepleiere fra en avdeling og to fra en annen. Dette fordi jeg fryktet at den ene avdelingen ville dominert i svarene, og dermed ville deres pleiekultur blitt gjeldende for studiens resultater. Det var derfor ønskelig med partall. Til denne oppgavens omfang ble det anbefalt en tidsbegrensning på 1,5 time til

fokusgruppeintervju. Dermed hadde seks stykker blitt for mange. Valget falt på fire deltakere, noe som ble avgjort i samråd med veileder. Ved at det var få deltakere, ville det være lettere for hver av deltakerne å komme til ordet og få uttrykt sin erfaring. Det vil muligens føles tryggere dersom det er færre tilstede.

Etter at de fire sykepleierne hadde meldt seg, ble det tydelig at alle fire var unge kvinner. Dette var helt tilfeldig. Studien hadde ingen kjønns- eller alderskriterier, bare minimum 1 års erfaring som sykepleier på sykehus for å kunne ha erfaring med isolat. Det kan være positivt at alle er kvinner, selv om da en mannlig sykepleiers erfaring ikke vil bli inkludert i studien. Det er jo flest kvinner som er sykepleiere, og dermed representerer studiens informanter det store flertall. I tillegg er de fleste sykepleierne som jobber på sykehus unge. Det er ofte her nyutdannede starter sin arbeidskarriere. Derfor representerer de også godt den gruppen studien vil forske på; nemlig sykepleiere som jobber på sykehus. Det kunne vært spennende å se om eldre mannlige sykepleiere hadde en annen oppfatning av tematikken, men dette er ikke et fokus for denne studien.

Gruppen ble nokså homogen, noe som kunne virke negativt på empirien, ved at det ble lite sosial utveksling (Halkier, 2016), altså stor enighet i gruppen. Sykepleierne jobber på to ulike avdelinger, og en vil derfor kunne se om kulturen på de ulike arbeidsstedene spiller inn på deres erfaringer. Tiden var begrenset, så hvert tema ville fått liten tid dersom det hadde oppstått store konflikter i gruppen, noe som kan skje dersom det er en meget heterogen gruppe. Fokusgruppa er satt sammen av sykepleiere som både kjenner hverandre og som ikke kjenner hverandre. Alle har en annen de er trygge på, samtidig som de har noen de ikke er trygge på eller kjenner. Dette kan også påvirke empirien (Halkier, 2016). Ved at det er flest ukjente, vil ikke relasjoner spille inn på hvordan intervjuet går og hva som kommer frem underveis. Siden de er ukjente trenger de ikke stå til ansvar for det som blir sagt, i ettertid. Deres relasjon blir til, og begrenser seg til, fokusgruppeintervjuet (Halkier, 2016). De kjenner ikke hverandre på forhånd, og trenger ikke forholde seg til hverandre etter at intervjuet er gjennomført.

Det anbefales at man ikke har personer man kjenner i fokusgruppen (Halkier, 2016). Jeg har tidligere jobbet med to av deltakerne. Som forsker må man forholde seg til alle deltakerne likt og ikke behandle noen annerledes fordi en kjenner noen. Fordelen med en liten gruppe er at man kan gå i dybden av hva som blir sagt. Det kan være en ulempe med en liten gruppe dersom de er enige om alt det snakkes om. Dette vil påvirke studiens funn og muligens ikke



være representativt for sykepleiere. Ut fra oppgavens omfang ble det valgt å ha en liten gruppe, da det skal være håndterbart. Temaet som er valgt, tror jeg også passer til en liten gruppe. Siden det er få tilstede under intervjuet, er det et håp at det blir lettere for deltakerne å være helt ærlige. I en mindre gruppe vil det også være vanskelig å være kritiske mot hverandre. Studien vil muligens få mindre nyanser, men til gjengjeld mer ærlighet. Som ny forsker vil det være lettere å styre en liten gruppe enn en stor gruppe. Det kunne vært flere fokusgrupper, men her begrenses det av oppgavens omfang. Det er tidkrevende å planlegge og gjennomføre et intervju, i tillegg til å få nok informanter. Analysearbeidet hadde også blitt mer omfattende med flere grupper, og kan dermed bli mer overfladisk. Halkier (2016) anbefaler studentprosjekt å holde antall intervju til det minimale.

## 4.6 Gjennomføring av intervju

Det ble satt av 1,5 time til intervju, og det passet dermed best at informantene kom på slutten av sin arbeidsdag. Informantene kan ha vært stresset fordi de måtte gjøre samme jobb på avdelingen på kortere tid. På den måten kan det tenkes at de kom uforberedt til intervju, og kunne trenge tid til omstilling før de var klare for refleksjon og diskusjon. I tillegg kjente ikke alle hverandre, og de skulle bare møtes en kort periode akkurat denne dagen, noe som også kan bidra til at det tok litt tid før diskusjonen kom i gang. Intervjuet var på en fredag, noe som innebærer en følelse av fri og ferdig med jobb.

På morgenen sendte en av informantene mail om at hun var sykemeldt, og dermed ikke kom til å delta på intervju. Det måtte vurderes om intervjuet skulle utsettes. Jeg valgte å ikke gjøre det, siden jeg har brukt lang tid på å finne dato, og sannsynligheten for at en annen er syk neste gang er tilstede. Leder ble forspurt om en annen sykepleier som kunne stille i stedet. Det gikk ikke. Fokusgruppen besto dermed av tre sykepleiere, en fra en avdeling og to fra en annen. Jeg møtte veileder 1 time før intervju for å snakke sammen om gjennomføringen.

Rommet som ble benyttet til intervjuet var innerst i en korridor i en stille fløy på universitetet. Det var litt problematisk for noen av informantene å finne frem, men intervjuets observatør møtte de for å følge de frem raskt. Selv ventet jeg på rommet sammen med en av informantene som kom tidlig. Vi begynte til tiden, og brukte nøyaktig 1,5 time. Dette kan virke som kort tid til et intervju med flere stykker. Likevel kan lengre tid gjøre det vanskelig for sykepleiere å stille opp.

To av informantene hadde med seg signert samtykke, mens den siste hadde glemt det. Jeg hadde med en ekstra utgave, slik at den siste informanten fikk signert før vi avsluttet.

Det var enkel servering under intervju. Frukt som ikke bråker, sjokolade, vann, kaffe og te. Det var ønskelig at deltakerne skulle føle at de slappet av og at det å delta ga de noe positivt på flere måter. De fikk et avbrekk fra en travel hverdag, og dersom dette ble en positiv opplevelse for dem, vil de kunne stille opp til lignende prosjekter i senere tid. På forhånd var det klargjort navneskilt og regler. Dette for å bruke minst mulig tid på andre ting enn spørsmålene. Hvilket sted som velges, vil også påvirke intervjuet. Intervjuet ble gjennomført på universitetet. Det er nært deltakernes arbeidsplass, men likevel kommer sykepleierne seg bort fra jobb. De kom i sivile klær, noe som kan føles mer behagelig enn i uniform på sykehuset. Likevel var rommet institusjonspreget, og det kan være vanskelig for deltakerne å slappe av. For intervjuet vil det være fint, siden det er stille og lett å gjøre klart på forhånd.

Min veileder var observatør under intervju. Hun har erfaring med intervju, forskningsprosjekt, og metode. Dette tror jeg er en stor fordel for en ny forsker. Min veileder skulle veilede meg i videre arbeid med analyse, og ved at hun deltok på intervju visste hun akkurat hva jeg hadde å jobbe med. Hun kjenner materialet mitt like godt som meg selv. Vi ble på forhånd enige om at hun skulle forholde seg taus, ta notater, og si noe dersom det er noe hun mente var viktig at blir sagt, for eksempel dersom hun synes jeg gikk for fort fram.

Egen rolle var å styre samtalen. Jeg hadde intervjuguiden foran meg, i papirformat. Jeg valgte å ikke benytte PC da dette kan virke forstyrrende på deltakerne og unaturlig i samtalen. Jeg ville helst at samtalen skulle gå av seg selv, men måtte passe på at alle punkt ble besvart. Jeg syntes det var viktig at praten gikk løst blant deltakerne, og at samtalen ble styrt i liten grad. Jeg ville vite hva som opptar informantene, og siden jeg bare har en fokusgruppe trenger jeg heller ikke sammenligne med andre. Ved at det bare er et intervju får jeg ikke mulighet til å forbedre meg til neste gang. Jeg vil likevel lære av det jeg gjør, både positivt og negativt. Jeg måtte passe tiden, og oppsummere til slutt. Dersom jeg skulle styrt mer selv, tror jeg at jeg i stor grad vil påvirke studiens funn, noe som ikke er ønskelig. Intervjuet startet med å fortelle om utgangspunktet for prosjektet, og stille spørsmål til gruppa om deres tanker rundt valgt tema. Informantene ble bedt om deres erfaringer fra krevende situasjoner med pasienter på isolat, og hva de gjorde da. Svakheter med intervjuguiden er at flere av spørsmålene ikke oppmuntret til diskusjon, men var lette for informantene å svare kort på. Likevel bidro disse

spørsmålene til å få bekreftet eller avkreftet noe konkret jeg ønsket å finne ut av. Det var tre temaer jeg ønsket at informantene skulle diskutere, og jeg var spent på overgangen mellom temaene. Heldigvis følte det naturlig å gå videre til neste tema underveis.

På forhånd var det satt opp regler (vedlegg 6). Regler som at alle må få snakke, vi bruker fornavn, og at alle innspill er verdifulle. Observatør var med for å se på gruppedynamikken, mens jeg selv fungerte som moderator og ledet diskusjonen.

## **4.7 Transkribering**

Transkriberingen ble gjennomført umiddelbart etter intervjuet. Dette ble gjort for best å huske hvordan intervjuet foregikk. Transkriberingen ble anonymisert, og presentasjonen ble ikke skrevet ned. Dette ble gjort for å bevare informantenes identitet. Hver informant fikk, isteden for navn, en bokstav som bare jeg vet hva står for.

Transkriberingen ble gjort på dialekt, for bedre å få frem nyanser i det som ble sagt. Pauser og stillheter ble også tatt med. Det ble ikke tatt med ansiktsuttrykk, eller det non-verbale som foregikk under intervjuet. Under transkribering brukte jeg høretelefoner, og tok ofte pauser. Jeg hørte over intervjuet på nytt etter transkribering, mens jeg leste det jeg hadde skrevet. Dette for å kvalitetssikre at jeg hadde fått med alt, både av fyllord og pauser.

## **4.8 Analyse**

Et kjennetegn ved kvalitativ forskning er at analysen starter samtidig som intervjuene starter og pågår gjennom hele forskningsprosessen (Nilssen, 2012). Jeg begynte med å skrive opp det meste av intervjuet i et Excel-dokument. Jeg sammenfattet helhetsinntrykket mitt og meningsinnhold (Christoffersen et al, 2015). Deretter laget jeg tekstnære koder, etter Tjoras (2012) modell, for å beskrive hva som faktisk fremkom i intervjuet, og fant kategorier i kodene som er relevante for studiens problemstilling. Ved å veksle mellom å jobbe fra data til teori, og fra teori til data, benyttes det Tjora (2012) kaller «stegvis- deduktiv induktiv metode» (SDI).

Jeg fikk totalt 228 koder. Jeg begynte å se hva de ulike kodene dreide seg om, og om det var fellestrekk ved disse kodene. Etter å ha laget cirka 10 kategorier, så jeg at det var elementer fra intervjuet som jeg anså som viktige, som ikke var kategorisert. Jeg fant kategorier til disse

kodeene også. Til slutt var det 36 koder som ikke var kategorisert. Disse ble da stående igjen, og vurdert til å ikke ha stor relevans for studiens problemstilling. Jeg hadde nå 13 kategorier, av ulike størrelser. Kategoriene inneholdt alt fra 2 til 43 koder. For å finne temaer, måtte jeg tilbake til problemstillingen, samt se på intervjuguiden. Jeg forsøkte å se hva de ulike kategoriene faktisk dreide seg om. Etter å ha lest igjennom intervjuet, satt jeg igjen med at sykepleierne har et stort ansvar når det gjelder pasientene på isolat. Dette ønsket jeg å få frem. Etter å ha lest tidligere forskning på temaet, så jeg at noe som gikk igjen var at det er en stor belastning for sykepleierne å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat. Dette var også gjennomgående i intervjuet. Ved å se på kategoriene syntes jeg selv et tema utmerket seg spesielt, og det omhandler kunnskap og kompetanse. Neste steg var å plassere kategorier inn i temaer.

Jeg begynte med temaet som omhandlet kunnskap, og fant ut at «informasjon» var relevant å plassere inn her, da informasjon handler om hvor mye kunnskap man har. Det at oppgaver på isolat blir nedprioritert, mener jeg også handler om kunnskap, eller mangel på sådan.

«Smittefrykt» er en kategori jeg ble overrasket over å finne. Også dette, mener jeg, i stor grad handler om kunnskap sykepleiere har om sykdommer og smitte. «Rutiner på avdelingen» baserer seg på kunnskapen ledere og sykepleierne har om ulike elementer, siden sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Til slutt valgte jeg å plassere «usikkerhet» i temaet som omhandler kunnskap, fordi jeg mener usikkerhet dreier seg om mangel på kunnskap. Jeg så at kategoriene i stor grad omhandlet mangel på kunnskap, og jeg kalte derfor temaet for «mangel på kunnskap».

Det neste jeg så på, var kategorier som omhandlet sykepleiernes arbeidsbelastning. Her mener jeg at arkitektur, altså sykehusets utforming, kan virke som en arbeidsbelastning for sykepleiere som jobber på isolat. Det går igjen at avdelingene ikke har sluse, noe som gjør arbeidsoppgavene på isolat mer krevende. I tillegg sier sykepleierne flere ganger i intervjuet at arbeid på isolat er tungt arbeid og at det er mer arbeid, og dette kan tolkes til at det er belastende for dem. Det at oppgavene på isolat må planlegges nøyere kan tyde på at arbeid på isolat er belastende. Jeg valgte å plassere kategoriene «manglende tilrettelegging» og «tidkrevende» i dette temaet. Jeg vet, av egen erfaring, hvor hektisk en sykepleierhverdag kan være, og at tiden sjelden strekker til. Mangel på tid kan være en belastning for å gjøre en god jobb. Det at verken arbeidshverdagen eller isolatene er tilrettelagt, blir en ekstra belastning som man ikke merker dersom man ikke har ansvar for isolerte pasienter på jobb.

Til slutt hadde jeg temaet «Alene om ansvaret». Her plasserte jeg kategorien «behov for veiledning», da sykepleierne i intervjuet uttrykte at de manglet veiledning. Min tolkning blir at sykepleieren som har ansvaret for den isolerte pasienten står i ansvaret alene. «Personlige egenskaper» valgte jeg å plassere her. Det gjorde jeg fordi sykepleierne flere ganger nevnte hvilke personlige egenskaper som synes viktige som sykepleiere. De personlige egenskapene er man alene om, og siden sykepleiere jobber nokså ensomt på isolat, er de avgjørende for hvor godt jobben på isolat blir gjort. Siste kategori er «delegering». Dette var også en kategori som ble viktig for meg, da dette overrasket meg under intervjuet. Legen delegerer oppgaver på isolat videre til sykepleierne, og sykepleierne står dermed enda mer alene om ansvaret for pasienten på isolat. De isolerte pasientene får ikke nødvendigvis tilsyn av lege hver dag, og dermed blir sykepleierens ansvar desto større, og man står mer alene som sykepleier.

Jeg ser at flere kategorier kunne passet inn i andre temaer, men jeg måtte ta et valg for hvor jeg skulle plassere de ulike kategoriene.

Tabell 2: Eksempel på analyse

Intervju	Kode	Kategori	Tema
Vi har egentlig ikke tilrettelagt for å ha isolat i det hele tatt	Egentlig ikke tilrettelagt	Manglende tilrettelegging	Arbeidsbelastning
..man heller planlegger å gå inn og gjøre alt i samme slengen så man slipper å gå å kle av- og på seg veldig mye	Planlegge å gå inn og gjøre alt i samme slengen	Planlegging	Arbeidsbelastning
..og vi forklarer jo og informerer	Vi forklarer	Informasjon	Manglende kunnskap
Ja, de e jo på en måte ei litt sånn nedprioritert gruppe	Nedprioritert gruppe	Nedprioritert	Manglende kunnskap

Altså, du behandler et menneske og det er viktig at man er trygg på seg selv. Og hvis man ikke er det, at man søker hjelp hos andre.	Trygg på seg selv	Personlige egenskaper	Alene om ansvaret
Jeg har jo hørt at leger har sagt at "Nei, det er jo et smitterom. Kan ikke heller bare, du som uansett skal gå inn dit, kan ikke du bare si det eller gjøre det og det"	Kan ikke du bare si det	Delegering	Alene om ansvaret

## 4.9 Forskningsetiske overveielser

For å styrke arbeid med forskningsetikk finnes det forskningsetiske komiteer. Behandling av personopplysninger er meldepliktig etter personopplysningsloven, og må meldes til Datatilsynet (Olsson & Sörensen, 2003). Dette prosjektet er søkt om godkjenning før arbeidet startet. Sykepleierne som deltar i studien har signert et frivillig, informert samtykke. De fikk på forhånd både skriftlig og muntlig informasjon om studiet og deres rolle i det, samt informasjon om at de kan trekke seg når som helst (Olsson & Sörensen, 2003). I dette prosjektet skulle i utgangspunktet ledere ved medisinske avdelinger snakke med sykepleiere om de var interessert i å få mer informasjon om deltakelse. Dette kan virke pressende for deltakerne, da skjulte maktstrukturer kan gjøre seg gjeldene (Alver & Øyen, 1997). Det kunne vært planlagt å spørre selv, men da måtte jeg ha informasjon om hvem som jobber ved avdelingene. Her ble det gjort en vurdering på at lederen skulle finne aktuelle sykepleiere og gi meg navnene til de som samtykker til å delta. Likevel endte jeg opp med å spørre to sykepleiere selv, etter oppfordring fra en av lederne.

Både prinsipper om deltakers medvirkning i forskning, informasjon, og samtykke står sentralt i Helsinkideklarasjonen (Verdens legeforening, 2013), som jeg har tatt utgangspunkt i her.

Forskningsresultatet er anonymt, slik at ingen kan spore opp hvem som har deltatt. Ved bruk av sitat underveis, ble det vurdert om sitatet skal skrives på dialekt eller omskrives til skriftmål. På den ene siden er det ønskelig å bruke dialekt for å få frem informantens egen stemme, samtidig som identiteten skal skjules fordi det betraktes som mest etisk korrekt. Jeg valgte å skrive på bokmål.

Materialet fra intervjuene ble oppbevart slik at uvedkomne ikke fikk tilgang til det. Lydopptakene ble slettet etter bruk.

Jeg hadde en observatør med meg som kunne bistå i å oppfatte stemning og nyanser som kan være vanskelig for meg å oppdage. Observatøren tok notater underveis, og vi drøftet de nonverbale funnene sammen.

I forkant av fokusgruppen skrev jeg ned egen forforståelse, slik at jeg var bevisst disse før oppstart av arbeidet.

## **4.10 Studiens pålitelighet, gyldighet og generalisering**

For å vurdere kvaliteten i arbeidet, vil det tas utgangspunkt i gyldighet, pålitelighet og generalisering.

### **Gyldighet**

Gyldighet er knyttet opp mot spørsmålet om svarene faktisk er svar på spørsmålet som stilles (Tjora, 2012). For å vurdere gyldighet, eller validitet, vil jeg først og fremst se på relevansen (Malterud, 2017). Utvalget i denne studien ekskluderer de som ikke snakker godt norsk. Her vil jeg kunne gå glipp av nyttig informasjon, da norske sykehus har mange ansatte som ikke snakker godt norsk. Mennesker med annen kultur kan oppleve ansvaret rundt isoleringsregime på en annen måte enn nordmenn, og disse hadde vært spennende å inkludere. På den andre siden vil språkbarriere kunne hindre sykepleieren å uttrykke seg klart, og vedkomne kan misforstå de andre deltakerne. Ved bruk av tolk har tolken mulighet til å korte ned svarene, og selv tolke hva som er relevant å oversette. For å validere underveis, ble

sykepleierne spurt om jeg har forstått riktig ved å bruke egne ord. Samtidig passet jeg på å ikke legge ord i munnen deres. Jeg er alene under intervjuene og i analysearbeidet, med unntak av en observatør under intervjuet. På den ene siden kan det tenkes at dersom flere hadde vært involvert, ville funnene hatt større gyldighet siden saken har blitt sett med ulike blikk. På den andre siden kan bred enighet bety at det man kommer fram til stemmer så godt med eksisterende kunnskap at prosjektet ikke bringer noe nytt (Malterud, 2017).

Når det gjelder metodevalg, kunne det vært valgt å gjøre et litteraturstudie for å se hva andre forskere allerede har funnet ut. Det ville da blitt et større datagrunnlag, og dermed økt validitet siden studien ville omfatte flere sykepleiere og perspektiver. På den andre siden er disse dataene ferdig analysert og konkludert, og studien ville ikke nødvendigvis funnet ut hvordan sykepleiere i Norge opplever sykepleiefaglig ansvar på norske sykehus, som vil være mest relevant for sykepleiere i Norge. Det kunne vært gjennomført dybdeintervju. Ved å gjennomføre dybdeintervju kunne man i større grad fått kunnskap om enkeltpersoners erfaringer i en mer utdypende form. I utgangspunktet er fokusgruppeintervju tenkt for å få sykepleiers erfaringer og diskusjon underveis under intervjuet, mellom sykepleiere. Jeg vil kunne se om pleiekulturen spiller inn på sykepleieres utøvelse av sykepleie til pasienter innlagt på isolat.

Siden jeg i forkant av intervjuet reflekterte over mitt bidrag som forsker, ville jeg i større grad kunne holde meg objektiv til funnene. Kvale og Brinkmann (2015) foreslår at forsker på forhånd skriver ned sine fordommer, for på den måten å øke validiteten på det ferdige arbeidet, noe jeg gjorde.

Christoffersen et al (2015) benytter begrepene troverdighet og overførbarhet, i kvalitativ forskning. De refererer til to teknikker som kan øke sannsynligheten for at forskningen frembringer troverdige resultater. Det være seg vedvarende observasjon og triangulering. Vedvarende observasjon vil si å bruke tid i feltet for å gjøre seg godt kjent. Som sykepleier ved medisinsk avdeling, forsker jeg allerede innenfor et kjent felt, og må derfor være bevisst egne forutinntattheter. Jeg tydeliggjør hvilken informasjon som kommer gjennom datagenerering og hva som er mine egne analyser, og viser hele tiden hvilke valg jeg tar og hvorfor jeg tar dem. Triangulering vil si å bruke flere metoder, for eksempel både intervju og observasjon. Ved å observerer sykepleierne på isolat for deretter å intervjuer, kunne gyldigheten økt. Dette valgte jeg likevel ikke å gjøre av hensyn til oppgavens omgang.



## Pålitelighet

Pålitelighet, reliabilitet, dreier seg om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015). For å styrke påliteligheten er det ikke for mange spørsmål, som kan virke ledende. Jeg lot sykepleierne snakke, og stilte heller oppfølgingsspørsmål. Det hadde vært mulig å få en annen til å intervju de samme sykepleierne, for å se om vi hadde fått like resultater. Dette ville styrke påliteligheten. På den andre siden vil det være vanskelig for andre å få samme resultat etter intervju. Grunnen til dette er at samtalen styrer funnene, observasjonene underveis er kontekstavhengig, og forsker bruker seg selv som instrument (Christoffersen et al, 2015). Hvem jeg er og hvordan jeg framstår som forsker, kan også påvirke resultatene (Fekjær, 2013). Siden jeg, på linje med informantene, er en ung kvinne, kan det tenkes at det er lettere for informantene å være ærlige i svarene sine, da de kan kjenne seg igjen i meg. En annen vurdering som må tas er hvorfor noen har valgt å ikke delta i forskningen, og hvorfor de som deltok valgte det.

For å øke påliteligheten, har jeg beskrevet alt jeg har gjort underveis. Litteratursøket ble noe begrenset, og ble gjort før intervjuet. Det var tidkrevende å finne relevant forskning, og jeg begrenset søkene mine ved å bruke få søkeord. Oppgaven kunne blitt beriket ved utvidet søk. For å finne forskning som passer bedre til mine funn, kunne jeg gjort flere søk etter analysearbeidet.

I følge samtykkeskjemaet som informantene signerte, kunne de trekke seg fra studien når som helst. Dette ville fått konsekvenser for forskningsprosjektet, og jeg ser i ettertid at jeg burde satt en tidsfrist for når de kunne trekke seg. På den måten hadde jeg kunne finne nye informanter og likevel gjennomført forskningsprosjektet. Ingen av informantene trakk seg, og dermed ble ikke dette en reell problemstilling. Under arbeidet med rekruttering endte jeg med to sykepleiere jeg hadde kjennskap til fra før. Dette kan påvirke hvordan jeg fortolker det de sier. Likevel tenker jeg at det hadde flest gunstige utfall, ved at informantene kunne føle seg trygg på at konfidensialiteten ble overholdt, og at det var trygt å være ærlige.

Under arbeidet med analysen laget jeg koder og kategorier. Her valgte jeg selv hva jeg anså som viktig, og dette påvirker studiens funn. Det var vanskelig å finne gode kategorier og å plassere kategoriene i riktig tema. Dette diskuterte jeg derfor med både veileder og flere av mine medstudenter som hadde satt seg inn i min analyse. Jeg har hele tiden ført logg over hva

jeg har gjort og hvilke valg jeg har tatt. Denne loggen har vært et viktig verktøy for meg gjennom forskningsprosessen. Etterhvert ble loggen mer utfyllende, og dersom jeg skulle gjort noe annerledes er det å skrive utfyllende logg fra arbeidet med prosjektskissa.

## **Generalisering**

«Generalisering» er knyttet opp mot forskningens gyldighetsområde utover det som faktisk undersøkes (Tjora, 2012) I følge Tjora (2012) bør en generell regel være at fokusgruppa har mellom 6 og 12 deltakere. Likevel nevner han at mini-fokusgrupper kan bestå av 3 – 4 deltakere, men at de da bør være spesialister på det som skal diskuteres. Jeg hadde planlagt å ha fire deltakere, men endte med tre. Grunnen til dette er at det kan være lettere å være ærlig og at praten går lettere når det er få deltakere. I tillegg vil et lite utvalg gjøre det mulig for grundigere tolkninger av analysedataet. Ulempen er at det kan bli høy grad av enighet og dermed lite diskusjoner, noe som fører til mindre datamaterialet å jobbe videre med. Et av inkluderingskriteriene var at sykepleierne må ha minst 1 års erfaring fra sykehus. Det kan resultere i at informantene er unge og har lite erfaring. Likevel kan relativt nyutdannede være mindre preget av kulturer som oppstår ved arbeidsplasser, i tillegg til å ha oppdatert kunnskap fra sin grunnutdanning.

Ved å ha en kvantitativ tilnærming til temaet, hadde studien fått et større datagrunnlag. Likevel tror jeg det hadde blitt vanskeligere å tolke for en uerfaren forsker.

Studien avdekker sykepleiers erfaring med å ha sykepleiefaglig ansvar for pasienter på isolat. Studien kan altså bidra til å få økt forståelse for sykepleiers perspektiv og på den måten bidra til å gjøre det lettere for sykepleiere å ha dette ansvaret. Dette igjen kan bidra til at pasienter får en mer positiv opplevelse av å være innlagt på isolat. Likevel er dette en liten studie med få deltakere. Ved å ha både eldre sykepleiere og mannlige sykepleiere kunne studien fått med flere ulike perspektiv og dermed et rikere datamateriale. Studien er likevel generaliserbar til en viss grad fordi sykepleiere vil kunne kjenne seg igjen i resultatene.

## 5.0 Presentasjon av funn

I oppgavens problemstilling spørres det om hvordan sykepleien kan utøves for at pasienter skal få det bedre på isolat. Analysen er basert på informantene i et fokusgruppeintervju sine beskrivelser, og fortolket ut fra utsagnene deres. Analyse materialet presenteres på bakgrunn av tre hovedtema som er kommet frem til i arbeidet med intervju teksten og analysen. Disse tre hovedtemaene er «arbeidsbelastning», «manglende kunnskap» og «alene om ansvaret». Under hver av disse hovedtemaene vil de ulike kategoriene presenteres.

### 5.1. Arbeidsbelastning

Sykepleierne er enige om at avdelingene på sykehus er lite tilrettelagt for å ha pasienter innlagt på isolat, i tillegg til at de synes det er ekstra belastende å ha ansvaret for denne pasientgruppen. Det kommer blant annet av at det tar tid med på- og avkledning av beskyttelsestøy. Informantenes inntrykk er at de fleste kollegaene deres er negative til å ha ansvaret for denne pasientgruppen, siden det krever litt ekstra av dem som sykepleiere.

Følgende sitat kan være dekkende for hvordan mange sykepleiere opplever denne belastningen:

«Det er jo ekstra tungt å ha isolat, på en måte, fordi man skal på med så mye utstyr og munnbind, og det tar mye tid inne på pasientrommet, også er det tungt å stå inne på et isolat over lengre tid». (Informant 2)

Det er både belastende fordi det er tidkrevende å kle på- og av seg beskyttelsestøy, i tillegg til at det er tungt å være på et isolat over tid, muligens på grunn av beskyttelsestøyet.

#### Tidskrevende

Studiens informanter forteller at de har pasienter innlagt på isolat ofte. Likevel opplever de frustrasjon blant sykepleiere rundt det å ha ansvar for pasientene som er innlagt på isolat.

Dette kommer blant annet av at det krever ekstra tid. På- og avkledning er noe som tar mye tid, i tillegg til at de opplever å ikke få hjelp dersom de for eksempel har glemt utstyr. Det tar ekstra tid med opprydding på isolat, siden servise skal gjennom dekontaminatoren før det skal i oppvaskmaskinen. Sykepleierne er enige om at det bør brukes tid hos de isolerte pasientene for at de skal føle seg godt ivaretatt, men at de ikke har så god tid i sin arbeidshverdag.

En av informantene uttrykte også at det er vanskelig å få hjelp når man er sykepleier på isolat:

«Jeg tror mye av irritasjonen rundt det å for eksempel ha isolat, er at når man først går inn dit blir man stående fast, siden man har kledd på seg og brukt tid på det, og mangler for eksempel utstyr eller trenger hjelp, og ringer på, og kanskje blir stående og vente og vente og aldri får...» (Informant 2)

En blir i stor grad overlatt til seg selv som sykepleier, i tillegg til å bruke ekstra tid på å gå inn og ut av isolatet, kle på- og av seg beskyttelsestøy.

## **Manglende tilrettelegging**

Sykepleierne mener avdelingene ikke er tilrettelagt for å ha pasienter på isolat:

«Inne på isolatet hos oss er det veldig lite tilrettelagt for at det er et isolat, at pasientene kan bli liggende der i mange uker». (Informant 2)

En av sykepleierne begrunner dette med at de fleste pasientene som kommer til avdelingen ikke har behov for isolat. Likevel er de enige om at det er nødvendig at avdelingen er tilrettelagt for pasientene som har behov for det. De trekker for eksempel fram viktigheten med å ha et TV som fungerer, en fjernkontroll, kanskje en radio, slik at pasientene har noe å ta seg til inne på rommet:

«Det er liksom en gammel TV der, ikke fjernkontroll, ikke radio». (Informant 2)

I tillegg mener de at arbeidsoppgavene til sykepleiere som har ansvar for pasienter på isolat, må tilrettelegges. Det mangler både organisatorisk- og bygningsmessig tilrettelegging. For eksempel kan de risikere å være koordinator på avdelingen, i tillegg til å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat, og dermed ha en ekstra telefon hvor andre avdelinger og leger ringer:

«Det er ergelig når man står kanskje med koordinatortelefonen og så ringer det i ett kjøp, så man må gå ut og inn, kle av- og på seg flere ganger, på grunn av telefonen». (Informant 3)

Sykepleiere kan ikke svare på telefonen mens de er inne på isolat, og bruker dermed ekstra lang tid siden de må ut å kle av seg beskyttelsestøyet før de kan svare. Deretter må de bruke tid på påkledning for å gå inn på isolatet å fortsette med jobben deres der.

## **Planlegging**

I følge informantene krever det litt annen planlegging å ha ansvar for pasienter på isolat:

«Man planlegger heller å gå inn for å gjøre alt i samme slengen så man slipper å kle av- og på seg veldig mye». (Informant 3)

Sykepleierne vil gjerne gjøre mest mulig mens de er inne hos pasientene, slik at de slipper å kle på- og av seg beskyttelsestøy så ofte. Hvordan de planlegger dagen sin avgjøres av om de har ansvar for isolerte pasienter. Hos de ikke-isolerte kan de enkelt gå innom dersom de kommer på noe de har glemt, mens hos isolerte pasienter krever det mer tid dersom de glemmer noe. Dersom pasienten i tillegg skal ha en spesiell type behandling, som enten kan

gjøres på pasientrommet eller må gjennomføres på egnede rom, krever også dette mer planlegging for å få gjennomført:

«Jeg har vært med på flere ganger når vi har pasienter isolert som for eksempel skal ha bad som en del av behandlingen, så krever det mer planlegging». (Informant 2)

I tillegg må sykepleierne ha oversikt om dekontaminatoren er ledig, slik at de vet at de kan plassere oppvask direkte fra rommet og inn i dekontaminatoren:

«At vi liksom må gå å sjekke om dekontaminatoren er ledig for å sette inn fat og sånne ting». (Informant 3)

Ved at sykepleiere må undersøke om dekontaminatoren er i ledig bruker sykepleiere mer tid enn nødvendig på oppgaver tilknyttet den isolerte pasienten. Det kan være vanskelig å planlegge når dekontaminatoren skal benyttes, noe som gjør planlegging av arbeidshverdagen krevende.

## **Mer arbeid**

Sykepleierne uttrykker følgende om hvordan deres kollegaer opplever å ha ansvar på isolat:

«Jeg har inntrykk av at de fleste er ganske negativ til det, egentlig». (Informant 3)

De begrunner det på følgende måte:

«Det er slitsomt med av- og påkledningen, alt tar ekstra tid, og man må planlegge mer og...» (Informant 2)

Informantene syns også det er vanskelig å holde det ryddig på et isolat, og det er tungt å bli stående inne på et isolat over tid. En av sykepleierne sier at hun aldri har hørt noen kolleger være positiv til å ha ansvar for en isolert pasient. De er enige om at det krever noe ekstra av sykepleier å ha dette ansvaret.

## **Arkitektur**

I følge studiens informanter er ikke de bygningsmessige forholdene lagt til rette for å ha isolerte pasienter. En informant sier om dette:

«Da må vi nesten bygge om avdelingen». (Informant 1)

Ikke alle avdelingene har for eksempel sluse, hvor smitteutstyret håndteres og man kan kle av- og på seg. I tillegg har ikke alle enerom eget toalett, og pasientene som er isolert må dermed ut av rommet sitt hver gang de skal bruke badet. Løsningen på dette blir:

«Vi måtte sette sånn skjerm Brett foran toalettdøra, også har vi sånn tralle utenfor rommet med hansker og smittefrakker». (Informant 1)

I tillegg mangler enerommene dekontaminator, noe isolat har for å slippe å bære ut brukt service i avdelingen blant andre pasienter. En av informantene sier:

«Vi må liksom alltid gå gjennom avdelingen med dette smitteutstyret da, og ikke kunne håndtere det inne på smitterommet». (Informant 2)

Det kan virke som om avdelinger ikke er tilrettelagt for å ha pasienter innlagt på isolat, noe som gjør jobben for sykepleiere mer krevende.

## **5.2 Manglende kunnskap**

Sykepleierne opplever å få i oppgave fra legene å informere pasientene, dersom det er behov for informasjon. I tillegg har de isolerte pasientene spørsmål knyttet til sin situasjon. Ansvaret for denne informasjonen blir naturlig nok lagt til sykepleieren, som er den faggruppen som ser pasienten hyppigst. Likevel uttrykker informantene at de ikke opplever å ha god nok kompetanse til å gi denne informasjonen:

«Jeg føler i alle fall ikke at jeg har nok kunnskap til å gi veiledning innafor det». (Informant 2)

Sykepleierne opplever at pasientene ikke blir prioritert til undersøkelser på grunn av smitterisiko. Sykepleiere ønsker mer kunnskap om denne pasientgruppen, og ønsker et fora for å diskutere utfordringer de opplever. Det snakkes lite om hvordan sykepleiere opplever å ha ansvar for den isolerte pasienten:

«Det blir mer sånn i forbifarten». (Informant 2)

Det ble tydelig uttrykt ønske om mer kunnskap om den isolerte pasienten i intervjuet:



«Det vil jo både være enklere og gjøre arbeidshverdagen vår bedre». (Informant 2)

Dersom sykepleiere som har ansvar for pasienter innlagt på isolat har mer kunnskap om pasientgruppen og hva ansvaret deres medbringer, kan kunnskapen bidra til å lette arbeidshverdagen til sykepleierne.

## **Informasjon**

Sykepleiere kan oppleve å må gi informasjon til pasientene, som egentlig kommer fra legen. Dette er noe de ikke opplever hos andre enn isolerte pasienter. Sykepleierne har ikke alltid fått begrunnelse for hvorfor de må gi informasjonen, men enkelte leger har uttrykt at det er fordi de skal slippe å kle på- og av seg beskyttelsestøy for å snakke med pasienten når sykepleier må innom pasienten i løpet av vekten uansett. I tillegg til å gi informasjon fra legen, har pasientene ofte andre spørsmål og bekymringer. Disse blir det naturlig at sykepleieren tar seg av siden de ser pasienten jevnlig i løpet av dagen, til tross for at de uttrykker manglende kompetanse på dette. Sykepleierne uttrykker:

«Vi prøver så godt vi kan, sykepleierne, å svare på ting». (Informant 1)

En av sykepleierne forsvaret dette, og uttrykker at alle sykepleiere får opplæring på avdelingen og i tillegg har en treårig utdanning hvor en lærer om smitte og smittehåndtering. Likevel opplever sykepleierne at det er lite fokus på informasjonen som skal gis:

«Vi har hatt en sykepleier som har snakket om det på en fagdag for lenge siden, men det er lenge siden». (Informant 3)

Sykepleierne ser at rutinene på å gi informasjon kan svikte. De observerer, for eksempel, pårørende som bærer utstyr ut fra isolatet og rett til kjøkkenet.

Selv om en av sykepleierne sier at «vi har jo fått opplæring på avdelingen» (informant 2), uttrykker andre at det ikke er rutiner på opplæring ved isolering:

«Jeg har spurt, men aldri fått et tydelig svar». (Informant 1)

Det kan virke som om også de som har opplæring med nye sykepleiere ikke har et tydelig svar på spørsmål som omhandler ansvaret for pasienter innlagt på isolat. Dermed kan mangelen på kunnskap videreføres til nyansatte ved avdelingen.

## **Nedprioritert**

Informantene opplever at de isolerte pasientene ofte blir nedprioritert, og at dette får konsekvenser for hele sykehusoppholdet:

«Jeg tror de får et lengre sykehusopphold på grunn av smitten. De må vente lengre på undersøkelser, og da får de også lengre opphold på isolat». (Informant 3)

Sykepleierne er enige i at de isolerte pasientene får mindre tilsyn av både leger og sykepleiere, og i tillegg blir sist prioritert til undersøkelser utenfor avdelingen. Sykepleierne ser at dette gjør at pasientene føler seg mindre viktige, og at de bruker mye tid på å vente og bekymre seg. Det å være innlagt på isolat blir en ekstra påkjenning for pasientene, i tillegg til påkjenninga det allerede er å være smittsom. Informantene tror legen har høyere terskel for å gå inn på isolat for å ta visitt, noe som kan resultere i at disse pasientene ikke får tilsyn av lege hver dag. Den ene informantene forteller:

«Også tror jeg også når leger har den der visittrunden, at de har litt høyere terskel for å gå inn til pasienten på visitten når det er smitterom, og de ser at de kan unngå det. At sykepleieren heller bare viderebringer den informasjonen for eksempel, fordi det er så

tungvint å gå inn på et smitterom. Og dersom de går inn i det hele tatt så er det til slutt. Pasienten ligger og venter hele dagen og etterspør legen. Og det er kanskje tungt å vente fra morgen av når du kanskje har en del spørsmål og er bekymret». (Informant 1)

Pasientene må vente lenge på lege, dersom de i det hele tatt får møte legen. Reaksjonene pasientene får er det sykepleiere som må håndtere, fordi legene ikke prioriterer å gå inn på isolat.

## **Smittefrykt**

Sykepleiere kan oppleve å være redde for å smitte seg selv eller andre pasienter når de har ansvar for pasienter innlagt på isolat, og at dette kan få store konsekvenser for dem:

«Vi kan bli smittet selv, og deretter bli screenet, og kanskje vi mister jobben. Det er jo sånn vi tenker. Jeg vet ikke om det er sånn, men det er sånn de fleste tenker». (Informant 1)

Sykepleiere kan tro at dersom de blir smittet av en pasient, risikerer de å miste jobben. I tillegg frykter de å smitte andre pasienter etter at de selv har blitt smittet av noen. En av informantene brukte ordet «skummelt» relatert til smittepasienter. Selv om dette bidrar til at de er nøye på hvordan forholde seg til smitte, legger de vekt på at dersom det kommer besøk til pasienten som til vanlig bor sammen med den isolerte, er de ikke like nøye på rutinene. Besøket må likevel rett ut av sykehuset etter å ha besøkt et isolat uten beskyttelsestøy. Dersom besøket derimot ikke bor sammen med pasienten, er sykepleierne påpasselig med at besøket følger rutiner for bekledning på isolat på grunn av faren for at besøket skal smitte seg selv, men også andre pasienter som er innlagt på sykehuset.

## Manglende rutine

Rutinene på avdelingene er at sykepleierne må kle på- og av seg beskyttelsestøy inne på pasientrommet, der det ikke er sluse. Pasientene kan benytte vanlig bestikk, men de får ofte plastbestikk for å gjøre jobben lettere for sykepleierne. Da kan bestikket kastes i søpla på rommet etter bruk, i stedet for at det må vaskes i dekontaminatoren før det kan tas til kjøkkenet og vaskes i oppvaskmaskinen. Informantene rapporterer om manglende rutine dersom det ringes på fra isolatet. En av informantene forteller:

«I dag var det ei som ringte på i kanskje 15 minutter, på et isolat. Hun ville bare ha en porsjon med suppe, og det er jo veldig enkelt å få løst». (Informant 1)

Det var ingen som kom inn på rommet på lang tid siden ingen andre enn ansvarlig sykepleier går inn til pasientene på isolat. Informantene forteller at enkelte sykepleiere avtaler på forhånd med andre sykepleiere dersom de trenger hjelp på isolat, men at dette ikke inngår i rutinene og at de færreste gjør dette:

«Vi har noen på avdelingen som er flinke til det at når de har isolat så bruker de å si «Nå går jeg inn her. Hvis jeg ringer på, kan du komme da, for da er det noe jeg trenger eller jeg trenger hjelp». Det er ganske effektivt, egentlig, for de får fort hjelp og ja.. Man får gjort det man skal». (Informant 1)

Videre sier informantene at de mener sykepleiere kan bli flinkere til å lytte til de isolerte pasientene, og spørre hvordan de opplever isolering. Dette inngår ikke i dagens rutine, til tross for at det kan tenkes at denne pasientgruppen opplever innleggelse på sykehus som mer belastende enn ikke-isolerte pasienter. Det er sykepleierne som organiserer isoleringen og som fordeler pasientene mellom seg. En av informantene forteller at erfaringsmessig ser man at de samme sykepleierne får den isolerte pasienten vakt etter vakt, noe som kan være u hensiktsmessig for sykepleieren, siden dette oppleves som en ekstra belastende arbeidsoppgave. Forslaget er derfor at isolerte pasienter rulleres mellom sykepleierne:

«Jeg tenker at kanskje er det sånn at en sykepleier blir satt veldig ofte til å ha isolatet. Det er akkurat som med tunge pasienter, det burde rullere litt». (Informant 1)

Ved å rullere på hvem som har ansvaret for den isolerte pasienten, vil pasientene på isolat bli tilsett av flere sykepleiere, noe som kan oppleves som betryggende for pasienten.

## **Usikkerhet**

I følge informantene er det mye usikkerhet og forvirring blant sykepleiere når det gjelder pasienter innlagt på isolat. Sykepleiere er redde for å gjøre feil, og syns det store ansvaret på isolat er ubehagelig:

«Assa, man kjenner jo av og til at det kan jo være ekkelt til tider for at man har mye ansvar. Og det står jo om liv og mennesker, så. Man får seg en liten oppvekker av og til». (Informant 2)

I tillegg er smittefrykten tilstede og gjør jobben på isolat enda mer utfordrende og vanskelig. Informantene er enige om at isolatene ofte er rotete, og de begrunner dette med at ansatte er usikre på rutineene for håndtering av avfall, brukt tøy, og oppvask:

«Jeg tror av og til at noen ikke vet hvordan man skal rydde opp på et smitterom. Det var veldig mange kopper og kar inne på rommet da jeg kom på morgenen, og masse tøy i poser som lå slengt rundt omkring». (Informant 3)

I tillegg kan ingen huske å ha undervisning om hvordan forholde seg til isoleringsregime, og sykepleierne føler seg ikke kompetente til å gi veiledning til andre om isolat. De opplever at kollegaer ikke sier ifra dersom de ikke er trygge på rutinene på isolat:

«Mange sier ikke i fra heller, at de ikke er trygge på det». (Informant 1)

Siden det ikke snakkes om hvorvidt sykepleierne opplever ansvaret for isolerte pasienter, kan sykepleiere føle seg alene om å være usikker.

### **5.3 Alene om ansvaret**

Sykepleierne i fokusgruppen opplever å ha et stort ansvar når det gjelder de isolerte pasientene. I tillegg er de alene om ansvaret, siden færrest mulig går inn til en isolert pasient blant annet på grunn av beskyttelsestøyet som må benyttes. En av informantene sier det slik:

«Det er kanskje når man står litt sånn alene. Kanskje ikke alltid har den hjelpen man skulle ønske tilgjengelig». (Informant 2)

Sykepleierne opplever at de isolerte pasientene får lite oppmerksomhet fra ledere og kollegaer, og at man som sykepleier må ha visse personlige egenskaper. De uttrykker at det ofte er den samme sykepleieren som får ansvaret for den isolerte pasienten, eller at ekstravakter og assistenter får ansvaret. Flere av informantene uttrykte under intervjuet at leger delegerer oppgaver over til sykepleiere, og uttrykker seg slik:

«Jeg har hørt leger som har sagt «Nei, det er et smitterom. Kan ikke heller bare du som uansett skal gå inn dit si eller gjøre det?» (Informant 1)

I tillegg til at sykepleierne opplever ansvaret for isolerte pasienter som stort, blir det større ved at blant annet leger delegerer oppgaver over til dem.

## **Behov for veiledning**

Sykepleierne er enige når det gjelder hvorvidt temaer som ansvar for den isolerte pasienten, blir fokus for faglige diskusjoner:

«Jeg tror generelt det er veldig lite fokus på det». (Informant 2)

Det finnes ingen fora hvor sykepleiere kan snakke sammen om hvordan de opplever arbeidsoppgavene sine generelt eller isolat spesielt. Sykepleierne savner faglige fora for å snakke om egne erfaringer. De tror usikkerheten sykepleiere kan oppleve ved å ha ansvar for isolerte pasienter hadde blitt tydeligere dersom de hadde snakket sammen om egne erfaringer. De tror kollegaene er enige i hvordan ansvaret for isolerte pasienter oppleves, men det vet de ikke siden det ikke snakkes om:

«Jeg tror det hadde kommet fram litt mer i forhold til hva folk kan og hva folk er usikker på. Jeg tror jo man sikkert er enig i mye av det man sitter inne med. Men det kommer ikke fram fordi det er for lite fokus på det». (Informant 2)

Den eneste avsatte tid for samtale de har, er under lunsjen, men da ønsker de å snakke om noe som ikke er pasient- eller jobbrelatert. Ledere er heller ikke nødvendigvis tilstede under lunsjen, og disse er ønsket til å delta på samtaler om hvordan sykepleiere opplever å ha ansvar for pasienter på isolat.

## Personlige egenskaper

Informantene beskriver klare egenskaper sykepleier bør ha for å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat. Det nevnes blant annet at en bør være løsningsorientert og bevisst pasientens opplevelse av å være innlagt på isolat. I tillegg sier de følgende:

«Du behandler et menneske og det er viktig at man er trygg på seg selv. Og dersom man ikke er det, at man søker hjelp hos andre». (Informant 1)

Dersom sykepleiere er usikre, bør de kunne søke hjelp hos andre, og ikke handle over eget kompetansenivå. Informantene trekker fram viktigheten med å være frampå og å tørre gjøre noe nytt. En av informantene sier følgende:

«Man bør være med på så mye som mulig, for da er man trygg til neste gang det kommer noe, og at man lærer opp andre også». (Informant 1)

Som oppsummering kan det sies at sykepleiere bør, i følge studiens informanter, være løsningsorienterte, være sympatisk og kunne sette seg inn i pasientens situasjon, kunne be om hjelp, og være trygge på seg selv.

## Delegering

Informantene opplever ofte at leger delegerer oppgaver til sykepleiere, i stede for selv å gå inn på isolatet. Begrunnelsen er at sykepleieren uansett skal inn til pasienten, og da kan de videreformidle informasjon eller gjennomføre tiltak samtidig. I tillegg til at leger delegerer oppgaver til sykepleiere, delegerer ofte sykepleiere oppgaver til assistenter eller andre som ikke jobber fast stilling. De som ofte har ansvaret for pasienter på isolat, er i følge informantene:



«Særlig de som jobber ekstravakter. De som ikke er på fagdager». (Informant 3)

På bakgrunn av dette kan det virke som om både sykepleiere og ekstravakter får et stort ansvar som de muligens ikke føler seg kvalifisert til å ta.

## 6.0 Diskusjon

For å svare på studiens problemstilling, om hvordan utøve sykepleie for at pasienter skal få det bedre på isolat, har jeg inndelt kapitlet utfra studiens tre hovedfunn. Disse er ønsket for bedre organisering av det daglige arbeidet for å redusere arbeidsbelastning, betydningen av kunnskap, og å dele på ansvaret.

### 6.1 Redusert arbeidsbelastning

I følge studiens informanter synes sykepleiere det er tungt å ha ansvaret for isolerte pasienter, blant annet fordi det tar lengre tid og krever mer planlegging. Det viser seg at sykepleiere bruker lengre tid per pasient når de har ansvar for isolerte pasienter, sammenlignet med ikke-isolerte pasienter. Vi vet imidlertid ikke hvorfor, og i følge Barker et al trenger vi mer forskning for se hva sykepleiere faktisk gjør inne på isolat, og om disse gjøremålene er mer krevende enn hos ikke-isolerte (Barker et al 2017). En mulighet er at de isolerte pasientene kan ha mer komplekse sykdomsbilder, noe som fører til at pleien tar lengre tid. I følge studiens informanter planlegger sykepleierne bedre hva de skal gjøre før de går inn på et isolat for å kunne gå sjeldnere inn til pasientene på isolat. Likevel ser vi at pasienter som er isolerte ikke opplever å få færre tilsyn av sykepleiere (Pacheco, Spyropoulos & Caron, 2010). Dermed kan en tenke seg til at den økte arbeidsbelastningen sykepleierne opplever, ikke påvirker pasientene. Hamran (1992) refererer til sykepleiere som fortalte at det er vanskelig å planlegge arbeidsdagen. De opplevde å ikke strekke til hos pasientene, og rakk ikke alle planlagte gjøremål. På den måten måtte de enten gå overtid, noe som førte til økt belastning, eller overlate oppgaver til andre som kom på jobb. Sykepleierne i Hamrans studie trodde dette handlet om manglende erfaring. De siktet ikke spesielt til isolerte pasienter, så kanskje sykepleiere har et mer bevisst forhold til planlegging av sykepleie til isolerte pasienter. Ved å planlegge tilsynene til de isolerte pasientene godt, unngår sykepleiere å bruke tid på på- og avkledning mer enn de må. Dette kan gjøre motivasjonen større når det gjelder planlegging av arbeidshverdagen. På den andre siden kan det være vanskelig å planlegge arbeidsdagen sin på dagens sykehusavdelinger, hvor pasientenes tilstand stadig endres, og akutte situasjoner kan oppstå. Likevel kan det virke som om at det er utfordrende å planlegge arbeidshverdagen sin i dagens sykehusavdelinger, hvor sykepleiere får nye, ikke-sykepleiefaglige oppgaver, som rombyte av pasienter (Kaba et al, 2017).

Studiens informanter peker på bygningsmessige utfordringer, og at avdelingene ikke er tilrettelagt for å isolere pasienter. De fleste medisinske avdelingen har bare ett isolat, men det er ikke uvanlig at det isoleres flere enn en pasient om gangen. Dette resulterer i at pasientene må isoleres på vanlige pasientrom. Isolering oppleves som mye vanskeligere siden sykehusavdelinger ofte består av flest tomannsrom (Cassidy, 2006). I så tilfelle må pasienter isoleres her. Dermed er det færre pasienter som får rom, og andre pasienter må kanskje ha seng på korridor. Korridoren på sykehus bærer preg av stress og kaos (Hamran, 1992), noe som kan påvirke pasientens opplevelse, og ikke minst pasientens tilstand. Dermed kan isolering av en pasient gå utover andre pasienter på en negativ måte, noe som igjen kan påvirke sykepleiere. Som sykepleier bør man bygge tillitsforhold til pasienten for å kunne se hver enkelt pasients behov (Henderson, 1997). Dette kan bli vanskelig å realisere fordi en må plassere en pasient på korridor fordi en annen pasient må isoleres på et dobbeltrom. Likevel beskytter sykepleieren pasienten som blir lagt på korridor, ved at pasienten ikke blir smittet av pasienten i behov av isolering.

Informantene i denne studien poengterte at ansvar for pasienter på isolat kan bli kombinert med andre oppgaver som ikke enkelt lar seg forene. Et eksempel er å ha koordinatorrollen på sin vakt. Da har sykepleieren en ekstra telefon som andre avdelinger og leger kan ringe til for å planlegge overføring og innleggelse av pasienter. Denne oppgaven må en sykepleier ha, og kan ikke overlates til en assistent. Kaba et al (2017) har undersøkt konsekvensene for sykepleiere av å håndtere smittsomme sykdommer som krever isolering. Forfatterne konkluderer med at det er en økt arbeidsbelastning for sykepleiere å jobbe på isolat, blant annet ved at det blir flere ikke-sykepleiefaglige oppgaver, som eksempel å organisere rombytte, noe som forstyrrer arbeidsflyten. I tillegg bruker sykepleiere lengre tid på gjøremål som foregår på isolat, noe som går på bekostning av pleien til alle pasientene. Det viser seg at sykepleiere både får «ikke-sykepleiefaglige oppgaver» og oppgaver som bare sykepleiere kan ha, i tillegg til å ha ansvar for isolerte pasienter (Kaba et al, 2017). Hadde jobben blitt lettere dersom sykepleiere så på organisering av rombytte som en sykepleiefaglig oppgave? Det ligger vurderinger bak et tiltak om rombytte, som for eksempel å klargjøre enerom for å kunne ta imot en potensielt smittsom pasient. På den måten skånes medpasienter for en potensiell smitte. Et slikt tiltak bør gjennomføres på en mest mulig skånsom måte for pasientene det gjelder.

Informantene sier at de organiserer isoleringen av pasientene og betrakter dette som oppgaver andre kunne utført. Organiseringen foregår ved at sykepleier flytter pasienter i avdelingen som ikke har behov for enerom, til dobbeltrom, og legger pasienten som har behov for isolering inn på et isolat eller enerom. I tillegg henger sykepleier opp informasjonsskriv på døra til isolatet, og finner frem beskyttelsestøy og annet utstyr det er behov for på et isolat. Kaba et al (2017) har funnet i sin forskning at sykepleiere anser organisering av isolering som en ikke-sykepleiefaglig oppgave. Sykepleie er et omsorgsyrke, og i følge psykiatrisk sykepleier Liv Strand (1990) innebærer omsorg å forstå hva pasienten egentlig trenger. I noen tilfeller trenger pasienter å bli isolert. Både av hensyn til seg selv og andre. Pasienter som må isoleres må ha enerom, og må få vite at han eller hun ikke smitter andre (Smittevernloven, 1994). Er ikke denne organiseringen som både denne studiens informanter og forskning viser til, å gi pasienten det han eller hun trenger? På den måten kan en si at organiseringen er en måte å vise omsorg på, og dermed utøve sykepleie på, og noe som helsearbeidere er pålagt ved lov (Smittevernloven, 1994).

I følge studiens funn vil det at sykepleiere har mer kunnskap, gjøre arbeidsbelastningen deres mindre. Vil økt kunnskap gjøre det lettere å planlegge dagen, og dermed gjennomføre en arbeidshverdag uten mye stress? Hamran (1992) påpekte at mer fokus på arbeidsledelse i utdanningen vil gjøre det lettere for sykepleiere å planlegge sin arbeidshverdag. I følge Hamran (1992) sier hjelpepleiere at sykepleiere var dårlige til å planlegge arbeidsdagen sin, noe sykepleierne sa seg enig i. Kagan et al (2018) fremhever i sin forskning at sykepleiere generelt er mer tilfreds dess mer kunnskap de har om sykdomsforløp og generell sykepleie. Sykepleiere med mest kunnskap har en mer positiv erfaring med å jobbe på isolat, samt er mer effektiv og produktiv inne på isolatet. Sykepleierne som rapporterte om ensomhet på jobb har dårligere erfaring med å jobbe på isolat. Det viser seg også at sykepleiere med lengst ansiennitet, altså de som har jobbet som sykepleier over flere år, har dårligst erfaring med å jobbe på isolat. Denne studiens informanter har lav ansiennitet, siden de har jobbet som sykepleier i et til to år, men rapporterer likevel om negative erfaringer ved å jobbe på isolat. Kan det tenkes at sykepleiere med lavere ansiennitet blir påvirket av hvordan sykepleiere som har jobbet lengre enn dem selv, opplever ansvaret på isolat? Siden sykepleiere som rapportere om ensomhet på jobb også har dårligst erfaring med isolat, kan det tenkes at disse ofte har ansvaret på isolat, siden dette er et ensomt arbeid, og at rullering blant sykepleiere kan være en mulig løsning?

Ut fra studiens funn kan sykepleiere oppleve det å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat som en arbeidsbelastning. De opplever manglende tilrettelegging, både bygningsmessige og organisatoriske, økt mengde planlegging, og mer arbeid som er tidkrevende. Vi ser også at sykepleiere opplever arbeid på isolat som en økt arbeidsbelastning ved at de får flere ikke-sykepleiefaglige oppgaver i tillegg, som organisering av rombytte (Kaba et al, 2017). En kan undres hvorfor sykepleiere ser på dette ansvaret som en byrde, framfor å se på det som omsorg, som sykepleie i stor grad handler om. Som sykepleier går arbeidsdagen ut på å gjøre det beste for pasienten, og i noen tilfeller krever det at sykepleier må bruke tid på bekledning og organisering av rombytte. I tillegg sier sykepleierne i fokusgruppeintervjuet at det er vanskelig å få hjelp på isolat av kollegaer. En kan ofte bli stående å vente lenge uten at noen kommer når man ringer på hjelp. Dersom det er enighet om at jobben er belastende, hvorfor hjelper ikke sykepleiere hverandre slik at den blir mindre belastende? Ikke bare sikrer dette bedre flyt og en bedre arbeidshverdag, men pasienten vil også få det bedre ved at hjelpen kommer raskere og flere tilser han eller henne. Dessuten går den tiden en sykepleier må vente inne på et isolat, utover tiden en annen pasient får. Kan organisering av pleien blir gjort annerledes? På den andre siden kan det tenkes at alle sykepleiere har like krevende arbeidshverdag, og dermed blir det vanskelig å prioritere å hjelpe andre før en selv har gjort sin egen jobb. Som studiens informanter foreslår, er en løsning for å gjøre arbeidshverdagen lettere for alle sykepleiere, å rullere på hvem som har ansvaret for de isolerte pasientene. I forbindelse med isolering av smittede med Covid-19, har forbundsleder i NSF, Lill Sverresdatter Larsen, flere ganger poengtert viktigheten med å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø for sykepleiere, og viktigheten med å lytte til sykepleieres erfaringer (NSF, 2020a; NSF, 2020b). Kanskje kan dagens situasjon med Covid-19 bidra til et økt fokus på sykepleierens opplevelse av egen arbeidssituasjon, og på den måten bidra til at pasienter får en bedre opplevelse av å være innlagt på isolat.

## **6.2 Betydningen av kunnskap**

I følge studiens informanter blir de isolerte pasientene nedprioritert til slutten av dagen, fordi det passer best inn i de daglige rutineene ved avdelingene. Dersom en isolert pasient har behov for røntgenundersøkelse, blir vedkomne tatt på slutten av dagen. Begrunnelsen er at røntgenavdelingen ikke har kapasitet midt på dagen til den grundige smittevasken som må til etter at en isolert pasient har vært på rommet. Slike utsettelse kan føre til at pasienten ikke

føler seg viktig nok og blir trist eller sint. Å møte disse følelsene hos pasienter kan igjen øke arbeidsbelastningen til sykepleier, ved at pasienten har behov for noen å snakke med. Jo mer forståelse sykepleier viser for pasientens situasjon, jo mer tillit får pasienten til sykepleier, og dess bedre kan sykepleier hjelpe pasienten å få dekt sine behov (Henderson, 1997). Ved at sykepleier anerkjenner pasientens følelser, utøver hun sykepleie ved at pasienten får forståelse for hvordan han eller hun opplever sin situasjon. Likevel kan denne nedprioriteringen av isolerte pasienter vitne om manglende kunnskap. Men hos hvem? Kanskje ikke hos sykepleiere, men hos disse andre avdelingene, som for eksempel røntgenavdeling som ikke prioriterer isolerte pasienter. Som sykepleier har man et veilednings- og undervisningsansvar. Viser sykepleier mangel på kunnskap dersom hun ikke veileder andre faggrupper der hun ser behov for det? På den andre siden kan det å ta inn en smittet pasient fra isolat til røntgen midt på dagen, føre til at færre pasienter blir undersøkt. Uansett går utsettelsen utover den isolerte pasienten. Ved å utsette undersøkelsen av den isolerte pasienten til slutten av dagen, kan det i verste fall føre til at pasienten til og med må vente til neste dag. I følge studiens informanter er det bare sånn det er, og ingen tar tak i det. Kanskje er dette noe sykepleier burde involvere seg mer i.

Studiens funn tilsier at sykepleierne opplever mindre fokus på de isolerte pasientene, sammenlignet med de ikke-isolerte pasientene, fra både sykepleiefaglige ledere, leger, og samarbeidende avdelinger. Studiens informanter forteller at isolerte pasienter får færre tilsyn enn andre, også fra sykepleiere. Pasientene får ikke samme tette oppfølging som en ikke-isolert pasient, fordi sykepleier må bruke tid til på- og avkledning for hvert besøk på rommet. Når sykepleiere i tillegg er tildekte med munnbind og smittefrakk kjenner pasientene ikke igjen den ene sykepleieren fra den andre. Pasienten ser verken ansikt og ansiktsuttrykk, uniformen eller navneskiltet. Beskyttelsestøyet, som stellefrakk og munnbind, som skal beskytte sykepleierne selv og medpasienter mot smitte, blir dermed et hinder for kontakt og en årsak til redusert kvalitet på pleien. Sykepleierne i studiens fokusgruppe ønsker mer kunnskap om isolering, for eksempel hvilke konsekvenser isolering har for pasienter, hva som skjer dersom pasienten ikke holder seg isolert, og hva smitten kan føre til for den smittede, både fysisk og psykisk. Guillemin et al (2015) har forsket på hvordan bakterien *Clostridium difficile* påvirker sykepleiers arbeidshverdag på sykehus. Resultatene viser at sykepleiere opplever ansvaret for pasienter på isolat som en byrde. Blant annet peker de på på- og avkledning av beskyttelsestøy. På grunn av denne ekstraoppgaven, sier sykepleierne at kvaliteten på pleien blir redusert, siden det oppstår forsinkelser og tidsnød. Guillemin et al

(2015) konkluderer med at det er behov for undervisning og opplæring av sykepleiere som jobber med pasienter på isolat. Behovet for økt kunnskap når det gjelder isolerte pasienter er godt dokumentert, men likevel er det fortsatt mangel på kunnskap blant sykepleiere. En kan undres om sykepleiere ikke uttrykker behov for økt kunnskap i sin arbeidshverdag. Er det et faktisk behov som de opplever i hverdagen, eller blir det bare tydelig under en fokusgruppe, som er noe de færreste sykepleierne deltar i?

Studiens informanter sier at de ikke føler seg kompetente til å gi informasjon om smitte og smitteforløp til isolerte pasienter, og at det ikke er rutiner på hvem som gir informasjonen. Sykepleiere er den arbeidsgruppen som ser pasienten hyppigst, og som pasienten lettest kan henvende seg til. Kanskje er det derfor sykepleiere gir informasjon, uten at de faktisk føler seg kompetente til det. Pasienter beskriver at informasjonen de mottar under innleggelse, får de av sykepleiere, og videre at pasientene ikke opplever at informasjonen de mottar er god nok (Pacheco, Spyropoulos & Caron, 2010). Også sykepleierstudentene i forskningen til Cassidy (2006) uttrykker at sykepleierne som skal fungere som rollemodeller for studenter, mangler kunnskap. Studentene uttrykker at de ikke tørr si for mye, da de opplever at de blir sett ned på, og at de ikke skal tro de er noe spesielt. De ønsker også å passe inn i arbeidsmiljøet, og tørr derfor heller ikke fremstå som «perfekte» (Cassidy, 2006). Her spiller pleiekulturen inn. Studiens informanter er mest sannsynlig ikke bevisst hvordan kulturen på deres arbeidssted er, siden pleiekulturen sjelden er i senter av deltakernes oppmerksomhet (Hamran, 1992). Sykepleierstudenter har praksis ved ulike avdelinger, mens sykepleierne som regel bare jobber ved en avdeling. Sykepleierne kan bli «blind» for hvordan de jobber, og ikke nødvendigvis reflektere over at det finnes andre måter å gjøre noe på. I tillegg er det mangel på tid for sykepleiere å diskutere hvordan de opplever sin arbeidshverdag, på jobb. Sykepleierstudenter diskuterer i større grad med medstudenter hvordan de opplever sitt praksissted, og sammenligner kanskje erfaringer. Det kan tenkes at dersom sykepleierne snakker mer sammen om hvordan de opplever arbeidshverdagen, kan det være lettere å gjøre endringer, og å videreformidle hva de ønsker mer kunnskap om og fokus på, i avdelingen.

I følge studiens informanter er det lite fokus på de isolerte pasientene, og det kan virke som om dette er et sykepleiefaglig lederansvar, som deres nærmeste ledere bør ta. I følge Beam et al (2015) bør sykepleiere legge større fokus på problemer knyttet til på- og avkledning. Sykepleiere gjennomfører på- og avkledning på ulike måter, og alle 24 deltakerne som ble observert under bekledning, kunne i prinsippet bringe smitten videre. Ingen utførte på- og avkledning riktig (Beam et al, 2015). En kan undres om det bare er mangel på opplæring, eller

dreier det seg også om mangel på refleksjoner rundt hvorfor sykepleiere gjør som de gjør? Sykepleiere bør kanskje ta mer ansvar for rutinene, isteden for å legge hele ansvaret på lederne. Det er tross alt sykepleiere som jobber tett på pasientene, og vet hvilke utfordringer det bringer med seg. Det er også sykepleierne som risikerer å bli smittet og å smitte andre pasienter. I følge Beam et al (2015) bør sykepleiere få den sykepleiefaglige ledelsen på deres avdelinger til å få bedre resultater vedrørende at smitten ikke spres videre, ved å gi sykepleierne bedre opplæring i på- og avkledning. En kan undres hvorfor sykehusavdelinger ikke prioriterer opplæring i riktig på- og avkledning, dersom avdelingen har mulighet til å isolere pasienter.

Hamran (1992) viser til at sykepleiere hun intervjuet ikke ønsket å snakke fag når de hadde mulighet til å snakke om andre ting. I lunsjpausen snakket de for eksempel om privatlivet sitt framfor å diskutere utfordringer i jobben. Denne studiens funn viser at sykepleiefaglige ledere, som er sykepleiernes nærmeste ledere, ikke nødvendigvis er tilstede under personalets lunsjpause, og dermed kan det tenkes at det blir vurdert som uhensiktsmessig å ta opp et potensielt problem i avdelingen under lunsjpausen. Dessuten har også sykepleiere behov for pause fra arbeidet, og lunsjpausen bør brukes til å spise, ikke ha faglige diskusjoner.

Studiens informanter uttrykker frykt for selv å bli smittet når de har ansvar for isolerte pasienter. De frykter at de mister jobben sin som sykepleier dersom de blir smittet, i tillegg til at de kan smitte andre pasienter. Sykepleierstudentene i studien til Cassidy (2006) uttrykker også frykt for å bli smittet av det de isolerte pasientene lider av. Dette kan handle om kunnskapsnivået på studenter og nyutdannede. Dersom sykepleiere i denne studien hadde hatt lengre arbeidserfaring, er det ikke sikkert dette ville vært et tema. Likevel bør dette tas på alvor, siden mange sykepleiere som jobber på sykehus er relativt nyutdannet. Vi vet også at cirka 50 % av nyutdannede sykepleiere starter å jobbe ved et sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2017). Kanskje viser dette funnet at det er behov for mer opplæring av sykepleiere på sykehus, når det gjelder infeksjon, smittespredning, og isolering. Denne frykten for å bli smittet kan pasienten oppfatte, noe som kan forverre deres situasjon på isolat. Dersom pasienten har en forverret situasjon på isolat, vil dette igjen påvirke sykepleierens arbeidshverdag, ved at tilsynene tar lengre tid, noe sykepleierne i utgangspunktet sier de har for lite av. Ikke alle sykepleiere opplever frykt for å bli smittet av den isolerte pasienten (Guillemin et al, 2015), noe som kan handle om både alder, erfaring, kunnskap, og personlighet. Likevel kan frykten for å bli smitte bringe noe positivt med seg. Det kan for eksempel føre til at sykepleiere tar smitteregime på alvor, og er nøye med bekledning og



håndhygiene hos de isolerte pasientene. Dette kan være en trygghet for pasientene (Pacheco, Spyropoulos & Caron, 2010). I følge Alvsvåg og Førland (2007) vokser klokskap fram med erfaring. Sykepleiere trenger erfaring med å jobbe på isolat, i tillegg til at de trenger erfaring som sykepleier. Utfra dette kan en kanskje ikke forvente at sykepleiere som jobber på medisinske avdelinger har denne klokskapen, siden det kan virke som om de fleste sykepleierne på medisinske sengeposter er unge og nyutdannede.

Studiens informanter sier at de har erfart at isolerte pasientene ikke har en god opplevelse av å være innlagt på isolat. De tenker at det er mye som kunne vært gjort for at opplevelsen hadde blitt bedre, som for eksempel å ha TV eller radio som fungerer. Barratt og Moyle (2011) viser at isolerte pasienter kan oppleve isolat som negativt. Beskrivelser som går igjen er å føle seg forlatt, å være ensom, å kjenne seg stigmatisert, kjedsomhet, sinne, mangel på kunnskap. Pasienter som er innlagt på isolat savner aktiviteter, samvær med andre pasienter, TV og telefon, og utsikt fra rommet (Barratt & Moyle, 2011). Barratt og Moyle (2011) viser at pasienter har mange negative erfaringer knyttet til å være innlagt på isolat, i motsetning til Wessenberg et al (2010). Wessenberg et al (2010) finner at det er ingen forskjell i symptomer på angst og depresjon hos de isolerte pasientene sammenlignet med de ikke-isolerte. Dersom sykepleiere hadde hatt kunnskap om hvordan pasienter opplever å være innlagt på isolat, og at det er stor variasjon i opplevelsen, kan det tenkes at sykepleierne hadde kartlagt hvordan akkurat denne pasienten opplever isolat. Tenker sykepleiere over hvordan pasientene faktisk har det, eller velger de å ignorere det? Ser sykepleiere det som en ekstra belastning dersom de må forholde seg til pasientens opplevelse av isolering, i tillegg til sykepleiernes daglige gjøremål? Ved å ha kunnskap om at pasienter ofte har en negativ opplevelse av å være på isolat, kan det tenkes at sykepleiere hadde hatt flere tilsyn til denne pasientgruppen. Det kan tenkes at sykepleiere er klar over hvordan pasientene har det, men at de ikke prioriterer å ta hensyn til pasientenes opplevelse, fordi de ikke har tid, og flere tilsyn tar lengre tid. Sykehusavdelinger består av kaos, og stadig flere oppgaver legges på sykepleiere (Hamran, 1992). Kan det tenkes at sykepleiere ikke har mulighet til å prioritere å ivareta pasientens negative opplevelse av å være innlagt på isolat, fordi det går på bekostning av at andre pasienter ikke får medisiner til riktig tid? Har sykepleiere mange oppgaver i sykehusavdelinger, slik at de ikke opplever å gjøre jobben sin på en tilfredsstillende måte?

Oppsummert kan det sies at funnene i denne studien er at manglende kunnskap fører til usikkerhet hos den enkelte sykepleier, manglende rutiner på avdelingen, dårlig informasjon til pasienter og pårørende, smittefrykt blant personalet, og at den isolerte pasienten blir

nedprioritert. Kanskje mangler sykepleiere og sykepleiefaglige ledere kunnskap, og dermed blir ikke kunnskapsnivået blant sykepleiere som jobber med isolerte pasienter, hevet. I følge Alvsvåg og Førland (2007) vokser klokskap fram med erfaring. Sykepleiere må forsøke å sette ord på sine erfaringer, slik at andre kan lære av dem, og sykepleiefaglig ledelse kan bidra til å endre rutiner. På den måten vil det sykepleiere har kunnskap om få mer fokus. For at dette skal skje bør personalet som jobber med isolerte pasienter ha fora for å snakke sammen om isolerte pasienter.

### **6.3 Å dele på ansvaret**

I følge studiens informanter er sykepleiere aldri alene på jobb, men de kan føle seg alene om ansvaret for den isolerte pasienten. I følge Hamran (1992) er ansvaret for pasientene felles, noe som betyr at hele personalgruppa har ansvar for hver enkelt pasient. Det virker ikke som om studiens informanter kjenner seg igjen i dette. Isolerte pasienter blir i liten grad prioritert for å gjøre undersøkelser eller for å få legesamtale, og sykepleierne kjenner på et ansvar for å få gjennomført dette. Det er viktig å ha et arbeidsmiljø rundt seg, og det å jobbe på isolat kan være ensomt for sykepleiere (Kagan et al, 2018). Studiens informanter sier de opplever å ha et stort ansvar som sykepleier. Hvordan ansvaret utspiller seg, kan variere (Elstad, 2014), men sykepleierne er enige i at ansvaret er ekstra stort inne på et isolat. Som sykepleier jobber man tett sammen med andre, og kanskje er dette en grunn til at noen ønsker å jobbe som sykepleier. Samtidig bør sykepleiere, i følge studiens informanter, være trygge på seg selv og sin kompetanse, finne ut av det de ikke kan, spørre om hjelp, og hjelpe hverandre ved behov. På den måten blir flere involvert i den isolerte pasienten, sykepleierne lærer noe de ikke føler de behersker, og pasienten blir tilsett av flere. Ansvaret blir delt.

Studios informanter sier at de opplever at sykepleiere har lite kunnskap om isolering av pasienter, og at isolering ikke er et fokus på medisinske sengeposter. Ofte delegeres ansvaret for den isolerte pasienten til assistenter. Assistenter er ikke prioritert for å delta på fagdager, og har ikke nødvendigvis helsefaglig bakgrunn. På den måten kan det sies at assistenter er de med minst relevant kunnskap i personalgruppen. I følge Kagan et al (2018) gir mer kunnskap øk tilfredshet. Dermed er det interessant hvordan oppgaver på isolat blir delegert videre, og ikke minst hvorfor den blir delegert videre. Leger delegerer oppgaver som skal gjøres på isolat og oppgaver som er legens ansvarsområde, til sykepleiere, og sykepleiere delegerer oppgaver på isolat til assistenter. Kan denne delegeringen være et tegn på at de isolerte

pasientene ikke er like høyt prioritert som andre pasienter? Det kan virke som om at siden arbeidet på isolat er belastende for sykepleiere, bør andre enn sykepleiere gjøre arbeidet på isolat. Dersom sykepleiere jobber på en måte som gjør at den enkelte sykepleier får en lettere arbeidshverdag, kan det virke som om sykepleiere er i fokus, og ikke opplevelsen til de isolerte pasientene. Dette kan vi også kjenne igjen fra Hamran (1992) sine observasjoner; sykepleiere, som er de som har kunnskap, ordinerer, og hjelpepleiere, som har mindre kunnskap, utfører jobben. Sykepleiere rapporterer selv at de ønsker mer kunnskap om isolerte pasienter (Guillemin et al, 2015; Cassidy, 2006), noe som samstemmer med denne studiens funn. På den måten anerkjenner de at dette er arbeid som krever kunnskap. Likevel delegerer de oppgaver på isolat videre til de som ikke har mulighet til å delta på fagdager, og de som ikke nødvendigvis har relevant utdanning, eller har mindre utdanning. Er dette akseptert praksis som godkjennes av den sykepleiefaglige ledelsen ved medisinske avdelinger, som har ansvar for personalgruppen og driften ved avdelingen? I følge Hamran (1992) blir pleiearbeidet organisert slik at pleieoppgaver blir delegert bort fra sykepleiere, og at dette begrunnes i at sykepleierne har fått flere oppgaver. Ledere bør tilstrebe best mulig behandling til pasientene ved avdelingen. Blir dette gjennomført ved at sykepleier gir oppgaver videre til de ansatte med minst kunnskap om pasientens tilstand? På den andre siden kan det sies at dersom sykepleieren får pauser fra dette krevende arbeidet på isolat, og er klar for oppgaven de gangene sykepleier må inn på isolat, nyter pasienten godt av det. Pasienter fortjener ikke å ha en sykepleier som mer eller mindre tydelig uttrykker at hun ikke vil være der, eller en som viser at du som pasient på isolat ikke er viktig. I følge Henderson (1997) bør sykepleier anerkjenne at hun har begrenset evne til å sette seg inn i pasientens behov. Ved at sykepleier har en negativ holdning til å ha ansvar for isolerte pasienter kan sykepleiers holdningen være til hinder for å forstå pasienten.

Sykepleiere bruker et tillegg på fra 20 minutter til 2 timer når de har ansvar for pasienter på isolat (Kaba et al, 2017). Dette er tid som kunne blitt brukt til andre pasienter. Selv om det tar tid å ha ansvar for pasienter på isolat, er faktisk dette en del av arbeidshverdagen som sykepleiere.

Leger delegerer oppgaver de skal gjøre på isolat, som det å gi informasjon til pasienten som etterspør lege, videre til sykepleier. En kan undres om hvor mye informasjon som går tapt når andre enn de som har kompetanse om det som skal informeres om, gir informasjon. Kanskje kan ikke alle sykepleiere svare på oppfølgingsspørsmål. I tillegg vil det ha betydning for pasienter å snakke med legen sin. Legen er medisinsk ansvarlig, og tar beslutninger om videre

behandling. Pasientene kan ha behov for å snakke direkte med legen, framfor å benytte seg av sykepleier som mellomledd. Det kan hende at legen vurderer hva en sykepleier kan gjøre, og hva legen selv må gjøre. Likevel er det oppgaver som er legen sine, som blir gjennomført av personell med annen utdanning og muligens utilstrekkelig kunnskap om det som skal formidles til pasienten.

Sykepleierne i fokusgruppen ønsker for å snakke sammen om faglige utfordringer, noe de mangler i sin arbeidshverdag. Kanskje burde alle ansatte, både leger, sykepleiere, og assistenter, ha veiledningsgrupper for å snakke mer sammen om hvordan de opplever sin arbeidshverdag. Likevel prioriteres det å snakke om private anliggende i lunsjpauser (Hamran, 1992). En kan undres hva som er årsaken til dette. Kan det tenkes at sykepleiere har behov for å tenke på noe annet når de først har mulighet til det? At de trenger å bygge gode relasjoner til sine kollega, for på den måten å kunne stole på hverandre og samarbeide bedre? På den andre siden kan det virke som om lunsjpausen er en av få samlingspunkt for sykepleiere, og at en derfor burde prioritere å snakke om hvordan man har det på jobb, og hva som eventuelt burde endres for at både pasienter og personalet skal få det bedre. Likevel trenger sykepleiere matpause på lik linje med alle andre mennesker, for å kunne gjøre en god jobb.

I følge studiens informanter opplever sykepleiere at isolerte pasienter kommer bakerst i køen til undersøkelser. Sykepleierne opplever at pasientene ikke blir prioritert til verken lege- eller røntgenundersøkelser. Glover (2000) ser på hvordan medikamentresistente mikroorganismer påvirker sykepleien, og hevder at en av oppgavene til sykepleiere er å begrense bevegelsene og transport av isolerte pasienter. Dette kan tenkes å bety at sykepleier skal unngå at pasienten oppholder seg i andre rom enn pasientrommet. En kan undres om det betyr at sykepleiere skal støtte at isolerte pasienter ikke tas med til undersøkelser på grunn av sin smitte. Sykepleiere skal forhindre at smitten spres, men skal dette påvirke pleien til den isolerte pasienten? Den isolerte pasienten skal få pleie på lik linje med alle andre pasienter som er innlagt på sykehus.

I følge Henderson (1997) innebærer sykepleie blant annet å hjelpe pasienten å få kontakt med andre, noe som kan være vanskelig når pasienten er isolert. Siden den isolerte pasienten ikke møter medpasienter, kan en løsning på dette være å involvere flere sykepleiere i pleien.

Sykepleierne rapporterer selv i studien at de går sjeldnere inn til den isolerte pasienten, og at de ønsker å rullere på hvem som går inn på isolat. På den måten blir ikke den isolerte

pasienten ordentlig kjent med en sykepleier, siden det stadig veksles på hvem som kommer. Det kan tenkes at sykepleiere ikke får et spesielt forhold til den isolerte pasienten, noe som kan påvirke pleien til pasienten. På den andre siden er det en økt belastning å ha ansvar for isolerte pasienter, og dermed kan sykepleiere bli sliten, noe som kan få en negativ effekt på pasientene (Barratt & Moyle, 2011). Kanskje får pasientene det bedre ved at sykepleierne rullere på å ha ansvaret på isolat. På den måten blir pasienten tilsett av flere fagfolk. Siden leger kan delegere bort ansvaret med å snakke med den isolerte pasienten, kan det være betryggende både for pasienten og for sykepleieren, at flere sykepleiere tilser pasienten. På den måten blir ansvaret i større grad delt mellom flere. Sykepleierne vil få flere kollegaer å diskutere pasientens situasjon med, noe som kan øke kvaliteten på pleien.

Det at ansvaret for den isolerte pasienten føles ensomt, kan føre til delegering fra sykepleiere, og bli forsterket av at leger delegere oppgaver til sykepleiere. Studiens informanter ønsker flere å støtte seg på, og ikke minst veiledning under arbeidet som de anser har lite fokus fra avdelingens side. De trekker frem flere personlige egenskaper de anser som viktige hos en sykepleier for å kunne gjøre en best mulig jobb. De nevner blant annet å være redd for å gjøre feil, både av hensyn til pasientene, men også for å passe inn i et arbeidsmiljø (Cassidy, 2006). Videre nevner sykepleierne at det er viktig å være «frempå», prøve selv isteden for å få andre til å gjøre det for en, og på den måten tilegne seg ny kunnskap. Likevel vektlegger sykepleierne at man ikke skal gjøre noe som er utenfor egen kompetanse. Her vil det variere hva sykepleiere anser som er innenfor egen kompetanse, og dermed vil oppgavene sykepleiere gjør, variere. Det kan gjøre det vanskelig for legene å vite hva som kan delegeres til sykepleiere, og hva som ikke kan delegeres til dem. Også her viser det seg at sykepleiere bør snakke sammen og være klar over hva som er sykepleierens jobb, og når det er greit å si nei. Sykepleiefaglige ledere bør involvere seg i hva som er sykepleiefaglige oppgaver, og dermed hva som kan og hva som ikke kan delegeres fra lege til sykepleier. Samtidig bør de lytte til sykepleierne som jobber pasientnært for å få klarhet i hva pasientene har behov for, og hva sykepleiere føler seg kompetente til.

## **6.4 Implikasjoner for videre praksis og forskning**

Informantene i studien opplever å være alene om ansvar for pasienter innlagt på isolat i sykehus, noe de har lite kunnskap om, i tillegg til at det er en stor arbeidsbelastning for dem. Vi ser at pasienter innlagt på isolat for det meste opplever å være isolert som noe negativt

(Pacheco, Spyropoulos & Caron, 2010). For å bedre situasjonen for sykepleiere som har ansvar for isolerte pasienter, og dermed bedre situasjonen for de isolerte pasientene, bør det bli større fokus på sykepleie til isolerte pasienter i sykepleierutdanningen. Eksempel kan være praktiske øvelser i hvordan arbeide uten å videreføre smitte mellom pasienter eller til seg selv, eller selv å få kjenne hvordan det oppleves å være på isolat og ha kontakt med tildekte mennesker.

Sykepleierne i studien sier at pårørende ikke tar hensyn til plakater som henger på døra inn til et isolat, hvor informasjon om bekledning fremkommer. I tillegg sier de det ikke er avklart hvem som har ansvar for å gi informasjon og opplæring til de pårørende. Av den grunn kan det være hensiktsmessig å ha pårørendeskole med fokus på hvordan forholde seg til besøk på isolat, siden sykepleiere ikke alltid har tid eller kapasitet til å drive opplæring av pårørende.

Sykepleierne har erfart at det er manglende opplæring når man som sykepleier begynner i ny jobb. Dermed blir opplæringen av sykepleien den isolerte pasienten tilfeldig, alt etter hvem som er på jobb og hva erfarne sykepleierne har kunnskap om når det gjelder isolerte pasienter. Rutiner for opplæring bør bli bedre, med særskilt fokus på den isolerte pasienten, på avdelinger det er vanlig å isolere pasienter.

I tillegg etterspør informantene fora for å snakke sammen, både sykepleiere seg i mellom, men også med ledere. Fora bør ikke begrense seg til en lunsjpause, men det bør heller settes av tid i arbeidshverdagen hvor sykepleiere kan ta opp utfordringer og hvordan deres opplevelse av arbeidshverdagen er. Her bør ledere prioritere at sykepleierne får den avsatte tiden til å snakke sammen.

Det ble tydelig i studiens funn at det var uklare rutiner rundt isolering av pasienter. Det finnes blant annet en isoleringsveileder (FHI, 2004) som avdelinger kan ta utgangspunkt i for å lage klare rutiner, noe som vil kunne gjøre arbeidshverdagen til sykepleierne lettere.

Ved å ha økt fokus på isolerte pasienter og hvordan de opplever isolering, vil det også bli mer spennende å jobbe med denne pasientgruppen, noe som igjen kan bidra til at sykepleiere ønsker å ha ansvar for isolerte pasienter når de er på jobb.

Denne studien kan bidra til å synliggjøre områder hvor det er behov for framtidig forskning og fagutvikling i Norge. Den vil også bidra til å rette fokus mot en pasientgruppe sykepleiere møter overalt, men som ikke har stort fokus. Studien kan bidra til å rette fokus mot hvordan

sykepleiere opplever ansvar på isolat, og på den måten jobbe mot at pasienter skal få det bedre ved isolering. Vi ser med dagens situasjon, hvor viruset Covid-19 spres med stor hastighet, viktigheten av at det gis ressurser til infeksjonsfeltet. Antall pasienter som opplever isolering i sykehus har økt betydelig de siste månedene, og sykepleiere bør derfor ha nødvendig opplæring, ressurser, og støtte når de skal ha ansvar for isolerte pasienter. Sykepleiere bør i større grad forske selv, og ikke overlate forskningen til medisinerne. I studien viste det seg at tidligere studier som omhandler sykepleiehverdag, er gjort av leger og ikke av sykepleier selv (Guillemin et al, 2015; Barker et al, 2017).

Det ville vært spennende å gjennomføre en lignende studie med flere informanter fra andre sykehus, for å se om det ville vist andre funn. Dersom pasienter hadde vært inkludert i studier som omhandler sykepleiers opplevelse av ansvar for pasienter på isolat, ville pasientenes perspektiv på hva som er viktig kommet frem. I tillegg kunne det vært spennende å gjennomføre en observasjonsstudie av hva sykepleiere faktisk gjør inne på isolatet hos pasientene.

Vi vil stadig få flere pasienter på isolat på grunn av multiresistente bakterier (Kasnes, Eraker & Kumano-Ensby, 2016), og vi har allerede sett av dagens situasjon at virusinfeksjoner kan gi samfunnet stort behov for å isolere pasienter i sykehus. De isolerte pasientene og jobben sykepleiere gjør, bør derfor få større fokus også i forskningen.

## 7.0 Avslutning

Hensikten med denne studien har vært å utforske det sykepleiefaglige ansvaret for isolerte pasienter ved medisinske avdelinger. Problemstillingen omhandlet hvordan sykepleien kan utøves for at pasienter skal få det bedre på isolat. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med tre sykepleiere fra to ulike medisinske sengeposter. Datamaterialet ble analysert, og diskutert opp mot tidligere forskning på temaet, samt teori om sykepleiefaglig ansvar, pleiekultur, og kunnskapsformer i sykepleie.

Studiens funn viser at sykepleiere erfarer at det er en økt arbeidsbelastning å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat, siden avdelingen ikke er tilrettelagt for isolering, det er tidkrevende å kle på- og av seg beskyttelsestøy, i tillegg til at det er mer arbeid for sykepleiere som tar tid. Sykepleiere opplever også at det er manglende kunnskap om isolering, noe som fører til usikkerhet og smittefrykt. Avdelingene har manglende rutiner for isolering av pasienter, samt informasjon til denne pasientgruppa og deres pårørende, og pasientgruppen blir nedprioritert. Sykepleierne føler seg alene om ansvaret for pasienter innlagt på isolat, ved at oppgaver blir delegert fra leger og til sykepleiere. Sykepleiere delegerer også oppgaver på isolat videre, til tross for at de har behov for økt veiledning selv i møte med den isolerte pasienten, da de opplever at pasientgruppen har lite fokus i arbeidshverdagen sin.

Tidligere forskning viser at sykepleiere opplever arbeidet på isolat som ekstra belastende, og begrunner dette blant annet med bekledning. Det viser seg at sykehusavdelinger i andre land heller ikke oppleves som tilrettelagt for isolering av pasienter, og at pasientene ikke opplever å få god nok informasjon. En forskjell fra denne studiens funn, er at tidligere forskning viser at sykepleiere ikke opplever smittefrykt på grunn av beskyttelsestøy, men derimot opplever studenter smittefrykt. I tillegg rapporterer sykepleiere fra tidligere studier at de ikke synes de er flinke til å planlegge arbeidshverdagen sin inne på isolat, noe denne studiens funn tilsier at må gjøres. Tidligere forskning viser at det er behov for økt kunnskap hos sykepleiere, noe både sykepleiere selv, pasienter, og forskere uttrykker.

Det er gjort funn i studien som viser at oppgaver på isolat blir delegert videre fra lege til sykepleiere, og fra sykepleier til assistent, i tillegg til at isolerte pasienter ikke blir prioritert til undersøkelser utenfor avdelingen. Av dagens situasjon med virusinfeksjonen Covid-19, ser vi at isolering av pasienter er nødvendig for å hindre smittespredning i samfunnet. Dette kan vise at det er behov for økt fokus på den isolerte pasienten og sykepleien som gis til pasientgruppen, både gjennom forskning, og i den kliniske arbeidshverdagen i sykehus.



## 8.0 Referanser

Aarskog, K. N (2017). *Den livsfarlige resistente*. Hentet 12.12.19 fra:

<https://forskning.no/partner-bakterier-evolusjon/den-livsfarlige-resistensen/342157>

Alver, B.G. & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag*. Oslo: Tano Aschehoug

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). *Engasjement og læring*. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe

Barker, A. K., Codella, J., Ewers, T., Dundon, A., Alagoz, O. & Safdar, N. (2017). *Changes to physician and nurse time burdens when caring for patients under contact precautions*. I: American Journal of Infection Control, 2017, 45 (5), 542-543. Doi: 10.1016/j.ajic.2017.01.026

Barratt, R. L. & Moyle, W. (2011). *Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice*. I: Contemporary Nurse, 2011, 39 (2), 180-193. Doi: 10.5172/conu.2011.180

Beam, E., Gibbs, S.G. Hewlett, A. L., Iwen, P. C., Nuss, S. L. & Smith, P. W. (2015). *Clinical Challenges in Isolation Care*. I: American Journal of Nursing, 2015, 115 (4), 44-49. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000463027.27141.32

Birkler, J. (2005). *Vitenskapsteori*. København: Munksgaard Danmark

Børøsund, E. & Melbye, L. V. (2012). *Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer*. I: Knutstad (red). Sykepleieboken 3- utøvelse av klinisk sykepleie (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Braut, S. (2019). *Store norske leksikon*. Hentet 05.03.20 fra: <https://sml.snl.no/sengepost>

Cassidy, I. (2006). *Student nurses` experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study*. I: Journal of Clinical Nursing 2006, 15 (10), 1247-1256. Doi: 10.1111 / j.1365-2702.2006.01404.x

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Ebdrup, N. (2012). *Hva er hermeneutikk?* Hentet 05.03.20 fra:  
<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

ECDC (2018). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018*. Hentet 29.03.20 fra:  
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/surveillance-antimicrobial-resistance-Europe-2018.pdf>

Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fekjær, S. B. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent – Masteroppgavehåndbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

FHI (2014). *Antibiotikaresistens*. Hentet 07.05.19 fra:  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/resistens/>

FHI (2020). *Dags- og ukesrapporter om koronasykdom*. Hentet 28.03.20 fra:  
<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

FHI (2004). *Isoleringsveilederen*. Hentet 05.03.20 fra:  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf>

Glover, T. L. (2000). *How drug-resistant microorganisms affect nursing*. I: *Orthopaedic Nursing*, 2000, 19 (2), 19-28. Doi: 10.1097/00006416-200019020-00005

Guillemin, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., Reygrobellet, C. & Arnould, B. (2015). *How do Clostridium difficile infections affect nurses`everyday hospital work: A qualitative study*. I: *International Journal of Nursing Practice*, 2015, 21 (2), 38-45. Doi: 10.1111/ijn.12166

Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. utgave). Fredriksberg: Samfundslitteratur

Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hatlo, G. (2018). *Hjelpepleiere presses ut av sykehusene*. Hentet 28.03.20 fra: <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/hjelpepleiere-presses-ut-av-sykehusene-1.14083918>

Helsebiblioteket (2018). Allmennfarlige smittsomme sykdommer. Hentet 23.04.20 fra: <file:///Users/Sofia/Downloads/Vedlegg%207%20Liste%20allmenfarlige%20sykdommer.pdf>

Helsedirektoratet (2019). *Antibiotika – forbruket av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus*. Hentet 29.03.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/legemidler/forbruk-av-et-utvalg-bredspektrede-antibiotika-i-norske-sykehus>

Helse Nord (2017). *Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord*. Hentet 05.04.20 fra: <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Smittevernplan%20Helse%20Nord%202016-2020.pdf>

Helse Norge (2020a). *Koronavirus – fakta og håndtering i Norge*. Hentet 25.04.20 fra: <https://helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge#Om-utbruddet>

Helse Norge (2020b). *Hva er antibiotika?* Hentet 05.04.20 fra: <https://helsenorge.no/legemidler/antibiotika-og-resistens/hva-er-antibiotika>

Henderson, V. (1997). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Iversen, O. H. & Braut, S. (2018). *Store norske leksikon*. Hentet 05.03.20 fra: <https://sml.snl.no/sykehus>

Kaba, A., Baumann, A., Kolotylo, C. & Akhtar-Danesh, N. (2017). *A descriptive case study*

*of the changing nature of nurses' work: The impact of managing infectious diseases requiring isolation.* I: American Journal of Infection Control, 2017, 45 (2), 200-202. Doi: 10.1016/j.ajic.2016.06.036

Kagan, I., Fridman, S., Shalom, E. & Melnikov, S. (2018). *The effect of working in an infection isolation room on hospital nurses' job satisfaction.* I: Journal of Nursing Management 2018, 26 (2), 120-126. Doi: 10.1111/jonm.12516

Kasnes, E.B., Eraker, H. & Kumano-Ensby, A.L (2016). *På isolat 13 måneder etter sydenferie.* Hentet 12.12.19 fra: <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/pa-isolat-i-13-maneder-etter-sydenferie-1.12852402>

Kvale, S. Og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malt, U. (2018). *Store norske leksikon.* Hentet 29.04.19 fra: <https://sml.sn.no/isolat>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin- og helsefag* (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier – den skrivende forskeren.* Oslo: Universitetsforlaget

NSF (2020b). *Sykepleiere må sikres et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø.* Hentet 26.04.20 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4914202/539355/Sykepleiere-maa-sikres-et-trygt-og-forsvarlig-arbeidsmiljo>

NSF (2020a). *Sykepleierkompetanse avgjørende for beredskapen.* Hentet 23.04.20 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4880490/539355/%E2%80%93-Sykepleierkompetansen-avgjorende-for-beredskapen>

Olsson, H & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pacheco, M., Spyropoulos, V. & Caron, I. (2010). *The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families*. I: The Canadian Journal of Infection Control, 2010, 25 (3), 166-174. Doi: 10.1186/s13756-018-0425-y

Regjeringen (2020). *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset*. Hentet 23.04.20 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-tiltak/id2693327/>

Skogheim, D. (2001). *Sanatorieliv – fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS

Smittevernloven (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Hentet 04.04.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Statistisk sentralbyrå (2017). *Nyutdanna sykepleiere foretrekker sykehus*. Hentet 12.12.19 fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/nyutdanna-sykepleiere-foretrekker-sykehus>

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Verdens legeforening (2013). *Helsinki-deklarasjonen. Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Hentet 04.05.19 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Wessenberg, M. W. M., Severs, D. & Bonten, M. J. M. (2010). *Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalized patients*. I: Journal of Hospital Infection, 2010, 75 (2), 124-127. Doi: 10.1016/j.jhin.2010.01.023

# Vedlegg 1: Forespørsel avdelingsleder

Til leder ved medisinsk sengepost

Angående prosjektet om sykepleiers erfaringer med å ha ansvar for pasienter på isolat

Mitt navn er Sofia Fagerheim Lockertsen, og jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Jeg skal skrive masteroppgave om hvordan sykepleier erfarer å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat grunnet smitte. I den forbindelse vil jeg spørre om jeg kan få intervju fire sykepleiere om deres erfaring. Dette vil jeg gjøre for å bidra til at pasienter vil kunne få det bedre på isolat i sykehus. Jeg sender også med informasjonsskriv til aktuelle sykepleiere.

Jeg jobber ved en medisinsk sengepost, og har erfart at det er mye usikkerhet knyttet opp mot sykepleieansvar for pasienter på isolat. Ved å sette ord på denne mulige usikkerheten, håper jeg å kunne bidra til bevisstgjøring hos sykepleiere, i tillegg til at forskningen vil kunne benyttes som et forbedringsforslag for hvordan sykepleier kan bidra til en mer positiv opplevelse for pasienter på isolat.

Min foreløpige problemstilling er:

Hvordan erfarer sykepleiere å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat på sykehus?

Intervjuet vil bli gjennomført som fokusgruppeintervju, med totalt fire sykepleiere i hver fokusgruppe fra to ulike medisinske sengeposter. Jeg vil gjennomføre et fokusgruppeintervju. Spørsmålene vil ta utgangspunkt i sykepleiers erfaring fra isolat, og hvordan de forholder seg til rutiner og retningslinjer. Videre vil jeg spørre om det er fokus på pasientens opplevelse, og hvordan de tror pasienten vil kunne få en bedre opplevelse på isolat.

Dersom du som leder godkjenner at sykepleiere fra din avdeling deltar, vil jeg be om at du gir meg tilbakemelding på dette, samt at du sender informasjonen videre til de aktuelle sykepleierne. Jeg ønsker å intervju to sykepleiere uten spesialutdanning, som har vært sykepleiere i minimum et år, og som snakker norsk.

Dersom du har spørsmål rundt mitt prosjekt, er du velkommen til å ta kontakt per mail eller telefon. Jeg håper du vil stille deg positiv til å delta i prosjektet mitt. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Sofia

Tlf: 95894973

Mail: slo060@uit.no

## Vedlegg 2: Brev til deltakende sykepleier

Vil du være med på et prosjekt som omhandler pasienter på isolat?

Mitt navn er Sofia Fagerheim Lockertsen, og er masterstudent ved Universitetet i Tromsø. Jeg vil skrive masteroppgave om sykepleie til pasienter innlagt isolat på sykehus, med utgangspunkt i hvordan sykepleiere opplever å ha ansvar for denne pasientgruppen. Jeg vil derfor spørre deg om du kan tenke deg å delta i et fokusgruppeintervju sammen med en annen sykepleier ved din sengepost, samt 2 sykepleiere fra en annen medisinsk sengepost. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleiere opplever ansvaret for isolerte pasienter, for på den måten å kunne bidra til bedre opplevelser for den isolerte pasienten. Ved å snakke sammen med andre sykepleiere om erfaringer knyttet opp mot dette, tror jeg vi sammen kan finne ny kunnskap som kan være til det bedre for våre pasienter. Jeg håper, og setter pris på, om du vil delta i min studie. Dersom du sier ja, vil vi avtale tid og sted. Din leder har fått informasjon om studiet, og sagt seg villig til å spørre aktuelle sykepleiere for meg. Det er likevel du selv som bestemmer om du vil delta. Deltakelsen er helt frivillig. Det er også mulig for deg å trekke deg underveis i studien, dersom du ikke ønsker å delta videre.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, for at jeg skal slippe å skrive ned alt som blir sagt. Det er bare jeg som vil ha tilgang til lydfilene. Under intervjuet vil jeg ha med meg en annen sykepleier som skal hjelpe meg i arbeidet etter intervjuet. I arbeidet med oppgaven vil jeg forandre navnet ditt, slik at ingen andre enn meg vet hvem som sier hva. Hvilken avdeling du jobber ved vil heller ikke fremkomme i oppgaven. Det jeg får vite under intervjuet vil jeg diskutere med min veileder, uten at jeg benytter navn under diskusjonene. Prosjektet skal være ferdigstilt i mai 2020. All informasjon vil da slettes, samt det jeg skriver i oppgaven vil anonymiseres. Dersom du ønsker å delta kan du gi beskjed til din leder, slik at jeg kan komme i kontakt med deg. Videre avtaler vi tid og sted for å møtes.

Jeg håper du har lyst til å treffe meg!

Med vennlig hilsen

Sofia



## **Vedlegg 3: Informasjons- og samtykkeskjema**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

«Sykepleie til pasienter på isolat ved medisinske sengeposter på sykehus»?

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bedre kvaliteten på sykepleien til pasienter som er innlagt på isolat i sykehus. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

### **Formål**

Jeg vil skrive masteroppgave om sykepleie til pasienter innlagt isolat på sykehus, med utgangspunkt i hvordan sykepleiere opplever å ha ansvar for denne pasientgruppen. Jeg vil derfor spørre deg om du kan tenke deg å delta i et fokusgruppeintervju sammen med 1 annen sykepleier ved din sengepost, samt 2 andre sykepleiere fra en annen medisinsk sengepost. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleiere opplever ansvaret for isolerte pasienter, for på den måten å kunne bidra til bedre opplevelser for den isolerte pasienten. Ved å snakke sammen med andre sykepleiere om erfaringer knyttet opp mot dette, tror jeg vi sammen kan finne ny kunnskap som kan være til det bedre for våre pasienter.

Min foreløpige problemstilling er:

Hvordan erfarer sykepleiere å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat på sykehus?

Opplysningene vil ikke benyttes til andre formål enn min masteroppgave.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Min master tas ved Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag (IHO), ved UiT Norges Arktiske Universitet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du er sykepleier som jobber ved medisinsk avdeling ved universitetssykehus, og du har jobbet i minimum 1 år som sykepleier.

Jeg har kontaktet din leder, som videre deler ut informasjonsskriv på mine vegne, før jeg får mulighet til å møte deg etter at du har sagt deg villig til å delta.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et fokusgruppeintervju, sammen med 1 annen sykepleier fra din egen avdeling, i tillegg til 2 andre sykepleiere fra en annen medisinsk sengepost ved universitetssykehuset. Det blir satt av maksimalt 1,5 time til intervjuet. Vi vil under intervjuet snakke om hvordan dere opplever å ha ansvar for pasienter innlagt på isolat, hvorfor dette er noe dere enten liker eller ikke liker, og deres erfaringer med å ha sykepleiefaglig ansvar for denne pasientgruppen. Dersom du samtykker til å delta i intervju, vil du få tilsendt en intervjuguide i forkant av intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke ditt forhold til din leder dersom du velger å delta eller å ikke delta.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Under intervjuet vil jeg ha med meg en annen sykepleiere, som kan hjelpe meg i arbeidet med forskningsprosjektet. Det er bare jeg som har tilgang til materialet fra intervjuet, men jeg vil diskutere funnene med min veileder ved UiT. Ditt navn vil bli byttet ut til et annet navn dersom jeg i det hele tatt har behov for å nevne navn til min veileder. Materialet vil bli lagret på PC som ingen andre har tilgang til. Jeg vil i materialet bytte ut navn med nummer, og ditt

navn vil bli oppbevart på et adskilt sted, innelåst, hvor bare jeg har tilgang.

I mitt ferdige arbeid vil det ikke fremkomme hvilken medisinske avdelinger som er inkludert eller navn på deltakere. Det vil ikke fremkomme hvor mange år du har jobbet som sykepleier. Dermed vil ingen kunne kjenne igjen hvem som deltar.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020. Ved prosjektslutt vil all materiale som omhandler navn og avdeling, slettes og makuleres.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg, få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

UiT Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag ved veileder Åshild Fause, førsteamanuensis, tlf: 77660657 eller student Sofia Fagerheim Lockertsen, tlf: 95894973

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, mail: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Åshild Fause

(veileder)

Sofia Fagerheim Lockertsen

(student)

---

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleie til pasienter på isolat ved medisinske sengeposter på sykehus» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Mai 2020

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Intervjuguide

Foreløpig intervjuguide for fokusgruppeintervju av sykepleiere

### INTRODUKSJON:

Mitt navn er Sofia Fagerheim Lockertsen og er student på master i sykepleie. I den forbindelse skal jeg skrive en oppgave om sykepleieres erfaringer om å ha ansvar for pasienter på isolat. Pasientene jeg vil at vi skal snakke om er innlagt på isolat på grunn av en smittsom tilstand. Hensikten med dette intervjuet er å få en erfaringsdeling av hvordan sykepleiere kan oppleve dette sykepleieansvaret, gjennom å invitere sykepleiere fra ulike medisinske sengeposter. Pasienter på isolat kan oppleve det som vanskelig å være innlagt på isolat, og som sykepleier skal vi både ta hensyn til pasientens opplevelse og samtidig hindre smittespredning. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleiere kan få pasienten til å få en bedre opplevelse av å være innlagt på isolat, gjennom å intervjuet sykepleiere om deres opplevelse og eventuelle utfordringer. Jeg vil stille noen spørsmål, men ønsker at dere som er deltakerne i studien snakker mest mulig fritt dere i mellom. Jeg har samlet sykepleiere fra ulike avdelinger. På den måten vil ulike arbeidskulturer kunne komme til syne, samtidig som disse ikke blir gjeldene for min forskning. Dersom det blir vanskelig å svare på et spørsmål, vil jeg gå videre til neste eller forsøke å omformulere spørsmålet. Det som kommer frem i dette intervjuet vil jeg benytte i min masteroppgave.

Jeg ønsker å bruke båndopptaker i intervjuet for å ta opp det som blir snakket om. Dette vil jeg gjøre for å slippe å skrive så mye under intervjuet, og heller fokusere på fokusgruppen. I tillegg vil jeg ha med meg en observatør, som vil hjelpe meg i arbeidet med videre oppgave. Det er ingen andre enn jeg og min veileder som vil lytte til opptaket, og båndet vil bli slettet når prosjektet er ferdig.

Intervjuet handler ikke om å svare rett eller galt. Jeg ønsker tilgang til din erfaring, og det er bare du som vet hvordan du opplever å ha pasienter på isolat. Jeg vil ikke dele det jeg får vite

under intervju med din leder eller andre. I min oppgave vil jeg forandre navnet ditt når jeg skriver om hva du forteller under intervjuet.

For at intervjuet skal fungere så godt som mulig, har jeg laget noen regler som vi forholder oss til. Disse vil dere også finne nedskrevet foran dere under intervjuet. Første regel er at vi bare bruker fornavn. Vi har navneskilt foran oss, slik at alle vet hva vi heter. For det andre snakker vi ikke med andre etterpå om hva som ble sagt under intervjuet. Vi har taushetsplikt ovenfor hverandre. Vi snakker en om gangen, høyt og tydelig. Dette fordi det gjøres lydopptak av intervjuet. Det er ingen svar som er rett eller galt, og ingen skal trenge å ære redde for å være ærlige. Alle skal slippe til, og alle synspunkt skal komme frem.

Vi begynner med at alle presenterer seg med navn, hvilken avdeling de jobber ved, og hvor lenge de har vært sykepleier.

#### OPPLEVELSE:

Har du ofte ansvar for pasient på isolat?

Kan du fortelle om din forrige isolerte pasient? (eller en du husker godt) Hvordan syns du det var?

Var det en positiv erfaring eller negativ?

Hva gjorde den positiv/negativ?

Er det noe du tar med deg videre?

Hva vil du eventuelt gjøre annerledes neste gang?

Hvordan tror du pasienten opplevde din vakt?

Føler du deg kompetent til å ha ansvar for en isolert pasient?

#### PLEIEKULTUR:

Hvordan er rutineene på avdelingen din når en pasient isoleres?

Har dere fokus på pasientens opplevelse?

Hva syns dine kollegaer om å ha pasienter på isolat?

Er ledere involvert når pasienter blir innlagt på isolat?

Snakker dere om hvordan dere opplever isolat på avdelingen?

Får den isolerte pasienten like mye omsorg som den ikke-isolerte på din avdeling?

Har dere fora for å snakke om temaer som dette?

Hvordan reagerer dine kollegaer dersom du tar initiativ til å snakke om din opplevelse av å ha en isolert pasient? Er det noen som har forsøkt å ta initiativ til det?

## TILTAK

Hvordan tror du pasienten har det på isolat?

Hva tror du påvirker pasientens opplevelse på isolat?

Hva gjør du for at pasienten skal få det bedre?

Klarer du sette deg inn i hvordan pasienten har det på isolat?

Syns du at du klarer å dekke pasientens grunnleggende behov?

Er det noen utfordringer med dette?

Hva kan vi gjøre for at pasienten skal få det bedre?

Hva kan vi gjøre for at sykepleier skal kunne ha best mulig opplevelse av å ha ansvar for pasienter på isolat?

Er det behov for mer opplæring/kursing?

Behov for mer tid til å snakke sammen?

Kan dere komme på andre tiltak som kan bidra til at sykepleiere får en bedre opplevelse av å ha ansvar for isolerte pasienter?

## AVSLUTNING:

Er det noe dere syns ikke har kommet frem?

Jeg vil forsøke å oppsummere det som har blitt sagt før vi avslutter.



Tusen takk for at jeg fikk lov å snakke med dere!

## **Vedlegg 5: Vedtak fra Norsk Personvernombud for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)**

NSD sin vurdering

### **Prosjekttittel**

Sykepleie til pasienter på isolat ved medisinske sengeposter i spesialisthelsetjenesten

### **Referansenummer**

311934

### **Registrert**

10.09.2019 av Sofia Fagerheim Lockertsen - slo060@post.uit.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

UIT- Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Åshild Fause, ashild.fause@uit.no, tlf: 77660657

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Sofia Fagerheim Lockertsen, slo060@post.uit.no, tlf: 95894973

## **Prosjektperiode**

19.08.2019 - 31.05.2020

## **Status**

11.09.2019 - Vurdert

## **Vurdering (1)**

### **11.09.2019 – Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 11.09.2019. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2020.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 6: Regler for fokusgruppeintervju

### REGLER

- Vi bruker fornavn når vi snakker til hverandre
- Alle i dette rommet har taushetsplikt om det som blir sagt her
- Vi snakker en om gangen, høyt og tydelig (siden det gjøres lydopptak)
- Det finnes ingen rett og galt
- Ikke vær redd for å være ærlig
- Vi lar alle slipper til
- Alle synspunkter skal få komme frem

